



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Une réflexion sur les Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte :
De la théorie à la pratique*

Présentée et soutenue publiquement le 19 février 2014 à 18h
au Pôle Recherche
Par Laure Cohen

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DELION
Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Vincent DODIN

« 13 ans, 1 mois, 8 jours

Mercredi 18 novembre 1936

Je veux aussi écrire le journal de mon corps parce que tout le monde parle d'autre chose »

*Daniel Pennac,
Journal d'un corps¹*

1. Pennac D. Journal d'un corps, NRF, ed. Gallimard, 2012, p31

Sommaire

Chapitre 1. Introduction : De l'intérêt de la question des Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte	1
1. Une demande d'attention portée au corps	1
2. Du corps aux Thérapies à Médiation Corporelle	2
3. Objectifs : Établir un cadre théorico-pratique	3
4. De la théorie à la pratique	4
Chapitre 2. Un regard historique : Le corps dans la culture française	5
1. Un point de vue philosophique : De la pensée matérialiste à la phénoménologie	5
2. Un point de vue religieux : Le poids des religions monothéistes en France	11
a. L'image rédemptrice d'un corps souffrant apportée par le christianisme	11
b. Le contrôle du corps dans les religions monothéistes	13
3. Un point de vue sociétal : De la contrainte des corps à la révolution sexuelle	15
a. De la contrainte des corps dans la société française	15
b. Une libération sexuelle modérée par les exigences physiques qu'elle engendre	19
c. Quand le corps est un élément du groupe	22
4. Conclusion : Vers une modification des regards	24
Chapitre 3. La formation des psychiatres : Le corps comme objet de diagnostic et support du psychisme	27
1. La division du corps dans la médecine occidentale	27
2. Le corps comme préoccupation des psychiatres	31
3. Conclusion : Vers une prise en charge globale du corps	35
Chapitre 4. Les théorisations : Le corps en mots, sens et mouvements	37
1. Comment parler du corps en psychiatrie ?	37
2. Les potentialités sensorielles du corps : De la sensation à la perception	39
a. Le sens du toucher	41
b. Le sens de la vision	42
c. Le sens de l'audition	42
d. Le sens de la gustation	43
e. Le sens de l'olfaction	44
f. Le corps en mouvement	46
3. Les théories : Un grand nombre de penseurs animés par la question du corps	47
4. Conclusion : Une synergie corps - psychisme	53
Chapitre 5. Définitions : Qu'est-ce qu'une Thérapie à Médiation Corporelle ?	55
1. Définition d'une Thérapie à Médiation Corporelle	55
2. Les indications d'une Thérapie à Médiation Corporelle	58
3. La réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle limitée par plusieurs facteurs	59
a. Des limites liées aux professionnels	59
b. Des limites liées au patient	61
c. Des limites issues des représentations collectives	61
d. Les limites externes	62
4. Le cadre thérapeutique comme réponse aux limites	64
5. La diversité des techniques	66
6. Conclusion : Le corps est un outil thérapeutique	69

Chapitre 6. La place du psychiatre : Fonctions du psychiatre et psychiatrie aux différents âges de la vie	71
1. Les fonctions du psychiatre	71
2. La psychiatrie aux différents âges de la vie	75
3. Conclusion : La fonction du psychiatre n'est pas une donnée définitive	76
Chapitre 7. Pour une mise en pratique des Thérapies à Médiation Corporelle : Des pistes de travail	78
1. Mise en pratique des Thérapies à Médiation Corporelle : deux exemples	78
a. Service d'hospitalisation médico-psychologique de l'adulte du GHICL ¹ , Pr Dodin	78
b. Service de psychiatrie adulte 59G16, Dr Thévenon	80
2. La mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est le fruit d'un travail collectif	82
a. Un projet de service	82
b. La participation des intervenants extérieurs	84
3. De l'intérêt d'une information large et d'une expérimentation	85
4. Conclusion : un travail collectif, communication et expérimentation	86
Chapitre 8. Conclusion : Prise en main des Thérapies à Médiation Corporelle	88
Références	93
Annexes	100
Della Porta Giambattista, La physionomie humaine	100
Albrecht Dürer, Adam et Eve.....	101
Soins à médiations : activité Shiatsu	103
Soins à médiations : atelier Corps et voix	105
Soins à médiations : balnéothérapie	107
Soins à médiations : multi-sports	109

1 GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

Chapitre 1. Introduction :

De l'intérêt de la question des Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte

1. Une demande d'attention portée au corps

Dans le champ de la psychiatrie adulte, il est fréquent que nos patients nous interpellent à travers leur corps : un premier nous parle de ses douleurs, une autre de son poids, un troisième de ses angoisses qui prennent naissance dans sa gorge ; certains évoquent des expériences de dépersonnalisation. Il y a ceux que nous rencontrons aux urgences pour scarifications ou tentative de phlébotomie, d'autres se présentent avec une incurie évidente ou un IMC¹ à 15. D'autres encore évoquent à demi-mot leurs difficultés à être touché par une autre personne. On retrouve des références aux états du corps dans des ouvrages de références nosographiques comme la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), qui répertorie par exemple le « syndrome de dépersonnalisation-déréalisation » (F48.1) ou les « troubles somatoformes » (F45) (1).

Les exemples sont multiples. Nos patients nous sollicitent régulièrement afin que nous puissions porter une attention particulière à leur corps.

L'individu est un tout, un corps et un psychisme qui sont intimement liés et interagissent en permanence, formant une « entité corporo-psychique subjectale » (2). Le fait de travailler dans le domaine de la Santé Mentale ne doit pas nous faire oublier que le corps en fait intégralement partie.

Je souhaite relever un paradoxe concernant les termes « entité corporo-psychique » (2) dans ce travail : ces termes, désignant un sujet unifié, sont construits sur la possibilité d'une différence existant entre corps et psychisme. Je n'ai pas trouvé un terme consensuel permettant de désigner autrement cette unité. Dans ce travail sur les Thérapies à Médiation Corporelle, j'ai donc choisi d'employer le champ lexical du mot « corps » pour son accessibilité à la compréhension de tous, en faisant attention à préserver le lien indéfectible existant entre le corps et le psychisme.

1 IMC : Indice de Masse Corporelle

2. Du corps aux Thérapies à Médiation Corporelle

Dans mon parcours personnel, je me suis questionnée sur la place du corps, dans notre société puis dans ma pratique psychiatrique. J'ai travaillé sur moi-même avec l'aide d'une masso-thérapeute. Je danse, seule, en couple et en groupe. J'ai expérimenté le yoga et le shiatsu. J'ai eu plusieurs fois l'occasion, en tant qu'interne en psychiatrie, d'assister et de participer (côté soignante ou patiente) à des séances de psychomotricité, de fascia-thérapie, de sophrologie, de soins esthétiques et de massages relaxants. J'ai également accompagné des patients dans des Soins à Médiation Multi-Sensorielle (3). Ces expériences ont chaque fois été riches en émotions et en sensations, dans lesquelles je perçois des intérêts thérapeutiques.

Le corps mobilisé au travers des ces expériences est un corps parfois en mouvement (en danse, en shiatsu), toujours en éveil aux sens auditif, olfactif, souvent visuel (on garde la possibilité de fermer les yeux), parfois tactile (dans les massages) ou gustatif (comme par la visualisation d'un fruit dans la bouche en sophrologie), et animé de diverses émotions. Le corps des Thérapies à Médiation Corporelle se conçoit dans son entièreté sensori-motrice et émotionnelle.

Au plan thérapeutique, on retrouve dans la littérature un grand nombre d'approches corporelles : thérapies psychocorporelles, psychothérapies à médiation corporelle, thérapies psychosomatiques, thérapies à médiation corporelle, somatothérapies, thérapies sensorielles... Les sources d'information sont multiples (livres, articles, internet, témoignages en lien avec le succès populaire des soins apportés au corps), les définitions que l'on peut trouver aussi. On peut supposer que cette abondance tient à la diversité des théories qui établissent les liens entre le corps et le psychisme, ainsi qu'à celle des conceptions de la maladie, en particulier de la maladie mentale.

Dans ce travail, pour désigner les approches thérapeutiques abordant le corps en psychiatrie, j'ai choisi l'appellation de Thérapies à Médiation Corporelle.

En plus de la diversité des définitions, un autre aspect a été la source de questionnements. En effet, au cours de mes recherches et de mes rencontres avec des psychiatres, psychomotriciens, fasciathérapeute et massothérapeute, je me suis interrogée sur l'existence d'un décalage entre l'abord théorique des Thérapies à Médiation Corporelle, accessible au plus grand nombre, et les discours se rapportant à leur expérimentation, relevant de l'expérience individuelle. Les professionnels ayant vécu une ou plusieurs séances d'une Thérapie à Médiation Corporelle rapportaient leur difficulté à transmettre leur expérience par le biais d'une théorisation, et me proposaient plus facilement

d' « essayer ». Alors comment partager ces connaissances avec les professionnels qui n'ont pas cette expérience ?

En débutant ce travail, et en le mettant en parallèle avec mon vécu de stage dans des services de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, il m'a semblé que l'accès au corps des patients se déroulait de manière plus fluide, plus évidente dès lors qu'il s'agissait d'enfants. Dans la littérature, au premier abord, un grand nombre de théorisations sur le développement psychomoteur de l'enfant et la prise en compte de son corps sont accessibles, de même que les travaux portant sur le corps changeant des adolescents. En approfondissant mes recherches, j'ai découvert un large champ de réflexions sur le corps chez les personnes en fin de vie, dans les unités de soins palliatifs, ou dans les unités de gériatrie. Sur le corps des « adultes » en revanche, en dehors des situations de fin de vie ou des domaines ciblés comme la douleur, j'ai eu plus de difficultés à me procurer de la documentation. C'est ainsi que la question du corps des patients suivis en psychiatrie de l'adulte a été soulevée.

Enfin, au plan de la recherche en santé mentale, les études concernant les Thérapies à Médiation Corporelle sont restreintes.

3. Objectifs : Établir un cadre théorico-pratique

L'objectif premier est d'établir un cadre théorico-pratique des Thérapies à Médiation Corporelle, dans le but d'encourager leur utilisation en psychiatrie adulte.

On ne peut nier la difficulté à vouloir établir une définition satisfaisante des Thérapies à Médiation Corporelle dans leur ensemble, car s'il est possible d'imaginer un cadre de réalisation des Thérapies à Médiation Corporelle, leur conceptualisation a des limites : le corps, avant d'être un concept, est surtout une expérience.

Le second objectif réside dans un partage et une sensibilisation des professionnels à ces pratiques, pour lesquels nous avons besoin d'une boîte à outils commune et de son mode d'emploi - qui, dans l'idéal, serait secondairement déclinable à l'infini pour s'adapter à l'individu.

4. De la théorie à la pratique

Le regard porté sur les Thérapies à Médiation Corporelle interroge les représentations collectives du corps dans la culture française. Dans le **Chapitre 2**, je montrerai de quelle manière la culture française est imprégnée de l'évolution des histoires philosophique, religieuse et sociétale.

Dans le **Chapitre 3**, j'aborderai les histoires de la médecine et de la psychiatrie pour expliquer l'ambivalence par laquelle le corps semble pouvoir incarner à la fois une préoccupation majeure des psychiatres et un objet de soins séparé du psychisme.

Le **Chapitre 4** présentera un grand nombre de conceptualisations existantes sur la question du corps. Après avoir réfléchi aux manières de nommer le corps, ses capacités sensorielles seront développées ainsi que quelques courants théoriques majeurs.

Dans le **Chapitre 5**, je proposerai une définition des Thérapies à Médiation Corporelle, en essayant de déterminer le champ de leurs applications et la manière dont la définition d'un cadre précis peut être une réponse à leurs limites.

Il me faudra revenir, dans le **Chapitre 6**, sur certains aspects particuliers des Thérapies à Médiation Corporelle et de leur réalisation. Je m'arrêterai sur les activités à composante sociale (comme les activités sportives), sur la place particulière occupée par la psychomotricité, puis j'étudierai la place du psychiatre dans le dispositif de réalisation des Thérapies à Médiation Corporelle. Enfin, je soulèverai la question de la particularité d'une prise en charge dans un service de psychiatrie adulte.

Enfin, dans le **Chapitre 7**, je m'appuierai sur l'exemple de deux services dans lesquels les Thérapies à Médiation Corporelle ont été mises en place pour apporter quelques éléments de réflexion utiles à une mise en pratique des Thérapies à Médiation Corporelle dans un service de psychiatrie adulte.

Chapitre 2. Un regard historique :

Le corps dans la culture française

La question du corps en psychiatrie nous interroge sur nos représentations collectives et personnelles, celles du corps de nos patients et du nôtre. Nous sommes chacun imprégnés d'une culture qui oriente le regard porté sur le corps, mêlant l'évolution des histoires philosophique, religieuse et sociétale. L'exploration de ces histoires peut nous permettre de comprendre le lien que nous entretenons avec le corps dans notre pratique.

1. Un point de vue philosophique : De la pensée matérialiste à la phénoménologie

D'après la présentation d'Evelyne Buisnière « Cours sur le corps » (4). La question du corps a animé un grand nombre de penseurs depuis l'Antiquité grecque.

Pour les Grecs de l'Antiquité, esprit et corps sont distincts, mais intimement liés. En effet, l'esprit conserve tous les traits du corps, mais il n'est ni solide ni matériel. Il se présente comme une ombre. Le corps, lui, est compact et tangible, et situe l'homme dans le monde visible. Une autre propriété qui le distingue de l'esprit est d'être soumis au temps, à la vieillesse et à la maladie ; le corps des Dieux est par opposition immortel et sans limites (4). Les grecs considéraient déjà le corps comme une entité limitante et périssable.

Socrate (470-399 av. J-C.) et son élève Platon (428-347 av. J-C) estiment que les sensations du corps permettent de ressentir le changement, et que les choses changent continuellement. Cependant, la connaissance n'est accessible que par la stabilité et le corps n'a accès qu'à ce qui change. C'est donc l'esprit qui peut connaître indépendamment du corps ce qui est fixe et existe en soi. Pour Platon, l'homme s'identifie à son esprit et non à son corps. Il soutient que les plaisirs et les peines nous enchaînent au corps et nous empêchent de bien penser, et conseille de vivre avec tempérance. Le corps est considéré comme un réceptacle matériel éduqué par l'esprit, qui se sert du

corps et s'en fait obéir. Le corps ressent des besoins, mais seul l'esprit ressent des désirs (4). D'autre part, Platon prétend que l'esprit n'appartient pas à l'homme, mais à un monde des Idées conçu et géré par les dieux. Il quitte le corps à la mort pour regagner le monde des Idées, puis un autre corps, selon une série particulière d'incarnations (5). D'après Socrate et Platon, le corps et ses sensations sont finalement un obstacle à la connaissance.

Epicure (342-270. av. J-C) et Lucrèce (1er s. av. J-C) s'inspirent du philosophe matérialiste Démocrite (460-370 av. J-C) pour affirmer que tout est composé d'atomes et de vide (4). Pour eux, l'atome n'est pas une matière indifférenciée à l'origine des corps, mais l'atome est un corps. Il est compact, sans vide (donc éternel), et extrêmement petit, ce qui le distingue des corps visibles. L'univers est composé d'atomes insécables, différents les uns des autres par leur forme, leur ordre ou leur position. Pour Lucrèce, le corps visible est un agrégat des corps élémentaires que sont les atomes. Les corps sont donc des agrégats provisoires et plus ou moins instables, dont la structure et la forme sont le fruit du hasard. La différence entre une poussière d'atomes et un être vivant n'est que celle des chocs qui ont permis l'agrégat dans un cas et ne l'ont pas produit dans l'autre. Notons que pour Lucrèce, l'esprit est aussi une forme de corps, inséparable du corps visible. Les corps visibles ont des qualités sensibles : couleurs, bruits, goûts et odeurs, qui naissent des différences de combinaisons des atomes. Les sensations correspondent quant à elles à des particules d'objets (« simulacres ») qui se détachent et viennent toucher le corps, donnant la « théorie des simulacres » (4). Les corps touchent les corps : toute sensation est contact et objectivité, l'esprit n'est jamais productif. Qu'en est-il alors de notre corps et de ses perceptions conscientes ?

Pour Aristote (384-322 av. J-C) le corps n'est pas l'agrégat instable que décrit Lucrèce, mais a un noyau stable (4). La notion de substance, composée de matière et de forme, est au centre de sa réflexion. Selon lui un corps a une extériorité correspondant à sa forme visible, et une intériorité, un principe de mouvement correspondant à sa nature propre, qui en fait un corps naturel en opposition à une production artificielle. Le corps dans son aspect matériel d'ensemble d'organes est fait de matière, et la forme correspond à ce qu'Aristote appelle « âme » (4). L'âme est le principe qui anime l'être vivant dans ses différentes fonctions, elle est énergie, activité, acte de l'ensemble des organes du corps ; c'est la vie. L'âme et le corps ne sont pas séparables. « Âme et corps ne sont pas en interaction car âme et corps sont une seule et même chose appréhendée de deux façons différentes » : la « substance individuelle » (4). Finalement, tout être vivant est un être unique, et le règne vivant apparaît comme un continuum qui associe en proportions variables de la matière et une âme plus ou moins agile (5). En réponse à Platon, il propose pour le corps une vie équilibrée mais

sans nier ses désirs ni ses besoins.

A partir du Moyen-âge, la théorie de l'héliocentrisme soutenue par Copernic (1473-1543) et Galilée (1564-1642), ainsi que la théorie de la gravitation universelle de Newton (1643-1727) remettent en question ces visions du corps. La Terre n'est plus le centre de l'univers, et le principe d'inertie énoncé par Newton permet d'apporter une nouvelle explication des mouvements (4).

Le mécanisme (modèle de pensée expliquant les phénomènes par des liens de cause à effet) du XVIIe siècle puis le matérialisme (philosophie de la matière) du XVIIIe siècle inspirent une modélisation du corps vivant en tant que grande machine qui fonctionne par des lois mécaniques (4). L'organisme est un automate, plus aucune notion d'esprit n'est nécessaire pour expliquer la vie. Ainsi Descartes (1596-1650) considère les corps vivants sur le modèle des corps inertes, régis par des lois mécaniques. Le corps est défini par sa seule spatialité et n'a pas d'intériorité, et son mouvement découle de l'arrangement des parties qui s'enclenchent comme les rouages d'une horloge. Toutes les fonctions vitales sont également des mouvements. On remarque que cette interprétation mécaniste du corps lui retire toutes ses qualités sensibles (couleur, odeur, consistance, etc.). Le vivant n'a plus de finalité, il obéit aux mêmes lois mathématiques que l'inerte, ce qui en fait une science qui peut parfaitement être comprise. Ainsi, corps et esprit sont deux substances distinctes et théoriquement indépendantes. Le corps n'est connu que par l'esprit qui pense et non par les sens. L'esprit est un principe métaphysique, immatériel, immortel, pensant, et reçu par le corps matériel. Cependant, Descartes unit esprit et corps dans la réalité (au niveau de la glande pinéale), les sentiments étant des mouvements du corps accompagnés de pensées. Les sentiments n'existent que pour un esprit incarné et sont donc le propre de l'homme. Ils peuvent être arrêtés dans leur mouvement par l'effet de la volonté, témoignant de la toute puissance moralisatrice de la volonté sur le corps (4).

En opposition à la thèse cartésienne, Spinoza (1632-1677) se voue à la recherche d'un ordre naturel reposant sur un monisme¹ qui regroupe Dieu, les hommes, la vie et l'univers (5). Spinoza critique la conception dualiste de Descartes. Pour comprendre le corps, il faut partir de Dieu et de sa substance unique : l'homme et le corps de l'homme sont intégrés dans une conception métaphysique de l'être. Pour Spinoza, le corps constitue le point d'insertion de l'homme dans la nature : il est lui-même un élément de la nature en tant que matériel et il est en même temps le contenu de l'esprit. Le corps

¹ Monisme : « doctrine selon laquelle le monde n'est constitué que par une seule substance, qu'on la nomme matière, comme les matérialistes, ou esprit, comme les spiritualistes. », ou « système de pensée qui maintient l'unité de l'objet, par opposition au dualisme » (6)

n'est ni une substance ni un simple agrégat, c'est une entité complexe caractérisée par le mouvement. Il est un équilibre d'actions multiples, de stabilité et de repos. Le corps reste le même si les relations internes de mouvement et de repos restent les mêmes, et ce qui accroît la puissance de l'esprit accroît aussi le corps. L'homme est alors un système stable d'éléments qui sont en harmonie. L'esprit n'agit pas sur le corps et le corps n'agit pas sur l'esprit : ils se correspondent parfaitement (4). Ainsi pour Spinoza, le souci du corps est indissociable du soin de l'esprit.

La Mettrie (1709-1751) s'appuie sur la thèse cartésienne pour montrer dans son ouvrage *L'Homme-Machine* (paru en 1747) que l'intelligence, la pensée et le sens moral peuvent s'expliquer par des causes mécaniques. Cependant, pour lui, le corps n'est pas séparé de l'esprit, et l'esprit est matériel : il s'agit d'un « monisme matérialiste » (4). Le cerveau est l'organe matériel qui produit les pensées : la matière a le pouvoir de penser. L'homme se réduit à son corps et n'est que matière dans l'univers (4).

Si l'homme se réduit à son corps, « notre corporéité nous [enferme] dans un égoïsme sans limites » (4), et la douleur est un effet mécanique. C'est ce que revendique Sade (1740-1814) dans ses œuvres : pour lui, la douleur des autres n'est rien, seul existe ce que nous ressentons dans notre propre corps. Sade dépossède le corps de toute intériorité, le rapport à autrui est donc totalement dénué de sentimentalité. Sa vision propose une exploitation du corps en vue de la jouissance, qui renvoie à une exploitation industrielle du corps.

A l'inverse pour Rousseau (1712-1778), le fait d'avoir un corps crée une capacité d'identification et une solidarité entre tous les êtres sensibles, ainsi qu'un refus de leur souffrance. Pour lui, les droits et devoirs naturels se fondent sur cette capacité (4).

Pour Kant (1724-1804), le corps est d'abord un objet perçu. Nous percevons le corps dans notre expérience et nous en prenons une certaine connaissance par ses perceptions. La perception est une image mentale, pour laquelle l'espace et le temps nous permettent de construire une représentation ; le corps est donc présenté à la conscience par une représentation. Cependant, c'est le jugement qui permet d'avoir la connaissance du corps, en permettant la généralisation de la notion particulière de corps au concept. Kant pense aussi que dans le vivant, la nature s'organise spontanément : chaque partie existe par et pour les autres, et chaque partie produit les autres. La distinction entre mon corps et le corps des autres se fait donc au plan moral, car je suis plus directement responsable de mon corps (4). Finalement, pour Kant, le corps est le support de notre personnalité morale.

En 1802, Cabanis (1757-1808) publie une série de douze mémoires intitulée « Les rapports du physique et du moral de l'homme », et considère qu'il est du rôle de la médecine d'en définir les relations. Le vocabulaire employé (physique et non corps, moral et non esprit) est plus général, il remet en question le dualisme de Descartes et démontre que la psychologie et la physiologie ne peuvent être étudiées séparément. De son point de vue matérialiste, les facultés physiques, d'où naissent les facultés morales, constituent l'ensemble des mêmes opérations (7). La médecine a ainsi pour mission d'étudier les relations entre corps et esprit, et d'intégrer ces deux concepts dans un raisonnement unique.

Au XIXe siècle, Nietzsche (1844-1900) réfute l'idée d'une séparation du corps et de l'esprit, ainsi que d'une représentation objective et mathématisable du corps telle qu'en science. Pour lui, il faut penser le corps comme multiple et désintégré. Il s'agit d'un corps sans intégrité, qui n'est pas celui d'un sujet, mais dans lequel les forces en lutte deviennent tour à tour et provisoirement sujet. Il nous invite à écouter le discours que le corps fait sur lui-même et à le décrypter : c'est le corps qui parle de lui et non l'esprit qui parle du corps. On ne peut plus comprendre le corps dans les lois mécaniques. Pour Nietzsche, il faut renoncer à l'idée que l'esprit est sujet. L'esprit est représentation, production de quelque chose du corps (4). Nietzsche nous propose une nouvelle théorisation dans laquelle le corps est au centre.

Bergson (1859-1941), lui, conserve la distinction entre le corps et l'esprit tout en soutenant leur solidarité de fonctionnement. Il forme son hypothèse à partir de la dualité existant entre cerveau et conscience, car il peut s'appuyer sur des données scientifiques étudiant le cerveau, mais il s'appuie aussi sur l'expérience du sens commun comme expérience dénuée de préjugés théoriques et universelle. Il aborde la question de la survie de l'esprit au corps après la mort (4). Pour Bergson, le corps est le point d'insertion de l'esprit dans le réel .

Husserl (1859-1938) et Merleau-Ponty (1908-1961), fondateurs de la phénoménologie, soutiennent une réelle consistance de l'expérience du corps. Ils parlent de « corps propre » (4), pour le distinguer du corps-objet opposé à la conscience. Ce corps propre n'est pas à considérer comme un corps strictement individuel, même si sa saisie passe par ses sensations internes et externes. Notre présence au monde a une valeur universelle et non seulement subjective. Au plan des sensations, le toucher est privilégié car il permet de saisir le « corps propre » de façon directe : il institue une symétrie, l'objet est touché quand je le touche et mon corps est aussi touché par l'objet, alors que l'œil n'est pas vu quand il voit. En touchant l'objet je touche mon corps, c'est la chair qui est

constituée ainsi. La chair est à la fois sujet et objet : Merleau-Ponty nous permet de sortir de l'opposition du sujet et de l'objet. Mon corps m'est présent par ce que Merleau-Ponty appelle un « schéma corporel » (4), et c'est dans le geste et l'attitude qu'il se manifeste (voir Chap. 4.3). Le corps est présent au monde avant d'être présent à une conscience pensante, et permet une ouverture de l'être.

En opposition, Sartre (1905-1980) récuse l'expérience de la présence au monde du corps dans l'émergence de la chair et distingue le corps objet du « corps que je suis » (4). En d'autres termes, il part à la recherche du « corps que je suis » et non du « corps que j'ai ». Pour lui, la connaissance suppose une position d'extériorité par rapport à l'objet connu. Ainsi, on ne parvient pas à une connaissance de notre propre corps, mais on découvre notre corps tel qu'il est pour autrui à travers toutes les sensations qui portent sur le corps lui-même. D'ailleurs, Sartre refuse la notion même de sensation, qui n'a plus rien de subjectivement vécu et devient un objet comme un autre. Le corps est l'ancrage dans le monde mais est aussi le point de vue singulier : ce par quoi je me projette vers les choses. Le point de vue sur le corps est alors impossible, il y a seulement un mouvement de dépassement, qui distingue l'homme d'un objet inerte. L'existence est un dépassement de soi, un dépassement de la facticité du corps par le projet qui lui donne un sens. Finalement, pour Sartre, le corps est inconnu, toujours dépassé, et n'est saisi que comme corps pour autrui. Il est la contradiction de l'existence, facticité définie dans son rapport à l'autre, et lieu dans lequel vient s'incarner l'angoisse (4).

En résumé

Le corps a toujours fait partie des préoccupations des philosophes. Que la pensée soit dualiste (Platon, Descartes) ou moniste (Aristote, Spinoza), le corps a longtemps été considéré comme ce qui éloigne de la connaissance réelle, cohabitant avec des sentiments à tempérer ou à maîtriser. La pensée phénoménologique de Husserl et de Merleau-Ponty propose au contraire une vision plus moderne dans laquelle le corps est le soutien d'une ouverture vers l'être et d'un épanouissement.

Les philosophes ne sont cependant pas les seuls penseurs à avoir véhiculé des représentations sur l'homme et le corps. Les courants religieux ont également eu un impact sur l'image du corps transmise à la population.

2. Un point de vue religieux : Le poids des religions monothéistes en France

En 2008, 65% des français se déclaraient catholiques. L'islam représentait 6% de la population et le protestantisme 2%. Suivent les « chrétientés historiques¹ » qui représentaient environ 750.000 personnes, le judaïsme 600.000 personnes et le bouddhisme 400.000 personnes (8).

Le catholicisme reste la religion majoritaire en France, et son empreinte culturelle est indéniable. Nous aborderons dans la première partie l'impact du christianisme sur la vision du corps dans la société française, puis, dans un second temps, le judaïsme et l'islam.

a. L'image rédemptrice d'un corps souffrant apportée par le christianisme

Dans l'histoire de France, le courant religieux le plus influent sur notre culture actuelle est le Christianisme (5). Il s'agit de la seule religion dans laquelle Dieu se soit inscrit dans l'histoire en prenant une forme terrestre humaine : c'est la religion du Dieu incarné. Le corps du Christ est au centre du message chrétien.

Au Moyen-Âge, le rôle de l'image est crucial dans la société. La plaie du côté (plaie infligée au Christ crucifié dans le but de confirmer son décès) est l'objet d'une vénération particulière, car après la tête, le tronc constitue l'autre partie noble du corps, contenant les ressources vitales. La lance perçant le flanc droit du Christ prend une valeur symbolique. L'eau et le sang qui se sont échappés de la plaie de côté en font la porte de la grâce, celle des sacrements du baptême et de l'eucharistie² (5).

Aux XVe et XVIe siècles, c'est l'image d'un corps souffrant et humilié du Christ de la Passion qui s'impose. Le peuple s'y identifie en participant à des rituels de macération et d'auto-flagellation. Chez les protestants cependant, le corps n'est ni dévalorisé, ni contraint abusivement, et son soulagement en cas de maladie et sa guérison constituent un noble objectif. La Contre-Réforme modère les comportements des catholiques en recentrant le dogme autour de l'eucharistie, et en

1 « chrétientés historiques » regroupent l'Église orthodoxe, l'Église apostolique arménienne et diverses Églises orientales

2. Eucharistie : « sacrement qui, selon la doctrine catholique, contient réellement le corps et le sang du Christ sous les apparences du pain et du vin » (6)

donnant priorité à l'image de la présence réelle du Christ dans l'hostie sainte (5).

A la fin du XVe siècle, on voit apparaître les reliquaires, des fragments de corps en attente de résurrection qui illustrent les thématiques de résistance à la pourriture universelle. La fragmentation du corps saint ne trouble pas la conscience religieuse. L'émiettement multiplie même les bienfaits de la relique, puisque chaque parcelle conserve la charge sacrale primitive : ici, la partie vaut le tout. Progressivement, les quêtes commencent également du vivant du saint : vêtement, cheveux, sang desséché provenant des saignées... (5)

Dès les XVIe et XVIIe siècles, on retrouve une spiritualité et une pensée profondément marquées par les épisodes de la Passion, occupant une place obsédante dans les espaces publics comme privés. Deux principes fondamentaux en découlent : l'homme est sur Terre pour souffrir, et doit faire entrer la souffrance dans sa règle de vie (5).

Dans le même temps, l'idée qu'il faut conserver le corps en santé et le préserver le plus longtemps possible fait son chemin. Les avancées technologiques et scientifiques comme la découverte de l'horloge publique et de la montre, la découverte des Nouveaux Mondes, le développement des techniques d'arpentage et de cartographie ainsi que l'invention du télescope modifient les rapports que l'homme entretenait traditionnellement avec l'univers. Il reste de ce moment une valorisation du présent et de l'individu (5).

Textes et images diffusent aussi l'idée que Jésus a exercé divinement la pharmacie et la médecine. Il n'est pas seulement apothicaire, il est aussi médecin du corps et de l'esprit. Jésus réalise des miracles, qui apparaissent comme la succession de différents états du corps : le temps de désespérance et de souffrance caractérise la phase préliminaire, il est suivi de la séquence de crise dont les symptômes sont souvent d'une grande violence, comme s'il fallait que le corps atteigne le paroxysme de la souffrance pour retrouver la sérénité. Après l'épreuve, le miraculé est un autre homme (5).

Au XIXe siècle, la spiritualité insiste avec violence sur le corps douloureux du Christ Rédempteur dont les souffrances sont décrites avec réalisme, notamment en ce temps du triomphe de la médecine anatomo-clinique. Le corps du Christ peut être représenté éviscéré (7).

La promulgation du dogme de l'immaculée conception par le Pape Pie 9 en 1854 ajoute à la confusion de la place du corps. Le corps féminin se trouve préservé du péché originel et accède à la maternité sans rapport sexuel (7).

En résumé

On retient du christianisme l'empreinte d'un corps souffrant comme promesse de salut, empreinte qui subsiste dans la société française actuelle, bien qu'elle ne soit plus nécessairement rattachée à une religion.

D'autre part, le christianisme, religion du salut personnel, a valorisé l'individu et favorisé l'émergence de la personne mais a aussi contribué à dissocier les liens avec la parenté large, celle des vivants et celle des ancêtres morts. En effet, cette chaîne d'ascendants et de collatéraux renvoyait auparavant à une conscience originale du corps, dans laquelle l'individu avait son corps en propre et toujours solidaire d'un grand corps collectif de la lignée (5). Les sociétés dans lesquelles on retrouve cette conception de parenté ne partagent pas avec la société française leur image du corps, ce que nous verrons dans la troisième partie de ce chapitre.

Tournons-nous à présent vers d'autres religions d'influence, afin de compléter l'image du corps véhiculée dans la culture française.

b. Le contrôle du corps dans les religions monothéistes

Rappelons qu'en 2008, 65% des français se déclaraient catholiques, tandis que l'islam représentait 6% de la population et le protestantisme 2%. Ensuite, les « chrétientés historiques¹ » représentaient environ 750.000 personnes, le judaïsme 600.000 personnes et le bouddhisme 400.000 personnes (8). Le paysage religieux est varié en France, et on ne peut négliger l'impact des autres religions que le catholicisme sur notre culture. Dans un souci de concision, seuls le judaïsme et l'islam seront abordés, je vous renvoie à des ouvrages spécialisés pour plus d'informations.

Le judaïsme rabbinique est soutenu par trois notions fondamentales, que sont le sabbat², la sexualité et les règles alimentaires. À travers ces fondamentaux de la vie quotidienne, les notions de pureté et de sainteté du corps sont affirmées. La personne se définit d'emblée par son existence corporelle et sa capacité relationnelle. L'essence corporelle de l'homme n'est jamais séparée de son esprit. En créant l'homme, Dieu l'a doté d'une nature charnelle et lui a révélé une législation à respecter afin de

1 « chrétientés historiques » regroupent l'Église orthodoxe, l'Église apostolique arménienne et diverses Églises orientales

2 Sabbat : « jour de repos hebdomadaire consacré à Dieu, dont la loi mosaïque fait une stricte obligation » (6)

se montrer digne de son Créateur. L'accomplissement des six cent treize préceptes positifs et négatifs de la Torah présuppose ainsi un corps sain et bien traité (9).

Dans l'islam, la vision spécifiquement islamique du corps découle de la foi du musulman en l'unicité de Dieu. Dieu est à l'origine directe du corps humain, il est l'origine matérielle et spirituelle de l'humanité, et joue aussi un rôle dans la procréation actuelle et la gestation des femmes enceintes. Le musulman est le gérant de son corps dans un cadre défini et contrôlé par les volontés divines, édictées par le Coran, la charia et la tradition. La notion de pureté corporelle concerne particulièrement les femmes dans le contexte des menstruations, mais aussi dans le culte. La pureté rituelle est recherchée par les règles alimentaires, et s'imposera également par la pratique du culte. Le croyant ne pourra entrer avec son corps dans la prière qu'une fois les ablutions purificatrices réalisées (9). Précisons que les ablutions purificatrices ne sont pas l'exclusivité de la pratique islamique.

En comparaison, dans certaines sociétés animistes en Afrique, la souillure corporelle, provoquée par exemple à la suite de relations sexuelles, peut être corrigée par des procédures de purification rituelle, permettant une réparation définitive. Dans les grandes religions monothéistes en revanche, la souillure est conçue comme une dette infinie et devient une faute morale, ne pouvant pas être effacée par un rite ponctuel. La culpabilité s'installe et la pureté devient un idéal abstrait impossible à atteindre, dont on peut seulement approcher par des rituels précis, comme le jeûne (10). Le corps est une partie de l'être humain à contrôler, pour éviter les situations de souillure.

En résumé

Dans le judaïsme comme dans l'islam, les notions de pureté corporelle sont fondamentales, et partagent avec le catholicisme la responsabilité personnelle d'une souillure corporelle, pouvant générer un sentiment de culpabilité chez le croyant. Finalement, toutes les religions monothéistes maintiennent le pratiquant dans un état de vigilance permanente pour un meilleur contrôle corporel.

L'image culturelle du corps est donc influencée par les pensées philosophiques et religieuses, mais l'histoire du regard porté sur le corps d'un point de vue sociétal va venir compléter la conception de cette image.

3. Un point de vue sociétal : De la contrainte des corps à la révolution sexuelle

Le développement de l'homme au sein d'un groupe social implique le respect des règles communautaires et l'exposition au regard de ses pairs, deux paramètres en constante évolution. L'image du corps transmise à l'individu dépend donc en grande partie de l'histoire du groupe dans lequel il s'est construit.

a. De la contrainte des corps dans la société française

Depuis les premiers traités de divination mésopotamienne, sur les fondations physiognomoniques posées par l'antiquité gréco-romaine, puis à travers les traditions du Moyen-âge occidental arabe, le lien entre un homme extérieur visible et un être intérieur caché s'est peu à peu systématisé. Le développement spectaculaire de la physiognomonie au début du XVI^e siècle a été contemporain de celui de la civilité (5).

On observe un tournant dans les perceptions du corps en France à partir du XVI^e siècle. Les traités véhiculent de nouveaux modèles, comme dans *La physionomie humaine* (1655) de Giambattista della Porta (11), dans lequel la forme des lèvres ou le timbre de la voix reflètent des traits de caractère (voir Annexe). Progressivement, les caractères personnels ne correspondent plus à la morphologie et se construisent sur des indices plus fins, comme le maintien du buste, le ton de la voix ou encore les vêtements, choisis au terme d'un calcul maîtrisé. Textes et images manifestent la construction d'une nouvelle représentation culturelle du corps comme support des relations sociales (5).

D'autre part, pour la Renaissance, la valorisation du corps n'est pas dissociable de l'exaltation de sa beauté physique. Au plan artistique, les proportions du corps humain se précisent et les affects se lisent de plus en plus finement. L'histoire de la théorie des proportions telle qu'elle est pratiquée par les artistes confirme combien l'image du corps parfait est avant tout une question d'art, et ce sont ces mêmes artistes qui développent les images d'un corps érotisé (5). On peut par exemple voir, dans l'œuvre *Adam et Eve* de Dürer, un Adam dont les muscles saillent malgré sa posture décontractée (12) (voir Annexe).

Entre le XVI^e et le XVII^e siècle, la pratique sportive vise au développement de l'adresse et de la prestance, et on observe une volonté de mise en scène du corps. Cette vision inscrit pour la première fois les mouvements corporels dans de vastes ensembles géométrisés, illustrés par la création des ballets. L'évolution de l'histoire des jeux témoigne d'une restriction de la brutalité, des jeux d'argent et de l'apparente inutilité du jeu, dans laquelle on peut entrevoir une volonté de contrôle des corps par la maîtrise des violences et des passions dans la population (5).

Au XVIII^e siècle, le versant volontairement sanitaire de l'exercice physique se confirme. L'importance apportée au collectif et à la force des populations s'accroît, et le corps devient objet de mesures et de recensement. Le perfectionnement de l'homme est un enjeu politique, comme en témoigne l'invention des notions d'éducation physique ou d'éducation corporelle (7).

En 1792, l'inauguration de la guillotine modifie radicalement le traitement pénal des corps. Auparavant, le supplice attestait de la sacralité du droit, dans le spectacle d'une douleur potentiellement rédemptrice. La guillotine, qui se veut indolore, ne fait plus place à l'exhibition de la honte et du repentir. Elle fournit également aux médecins une singulière table de dissection, et d'expérimentation quant à la séparation instantanée du corps et de l'esprit qu'elle semble produire. A la fin du XVIII^e siècle, les courants philanthropiques rendent intolérables le supplice et la mort individuelle. Le corps du défunt devient l'objet d'une valeur et une dignité nouvelle (7).

Par ailleurs, la propreté se fait argument érotique autant qu'instrument de distinction. Elle suppose l'accès à une eau abondante et l'autorisation de l'utiliser, et concerne une population privilégiée. On observe également un développement de la natation dans les bains publics, avec le dévoilement des corps qui l'accompagne (7).

Le culte de soi au début du XIX^e siècle résulte de l'inquiétude sur le mélange des ordres sociaux et la lutte contre la décadence, et se traduit par un investissement dans la tenue et dans la santé. Une importance énorme est accordée à l'acte de regarder, notamment le corps. Le nu à travers le regard des artistes connaît un grand succès, alors que dans la vie courante les corps sont soigneusement cachés. Les progrès de l'optique et l'apparition de la photographie produisent une image du corps de plus en plus fidèle à la réalité (7).

La véritable nouveauté tient à l'analyse du mouvement par le calcul des forces, des vitesses et des temps produits. L'acte devient ce qui perfectionne le muscle avant le geste et la gymnastique prend un aspect normatif. On assiste à l'apparition de nouvelles formes de travail sédentaire, des emplois de bureau, à l'origine de stress physiques et psychologiques inconnus jusqu'alors, s'accompagnant du besoin de faire régulièrement et agréablement de l'exercice (7).

Au XXe siècle, les entreprises de cosmétiques se développent autour des arguments de beauté et de santé, la chirurgie plastique progresse et s'impose parmi les recours esthétiques. Dans l'espace privé, on assiste à une multiplication de dispositifs comme le pèse-personne, le miroir et la photographie. L'avènement des congés payés distingue l'élite au teint halé non plus du paysan mais de l'employé blafard. Entretenir l'apparence, comme le bronzage ou le poids est un signe de bonne santé (13). Les valeurs morales liées à la silhouette s'affirment : les idéaux se portent sur les physiques maigres et musclés représentant la maîtrise de soi et de son corps, l'intelligence, la réussite personnelle, alors que la surcharge pondérale est associée à la laideur, l'incompétence et l'immoralité. « Les bons sont les maigres musclés et les mauvais sont les gros mous » (14). Les physiques masculin et féminin sont également décrits de manière manichéenne. Les différences individuelles tendent à être gommées pour uniformiser la plastique des corps, comme on peut le remarquer dans le mannequinat ou dans les médias visuels (14).

Dans les années 1920-1930 émerge l'univers du corps du « dedans », celui des muscles éprouvés, interrogés, « conscientisés ». Une nouvelle représentation du corps se diffuse, plus intériorisée, centrée sur la mentalisation : écouter les sensations pour mieux les contrôler, imaginer les formes physiques pour mieux les acquérir. Les progrès de la neurophysiologie renforcent l'idée d'un impact du seul imaginaire de l'action : aider à frayer des voies nerveuses, contribuer au contrôle des muscles et mouvements. L'individu se revendique de plus en plus maître de lui-même. Une profusion de textes des années 1970-1980 suggèrent de se découvrir soi-même par la conscience profonde du corps, et le travail sur l'intime devient pratique de masse. Les conséquences se retrouvent dans les interactions sociales, qui sont de plus en plus nettement empreintes d'un effort d'inattention calculée, visant à réduire les contacts oculaires et à multiplier les évitements (13).

D'un point de vue éthique, la vision individuelle du corps tend à faire de l'autonomie un principe fondateur : l'individu est maître de sa vie et de ses décisions, on doit lui reconnaître le droit de disposer librement de ce qui relève de la sphère privée de son existence (15).

Dans les arts visuels, mais aussi dans le théâtre et la danse, la dimension symbolique et métaphorique qui permettait la représentation disparaît, d'où une bizarre omniprésence du sexe, sans désir, fantasme ni passion (13). La technique de plastination¹, mise au point en 1977 par Gunther von Hagens, a donné lieu à des expositions publiques des organes et corps plastinés (14), et met en scène le paradoxe d'une maîtrise corporelle au-delà du vivant.

Les rites de passage qui ouvrent l'individu au monde et l'inscrivent dans le groupe, comme ceux du mariage ou du premier emploi, se déplacent sur le corps avec les tatouages et piercings.

1 Plastination : appelée aussi imprégnation polymérique, est une technique visant à préserver des tissus biologiques en remplaçant les différents liquides organiques par du silicone.

Aujourd'hui, toute la surface corporelle est une potentielle surface d'expression plastique pour un imaginaire illimité. Au delà de l'uniformité vestimentaire et de la recherche des marques, il ne s'agit plus tant de marquer son ralliement à un groupe, que de faire de son corps une œuvre originale qui affirmera sa singularité (14).

Le XXe siècle et ses progrès technologiques ouvrent par ailleurs l'ère de la communication et du lien virtuels. Le monde médiatique et virtuel propose une vitrine des apparences, à l'instar des profils façonnés sur les sites de rencontres ou des avatars créés dans les jeux vidéos. D'après Vincent Dodin : « A l'extrême, le corps, n'étant plus relié à l'autre et à son environnement, n'est plus qu'une image virtuelle sans âme et sans chair. Cette désaffection du corps au profit de l'apparence s'accompagne d'un repli sur soi narcissique et angoissant qui n'est pas sans conséquences psychologiques » (14).

En résumé

Dans la société française, la maîtrise du corps est valorisée. L'étude du regard social montre qu'elle ne cesse de s'affirmer et de s'exhiber, dans les domaines sportif et artistique autant que scientifique, politique, professionnel ou encore commercial.

Par ailleurs, les avancées concernant les techniques de soins corporels et l'autonomisation du corps ne doivent pas éluder le maintien, voire le retour de rapports corporels placés sous le signe de la mise à l'épreuve, qu'on la traduise en termes de dépense ou de violence physique (13).

Enfin, dans le regard porté sur le corps, la composante de l'intime et de la sexualité occupent une place importante que nous allons à présent explorer.

b. Une libération sexuelle modérée par les exigences physiques qu'elle engendre

L'histoire du développement de l'architecture domestique et de l'espace intérieur témoigne d'une séparation lente et progressive des chambres à coucher, qui débute bien plus tôt dans les familles aristocratiques qu'au sein des classes laborieuses. Les ordres sociaux inférieurs vont connaître pendant longtemps une promiscuité diurne et nocturne, l'intimité sexuelle étant presque impossible (5).

Au XIXe siècle, le bain est rare. La crainte de l'éveil du désir sexuel ou de l'isolement que permet la baignoire justifie les préférences pour des lavages localisés. La conversion des flux pour mise en place de la salle de bain apparaît dans les milieux aisés, réorganisant totalement l'espace de l'intime : dans la salle de bain, tout est conçu pour éviter la présence d'un tiers. Au plan artistique, le nu n'a jamais été aussi cultivé, tandis que le corps est soigneusement caché, surtout celui de la femme (7).

La découverte des ovaires montre que l'orgasme féminin est inutile à la procréation, le plaisir sexuel de la femme se voit publiquement censuré. Des représentations terrifiantes sont véhiculées autour de la sexualité, la masturbation est blâmée, la propagation de la syphilis et la hantise de l'hérédité morbide font craindre le rapport sexuel, et les avortements se pratiquent dans de dangereuses conditions. En parallèle, on voit se développer une quête du plaisir et un hédonisme, l'érotisme rejoint l'amour physique et la procréation, la littérature pornographique se développe. Tout ceci dans la confusion des repères de bonne conduite (7).

A la fin du XIXe siècle, le bonheur privé passe par des relations familiales fondées sur les sentiments. Les mariages arrangés, qui n'ont jamais existé dans les milieux ouvriers et modestes, cèdent la place au mariage d'amour. Les relations pré-nuptiales gagnent aussi du terrain. Au sein du couple, les relations sexuelles harmonieuses apparaissent alors comme le complément indissociable de l'amour, et si on ne trouve pas son bonheur sexuel auprès de l'époux ou de l'épouse, il devient acceptable de le chercher ailleurs. A partir des années 1890, la société française est de plus en plus indulgente à cet égard, pendant que la loi sur le divorce de 1884 met à égalité les deux sexes devant la faute de l'adultère (16).

Anne-Marie Sohn a travaillé sur les archives judiciaires dans lesquelles on trouve une abondante

documentation sur la vie privée des inculpés, des victimes et témoins des affaires d'adultère, de crimes sexuels ou d'avortement. Elle rapporte qu'avant 1914, il est très rare que les époux se montrent nus l'un à l'autre, car la nudité renvoie aux filles des maisons closes. Le plus souvent, ils restent en chemise et dans le noir. Le baiser sur la bouche est également d'une indécence absolue ; à la fin du XIXe siècle, il constitue encore un crime d'attentat à la pudeur. Après 1914 cependant, sous l'influence des images de cartes postales et de cinéma, le baiser se généralise et devient une manière incontournable de déclarer sa flamme, suivi dans l'entre-deux-guerres par des propositions fréquentes de rapport sexuel des prétendants envers les jeunes filles des milieux populaires (16).

A partir des années 1950, on observe une franche modification des comportements amoureux. Le « Courrier du cœur », lancé en 1947 par le magazine *Elle*, montre que le *flirt* devient obligatoire. Les enfants du *baby-boom* de tous les milieux vivent une extraordinaire libération de la parole, et les années 1970 voient apparaître des formules nouvelles comme « Mon corps est à moi » ou « Vivre pour soi d'abord » (16). Le 20e siècle propose aussi un dévoilement du corps basé sur le développement de la mode et du tourisme balnéaire. La sexualité est publiquement mise en scène dans les films ou les affiches, et le corps sexué devient omniprésent (13).

Dans le dernier tiers du XXe siècle, les lois se succèdent, témoignant d'une politisation de la vie privée : autorisation de commercialisation de la pilule contraceptive en 1967, partage de l'autorité parentale qui remplace l'autorité paternelle sur la famille en 1970, légalisation de l'avortement par la loi Veil en 1974, et dépénalisation de l'adultère en 1975. En 1973, l'école propose des leçons facultatives d'éducation sexuelle (16).

L'affaire d'Aix-en Provence en 1978 a suscité une grande émotion : deux jeunes campeuses belges violées en Corse ont vu leur affaire d'abord classée en correctionnelle puis renvoyée aux assises. Les violeurs ont finalement été condamnés. Par la suite, la loi de 1980 a redéfini le viol, qui concerne femmes et hommes et s'applique dans le cadre conjugal (16).

L'enquête ACSF¹ de 2006 révèle de profondes modifications des comportements sexuels. L'âge au premier rapport sexuel a chuté de trois ans pour les femmes et d'un an et demi pour les garçons depuis 1950 ; en 2006, l'âge de l'initiation s'est stabilisé pour garçons et filles à dix-sept ans et demi (17). La vie des couples s'érotise de plus en plus. D'autre part, d'après Anne-Marie Sohn, « en 1997, 87% des futurs époux vivent ensemble avant le mariage alors qu'ils sont 12% en 1965, et 37 % des enfants sont nés hors mariage contre 11 % en 1978 ». Chez les seniors, les comportements sexuels évoluent également. En 1972 seulement 50 % des femmes mariées de plus de cinquante ans étaient

1 ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France

sexuellement actives, alors qu'en 1992 c'est le cas de plus de 80 % des femmes de cinquante à soixante-neuf ans en couple ; et il existe une sexualité dans les maisons de retraite. La loi sur le PACS¹ votée en 1999 témoigne de l'évolution des considérations autour de l'homosexualité, qui tendent vers une meilleure acceptation (16), confirmée par la légalisation du mariage homosexuel en 2013.

Rappelons qu'au XXe siècle, la dimension symbolique et métaphorique qui donnait un sens aux représentations artistiques disparaît, et le sexe, dénué de fantasme ou de désir, devient étrangement omniprésent dans les œuvres (13). Le mariage d'amour et le dévoilement du corps laissent l'individu totalement responsable de ses atouts : la séduction passe majoritairement par le physique. Les cosmétiques et la chirurgie esthétique se développent, l'image occupe une place obsédante. Les photographies exhibées dans les médias sont souvent retravaillées et redéfinissent des critères esthétiques artificiels et inatteignables, alors qu'une partie de la population tente malgré tout de s'en approcher. Par exemple, la mode du « *thigh gap*² » initiée par certaines représentations de mannequins en est une conséquence directe (14).

En résumé

On observe une libération des conduites sexuelles et sentimentales progressive depuis le XIXe siècle, qui s'accélère dans la deuxième moitié du XXe siècle. L'accroissement des libertés sexuelles s'accompagne de l'affirmation du caractère central du consentement et du refus d'un rapport sexuel violent. Dans le même temps, l'importance du paraître est de plus en plus marquée, à l'origine d'exigences physiques irréalistes.

Cependant, deux tabous persévèrent : ceux de l'inceste et de la pédophilie, qui suscitent beaucoup d'émotion et de sévérité, en particulier dans les médias. Par exemple, rappelons-nous les vastes polémiques de 2013 au sujet de Daniel Cohn-Bendit, soulevées par un retour médiatique de son livre « Le Grand Bazar » (paru en 1975) dans lequel il aurait tenu des propos pédophiles. L'importance de l'animation suscitée témoigne de l'ampleur des émotions générées par ce sujet.

D'autre part, nous avons vu que le regard social a un impact majeur sur la conception du corps de la

1 PACS : Pacte Civil de Solidarité

2 *Thigh gap* : indice désignant l'espace entre les cuisses lorsque les pieds sont joints

personne. Néanmoins, toutes les sociétés ne s'organisent pas de la même manière, et on peut se demander de quelle façon ce regard peut être modelé par des organisations sociales particulières. Le paragraphe suivant va nous permettre d'avoir quelques éléments de comparaison.

c. Quand le corps est un élément du groupe

Les écrits anthropologiques et historiques témoignent d'une forte variabilité des conceptions du corps, de son traitement social, et de sa relation à autrui et au monde, en fonction des sociétés existantes.

Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, et à l'inverse des sociétés modernes, le corps est un élément parmi d'autres au sein d'un système symbolique. Il participe à l'édification d'une personne sociale ou d'un membre du groupe en conformité à l'image que son groupe institue comme normale (10). Le corps est alors un relieur de l'énergie collective : à travers lui, chaque homme est inclus dans le groupe (14).

La capacité à occuper un statut ou à remplir un rôle dépend souvent de l'exhibition d'un corps immédiatement identifiable, permettant de situer d'emblée l'appartenance ethnique ou la position sociale d'un individu. De nombreuses sociétés pratiquent le marquage ethnique : peintures corporelles dans les sociétés sud-américaines, tatouages et scarifications dans les sociétés africaines, existence de diverses mutilations (avulsion dentaire, ablation d'un doigt, etc.). Un tel système de signes, dont le code est connu de tous, permet d'identifier par le regard tout individu rencontré (10). D'autre part, certaines anomalies corporelles déterminent le devenir social de l'individu. Pour certaines sociétés de l'Ouest africain, le garçon est la réincarnation d'un grand-père défunt, dont il possède des traits. D'autres ancêtres ou génies peuvent marquer une singularité du corps d'un enfant, le plaçant dans la chaîne de filiation des vivants et des morts. « Chez les Lobi du Burkina Faso ou chez les Senoufo de Côte-d'Ivoire, des enfants peuvent être considérés comme la réincarnation d'enfants décédés » (10).

Selon l'organisation sociale et le système de parenté, les contributions paternelle et maternelle diffèrent : la transmission de caractères à l'enfant est imputée diversement à l'un ou à l'autre. Le sang, la chair ou les os de l'enfant peuvent être hérités séparément du père ou de la mère. « Chez les Samo du Burkina Faso par exemple, la chair de l'enfant lui est fournie par la mère, son sang par le père » (10).

Les notions de frontières du corps varient sensiblement selon les sociétés. Pour certaines, la connaissance des organes et des fonctions physiologiques n'a de valeur que par son insertion dans la totalité sociale. « La Chine, par exemple, n'a pas pratiqué d'autopsie pendant deux millénaires, car une telle intervention ne s'intégrait pas dans les représentations chinoises du corps et ne correspondait pas à une nécessité logique. Les Dogons du Mali, eux, considèrent que la formation de l'enfant dans la matrice commence par le crâne et les clavicules, celles-ci constituant le système de suspension de l'ensemble du squelette. Ces images ne peuvent être comprises que dans leurs correspondances avec les systèmes mythiques et symboliques qui rendent compte de la fondation et de l'organisation du monde dogon : les deux clavicules contiennent, en effet, les symboles des huit graines primordiales formées par le Créateur au début de la Genèse, et renvoient à l'agriculture, aux plantes cultivées, à la vie. Dans les conceptions mythiques des Canaques de Mélanésie, il y a entre l'homme et l'arbre identité de structure et de substance. Pour les Bambara du Mali, la structure anatomique est en intime correspondance avec les cycles astronomiques : une très riche élaboration symbolique fait correspondre les trente-trois segments qui représentent graphiquement l'enfantement aux trente-trois pièces osseuses de la colonne vertébrale et aux trente-trois années lunaires au terme desquelles il y a coïncidence entre calendrier solaire et calendrier lunaire. » (10).

Marcel Mauss a étudié les variations, en fonction de l'éducation reçue, des mouvements et mobilisations du corps. Il a montré combien certaines postures sont loin d'être naturelles : la position assise, par exemple, est pratiquement inconnue dans de nombreuses sociétés au bénéfice de la position accroupie. De même, dans certaines sociétés, les femmes peuvent se tenir debout pour uriner ou pour enfanter (10).

« Dans les sociétés traditionnelles, l'interprétation de la maladie est étroitement liée à une manière de concevoir le corps comme dépourvu d'autonomie propre. La maladie n'est presque jamais attribuée à une cause endogène ; au contraire, elle relève de séries de causalités extérieures. » (10). Les dérèglements du corps s'appuient sur des processus externes créés par des ancêtres défunts, des puissances invisibles ou des ennemis malveillants, ou peuvent découler d'un manquement à la règle sociale. « C'est l'autre, ou bien un événement dont on ne se tient pas pour responsable, qui est supposé être la cause du trouble qu'on ressent dans son propre corps. De telles interprétations ignorent la culpabilité caractéristique des modes de raisonnement de la médecine occidentale. » Les troubles corporels peuvent renvoyer à un dysfonctionnement dans la structure sociale, illustrant le principe de non-individuation qui soutient les conceptions du corps et de la personne. « Il arrive, par exemple, qu'une maladie soit interprétée comme le signe qu'une femme appartenant au lignage du

malade a commis un adultère » (10).

En résumé

Au total, les conceptions du corps connaissent d'importantes différences en fonction des sociétés dont elles sont issues. Le corps n'est pas une donnée définitive – à l'image des sorciers d'Afrique réputés pour leur capacité de transformation en animaux (10).

Ce paragraphe nous enseigne que dans une étude sur les représentations du corps, le facteur sociétal ne doit pas être oublié.

4. Conclusion : Vers une modification des regards

Nous avons abordé l'évolution des histoires philosophique, religieuse et sociétale, dans le but de mieux comprendre les origines et les impacts des représentations collectives du corps dans la culture française.

D'un point de vue philosophique, le corps a animé un grand nombre de penseurs depuis l'Antiquité grecque jusqu'à nos jours. Platon et Descartes ont proposé une vision dualiste du corps et de l'esprit, tandis qu'Aristote et Spinoza avaient une pensée moniste¹. Le corps a été considéré comme un objet mécanique par Descartes, insensible par Sade alors qu'il est au centre de la sensibilité chez Rousseau. Lucrèce, puis La Mettrie et Cabanis ont soutenu une conception matérialiste, quand le corps se faisait objet perçu chez Kant. On constate une évolution historique des représentations du corps et de l'esprit qui sont de plus en plus liés entre eux, même si une séparation est maintenue par Bergson ou par Nietzsche. Au XXe siècle, le corps reste inconnu et source d'angoisse pour Sartre, tandis que Husserl et Merleau-Ponty, par leur pensée phénoménologique, proposent une vision uniciste dans laquelle le corps est le soutien d'une ouverture vers l'être et d'un épanouissement.

Au plan de l'histoire religieuse, nous avons abordé le fait que les notions de pureté corporelle et de responsabilité personnelle d'une souillure sont partagées par les grandes religions monothéistes. Le sentiment de culpabilité qui peut en découler est à l'origine d'une vigilance permanente du croyant

¹ Monisme : « doctrine selon laquelle le monde n'est constitué que par une seule substance, qu'on la nomme matière, comme les matérialistes, ou esprit, comme les spiritualistes. », ou « système de pensée qui maintient l'unité de l'objet, par opposition au dualisme » (6)

pour une maîtrise optimale de son corps. D'autre part, on retient du christianisme l'image d'un corps souffrant comme promesse de salut, dont l'empreinte subsiste dans la société française actuelle, bien qu'elle ne soit plus nécessairement rattachée à une religion.

Enfin, l'étude sociétale est primordiale puisque l'image du corps transmise à l'individu dépend en grande partie de l'histoire du groupe dans lequel il s'est construit, comme nous le démontre l'observation de sociétés traditionnelles sur des continents extérieurs à l'Europe. Dans l'histoire de la société française, la popularité de la physiognomonie valorise l'observation et les interprétations basées sur l'apparence physique, tandis que les images du corps véhiculées par les artistes depuis la Renaissance jusqu'aux médias modernes proposent des idéaux de beauté impossibles à atteindre. Le sport devient progressivement un moyen de mise en scène et de perfectionnement du corps, alors que les valeurs morales liées à la silhouette (« maigre musclé » et « gros mou » (14)) s'affirment. D'un point de vue éthique, le corps du défunt acquiert une dignité nouvelle et le principe d'autonomie de la personne s'impose. On observe par ailleurs une libération des conduites sexuelles et sentimentales progressive depuis le XIXe siècle, qui s'accélère la deuxième moitié du XXe siècle. L'accroissement des libertés sexuelles s'accompagne alors de l'affirmation du caractère central du consentement, mais également d'exigences physiques importantes puisque le mariage d'amour et le dévoilement du corps laissent l'individu totalement responsable de ses atouts. En parallèle, le corps se pare d'une intériorité qu'il faut apprendre à connaître et à maîtriser pour aller vers un mieux-être. Finalement, la valorisation de la maîtrise du corps ne cesse de s'affirmer. L'intime se fait paradoxalement lieu du contrôle personnel mais aussi des préoccupations publiques, car le corps concerne autant les domaines sportif et artistique que scientifique, politique, professionnel ou encore commercial.

La pression issue de ces diverses contraintes physiques peut être source d'angoisse et de mal-être. D'une part, les modèles physiques exigés sont souvent inatteignables et placent la personne en situation d'échec et de culpabilité ; d'autre part, le développement de l'individualité gomme les repères d'inscription dans le groupe, et propose paradoxalement un effacement des différences et une affirmation de la personne.

Néanmoins, l'évolution philosophique et sociétale, ainsi que la moindre influence religieuse (par rapport à l'histoire étudiée antérieurement) témoignent d'un mouvement vers une vision uniciste de la personne, ainsi qu'un retour au corps comme support de l'épanouissement. On voit par exemple émerger un nombre croissant de méthodes à but de développement personnel, s'adressant à un large

public. Jaotombo et Brasseur se sont interrogés sur cette tendance (18), et constatent l'abondance des définitions mais aussi la confusion des notions de concept et de pratique de cette méthode. Ils proposent comme définition du concept de développement personnel « un processus par lequel le sujet prend conscience de façon lucide de son intérieur comme de son extérieur, en constate les contraintes et s'épanouit en trouvant l'équilibre entre ses choix volontaires et les limites de son environnement (interne et externe) ». On trouve ici l'exemple d'une approche globale de la personne en vue d'un mieux être, approche sur laquelle pourra s'appuyer la base d'une Thérapie à Médiation Corporelle comme nous le verrons par la suite.

Si l'abord culturel nous permet de penser une approche corporelle pour un mieux-être, nous allons à présent aborder le versant médical de ce type d'approche afin d'en comprendre la portée thérapeutique.

Chapitre 3. La formation des psychiatres :

Le corps comme objet de diagnostic et support du psychisme

Les histoires de la médecine et de la psychiatrie peuvent nous apporter des informations sur les repères transmis aux psychiatres quand à la place du corps dans leur exercice, afin de mieux en comprendre la position actuelle.

1. La division du corps dans la médecine occidentale

Depuis Hippocrate jusqu'au Moyen-Âge, l'image transmise par la médecine et la philosophie grecque qui domine les conceptions des médecins est celle du modèle humoral, que l'on retrouve dans les écrits d'Hippocrate (Ve s. av. J-C) et dans l'œuvre de Galien (IIe s.). L'équilibre humoral (sang, bile, phlegme et mélancolie) explique alors le spectre des dispositions et des tempéraments (5).

Des dissections humaines se pratiquent à Alexandrie au IIIe s. av. J-C, puis on n'en retrouve pas de trace jusqu'à la fin du Moyen-Âge en Europe. A cette période, les théâtres d'anatomie se développent et se modifient pour accueillir de plus en plus d'intéressés. Les médecins et biologistes sont demandeurs d'une connaissance précise de l'anatomie, et l'on voit apparaître des planches d'anatomie illustrée. En 1543, Vésale publie son chef-d'œuvre « De la construction du corps humain », une série de textes illustrés de références anatomiques puisées dans les dissections. Les références astrales sur lesquelles les anatomistes avaient l'habitude de s'appuyer sont peu à peu remises en question. L'affinement de l'anatomie sera ensuite à l'origine de représentations fibrillaires, en référence à une nouvelle architecture intime du corps (5). Dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle, Giovanni Battista Morgagni rédige ses Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies (initialement en latin *De Sedibus et causis morborum per anatomem indagatis*), ouvrage qui fait de lui le père de l'anatomo-pathologie (19).

Sous la Monarchie Française, la formation des médecins et chirurgiens du service de santé militaire est réformée par la création en 1771 d'amphithéâtres d'instruction au sein des hôpitaux, et

l'autorisation d'ouverture de l'hospice de perfectionnement du collège de chirurgie en 1774. En réalité, l'essentiel de la formation passe par les demandes spontanées de volontaires pour des cours de médecine et de chirurgie pratiques donnés par les médecins des hôpitaux. En 1801, le titre d'interne est créé par la mise en place de l'Internat de hôpitaux de Paris, formation médicale dans laquelle les candidats sont sélectionnés sur concours. L'école de Paris devient un modèle européen de formation médicale (5).

Au XIXe siècle, les hôpitaux offrent ainsi aux médecins une masse de corps à explorer, vivants ou morts. Deux démarches s'y trouvent réunies : l'observation des symptômes du malade, et l'anatomie pathologique, qui se lient pour créer la médecine anatomo-clinique. L'entretien avec le malade est de plus en plus concurrencé par l'examen clinique, et on observe une évolution vers l'exploration interne du corps vivant avec le stéthoscope, le speculum uteri, les rayons X mais aussi des indicateurs de paramètres vitaux comme le thermomètre et le tensiomètre (7). La découverte de la radiologie modifie la perception corporelle en induisant une clôture du corps, liée au fantasme de sa transparence, puisqu'il est désormais inutile d'ouvrir le corps pour repérer une lésion et agir dessus.

En 1859, les théories de Darwin remettent fortement en question les théories divines sur l'origine de l'homme. En 1864, Claude Bernard définit le corps comme « un agrégat d'éléments organiques, ou mieux d'organismes élémentaires innombrables [...] cette multitude inouïe d'organismes élémentaires associés qui composent notre organisme total et existent, comme des infusoires, dans un milieu liquide qui doit être doué de chaleur et contenir de l'eau, de l'air et des matières nutritives » (20). Ce nouveau modèle médical est fondé sur la science des faits (*Evidence based medicine*) et sur leur interprétation dans un système de causalité strict résumé par les postulats de Koch en 1882. Toute maladie a une cause et une seule, nécessaire et suffisante, et la suppression de la cause entraîne la cessation de la maladie. Dans le même temps, la médecine anatomo-clinique n'apporte pas les réponses attendues, ce qui est à l'origine de grands débats idéologiques entre philosophes, médecins et politiciens (7).

Le XXe siècle est un siècle de médicalisation sans équivalent. La médecine occidentale est non seulement le principal recours en cas de maladie, mais également un guide de vie quotidienne. Des règles de conduite pour la santé sont édictées, les plaisirs du quotidien censurés et encadrés de recommandations, comme dans les règles hygiéno-diététiques prescrites (13).

En 1949, l'OMS reconnaît le droit à la santé comme une préoccupation universelle, plaçant la santé au premier plan des préoccupations des français (13), mais également comme une condition

nécessaire au bien-être qui devient exigible auprès des différents professionnels de la santé. Dans le même temps, les progrès de la médecine entretiennent le mythe de l'éternelle jeunesse et occultent la représentation de la mort (14).

Les avancées de l'imagerie médicale modifient radicalement les perceptions du corps. Le scanner ou tomodensitométrie (TDM), l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont leur place aux côtés de la radiographie conventionnelle dans le parcours de santé de l'individu. Pour R. Potier : « L'imagerie nous renseigne et nous concerne, nous représente aussi, mais elle est surtout la médiation à travers laquelle le corps est rencontré et lu par le médecin » (21). Le corps perçu par le malade ne rejoint plus le corps lu médicalement au travers de l'imagerie. « "Mon scanner n'a pas inquiété mon médecin", "mon écho était bizarre" [...] Dans ces paroles, le corps est désigné par ce qui le révèle, l'organe laisse la place à la technique d'investigation, et l'expérience vécue condensée dans une formule magique relevant du *high tech*. », « Le premier résultat auquel confronte l'investigation clinique dans ce champ témoigne du fait que l'imagerie médicale entérine une représentation du corps morcelé et chaque morceau de corps a son mode privilégié d'investigation sur le plan technique. Aussi l'évolution de l'imagerie va réaliser le passage du film radiographique à la virtualisation du corps numérisé » (21), dans laquelle le corps vécu a disparu. L'avènement des imageries dynamiques ajoute un décalage entre le corps lu et le corps vécu, par l'illusion de réalité qu'elles apportent. Le vivant est observé en direct par une image du corps intérieure et mouvante, et accroît la confusion produite entre l'image et le corps, l'image et l'esprit ou encore l'image et l'être. L'image, en lien avec l'évolution de la société, a une fonction toujours centrale. R. Potier pointe un intérêt dans le lien moderne entre le patient et son médecin, « c'est aussi la fonction du regard qui est au centre de la relation qu'instaure l'imagerie médicale comme technique. » (21).

D'autre part, avec l'avènement des possibilités de diagnostic génétique, on voit se multiplier les débats juridiques et éthiques sur la propriété du génome, et du corps. Le corps du malade devient le lieu où se projette la maladie future et où s'exerce la recherche présente : il peut être des deux côtés du microscope, comme objet et comme sujet (13).

Michel Foucault pointe les distorsions de l'évolution du regard médical (22) : pour lui, initialement, la médecine distinguait chacun en tant que doté d'un corps individuel. Le corps vu par le malade et le corps vu par le médecin différaient, car le premier y voyait un organisme souffrant et le second une articulation d'organes et de fonctions, mais ils coïncidaient malgré tout formellement. Michel Foucault soutient que l'évolution actuelle consiste en ce que la « singularité somatique » se trouve

dispersée dans la pratique médicale : dans les examens biologiques, biopsies et prélèvements, dans les gènes, etc., un ensemble de paramètres desquels l'individu patient se trouve étranger. La souffrance du sujet est elle-même référée à un ensemble de spécialités spécifiques, redoublant la médecine « somatique » d'une prise en charge « psychologique ». D'après lui, le corps individué n'a plus rien d'une évidence : on peut imaginer la difficulté pour le patient à se représenter ce corps-là, tellement étranger à tout ce qu'est pour lui son corps.

D'un autre point de vue, le fantasme d'immortalité apporté par les rapides progrès médicaux du XXe siècle se trouve toujours confronté à la réalité de la mort, et peut justifier le retour d'une spiritualité rassurante, qu'elle soit d'ordre religieux, philosophique ou éthique. Les réflexions éthiques autour de la fin de vie (je vous renvoie par exemple aux débats soulevés actuellement par la question de l'euthanasie) proposent un regard alternatif à celui d'une médecine de l'illusion.

En résumé

L'histoire de la médecine occidentale connaît un tournant au XIXe siècle avec l'invention de la méthode anatomo-clinique. De plus, l'avènement de la médecine basée sur les faits (*Evidence based medicine*) efface toute subjectivité restante dans son exercice. La représentation du corps comme objet d'étude scientifique se confirme avec la généralisation des techniques de mesure des paramètres vitaux et le développement de l'imagerie médicale. Au XXe siècle, la médicalisation dépasse le domaine de la maladie pour entrer dans celui de la santé, droit fondamental reconnu par l'OMS, qui vient légitimer une intrusion dans l'intimité quotidienne des individus. La propriété du corps se trouve encore au centre de débats médicaux, éthiques et juridiques.

Le corps individuel semble divisé pour mieux se conformer aux diverses spécialités médicales. Néanmoins, on observe des initiatives tendant vers une volonté de rassemblement de ce corps, telles que l'intervention au sein d'un même service de différentes spécialités médicales ou paramédicales. Ces initiatives se trouvent par exemple dans un service de prise en charge de l'obésité dans lequel un nutritionniste, un psychologue et un kinésithérapeute s'unissent à l'équipe médicale ; au sein des réunions de concertation multidisciplinaires (RCP) organisées en cancérologie ; ou encore autour de la prise en charge de la douleur, quelle que soit la spécialité.

La psychiatrie est aussi une spécialité de la médecine. Son histoire va nous permettre de

comprendre en quoi le regard qu'elle porte sur le corps présente des particularités.

2. Le corps comme préoccupation des psychiatres

Dans les temps antiques, il n'y avait pas de limite nette entre les maladies du corps et celles de l'esprit. La pathologie médiévale arabe et latine se fonde sur la distinction entre désordres généraux ou fièvres, et les affections qui ont leur siège dans une partie spécifique du corps. La plupart des troubles mentaux s'inscrivent au nombre des maladies de la tête, dans le voisinage de la migraine ou des blessures du crâne (5).

Dans les sociétés médiévales, l'hospitalisation des fous se développe lentement dans un esprit d'accueil et d'assistance, mais uniquement dans les établissements importants comme l'Hôtel Dieu à Paris. Au XVIIIe siècle, l'Hôpital Général a pour vocation d'accueillir indistinctement tous les errants : les mendiants valides, vieillards, enfants, teigneux, galeux, épileptiques, fous et infirmes. La dimension charitable s'accompagne d'une volonté de répression des problèmes liés à la mendicité (23).

En 1785, l'asile thérapeutique est créé par la circulaire de Colombier et Doublet « Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés », qui veut donner un but thérapeutique à l'enfermement des Insensés (24). La circulaire contient des conseils destinés à l'amélioration de l'état des malades, tels qu'un accès à l'air pur, à l'eau salubre et à une alimentation saine, une possibilité de faire des promenades, mais aussi des conseils thérapeutiques précisés en fonction des symptômes. En 1791, la Philosophie de la folie de Daquin (25) expose avec précision les principes de ce qui va devenir le traitement moral. Son ouvrage connaît une notoriété posthume et ne sera jamais cité par Pinel malgré la proximité des principes exposés (7).

Depuis l'Antiquité, la tradition voulait que le philosophe se réservait l'âme et le médecin s'attribuait le corps. En 1799, Philippe Pinel réunit médecine et philosophie dans son « Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie » (26), proposant une réflexion qui est également amorcée dans d'autres pays (Johann Christian Reil en Allemagne, Vincenzo Chiarugi en Italie, William Tuke à New-York...). Il a comme conséquence d'autoriser la communication avec le fou, qui n'est plus un insensé car sa raison n'est jamais totalement perdue. Néanmoins, le pouvoir ne doit

pas être partagé, l'aliéniste doit être un personnage redoutable et inattaquable : le traitement psychique de Pinel va s'orienter vers une pédagogie morale. Les thérapeutiques appliquées comprennent de nombreux traitements de choc comme le bain surprise ou les fauteuils rotatoires, des sédatifs et évacuants sont prescrits et des textures appliquées sur différentes parties du corps. L'hydrothérapie reste un traitement de référence. Cependant, l'ensemble des mesures déçoit régulièrement les objectifs de guérison (7).

Notons que la psychiatrie infantile débute dans le sillage immédiat du *Traité Médico-philosophique* de Pinel, par le traitement moral d'un jeune garçon muet retrouvé dans la forêt, connu sous le nom du « sauvage de l'Aveyron » (7).

Le 30 juin 1838, la « loi Esquirol » précise les modalités de prise en charge et d'internement des aliénés. L'article premier décrète que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés » (27).

Les découvertes neurologiques orientent les médecins vers des pistes étiologiques à la psychiatrie. Antoine Laurent Bayle par exemple travaille sur la paralysie générale, et Emil Kraepelin sur les démences précoces et la psychose maniaco-dépressive. En 1840, Bénédict-Augustin Morel puis Valentin Magnan soutiennent la théorie de la dégénérescence. Le rôle de l'hérédité dans la maladie mentale déplace la problématique du traitement individuel sur celui de la prévention. Le traitement est tout trouvé puisque la dégénérescence aboutirait à la stérilité au bout de quelques générations. Des méthodes de prévention des masses s'en trouvent légitimées, incluant le dépistage des dégénérés à isoler et des conseils eugéniques jusque dans les législations (interdiction du mariage, stérilisation) (7).

La première guerre mondiale jette un nouveau regard sur les troubles mentaux. Le fait qu'une population normale soumise sur une grande échelle à des chocs émotionnels puisse présenter des troubles mentaux souligne l'importance du fond constitutionnel et de la personnalité antérieure du sujet. Du côté du courant neurologique, l'apparition de l'encéphalite épidémique de Von Economo-Cruchet à cette même période appuie l'organicité des troubles, puisqu'un virus peut également être à l'origine de troubles mentaux (13).

Au début du XXe siècle, Janet, philosophe puis psychologue et médecin à la Salpêtrière, démontre l'existence d'un inconscient à partir de la suggestion post-hypnotique. A côté du développement de

la médecine des aliénistes, des thérapeutiques dynamiques comme le magnétisme animal de Franz-Anton Mesmer, le sommeil lucide de l'abbé José Custodio de Faria, l'hypnotisme de James Braid, l'hypnose de Jean-Martin Charcot et de Hippolyte Bernheim ou encore la psychanalyse de Sigmund Freud se développent. La psychiatrie se dégage de l'aliénisme en maintenant des liens avec la médecine somatique, notamment la neurologie, et les sciences de l'homme, sous l'impulsion des travaux de Gilbert Ballet et Henri Ey. Théodule Ribot invente la psychologie, Emile Durkheim la sociologie, Lucien Lévy-Bruhl l'anthropologie. La phénoménologie de Karl Jaspers se développe tandis que la psychanalyse de Sigmund Freud prend une place prégnante dans le domaine psychiatrique, et est reprise par différentes personnalités (13). Le décret du 8 avril 1937 modifie le statut des asiles d'aliénés qui deviennent officiellement des « hôpitaux psychiatriques ». En réalité, cette mesure symbolique ne prendra sens que plusieurs années plus tard (23). Dans les années 1940, Frits Perls crée la Gestalt-thérapie, qui considère la personne comme une totalité, comprise dans son environnement et en relation avec les autres, et Michael Balint s'intéresse à la médecine psychosomatique.

A cette période, un certain nombre de psychanalystes s'anime autour de la question du corps et élabore des théories qui prennent souvent appui sur le développement de l'enfant. Par exemple, Donald Winnicott développe ses théories sur la fonction du *holding* et des enveloppes cutanées chez l'enfant (28), Didier Anzieu décrit son Moi-Peau comme une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (29), tandis que André Bullinger va créer le bilan sensori-moteur qui sera plus amplement utilisé auprès des enfants (30). Bien d'autres ont réfléchi à ce sujet. On repère néanmoins que, dès lors qu'il s'agit d'enfants, un grand nombre de théories se basent sur les perceptions corporelles.

A partir de 1952, l'utilisation des psychotropes modifie profondément la prise en charge des malades adultes. Dès 1960, la politique de secteur se met en place. La fonction du psychiatre se modifie, le psychiatre est responsable de l'intégration de ses patients dans la ville, et se fait médiateur entre la folie et la société. La psychiatrie se trouve contestée dans le même temps, mais les mouvements antipsychiatriques ne s'implantent pas durablement (13).

L'enseignement universitaire de la psychiatrie est créé en 1970. Jusque là, les formations étaient assurées principalement dans les hôpitaux, en parallèle de la pratique. On note que les charges de professeur de clinique psychiatrique et de responsable de la formation psychanalytique étaient souvent

associées (13), expliquant l'imprégnation des thérapeutiques psychiatriques par des théories psychanalytiques.

En 2010, le titre de psychothérapeute est officiellement réglementé (31). Le psychiatre peut être candidat à ce titre sans avoir à rendre compte d'une formation complémentaire.

Le recours à l'imagerie médicale en psychiatrie témoigne du lien indissociable existant entre les troubles psychiques et les troubles organiques. En effet, les progrès concernant l'imagerie cérébrale, et en particulier les IRM¹ et les TEP², permettent d'améliorer l'observation du fonctionnement cérébral au repos et en activité, au cours des troubles mentaux, ou encore d'observer l'action de médicaments psychotropes en situation réelle. Les connaissances apportées soutiennent l'émergence de nouvelles formes de traitement, mais contribuent aussi à changer le regard porté sur les thérapeutiques. « Ces méthodes d'acquisition et d'analyse d'images du cerveau ont incontestablement remis en lumière la part corporelle, cérébrale, des maladies mentales » (32).

En résumé

Le corps a été au centre des préoccupations des premiers aliénistes, et sa considération influencée par les avancées concomitantes de la médecine, comme nous le rappelle Pierre Delion, dans *Le corps retrouvé* (2) : « La psychiatrie avait conquis son autonomie en s'emparant de la question du corps des aliénés, celui qui était antérieurement un objet attaché à des murs, un corps enfermé dans les culs de basse fosse des prisons, et en le faisant entrer dans les livres et les asiles d'une façon toute médico-philosophique : un bon gardien du corps allait permettre à l'aliéné de retrouver ses esprits. La loi de 1838 a été à cet égard un progrès civilisateur. » (2) .

La psychiatrie s'est enrichie grâce au développement de la médecine, en particulier de la neurologie, mais également des thérapeutiques dynamiques, psychanalytiques et des courants psychologique, sociologique et anthropologique.

Aujourd'hui, dans les services hospitaliers de psychiatrie, on peut trouver dans les dossiers des fiches de traçabilité de la qualité du sommeil ou de l'alimentation, des notes quantifiant la douleur exprimée, des observations infirmières dans lesquelles est précisée la tendance clinophile ou plutôt

1 IRM : imagerie par résonance magnétique

2 TEP : tomographie par émission de positons

active de tel patient... Les psychiatres continuent de rappeler que les troubles psychiques sont profondément liés au corps et à ses sensations.

3. Conclusion : Vers une prise en charge globale du corps

L'étude des histoires de la médecine et de la psychiatrie témoigne d'une place centrale donnée au corps depuis Hippocrate, mais dont l'évolution n'est pas uniforme en fonction des spécialités et des médecins.

L'histoire de la médecine occidentale est marquée par la volonté d'avoir une connaissance précise de l'anatomie, dont témoignent le développement des dissections et des planches d'anatomie illustrées. Au XIXe siècle, la méthode anatomo-clinique devient la référence, et l'avènement de la médecine basée sur les faits (*Evidence based medicine*) efface toute subjectivité restante dans son exercice. Cette représentation du corps comme objet d'étude scientifique se confirme avec la généralisation des techniques de mesure des paramètres vitaux et de l'imagerie médicale. Le corps perçu par le patient s'éloigne de plus en plus du corps étudié par le médecin et lu sur des images indéchiffrables. Les possibilités qu'offrent le diagnostic génétique mettent au premier plan les questions de la propriété du corps à travers le génome, et les débats médicaux, éthiques et juridiques à ce sujet se poursuivent encore aujourd'hui. Enfin, au XXe siècle, la médicalisation dépasse le domaine de la maladie pour entrer dans celui de la santé, droit fondamental reconnu par l'OMS, qui vient légitimer une intrusion dans l'intimité quotidienne des individus. La sur-spécialisation et l'influence de la médecine offrent d'un côté une bonne qualité de soin dans de nombreuses maladies, mais risquent aussi de ne plus répondre à la réalité de la demande du patient au quotidien, qui ne reconnaît plus dans son corps le lieu du soin.

En étudiant l'histoire de la psychiatrie, nous avons vu que la prise en charge médicale des fous devient spécifique avec la création des asiles au XVIIIe siècle. Des consignes sont véhiculées pour la prise en charge de l'aliéné, avec une attention particulière pour la santé physique (sommeil, alimentation, promenades). Le traité Médico-philosophique de Pinel permet de rétablir une communication avec l'aliéné et de porter sur lui un nouveau regard, malgré l'échec d'un certain nombre de thérapies proposées. L'utilisation large des traitements de choc témoigne de la réflexion existante sur les moyens de guérison par un abord corporel ; ils seront relégués en seconde place

avec la découverte des psychotropes. Au XXe siècle, la psychiatrie s'enrichit également grâce au développement continu de la médecine, en particulier de la neurologie, mais également des thérapies dynamiques, psychanalytiques et des courants psychologique, sociologique et anthropologique. La psychiatrie est une spécialité dynamique en évolution permanente depuis la médecine aliéniste jusqu'à nos jours, et qui continue à se définir, mais pour laquelle le corps a toujours gardé une place centrale.

On peut noter, en symbiose avec l'évolution sociale, une tendance actuelle de la médecine et des professionnels du soin vers une prise en charge globale du corps. En psychiatrie, l'essor de la psychiatrie de liaison dans les structures hospitalières depuis une trentaine d'années (33) témoigne de ce besoin.

Nous avons vu que les progrès de la médecine peuvent entretenir un mythe de l'éternelle jeunesse et occulter la représentation de la mort (14). Le décalage créé entre une promesse médicale de guérison, dans laquelle le corps est un objet contrôlable, et la réalité d'une personne souffrante qui ne reconnaît pas son corps dans le regard du médecin, est à l'origine d'un malaise, et ne permet pas à la souffrance d'être prise en considération. A cet égard, l'approche thérapeutique corporelle est une nécessité, intégrée au sein d'une réflexion globale de la personne.

D'autre part, dans la formation psychiatrique, on remarque l'absence de formation sur les approches corporelles. La question du corps est abordée principalement par celle de la méthode diagnostique anatomo-clinique et peu par celle de l'outil thérapeutique qu'il peut représenter. Ainsi, à moins d'avoir pris l'initiative personnelle de se former à une Thérapie à Médiation Corporelle, les psychiatres peuvent en méconnaître l'existence, le déroulement et l'efficacité.

La suite de ce travail a pour objectif de présenter les Thérapies à Médiation Corporelle et d'améliorer leur connaissance, afin d'en favoriser l'utilisation.

Chapitre 4. Les théorisations :

Le corps en mots, sens et mouvements

Le corps, comme nous l'avons constaté, n'est pas une donnée définitive. Nous allons voir qu'au sein du langage même, il existe différentes manières de parler du corps. Un corps qui se présente notamment par sa sensorialité, c'est à dire ses cinq sens et leurs combinaisons, mais aussi par ses capacités émotives, le tout pouvant s'inscrire dans le mouvement. Enfin, dans le domaine de la santé mentale, le corps a déjà été au cœur d'un certain nombre de théorisation, que j'évoquerai brièvement.

1. Comment parler du corps en psychiatrie ?

Le terme « corps » désigne une partie de la personne qui, en fonction des référentiels culturels et théoriques, n'est pas nécessairement liée à la personne dans sa globalité. Le choix des mots que nous utilisons dépend du référentiel dans lequel nous sommes, et le mot « corps » peut prendre un sens différent en fonction du professionnel, mais aussi au sein de la communication avec le patient.

En 2006, une équipe de recherche en psychologie clinique travaille sur « La catégorisation des métaphores conceptuelles du corps » (34). Elle étudie les catégories de métaphores conceptuelles autour du corps, dans les différents registres langagiers de la psychanalyse, de la psychiatrie et de la poésie.

Les principales catégories représentées, avec leurs sous-catégories, sont (34) :

- corps-contenant : désigne « le corps ou ses parties entendus selon des attributs ou des objets qui renvoient aux fonctions de contenant »
 - corps-spatialité, ex. : « *se perdre dans son corps* »
 - métaphore d'objet avec fonction de contenant, ex. : « *le corps comme une corde* » dont le nœud contient l'âme
 - corps-architectonique, ex. : « *le corps est l'hébergement de l'âme* »
- corps-substantiel : « le corps ou ses parties sont associées à des attributs et/ou à des images

mentales stéréotypées de substances différentes, d'objets manufacturés »

- corps-élément, ex. : « *Qu'il eut apitoyé un cœur de marbre* »
- corps-objet, ex. : « *Ici de ses beaux yeux elle perça mon cœur* »
- corps-vêtement, ex. : « *où les membres à l'âme font un voile* »
- corps-biologique : désigne « les métaphores qui représentent le corps ou ses parties sous forme de systèmes biologiques (monde animal ou monde végétal) »
 - corps-animal, ex. : « *pénis-reptile* »
 - corps-végétal, ex. : « *vagin-fleur* »
- corps-métonymique : « le corps ou ses parties sont associés (pour voie métonymique) à des fonctions spécifiques comme l'ouïe, la vue, etc. ou à des parties du corps », ex. : « *ma langue a des effets opposés à mon cœur* »
- corps-métamorphique : « le corps ou ses parties sont pris dans une transformation objective », ex. : « *la patiente boulimique détruit et incorpore symboliquement les personnes* »
- corps-divin : « le corps ou ses parties sont associés aux attributs ou aux objets divins, surnaturels, sacrés »
 - corps-surnaturel, ex. : « *le corps sans la chair* »
 - corps-objet sacré, ex. : « *ta chair est pain, ton sang c'est le vin* »
- corps-abstrait : « le corps est associé aux notions abstraites, caractérisées par l'absence de propriétés relatives aux éléments naturels ou biologiques, et par l'absence d'image mentale stéréotypées ou spécifiques », ex. : « *le ciel auquel ton cœur aspire* »

En psychiatrie, les résultats témoignent d'un manque de métaphores linguistiques du corps, avec 53 métaphores dont au moins 40 dans la catégorie du **corps-contenant** (ex : « *une substance concentrée dans le sang* »). Les métaphores des catégories corps biologique, corps métonymique et corps métamorphique sont absentes. En psychanalyse, on retrouve beaucoup de métaphores corps-abstrait (ex : « *corps-persécuteur* », « *corps-fantôme archaïque de la mère* »), et dans les ouvrages poétiques des métaphores corps-biologique (ex : « *bouche-fauve* », « *sein-fruit* ») et corps-divin (ex : « *bouche-ange* ») (34).

En conclusion, on retient que « la conceptualisation du corps en psychiatrie est centrée essentiellement sur l'idée d'un corps contenant. Les 8 métaphores de dérivation psychanalytique dans la catégorie corps-abstrait attestent de l'influence exercée par le modèle psychanalytique. [...] La richesse et les variétés des métaphores du corps dans les ouvrages poétiques nous invitent à élargir nos conceptions des corps possibles en psychopathologie clinique. La poésie offre la

possibilité de créer, approfondir, reconstruire des vécus émotionnels à travers la richesse de la pensée métaphorique. Avec le développement des neurosciences, la pensée poétique pourrait constituer une ressource de premier ordre dans la conceptualisation du corps.[...] Elle constitue un pont entre la cognition, le corps et les figures rhétoriques. » (34).

Sur le plan langagier, nous pouvons d'autre part noter l'existence du mot « cadavre », du latin « *cadaver* », signifiant « corps d'homme ou d'animal privé de vie » (6). La langue française nous permet donc de faire référence à un corps vivant, animé, et s'écarte d'une notion de corps-objet.

En résumé

Le référentiel dans lequel nous nous situons (psychiatrie, psychanalyse, poésie) modifie le sens des mots que nous employons. En psychiatrie, on constate que les métaphores utilisées renvoient essentiellement à la notion d'un « corps-contenant », pointant un manque de représentations sur le corps et ses liens au psychisme.

Le corps que nous abordons n'est ni un corps-contenant, ni un corps-objet. Il est ce corps entier, multimodal et unifié, dans ses capacités motrices et psychomotrices, dans son lien au psychisme, mais aussi dans toute sa sensorialité, ce que nous allons explorer dans la partie suivante.

2. Les potentialités sensorielles du corps : De la sensation à la perception

En parlant du corps, on évoque les modalités sensorielles qui le constituent, c'est-à-dire le toucher, la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat, mais également ses sensations kinesthésiques et émotionnelles. La manière dont ces sensations sont liées à une mémoire corporelle permet d'envisager la possibilité d'un travail corporel autour de ce vécu.

a. Le sens du toucher

En 2008, Gallace et Spence ont réalisé une méta-analyse intitulée « The science of interpersonal

touch : an overview » (35), qui permet de rendre compte de l'importance accordée au sens du toucher dans les relations humaines et le développement individuel. Une partie des informations ci-dessous est issue de cette méta-analyse.

La peau, organe sur lequel repose le sens du toucher, constitue 16 à 18 % du poids d'un adulte (36). Elle contient de nombreux récepteurs au toucher, à la pression, à la température, à la douleur, à la position, à la tension musculaire et au mouvement qui sont automatiquement unifiés dans le sens du toucher (37), (38). Il existe des récepteurs cérébraux spécifiques à un toucher « agréable » (correspondant à une forme de « caresse »), dans le cortex orbito-frontal (39). Les neurones C qui relaient le toucher « agréable » répondent particulièrement vigoureusement à une caresse lente de la peau, tandis qu'ils répondent relativement moins vite à une déformation rapide de la surface de la peau (40), (38), (41).

Le sens du toucher est le premier sens développé dans l'utérus et son processus de maturation est plus précoce que celui des autres sens (42), (43), (44), (45). Plusieurs études rapportent que le sens du toucher est notre principal mode de contact avec le monde externe (46), (47). Il caractérise l'une des formes de communication humaine les plus précoces (48), (49), (50).

D'après Albert Coeman « Le toucher est un sens obligeant la réciprocité » (51), ce qui en fait un sens particulier. En effet, il s'agit du seul sens pour lequel toucher revient à être touché. De plus, les informations tactiles interagissent avec les informations des autres sensorialités, notamment visuelles, auditives et kinesthésiques (39).

Le rôle du toucher a été étudié en rapport avec les émotions de bien-être (39). Copstead en 1980 a démontré l'existence d'un lien positif significatif entre la fréquence du toucher et le développement de l'estime de soi, chez des sujets âgés de 50 à 101 ans en institution. Le toucher thérapeutique diminue significativement la douleur et l'anxiété chez les personnes âgées (52). La puissance du toucher interpersonnel se retrouve dans le domaine des interactions sociales (53), (54), (55). Le contact physique donne de l'énergie avec immédiatement plus de puissance que le langage (56). Guéguen réalise en 2004 une étude montrant l'influence positive du toucher sur la motivation personnelle (57).

Le Toucher est utilisé dans le milieu de la santé, notamment comme intervention infirmière (58) et Barnett a développé un cadre théorique sur le toucher adapté aux soins infirmiers.

Les intérêts du Toucher ont été étudiés dans les soins psychiatriques. En effet, les études précédentes nous enseignent qu'une anomalie de sensation tactile a un impact sur les comportements sociaux, et peut être à l'origine de troubles du comportement. En 2004, Weiss rapporte son étude sur les enfants ayant un petit poids de naissance (59). Il explique qu'un toucher fréquent et stimulant de l'enfant (entre 3 mois et un an environ) peut aider à compenser les déficits neuro-sensoriels précoces et promouvoir son développement psychomoteur. D'autres études ont été réalisées chez des enfants considérés en manque de toucher dans la petite enfance (enfants placés en foyer ou en institution), les capacités cognitives et sociales de ces enfants étaient sous la moyenne (60), (61), (62). Enfin, des auteurs se sont intéressés aux troubles du comportement et aux conséquences du toucher dans le cadre de l'autisme (63), (64).

Au final, le toucher est un sens favorisant la communication et le bien-être. On peut alors attendre de l'utilisation d'un toucher thérapeutique des répercussions positives sur les troubles du comportement ou de l'interaction sociale de certains patients. On connaît par ailleurs les bienfaits apportés par les massages dont de nombreuses techniques sont développées à travers le monde.

b. Le sens de la vision

L'œil se forme entre la 3^e et la 8^e semaine de gestation, et les voies optiques sont anatomiquement en place en fin de grossesse, tandis que la macula ne se différencie qu'au cours du 4^e mois de vie. Le nouveau-né ne voit qu'à une distance de 20-30 cm et distingue plus facilement les zones de fort contraste. Jusqu'à l'âge de 1 mois, il n'est pas en mesure de voir les couleurs, les stimuli colorés étant visibles à 2 mois et les couleurs distinctes à 4 mois. La vision stéréoscopique s'installe à 3 mois de vie. L'acuité visuelle d'un enfant de 3 mois est à 1/10^e, elle atteint le niveau adulte vers l'âge de cinq ou six ans. L'accommodation est efficiente à l'âge de un an (65). Les connections synaptiques du cortex visuel décuplent pendant les six premiers mois de vie, puis diminuent brutalement vers un an, sans que l'on ait pu donner d'explication à ce phénomène (66).

La vue influence le regard que nous posons sur le monde. Le capteur visuel renseigne sur la structure et la topographie du monde extérieur et sa rétine périphérique en fait un excellent détecteur et analyseur de mouvement (67). La vue permet une prise de conscience des lignes et des limites, à l'origine d'une meilleure connaissance de l'environnement, sécurisant nos déplacements et

améliorant le sentiment d'emprise sur le réel. « Il est à noter que la combinaison des informations proprioceptives et tactiles permet d'accéder aux propriétés inertielles d'un objet manipulé et d'élaborer, à l'aide de la vision, un modèle interne de la forme et de la qualité de l'objet : poids, viscoélasticité, résistance etc. » (67). Enfin, les représentations que nous avons du corps sont liées au sens de la vue, en ce qu'un grand nombre d'images mentales s'appuient sur des images réelles.

Par ailleurs, les couleurs environnantes nous influencent. William Berton étudie le langage des couleurs, et propose un grand nombre d'applications de ses théories dans les domaines du bien être et de l'épanouissement. Couleurs et énergie sont liées, ainsi que teintes et nuances diverses. Par exemple, il rapporte que le rouge renvoie au monde du concret, le orange à celui de l'instinct, le jaune au monde rationnel, le vert au monde de l'affectif, le bleu au monde de l'expression, l'indigo au monde du psychique et le violet au monde de la spiritualité (68).

On peut aussi se référer à la pratique de la lumniothérapie utilisée dans plusieurs indications thérapeutiques, pour appuyer l'intérêt thérapeutique des organes visuels.

c. Le sens de l'audition

Dans l'oreille moyenne, le système cochléaire et le vestibule se forment dès 5 à 6 semaines de grossesse. La trompe d'Eustache et la cavité tympanique sont formées à 9 semaines, tandis qu'à 12 semaines, le pavillon et l'oreille externe sont individualisés. Les premières cellules auditives sont différenciées vers la 13e semaine et la mise en place du nerf auditif survient à partir de 24 semaines. Finalement, les structures anatomiques de l'audition sont en place entre le 4e et le 5e mois de grossesse (69).

Le fœtus réagit à des sons émis à 500Hz à partir de 25 semaines, et les amplitudes sonores de 100 à 500Hz puis de 1000 à 3000Hz apparaissent respectivement vers 29 et 33 semaines de grossesse. La plupart des bruits externes, supérieurs à 60 dB émis près de la mère sont transmis in utéro. Certaines expériences sont en faveur d'une capacité de mémorisation auditive du fœtus (69).

A la naissance, l'enfant décode des sons d'intensité variable (voyelles, consonnes) et reconnaît la voix de sa mère. L'audition atteindrait son expression finale entre les âges de 5 et 10 ans. Un adulte perçoit des sons de 20 à 20 000 hertz, et est capable de discerner 400 000 sons différents (69).

Par ailleurs, dès la vie intra-utérine, les récepteurs vestibulaires du fœtus lui permettraient de lui faire rétablir sa position en fonction des déplacements du corps de la mère. Après la naissance, l'ouïe module automatiquement l'orientation de la tête de l'enfant en fonction de l'univers sonore (69). De plus, l'audition ainsi que la vision bénéficient d'un appareillage intermodal, qui permet leur interchangeabilité dans l'appréhension de l'espace lointain (70).

Au total, le sens de l'audition participe à l'appréhension de l'espace, et à la représentation du monde externe. L'ouïe est un outil de communication permettant de recevoir et d'interpréter la parole. Enfin, l'effet bénéfique de la musique sur le bien-être de l'homme a déjà été démontrée (69), et trouve des applications thérapeutiques, comme en musicothérapie, mais aussi dans l'accompagnement musical d'une séance de relaxation par exemple.

d. Le sens de la gustation

Lorsqu'on parle du goût, on évoque en réalité le sens par lequel les saveurs sont perçues (71). La reconnaissance des saveurs fait appel à l'analogie avec les goûts intégrés dans le patrimoine culturel et correspondent plus à des descriptions sémantiques qu'à des entités physico-chimiques. En 1916, Henning retient comme composantes du goût le sucré, le salé, l'acide et l'amer. A ces saveurs primaires s'ajoute la combinaison de divers goûts de base à l'origine d'une multiplication des sensations gustatives, élaborées en fonction de configurations moléculaires particulière d'un côté, et d'un codage effectué par le système gustatif périphérique de l'autre (71).

La discrimination gustative se développe chez le fœtus entre 7 et 15 semaines de vie, parallèlement à l'odorat. Les travaux de Catherine Senez montrent qu'au cours du développement, un fœtus peut goûter le liquide amniotique dès 22 semaines, le laper et en déglutit des quantités de plus en plus importantes : de 1,5 litres initialement à 3 litres par vingt-quatre heures chez un fœtus à terme (72). Chez l'individu normal, il existe environ 5000 papilles. Entre les papilles, les bourgeons du goût contiennent chacun 50 à 100 cellules gustatives, qui se renouvellent tous les 10 jours environ du fait de leur abrasion par les aliments. Chaque saveur est ressentie sur toute la langue, avec une variation quantitative de la sensibilité, mais il existe aussi des zones agueusiques (71).

De nombreux récepteurs sont impliqués dans la gustation, tels que les mécanorécepteurs, les thermorécepteurs, et les récepteurs tactiles, kinesthésiques et proprioceptifs. Le système trigéminal,

à l'origine de sensibilités somesthésiques particulières comme les sensations d'irritant ou d'âpreté, interagit avec les systèmes gustatif et somesthésique. D'autre part, la gustation varie en fonction de mécanismes de sensibilisation ou de désensibilisation, et est fonction de l'âge et de l'imprégnation hormonale (71).

Une fois stimulées, les cellules gustatives transmettent l'information au cortex via différentes voies ascendantes. Des aires situées dans le cortex orbito-frontal et dans le cortex cingulaire antérieur sont communes aux sensations gustatives et olfactives. Elles permettent l'intégration des informations sensorielles et sont également impliquées dans des processus cognitifs (71).

Les rôles du goût rassemblent la détection et l'identification des aliments sur le point d'être ingérés, l'acceptation ou le rejet de l'aliment grâce à sa composante hédonique, et la préparation des processus de digestion, d'absorption et de stockage des aliments (71). Cependant, la perception tactile de la bouche, combinée aux systèmes gustatif et olfactif, en fait un puissant outil perceptif pour la sélection des aliments mais aussi pour l'exploration des objets. Les travaux de Philippe Rochat (66) montrent comment les bébés utilisent, pour se renseigner sur les objets, un type de réponse orale différent de celui utilisé pour se nourrir. Ils développent une curiosité orale, la bouche canalise alors les perceptions et permet d'accéder à une perception de soi (30).

La gustation de pair avec le système olfactif crée la flaveur, mais est aussi influencée par la vision, en particulier celle des couleurs des aliments, et par l'audition, associant sons et aliments croqués. On note également que lors d'une exposition sonore supérieure à 60 décibels, l'acuité gustative diminue (71).

La popularité des ateliers du goût ou jeux similaires témoigne d'un potentiel intéressant d'un point de vue thérapeutique, dans le soin des troubles des conduites alimentaires par exemple. D'autre part, la participation tactile de la bouche rejoint celle du sens du toucher et ouvre la porte à un type de thérapies exploitant de la sphère orale, en particulier dans le domaine de la petite enfance.

e. Le sens de l'olfaction

Un être humain distingue environ 3000 odeurs différentes. Les récepteurs du système olfactif principal mûrissent entre la 8^e et la 12^e semaine de gestation, tandis qu'un deuxième groupe de

récepteurs, formant le système trigéminal à l'origine de sensations comme la fraîcheur ou le piquant, mature entre la 4^e et la 8^e semaine de gestation (74).

Par ailleurs, l'olfaction serait facilitée en milieu liquide du fait d'un meilleur coefficient de diffusion. Le liquide amniotique contient de nombreuses molécules capables d'activer les récepteurs du fœtus : certaines entrent dans la composition de base du liquide amniotique, d'autres lui sont transférées selon l'alimentation ou l'environnement maternel. Le fœtus a donc la capacité de détecter et de mémoriser les arômes présents dans le liquide amniotique (74). Le fœtus imprégné par les odeurs émises par sa mère va pouvoir se repérer grâce à elles. Les travaux de Benoist Schaal ont montré l'impact de la mémorisation des expériences olfactives anténatales liées au liquide amniotique. À la naissance, il décrit par exemple la valeur attractive de l'odeur du mamelon dans les conduites de coadaptation du bébé comme le déclenchement du réflexe de succion (30).

Au plan neuroanatomique, l'intensité des odeurs serait associée à l'activité du cortex piriforme et de l'amygdale, et le cortex orbitofrontal serait impliqué dans l'identification des odeurs et la mémorisation olfactive. Les centres de la mémoire ont ainsi des fonctionnements croisés avec les centres olfactifs. L'olfaction et l'émotion sont aussi étroitement liées. Certaines odeurs sont capables d'induire un état émotionnel de façon reproductible, et une induction émotionnelle modifie la perception des odeurs (74a).

Rappelons que l'olfaction, par voie rétronasale et avec la gustation, renseigne sur la saveur de l'aliment. Les systèmes gustatif et olfactif sont complémentaires et se potentialisent, permettant l'identification d'un grand nombre de substances (71).

L'olfaction a des applications thérapeutiques. De Bohan, Zawieja et Costantino notamment présentent un dispositif groupal à médiation olfactive dans leur article (74b) : « Ce dispositif puise son efficacité dans un double processus partiellement antinomique, où la fonction de contenance et de pare-excitation du groupe amortit la violence de la résurgence du souvenir traumatique que favorise conjointement la médiation choisie ». L'article cite d'autres ateliers thérapeutiques comme l'Atelier senteur ou le Groupe sentir.

f. Le corps en mouvement

Dans ses mouvements, le corps s'appuie également sur ses sensations, et met en lien les informations visuelles, auditives et vestibulaires, mais aussi proprioceptives et kinesthésiques.

En effet, « les mouvements céphaliques dans l'espace peuvent être détectés à la fois par le système visuel et par les cinq capteurs situés dans l'oreille interne constituant ainsi une véritable centrale gravito-inertielle sensible aux mouvements angulaires et linéaires de la tête. Parmi ces cinq capteurs, les deux qui constituent le système otolithique permettent la mesure de la verticale objective et de définir ainsi ce référentiel gravitaire ou allocentré. Les mouvements des membres et par conséquent les variations de longueur et de force des muscles ainsi que les rotations articulaires sont mesurées par les capteurs proprioceptifs. » (67).

Comme nous le reverrons dans le paragraphe suivant, le mouvement du corps a été l'objet d'étude pour un certain nombre de médecins et thérapeutes. Pour n'en citer que quelques uns, Henri Wallon, au début du XXe siècle, montre que le premier échange du nourrisson avec son entourage passe par des contractions musculaires. Cette théorie, reprise par Julian de Ajuriaguerra aboutit au concept de dialogue tonique, un langage relationnel de crispations et de relâchements qui comprend dès l'origine une participation affective. L'accès progressif à la verticalité par le développement de la musculature gravitaire est inévitablement noué à l'histoire psychologique de l'individu et de son rapport à l'autre (75). Benoit Lesage, médecin et danse-thérapeute, peut aussi être cité pour ses travaux sur les mouvements du corps (76).

Le corps dans ses mouvements présente aussi un potentiel thérapeutique, que l'on retrouve par exemple en danse-thérapie ou en psychomotricité.

En résumé

Nous avons vu que chaque sens apporte de nombreuses informations aux corps. Le toucher, la vision, l'audition, la gustation et l'olfaction se potentialisent lorsqu'ils sont utilisés ensemble. On peut ajouter une sixième sphère sensorielle qui se construit sur le corps en mouvement, et chacun de ses sens, par la profondeur de son action, peut avoir une application thérapeutique.

De plus, si les récepteurs sensoriels permettent l'identification des sensations, dans le même temps le message sensoriel est automatiquement incorporé aux informations venues d'autres modalités sensorielles et comparé au stock mnésique afin de donner lieu à la perception de la sensation (72). Les émotions participent également à la sensation, comme le montre Damasio dans son modèle neurologique de la conscience : au cours d'une expérience par TEP, il constate que les régions cérébrales activées à l'occasion des sentiments de joie et de tristesse (insula, cortex cingulaire antérieur) sont associées à des sensations comme les démangeaisons, les chatouilles, les frissons, ou encore des sensations viscérales et génitales (34).

L'importance des stimulations sensorielles est confirmée par Benoit Lesage, à travers son expérience du caisson d'isolation sensorielle. « Le dispositif a fleuri chez nous dans les années 70-80, et permettait de s'immerger dans de l'eau suffisamment salée pour y flotter, à température du corps, dans le noir complet. J'y ai constaté à quel point l'image de ce corps qui me semblait acquise est labile : une jambe qui s'allonge démesurément, un dos qui semble s'estomper, d'étranges distorsions dans la perception du moindre mouvement, m'ont convaincu que mon corps de danseur, d'ancien sportif de compétition, investi d'un savoir universitaire, pouvait se déstructurer en quelques minutes. L'expérience m'a permis d'appréhender ce que peut être l'angoisse de personnes n'ayant aucun moyen pour affronter ces éprouvés » (76).

Finalement, les potentialités sensorielles du corps sont difficilement individualisables. Elles agissent en synergie les unes avec les autres, afin de construire une perception ancrée dans la réalité présente et d'en stocker un message mnésique. Elles permettent également la mise en perspective d'un souvenir corporel qui serait provoqué à l'occasion de la nouvelle sensation.

L'observation de ces potentialités a donné lieu à un grand nombre de théorisations, qui vont être abordées dans la partie suivante.

3. Les théories : Un grand nombre de penseurs animés par la question du corps

Je souhaite présenter ici certains courants de pensée mettant en exergue le corps et ses capacités. Cette liste ne peut en aucun cas être exhaustive, et je vous renvoie aux ouvrages des auteurs cités

pour des informations approfondies.

Pour commencer, remarquons que Sigmund Freud (1856-1939), initialement neurologue, place le corps au centre de son système. Les principaux concepts freudiens partent des fonctions organiques ou corporelles. On les retrouve par exemple dans les stades oral, anal et génital, qui se réfèrent explicitement à des fonctions corporelles (77). Sigmund Freud accorde de l'importance aux organes des sens, et en particulier au système nerveux central, dont la fonction première est de « maîtriser les excitations » (78). La psychanalyse de Sigmund Freud prend forme à la suite de ses consultations à la Salpêtrière, lors desquelles il a la charge des hystériques, ces corps résistants à la clinique médicale (79). Après son stage, il rédige l'article « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques » (80), dans lequel il décrit les particularités des paralysies hystériques. Aucune cause organique connue ne peut être rapportée aux symptômes exhibés : l'hystérique ignore l'anatomie du système nerveux, ses symptômes sont l'incarnation des mots dans le corps érogène. L'hystérie, située à l'articulation paradoxale du corps et du langage dans l'inconscient, ouvre la voix pour penser d'autres troubles corporels (79) comme l'hypocondrie, la désarticulation du corps dans la psychose, ou les troubles psychosomatiques, qui résultent des répercussions des pulsions dans le corps. Or Sigmund Freud pense le corps en termes de pulsions et des limites tracées par celles-ci (78).

Donald Winnicott (1896-1971) développe l'idée des limites à partir d'une réalité interne circonscrite par l'enveloppe cutanée et observe que la limite soi/non-soi est fluctuante. Elle est soumise au processus de représentation de l'image du corps, lié à ce que le sujet investit comme étant lui-même ou une partie de lui-même. Au sujet des affections psychosomatiques, Donald Winnicott écrit en 1949 dans « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma » : « Le terme appareil psychique signifie l'élaboration imaginaire de parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques » (28). Il s'interroge également sur le thème de la localisation de l'esprit dans la tête. « Qu'est-ce qui fait que nous tous ici, sommes à peu près convaincus que nos pensées se situent dans nos têtes ? » (81). D'autre part, dans un article de 1969 « Entre la mère et l'*infans* : expérience de l'échange », Donald Winnicott défend le fait de toucher le patient comme la possibilité d'une réponse adéquate à des moments de régression.(28)

Les limites corporelles sont précisément conceptualisées par Didier Anzieu (1923-1999) dans *Le Moi-Peau* (29). Le concept de Moi-Peau désigne une : « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant

les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. ». On y retrouve les fonctions de contenant, d'interface entre les mondes interne et externe, et de communication. Didier Anzieu souligne notamment la participation directe de la peau à l'histoire de l'individu : « La peau, enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significantes ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. » (29). La peau n'est pas simplement un contenant physique des viscères, des muscles et du squelette, elle est aussi un contenant psychique structurel et fonctionnel qui s'élabore dans les premiers stades du développement de l'enfant, à partir des interactions précoces mère-nourrisson (14).

Le concept d'image du corps s'ajoute et se confond avec celui de schéma corporel. On remarque encore une fois qu'il n'existe pas de consensus quand à ces notions, développées chaque fois dans le langage et l'univers particulier de leur auteur. Jean Lhermitte (1877-1959) insiste sur la participation sensorielle à la construction du schéma corporel (82). Il confère un rôle majeur aux informations kinesthésiques, visuelles, et aux afférences vestibulaires, à l'origine d'une perception nécessaire pour agir sur les objets ou pour se déplacer, une perception actuelle mais aussi une « image souvenir ». Les travaux de Paul Schilder (1886-1940) admettent l'implication essentielle d'un mécanisme neurologique au niveau pariétal dans le façonnement du schéma corporel, prêtant un ancrage physiologique au concept (82). L'originalité de Paul Schilder est d'intégrer ces notions à la théorie psychanalytique (83).

Paul Sivadon (1907-1992) propose un abord thérapeutique corporel aux malades mentaux (84). La référence initiale est proche de la gymnastique et de la kinésithérapie, et vise à lutter contre la passivité. L'idée principale est que l'approche corporelle permettrait la création de situations thérapeutiques ouvrant le patient à un nouvel univers relationnel vis à vis de soi, d'autrui et du monde.

Dans le champ de la psychobiologie, Henri Wallon (1879-1962) peut être considéré comme un père de la psychomotricité. Pour lui la maturation des systèmes de pensée est indissociable du développement psychomoteur et de l'élaboration du schéma corporel. L'enfant chemine à chaque étape de sa vie vers un équilibre psychomoteur, sous l'effet des stimulations de son entourage affectif et social. Ce développement psychomoteur se poursuit et se réajuste avec les expériences qui accompagnent les différents âges de l'existence (14). Il montre que le premier échange du nourrisson avec son entourage passe par des contractions des muscles gravitaires, aussi appelés

muscles toniques. Cette théorie, reprise par Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), aboutit au concept de dialogue tonique, un langage relationnel de crispations et de relâchements qui comprend dès l'origine une participation affective (84a). L'accès progressif à la verticalité par le développement de la musculature gravitaire est ainsi inévitablement noué à l'histoire psychologique de l'individu et de son rapport à l'autre. Il n'y a pas de modification de la tonicité du corps sans mutation de l'état émotionnel, et réciproquement. Il en découle l'existence d'une mémoire corporelle et sensorielle, concept développé par Jean-José Baranes : d'un «traumatisme, demeure une trace psycho-corporelle ; c'est-à-dire une trace qui s'inscrit à la fois dans une mémoire de l'esprit, souvent refoulée, et dans une mémoire corporelle que certaines stimulations sensorielles peuvent réveiller. » (14). Pour André Bullinger, les mécanismes sensoriels s'ancrent dans la proprioception, et tonus, émotion et sensorialité sont liés. Il évoque ainsi un équilibre sensori-tonique nécessaire pour assurer des conduites instrumentales (30). Pour Catherine Potel, psychomotricienne, ce concept souligne l'intérêt qui doit être porté à l'espace, aux appuis, aux sensations de poids du corps et d'axe corporel, aux matières, aux sensations et aux perceptions (85). Finalement, la création de la psychomotricité découle de la prise en compte du lien entre les mouvements du corps, les cognitions et le psychisme.

La psychomotricité est une profession de santé reconnue par un diplôme d'État depuis 1974. Elle est presque systématiquement représentée dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. On trouve également des psychomotriciens dans les services accueillant des personnes âgées, comme les services de gériatrie ou dans les EHPAD¹, tandis que dans le reste de la psychiatrie adulte, leur présence se fait plus rare. Relevons la place particulière que peut avoir la psychomotricité en psychiatrie : dans le registre des Thérapies à Médiation Corporelle et pour les psychiatres connaissant peu la question, la psychomotricité en figure parfois la seule représentation.

Poursuivons avec Albert Coeman, pour lequel le nouveau-né doit acquérir dès la naissance une « sécurité de base » afin de supporter les données sensorielles qu'il reçoit en masse, sécurité supportée par une forme de conscience de soi forte et stable sur laquelle il pourra s'appuyer tout au long de son parcours socio-affectif (14). Albert Coeman insiste sur le besoin d'enveloppement et de soutien du bébé par la mère pour concourir au sentiment de sécurité, ainsi que sur l'effet bénéfique du contact peau à peau, qui participe à la contenance mais aussi au bain affectif et sensoriel apaisant (14).

1 EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Benoit Lesage met en avant la vie des tissus, leur respiration et leur mouvement permanent (76). Elle permet un travail d'ajustement tonico-émotionnel dans une relation « sensorielle et empathique sans être fusionnelle ». Il précise que le contact sensible et les nombreuses perceptions qui l'accompagnent sont avant tout une relation, qui instaure une certaine représentation de soi (76).

L'émotion se décrypte en termes d'orientation : on s'ouvre à ce qui nous plaît ou on se détourne de ce qui nous déplaît. La notion de fonction tonique est importante pour Benoit Lesage, qui propose de l'étendre aux tonus organique, liquidien, végétatif, neuronal, voir aux tonus psychique et émotionnel. La fonction tonique renvoie alors à un état d'activation globale, de tension interne, correspondant à la réponse nécessaire à la pression de l'environnement. La fonction tonique se lie ici à la problématique de la limite (76).

Il dégage une triade fondamentale : tonicité – spatialité – temporalité, qui constitue la trame du sujet psychomoteur. Il faut considérer ces paramètres dans leur dimension intersubjective, en particulier admettre la parole dans ce dispositif, comme soutien. La psychophysiologie donne aussi trois clés essentielles, que sont la sensorialité, les images et la respiration. (76).

Benoit Lesage insiste sur le système ostéo-fibreux. Pour le système organique, il souligne le fait que les grandes fonctions sont reprises au niveau psychique : assimilation, sélection, transformations, élimination, etc. On s'adresse alors à l'appareil énergétique. Le système des articulations représente le lien entre les parties, l'insertion d'une partie dans un tout harmonieux. Un travail au niveau des flux sanguins ou lymphatiques, ou en ostéopathie sur le liquide céphalo-rachidien peut être envisagé. Enfin, Benoit Lesage propose également d'intégrer les systèmes endocrinien et nerveux (76).

Pour Benoit Lesage, l'enroulement est un schème fondamental, comme pour Suzanne Robert-Ouvray ou Albert Coeman, qui détermine l'adaptabilité tonico-posturale ultérieure (76).

Benoit Lesage précise que cela suppose de la part du soignant un travail personnel. Beaucoup de points nécessitent le contact, une qualité de toucher, et cela se perfectionne. Il faut affiner sa sensation, sa proprioception particulièrement, apprendre à reconnaître les perceptions, à les organiser (76).

Godelieve Denys-Struyf propose une systématique des chaînes musculaires. Les chaînes sont le support locomoteur des structures psychocorporelles. Sur le plan biomécanique, le concept fondamental est celui de familles fonctionnelles musculaires, plus précisément d'enchaînements myo-fasciaux liés à des fonctions organiques. On retrouve une structure d'enroulement, une structure de déroulement lié au processus de séparation, une structure médiane liée à la capacité d'intériorisation des supports, et une structure médiane régulatrice indispensable au fonctionnement

harmonieux des autres chaînes. Il en ressort la vision d'un développement moteur comme histoire de soi en relation (76).

Dans le champ des nouvelles méthodes psychothérapeutiques, les théories énergétiques se développent à partir de Wilhelm Reich (1897-1957), qui veut aider la personne à prendre conscience d'elle-même à travers la perception de son corps, au sein de l'exercice de la psychanalyse. Wilhelm Reich évoque la « cuirasse musculaire » qui désigne une hypertonie musculaire permanente, formée depuis l'enfance, destinée à protéger la personne des expériences émotionnelles menaçantes ou dangereuses. Ses réflexions annoncent le développement des concepts d'énergie dans la compréhension de l'être humain (86).

Alexander Lowen (1910-2008) fonde la Bioénergie à partir des thèses de Wilhelm Reich. Il développe son concept de « cuirasse musculaire » (86). Il s'intéresse depuis longtemps à la relation corps-esprit, au sport, à la relaxation, et au yoga. Le concept d'énergie est fondateur de sa démarche, et ce qui fait obstacle à la circulation de cette énergie se manifeste d'après lui par des tensions, des limitations de mouvements, des douleurs et autres symptômes corporels. À l'inverse, lorsque l'énergie circule librement, le corps fonctionne harmonieusement et produit du bien-être. La pratique de la Bioénergie passe par des exercices corporels : postures, mouvements, respiration, et par la verbalisation des sensations et émotions qui en résultent (86).

Ludwig Binswanger (1881-1966) est l'un des pères fondateurs de la psychiatrie phénoménologique introduite en France par Eugeniusz Minkowski (1885-1972), reprise également par Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Cette démarche interroge le lien entre la fonction vitale et l'histoire intérieure de la vie. Ludwig Binswanger pose des moyens de récusation de la dichotomie psychique-corporel comme du déterminisme qui l'accompagne (87).

La deuxième moitié du XXe siècle assiste au développement de la Gestalt-thérapie de Fritz Perls, de la sophrologie créée par Alfonso Caycedo, du Snoezelen de Ad Verheul et Jan Hulsegge, de la Psychologie Corporelle intégrative (PCI) créée par les Dr Jack Rosenberg et Marjorie Rand (88), et de bien d'autres méthodes encore. Actuellement, on assiste à un développement des médecines alternatives à la médecine occidentale, telle que les médecines chinoises, ayurvédiques, l'acupuncture, etc.

En résumé

On constate de nouveau que la question du corps a fait naître un grand nombre de théorisations dans des champs variés, et, finalement, un grand nombre de personnalités a déjà réfléchi à ce sujet. Toutefois, on peut aussi noter la variabilité des concepts selon les auteurs et les époques, qui ne facilite pas la diffusion de leur mise en pratique aujourd'hui.

4. Conclusion : Une synergie corps - psychisme

Le corps a animé un grand nombre de penseurs autour de sa complexité et de ses potentialités sensorielles et psycho-motrices.

L'étude de la première partie nous a démontré que le corps doit être nommé avec précision. En effet, le référentiel culturel et théorique dans lequel on se situe modifie le sens des termes employés, et peut entraîner des incompréhensions entre les professionnels, ou entre un professionnel et son patient. De plus, cette étude pointe le manque de représentations sur le corps et ses liens au psychisme dans le domaine de la psychiatrie, les métaphores principalement utilisées renvoyant à la notion de « corps-contenant » (34). Il est d'autant plus important de contribuer à élargir les représentations du corps que peuvent avoir les psychiatres.

Le corps que nous étudions est un corps entier, multimodal et unifié, dans toute sa sensorialité ainsi que dans ses capacités motrices et psychomotrices. L'exploration du **toucher** dévoile un sens central sur le plan du contact et de la communication, ainsi que du bien-être. Il permet de prendre connaissance de l'extérieur et de l'intérieur du corps par sa capacité de réciprocité. Au plan thérapeutique, le toucher présente un apport et connaît déjà des utilisations à but de détente (massages relaxants) et dans les milieux de soin (toucher infirmier, massage du kinésithérapeute). Le sens de la **vision** apporte une prise de conscience du monde et de ses limites, et est utilisé dans un travail sur les images mentales, sur les couleurs, ou encore en luminothérapie. Le sens de l'**audition** participe également à l'appréhension de l'espace et à la représentation du monde externe. L'audition est un outil de communication permettant de recevoir la parole et trouve des applications thérapeutiques en musicothérapie ou dans l'accompagnement musical des séances de soin. Les rôles du **goût** que nous retiendrons sont l'identification et l'acceptation des aliments, qui passe par une notion de plaisir pouvant avoir des applications thérapeutiques, comme dans l'aromathérapie ou des

ateliers du goût. D'autre part, la participation tactile de la bouche rejoint celle du sens du toucher et ouvre la porte à un type de thérapies exploitant la sphère orale, en particulier dans le domaine de la petite enfance. Ensuite, le sens de l'**olfaction** est mis en place tôt dans le développement du fœtus et stimule une puissante mémoire olfactive, sur laquelle on peut travailler dans le cadre d'ateliers d'olfactothérapie. Enfin, la notion de **corps en mouvement** est essentielle car productive d'une sphère sensorielle supplémentaire, par la mise en relation des informations visuelles, auditives et vestibulaires, mais aussi proprioceptives et kinesthésiques. La danse-thérapie ou la psychomotricité en sont des exemples d'applications thérapeutiques.

Enfin, nous avons abordé différentes théorisations témoignant de l'ampleur mais aussi de la diversité des réflexions concernant le corps. Après avoir abordé la place centrale du corps pour Sigmund Freud, nous avons vu que les limites du soi et du non-soi peuvent être représentées par la peau pour Donald Winnocott puis Didier Anzieu. D'autre part, Jean Lhermitte et Paul Schilder soutiennent la participation sensorielle dans la construction du schéma corporel. La création de la psychomotricité par Henri Wallon rassemble plusieurs professionnels comme Julian de Ajuriaguerra, André Bullinger ou Albert Coeman autour de l'idée qu'une modification de la tonicité s'accompagne d'une modification de l'état émotionnel. Benoît Lesage développe la fonction tonique et s'appuie sur les théories des chaînes musculaires de Godelieve Denys-Struyf. Dans un autre mouvement, Wilhelm Reich puis Alexander Lowen proposent une théorie de la Bioénergie, pendant que Ludwing Biswanger apporte la phénoménologie. Au XXe siècle, des courants thérapeutiques alternatifs se développent, à l'image de la Gestalt-thérapie ou du Snoezelen.

Finalement, la question du corps pour les professionnels de la santé n'est pas une question nouvelle, mais elle souffre de la diversité et du nombre de théories, s'adressant à un public déjà sensibilisé. Ce qu'il faut retenir si l'on doit parler du corps et du psychisme, c'est leur indissociabilité. Ces deux entités se potentialisent mutuellement et créent un effet de synergie. Le corps peut ainsi être un formidable outil de soin, en particulier dans le domaine de la santé mentale.

Chapitre 5. Définitions :

Qu'est-ce qu'une Thérapie à Médiation Corporelle ?

En psychiatrie, les thérapies destinées à l'obtention d'un mieux-être sont nombreuses et diverses. Après avoir montré l'ampleur des potentialités corporelles et mis en lumière une image du corps proposée par la société et la formation psychiatrique, nous allons nous intéresser à la pratique des Thérapies à Médiation Corporelle dans les services de psychiatrie.

Les réflexions suivantes présentent une synthèse de mon raisonnement personnel, s'appuyant d'une part sur des données de la littérature, d'autre part sur mes observations en milieu professionnel (au cours des stages effectués pendant l'internat) et sur les entretiens réalisés avec différents professionnels de santé à ce sujet (psychiatres, pédopsychiatres, psychomotriciens et infirmiers, fasciathérapeute et massothérapeute).

1. Définition d'une Thérapie à Médiation Corporelle

Une thérapie ?

Pour le mot « thérapie », différentes définitions sont proposées. Le dictionnaire Larousse définit la thérapie comme un « traitement médical ». Le Grand Dictionnaire Terminologique propose : « Ensemble des moyens hygiéniques, pharmacologiques, chirurgicaux et psychiques mis en œuvre pour combattre la maladie ». Pour Wikipédia¹ « en médecine, un traitement ou encore une thérapie, ou plus généralement une thérapeutique, est un ensemble de mesures appliquées par un professionnel de la santé ou thérapeute à une personne vis-à-vis d'une maladie, afin de l'aider à en guérir, de soulager ses symptômes, ou encore d'en prévenir l'apparition ».

En effet, en psychiatrie, les diagnostics que nous posons ne font pas toujours référence à une maladie caractérisée (comme dans le spectre des troubles de personnalité, par exemple), mais la souffrance que les troubles peuvent engendrer en fait d'authentiques candidats à une thérapie. Le terme « maladie » est ainsi à comprendre au sens le plus large.

¹ Définition du 28 novembre 2013

Une thérapie peut donc être considérée comme un ensemble de moyens définis mis en œuvre par un professionnel de la santé pour guérir une maladie, en soulager les symptômes, ou encore en prévenir l'apparition.

Une médiation ?

Le dictionnaire Larousse définit la médiation comme une «entremise, intervention destinée à amener un accord, ex. : offrir sa médiation pour résoudre un conflit » ou encore comme le « fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication, ex. : sensibiliser le public par la médiation de la radio ».

Quel corps ?

Je souhaite rappeler que le terme « corps » a été choisi dans un souci d'accessibilité à la compréhension de tous, mais qu'il ne doit pas faire oublier toutes les composantes qui le constituent : le corps que nous abordons est ce corps entier, multimodal et unifié, dans ses capacités motrices et psychomotrices, et dans toute sa sensorialité.

Une Thérapie à Médiation Corporelle ?

On peut donc déduire des définitions énoncées qu'une **Thérapie à Médiation Corporelle renvoie à l'utilisation de l'outil qu'est le corps, dans son unité sensori-motrice, comme moyen de guérison, de soulagement ou de prévention d'une maladie.**

Cependant, cette définition est incomplète. Il est nécessaire de préciser dans quel champ elle s'applique et ce qui en fait une démarche spécifique, par rapport à l'ingestion de médicaments par exemple dans laquelle le corps est un autre moyen d'accéder au soin.

La réciprocité inconditionnelle corps-psychisme

La première précision à apporter rappelle le lien indéfectible qui unit le corps au psychisme. Quand on propose une Thérapie à Médiation Corporelle, on s'attend à ce que l'effet apporté au corps soit également apporté au psychisme, dans une relation de réciprocité inconditionnelle de l'un envers l'autre.

Dans la vision dualiste d'un corps physique et d'un psychisme séparés, comme nous l'avons vu dans les Chapitres 2 et 3, le corps que nous abordons peut ainsi se faire médiateur vers un vécu rassemblé et uniciste de la personne souffrante.

La relation interpersonnelle

Deuxièmement, la réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle implique systématiquement la présence d'un voir de plusieurs thérapeutes, au sens où il s'agit de professionnels formés à la thérapie effectuée. L'échange interpersonnel qui a lieu pendant une séance, sous forme de parole ou non, crée un lien qui fait partie du soin. Il s'agit de partager, en respectant la manière dont le patient choisit de le circonscrire, un ensemble fait d'émotions, de sensations et d'expérimentations, dans la relation interpersonnelle.

Le terme de médiation peut aussi s'appliquer à la relation établie entre le patient et le thérapeute, le corps est alors vu comme un lien facilitateur de la communication. Notons que cela peut impliquer autant le corps du patient que celui du thérapeute.

Les médiateurs

Enfin, je rappellerai que, dans la réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle, le corps n'est pas nécessairement le seul médiateur employé. On trouvera alors des thérapies utilisant un autre médiateur, tels qu'un ballon, de l'eau ou des parfums.

On peut d'autre part envisager le déroulement d'une thérapie dans une relation duelle patient-thérapeute, mais encore une relation triangulée par la présence de tiers professionnel(s). Ceci peut être proposé à visée plus sécurisante par exemple, dans les cas où une relation duelle pourrait paraître trop oppressante.

De même, le groupe peut représenter un médiateur et permettre de trianguler la relation avec le thérapeute. Dans ce cas, la thérapie se déroule en présence de plusieurs patients.

En résumé

En conclusion, la définition d'une Thérapie à Médiation Corporelle que l'on peut proposer est la suivante :

Ensemble de moyens utilisant le corps, dans son unité sensori-motrice et inconditionnellement lié au psychisme, comme outil de guérison, de soulagement ou de prévention d'un maladie, au sein d'une relation interpersonnelle encadrée par un ou plusieurs thérapeutes.

Il nous faut ensuite définir les indications dans lesquelles une Thérapie à Médiation Corporelle peut être proposée.

2. Les indications d'une Thérapie à Médiation Corporelle

L'indication d'une Thérapie à Médiation corporelle se fait sur proposition d'un soignant ou sur demande d'un patient, avec accord d'un soignant. Les indications concernent tout type de pathologie mentale, sauf cas particulier laissé à l'appréciation du professionnel (voir Chap. 5.3). Elles ne se restreignent pas à une pathologie spécifique.

Le choix des thérapies dépend des problématiques à traiter d'une part, et de la préférence du patient d'autre part. Retenons qu'il sera toujours possible au cours de la thérapie de modifier ce choix. Il dépend aussi du type de thérapie(s) proposée(s) dans le service dont dépend le patient, ou du type de thérapie(s) connu(es) par le prescripteur.

Un paramètre cependant distingue une catégorie de Thérapies à Médiation Corporelles : il s'agit de la présence ou non d'un toucher. Cela concerne les thérapies dans lesquelles il y a un contact de corps à corps entre le patient et le thérapeute, dans un contexte de massage par exemple, ou dans le cadre d'un geste d'accompagnement empathique du professionnel vers le patient, qu'il y ait un contact direct avec la peau ou non. La présence du toucher dans le soin justifie, par la puissance de ses effets, une augmentation des précautions mises dans l'indication du soin.

En résumé

Au final, les Thérapies à Médiation Corporelle s'adressent à toute pathologie. L'indication et le choix de la thérapie reposent principalement sur l'appréciation par le professionnel de l'état clinique du patient, ainsi que sur la connaissance qu'il a de la thérapie envisagée.

La mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est dépendante essentiellement des limites que nous allons développer.

3. La réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle limitée par plusieurs facteurs

Les obstacles à la mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle correspondent aux limites posées par les professionnels ou par les patients, mais aussi à des limites issues des représentations collectives de l'approche corporelle, et enfin en lien avec des contraintes externes de type matérielles ou humaines.

Les éléments de travail apportés ci-dessous reposent en grande partie sur une recherche que j'effectue dans le cadre de mon mémoire de DES de psychiatrie, concernant **La place du toucher dans la pratique des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte**. Cette recherche est en cours, je m'appuie à ce jour sur des résultats provisoire pour alimenter ma réflexion.

J'ai ainsi réalisé une enquête, entre août et octobre 2013, auprès de neuf psychiatres exerçant en psychiatrie adulte dans le Nord-Pas-de-Calais sous la forme d'entretiens semi-structurés. J'ai également bénéficié d'entretiens non structurés avec des pédopsychiatres, des psychomotriciens, des infirmiers ainsi qu'avec une psychiatre - fasciathérapeute, par le biais des rencontres faites pendant la recherche.

a. Des limites liées aux professionnels

D'après Benoit Lesage, la limite majeure est celle posée par le thérapeute, qui se doit de connaître ses propres limites et celles de son engagement corporel. Dans les Thérapies à Médiation Corporelle, le thérapeute met en jeu son propre corps dans une expérience partagée. Lesage questionne : « Comment penser engager un dialogue corporel structurant si je ne suis pas moi-même capable de fréquenter mon corps, de faire le tri dans les sensations, de réguler mon tonus ? » (89).

Une limite peut ainsi être posée par un ou plusieurs professionnels qui refuseraient de participer à la thérapie : le manque de motivation peut être expliqué de différentes manières, le professionnel peut aussi avoir conscience qu'il n'est pas suffisamment à l'aise avec son propre corps pour proposer de bonnes conditions de soins. Quelle que soit la raison évoquée, le refus du professionnel est à entendre et à respecter. Aller contre ce positionnement reviendrait à mettre en difficulté à la fois le

professionnel concerné mais également le patient qui ne serait pas dans un environnement sécurisé.

Chez les professionnels exprimant un intérêt limité pour les Thérapies à Médiation Corporelle, on peut faire l'hypothèse d'une mauvaise connaissance ou d'une absence totale de connaissance sur les thérapies en question.

Pour les psychiatres en particulier, nous avons vu que l'accès à ces thérapies ne fait pas partie du programme des études médicales, et dépend principalement d'initiatives personnelles. Il est donc concevable que des psychiatres n'aient jamais participé à de telles thérapies, ou qu'ils n'aient pas bénéficié d'informations suffisamment complètes pour en avoir une idée juste.

De plus, devant le nombre important de Thérapies à Médiation Corporelle existantes, on peut également comprendre qu'un professionnel, même s'il y est sensibilisé, ne les connaisse pas toutes.

Enfin, chez un professionnel qui souhaiterait réaliser une Thérapie à Médiation Corporelle, il peut arriver que ses connaissances soient incomplètes et nécessitent de débiter ou de compléter une formation, auquel cas la réalisation de la thérapie avec le professionnel concerné devra être différée.

Un autre point limitant peut être soulevé : celle de la résistance du groupe ou de l'institution. Benoit Lesage, ayant exercé comme maître de conférence à la faculté des sports pendant 4 ans, a constaté une résistance globale du milieu à tout travail d'intériorisation. « Les spécialistes de la motricité ne semblaient pas accessibles à la notion de corps vécu, de ressenti, d'imaginaire ou d'émotion. Cela semble confronter à une question fondamentale : en dérangeant l'organisation corporelle que quelqu'un a mise en place, on lui pose des questions sur son identité même, on mobilise de l'affect » (76).

Dans les structures publiques où le travail se fait en équipe, l'initiative de la réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle ne peut pas venir d'une seule personne. On peut supposer que, dans un service dans lequel la majorité des soignants s'oppose à une telle thérapie, la réalisation de cette thérapie peut donner lieu à un échec ou à des effets désagréables tels que le jugement du professionnel par ses pairs, voire du patient, ou encore un impact de la pression liée aux enjeux d'efficacité. Cela ne permettant pas la meilleure réalisation du soin dans les meilleures conditions, dans la plupart des cas, la thérapie ne sera pas réalisée.

b. Des limites liées au patient

Il existe peu de contre-indications à la pratique des Thérapies à Médiation corporelle. Elles sont le plus souvent liées à des particularités concernant les diverses thérapies. Par exemple, elles peuvent s'appliquer chez un patient handicapé moteur pour une thérapie demandant des capacités de mobilisation dans l'espace, ou encore chez un patient allergique aux huiles ou produits utilisés dans des massages thérapeutiques.

D'autre part, l'état pathologique de certains patients peut empêcher à un moment précis la réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle. Il s'agira par exemple d'un patient très délirant sur un mode persécutif, érotomane, ou encore présentant une désorganisation interne à l'origine d'angoisses massives. Ces exemples sont indicatifs, et sont laissés à l'appréciation du thérapeute au moment de l'indication ou de la réalisation de la séance. En psychiatrie, les troubles s'exprimant de manière différentes dans le temps, en fonction du type de pathologie et de personnalité, il est difficile d'établir une règle généraliste.

La limite principale est ici posée par le patient à partir du moment où il exprime un désaccord catégorique. Chez un patient angoissé, on peut utiliser les procédés de réassurance habituellement utilisés dans le service et proposer la Thérapie à Médiation Corporelle à distance. Dans le cas où le patient renouvelle son désaccord, celui-ci doit être entendu.

De même, lorsqu'un patient, pendant une séance, exprime la volonté d'interrompre la séance, celle-ci doit s'arrêter.

Ces règles permettent au patient d'arrêter un soin si les conditions à un moment donné ne sont plus sécurisantes et au thérapeute, entendant le refus, d'être garant d'un cadre de sécurité pour le patient.

c. Des limites issues des représentations collectives

Les Thérapies à Médiation Corporelle sont à l'origine d'une ample production de représentations, en particulier autour du toucher. Il existe 2 niveaux de représentation : le niveau personnel, mais aussi le niveau de l'équipe soignante.

On retrouve dans les entretiens inter-professionnels des peurs liées à l'approche du corps et à ce

qu'elle peut engendrer. Ces peurs peuvent être mises en parallèle avec des représentations collectives, et sont parfois avancées pour justifier le refus d'une Thérapie à Médiation Corporelle.

Ces peurs concernent le risque de maltraitance du corps du patient, en référence à l'abus sexuel ou à toute forme d'emprise physique faisant du corps un objet.

Les professionnels ont parfois peur de créer une intrusion psychologiquement traumatique, de provoquer ou d'encourager un délire interprétatif, qu'il soit persécutif ou érotomane, et expriment jusqu'à la crainte d'être agressés physiquement ou poursuivis en justice, avec les répercussions qui s'en suivent.

On retrouve aussi la peur d'une proximité ambiguë avec le patient, et qui témoignerait d'un rapprochement affectif de la part du thérapeute. Le risque de l'érotisation de la relation renvoie au risque de traumatisme et d'abus sexuel.

Ces peurs peuvent être partagées par les soignants et par les patients.

Ces appréhensions sont à écouter. Elles témoignent des questionnements et incertitudes de professionnels quant aux conditions de réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle. Elles sont issues de la méconnaissance de ces thérapies, et questionnent le professionnel lui-même sur les représentations qu'il a du corps de l'autre, et par là de son propre corps.

d. Les limites externes

On retrouve des limites externes de type budgétaire, d'espace et de temps, ou encore de matériel.

Les limites matérielles

Le budget des structures hospitalières est limité et fixé annuellement en fonction d'objectifs définis. La réalisation de nouveaux projets comme la mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle s'anticipe dans le budget prévisionnel, et tient compte du besoin en personnel et en matériel. La réalisation d'activités en dehors de l'hôpital est souvent soumise à l'apport de subventions et aux contraintes de temps qui y sont associées (remise des dossiers à date fixe, projet sur un an...). Ce budget est calculé en année budgétaire et demande des résultats annuels concrets.

D'autre part, la réalisation d'une Thérapie à Médiation Corporelle nécessite des locaux disponibles et adaptés en terme d'espace, de lumière, d'isolation sonore, de température, etc. et la mise à disposition du matériel nécessaire à certaines thérapies, comme huiles de massage, couvertures, odeurs synthétiques, matériel audiovisuel, sièges adaptés, etc.

Les contraintes humaines

Pour réaliser une Thérapie à Médiation Corporelle dans les meilleures conditions, le thérapeute doit être disponible en terme de temps. Il est également intéressant de prévoir des moments d'échange avec le reste de l'équipe sur le patient et le déroulé des séances, au début, en cours et en fin de prise en charge.

Enfin, dans les services dans lesquels une Thérapie à Médiation Corporelle ne peut s'organiser que sur prescription médicale, le patient et les professionnels sont tributaires du nombre de prescriptions réalisées par le médecin, ce qui peut représenter un facteur limitant.

Les limites morales

A ces limites s'ajoutent les limites morales, intégrées, par l'individu, explicites ou non, qui se rapportent à la religion ou encore à la culture. On peut y retrouver des interdits concernant l'approche du corps, comme par exemple la réprobation pour un homme de toucher une femme dans certaines cultes.

En résumé

Il existe peu de contre-indications aux Thérapies à Médiation Corporelle, dès lors qu'elles sont réalisées par un professionnel formé et attentif à ses patients.

La principale limite est humaine et vient des représentations qu'ont les professionnel de la réalisation de ces thérapies. Le patient a ses propres représentations qui peuvent être à l'origine d'un refus, mais il est du devoir du professionnel de sécuriser le patient pour lui permettre l'accès au soin. Les représentations collectives peuvent être fortement limitantes si elles sont partagées à la fois par le professionnel et par le patient, auquel cas la thérapie ne peut se dérouler dans des conditions

sereines. Enfin les limites externes sont peu modulables, et peuvent représenter des contraintes importantes.

L'identification des limites permet de les anticiper dans la conception de la thérapie afin de les diminuer le plus possible. La définition d'un cadre thérapeutique précis en constitue une réponse.

4. Le cadre thérapeutique comme réponse aux limites

« Franchir le tabou du corps ne veut pas dire se mettre à toucher le corps dans n'importe quelle condition ou sans penser le cadre de telles pratiques [...]. Il s'agit de s'engager dans une relation humaine qui prend en considération le corps et l'appareil psychique. Il s'agit de penser des dispositifs dans lesquels le corps existe à nouveau comme paramètre de l'équation intersubjective. » (2).

En effet, la mise en place d'un cadre solide est le socle d'une relation thérapeutique sécurisée. Emmanuel Lévinas fait référence au cadre de soins quand il remarque que : « Chaque culture codifie de façon précise les gestes et les comportements [...] Dans notre société, la relation de soin autorise un certain nombre de gestes et de paroles qui sont habituellement interdits entre étrangers : toucher le corps, le manipuler, poser des questions sur la vie privée. » (90).

De plus, la vision individuelle du corps qui est celle de la société française est fondée sur le principe d'autonomie, dans lequel la propriété du corps est un droit naturel. Au plan éthique, il est donc légitime d'établir une frontière qu'autrui ne doit pas franchir (90). Cette frontière est également assurée par un cadre de soins clair et cohérent. Rappelons que la limite principale à la réalisation de la thérapie est posée par le patient à partir du moment où il exprime un désaccord catégorique, avant ou pendant une séance. Cette règle permet au patient d'arrêter un soin si les conditions à un moment donné ne sont plus sécurisantes et au thérapeute, entendant le refus, d'être garant d'un cadre de sécurité pour le patient.

Le cadre sécurise et soutient la relation. Un bon cadre doit être assez souple pour pouvoir être remis en cause dans les limites définies par le thérapeute, avec le patient.

Pour que le cadre soit solide, il doit être réfléchi et préparé en amont des séances. Pour cela, le

contenu et les objectifs thérapeutiques d'une Thérapie à Médiation Corporelle sont anticipés et rédigés par écrit pour chaque thérapie.

En Annexe, vous pouvez retrouver des fiches de conception fournie par le service du Dr Thévenon (59G16), pour des soins à médiation corporelle. Elles peuvent servir de modèle pour la création de nouvelles fiches de conception. On retrouve les soins suivants :

- Soins à médiations : activité Shiatsu
- Soins à médiations : atelier Corps et voix
- Soins à médiations : balnéothérapie
- Soins à médiations : multi-sports

L'indication d'une Thérapie à Médiation Corporelle est proposée par un soignant, selon les sensibilités de chacun, et validée par l'équipe au cours des synthèses pluridisciplinaires. La validation se fait parfois après quelques séances d'essai. Dans le cas où ces synthèses ne peuvent avoir lieu, il semble pertinent de mettre en place un système d'échange d'informations entre les professionnels qui suivent le patient concerné, qui peut être oral ou écrit.

Le travail d'équipe a une importance fondamentale, car en plus d'assurer une diversité et une complémentarité des compétences, il propose un cadre dans lequel la relation, centrale dans ce type de thérapie, est diluée. Dans le cas d'une prise en charge duelle (un thérapeute et un patient), l'existence d'une équipe de supervision permet de contenir des fantasmes liés à l'exhaustivité ou à la confidentialité de la relation. Le patient doit en être informé. Dans le cas de thérapeutes exerçant de façon isolée, comme dans les professions libérales, un travail de reprise régulière des séances thérapeutiques avec d'autres professionnels est encouragé.

La validation peut être officialisée par une prescription médicale, la Thérapie à Médiation Corporelle faisant partie du registre des soins. Cette modalité doit être définie par une politique de service et uniformisée pour assurer sa cohérence.

La séance, anticipée par les professionnels, l'est aussi par le patient. Celui-ci prend connaissance des modalités de déroulement d'une séance de Thérapie à Médiation Corporelle avant la première séance. Il peut ainsi s'en faire une représentation, rencontrer et questionner le thérapeute sur des points particuliers. Il peut exprimer ses peurs ou réticences. Le cadre se définit avec le patient.

Au cours de la séance, trois paramètres peuvent servir de repère au patient, accompagnant son expérience.

Tout d'abord, il est important qu'un professionnel au moins soit repéré et identifié dans sa fonction de thérapeute corporel, et ce pour chaque séance.

D'autre part, le regard du thérapeute est primordial en ce qu'il permet d'inscrire l'expérience du patient et les émotions vécues dans le lien interpersonnel.

Enfin, la parole, si elle n'est pas obligatoire, est toujours possible. La possibilité de verbalisation doit être conservée pendant la séance, mais aussi après, et parfois avant.

En résumé

Le cadre permet d'éclairer les limites du soin et de maîtriser l'espace auquel il s'applique.

Le thérapeute est le garant du cadre. Comme nous l'avons déjà évoqué, pour que le cadre soit sécurisé, il est essentiel que le professionnel le connaisse et le maîtrise. Benoit Lesage précise que cela suppose de la part du soignant une implication, un travail personnel : « Il faut affiner sa sensation, sa proprioception particulièrement, apprendre à reconnaître les perceptions, à les organiser. C'est pourquoi, outre une formation professionnelle solide, il est important que chaque thérapeute engagé dans un travail psychocorporel, outre un travail personnel de type psychothérapeutique, pratique une technique qui lui donne des repères » (76).

Enfin nous avons vu l'importance de ne pas travailler seul et d'aménager des moments d'échanges entre professionnels.

Le cadre doit être défini précisément pour chaque type de Thérapie à Médiation Corporelle, car la diversité des techniques peut justifier des modifications de cadre.

5. La diversité des techniques

Après avoir donné une définition théorique des Thérapies à Médiation Corporelle, nous pouvons remarquer qu'un grand nombre d'entre elles sont utilisées en psychiatrie, parfois reconnues, souvent méconnues.

Voici une liste non exhaustive (91), qui présente brièvement certaines techniques. Je vous renvoie aux ouvrages spécialisés pour plus d'informations :

- **les massages relationnels, techniques de toucher-massage et touchers thérapeutiques** : un massage est défini par l'« ensemble des techniques utilisant les mains (pétrissage, pressions, vibrations, etc.) et s'exerçant sur différentes parties du corps dans un but thérapeutique » (6).

- **la fasciathérapie** : thérapie manuelle qui repose sur un toucher thérapeutique des fascias, tissus recouvrant l'ensemble des muscles et des organes.

- **les différentes thérapies de relaxation** : techniques statiques, dynamiques, respiratoires, travail sensoriel.

- **les techniques de type hypnotiques** : « L'état hypnotique se définit par une activation corticale caractéristique de l'hypnose (état modifié de conscience) et d'un vécu subjectif qui lui est associé. La première dimension est objectivable par les neurosciences notamment et les travaux expérimentaux. La seconde dimension est accessible notamment par ce qu'en dit le patient au moment du vécu hypnotique, ou dans l'après-coup. » (92).

- **les thérapies de type artistiques et sportives** : danse, expression primitive, football.

- **le jeu de rôle, le mime, le psychodrame, le travail avec les masques ou avec les contes.**

- **l'hydrothérapie** : D'après O. Dubois, les soins hydrothérapiques (84) « permettent au patient de redécouvrir les limites de son enveloppe corporelle, favorisent l'éveil des systèmes sensoriel, sédatifs et cénesthésiques, entraînent une relaxation naturelle sans effort de maîtrise, assurent la reprise de confiance dans un corps souffrant devenu corps-objet, créent l'émergence d'une verbalisation possible, et soutiennent une récupération narcissique au travers du renforcement positif obtenu par réduction ou disparition des mécanismes aversifs de douleur et d'inhibition ».

- **les Soins à Médiation MultiSensorielle** : « Les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) combinent des stimulations olfactives à un enveloppement corporel chaud, un environnement musical relaxant et la pénombre de la pièce. L'utilisation d'odeurs spécifiques créées pour l'olfactothérapie, constitue le médiateur principal de cette thérapie. Grâce à la puissante résonance entre les odeurs et la mémoire, la stimulation sensorielle par l'odorat joue un rôle important dans la mise au travail psychique au cours de la séance via la réminiscence de souvenirs et l'aide à la reconstruction de cette sécurité de base. » (3).

- **l'olfactothérapie (53), l'aromathérapie** : « Thérapeutique par ingestion, massage du corps ou inhalation d'huiles essentielles végétales ou d'essences aromatiques » (6).

- **le *packing* ou enveloppements humides** « La technique du *packing* est basée sur le réchauffement thermique cutané rapide (de l'ordre de cinq minutes selon des vérifications par thermomètres cutanés) obtenu en enveloppant le corps de l'enfant dans des serviettes de bain (deux

pour le tronc, une pour chaque bras et jambe) mouillées froides. », « Le *packing* a pour but d'aider le patient à retrouver une image corporelle en privilégiant ses vécus sensoriels et émotionnels. » (93).

- **la pataugeoire** « Par la manipulation de l'eau à la pataugeoire, l'enfant met en acte, mais aussi avec l'aide des soignants, transforme et élabore des ressentis originaires restés en l'état. L'espace de la pataugeoire avec ses objets, sursignifie une topographie et devient pour l'enfant, en miroir, un corps dont il est possible d'explorer progressivement les différentes fonctions. » (91).

- **la psychomotricité** : « Cette discipline se centre sur la globalité de l'être humain, en relation avec son environnement, et s'attache à l'intrication des processus biologiques, intellectuels, affectifs et relationnels. Elle s'intéresse à la capacité du sujet à être et à agir par son corps afin de restaurer son équilibre et de retrouver une harmonie psycho-corporelle. » (14). Relevons la place particulière que peut avoir la psychomotricité en psychiatrie : dans le registre des Thérapies à Médiation Corporelle et pour les psychiatres connaissant peu la question, la psychomotricité en figure parfois la seule représentation.

- **les techniques issues de médecine traditionnelle orientale** : yoga, shiatsu.

- **la sophrologie, les thérapies émotionnelles, la bioénergie, la Gestalt-thérapie, le Snoezelen, etc.**

A propos des thérapies en lien avec des activités de vie quotidienne

Les thérapies s'appuyant sur des activités de la vie quotidienne, telles que les thérapies à caractère sportif ou encore autour de la cuisine, semblent plus accessibles que d'autres aux patients et à l'équipe soignante.

Au cours d'un entretien avec deux infirmiers sportifs et une psychomotricienne des secteurs roubaisiens de psychiatrie adulte, j'ai appris que la thérapie proposée sur la base des activités sportives avait été conceptualisée dans un second temps ; le premier temps représentait celui pendant lequel infirmiers et médecins jouaient au ballon avec les patients sans autre but que celui de prendre du plaisir ensemble. Il est intéressant de relever que si le soin n'est pas suffisamment conceptualisé, l'aspect ludique peut éluder l'aspect thérapeutique.

Le fait que ce type de thérapie semble plus facile d'accès questionne de nouveau les représentations personnelles et collectives qui concernent les activités s'appuyant sur la vie quotidienne, en comparaison d'autres thérapies plus spécialisées. On peut supposer que les premières évoquent des activités connues, donc rassurantes, tandis que les secondes moins connues éveillent les représentations parfois angoissantes que nous avons évoquées précédemment (voir Chap. 5. 3).

En résumé

Nous avons d'abord abordé une partie des Thérapies à Médiation Corporelle existantes. Leur quantité témoigne de la demande et de l'intérêt qui leur est porté, et leur diversité permet d'offrir des thérapies adaptées au plus grand nombre. Un choix doit être fait afin de privilégier une ou quelques formations et d'y diriger les moyens mis à disposition.

Ensuite, nous avons souligné la différence entre deux catégories de thérapies, celles qui s'appuient sur des activités de vie quotidienne et celles qui semblent plus spécialisées, et supposé que leur distinction tenait aux différences de représentations et d'angoisses qui y sont contenues.

6. Conclusion : Le corps est un outil thérapeutique

Une Thérapie à Médiation Corporelle est un ensemble de moyens utilisant le corps, dans son unité sensori-motrice et inconditionnellement lié au psychisme, comme outil de guérison, de soulagement ou de prévention d'une maladie, au sein d'une relation interpersonnelle encadrée par un ou plusieurs thérapeutes.

Les Thérapies à Médiation Corporelle s'adressent à toute pathologie. L'indication et le choix de la thérapie reposent principalement sur l'appréciation par le professionnel de l'état clinique du patient, ainsi que sur la connaissance qu'il a de la thérapie envisagée.

Par ailleurs, on identifie un certain nombre de limites. Dans les limites liées aux professionnels, la limite majeure est celle posée par le thérapeute, qui se doit de connaître ses propres limites et celles de son engagement corporel. On relève également le risque de résistance du groupe ou de l'institution à la mise en place de la thérapie. D'autre part, la limite principale posée par le patient

correspond à l'expression de son désaccord. Il existe des limites s'appuyant sur les représentations collectives et concernant des angoisses de maltraitance du patient, d'aggravation de l'état d'un patient délirant, d'érotisation de la relation, d'agression physique du thérapeute ou du risque de poursuites judiciaires en lien avec une des craintes précédentes. Enfin, les dernières limites identifiées sont indépendantes des individus concernés, et se rapportent aux moyens matériels (budget, salle) et humains (personnel, disponibilité).

Les limites étant identifiées, on peut anticiper des solutions, qui s'incarnent majoritairement dans la définition précise d'un cadre thérapeutique. Le cadre permet au professionnel d'être garant de la sécurité du patient et de sa propre sécurité, par la maîtrise d'une grande partie des aspects de la relation de soin. Nous avons vu l'importance de ne pas travailler seul et d'aménager des moments d'échanges entre professionnels.

Néanmoins, la principale donnée assurant le bon déroulement des séances et la solidité du cadre est celle de la formation du thérapeute. La formation qui dépend aussi de l'information, de la connaissance de la méthode pratiquée. L'information est essentielle pour tous les professionnels qui suivent un patient bénéficiant d'une Thérapie à Médiation Corporelle, car nous avons vu qu'il existe des représentations collectives qui seront plus assurément modifiées par une évolution collective du regard porté sur la thérapie.

Enfin, les Thérapies à Médiation Corporelle sont nombreuses et diverses, offrant d'une part une thérapie adaptée au plus grand nombre, mais nécessitant d'autre part un choix professionnel ciblé sur une ou quelques thérapies.

Nous allons à présent étudier la place du psychiatre dans l'organisation et la mise en pratique d'une Thérapie à Médiation Corporelle.

Chapitre 6. La place du psychiatre :

Fonctions du psychiatre et psychiatrie aux différents âges de la vie

La question de place occupée par le psychiatre dans les Thérapies à Médiation Corporelle est au cœur de mes préoccupations. Elle est aussi dépendante de la tranche d'âge dans laquelle se situe le patient. Pour rappel, les éléments de travail apportés reposent en grande partie sur une recherche que j'effectue dans le cadre de mon mémoire de DES de psychiatrie, concernant **La place du toucher dans la pratique des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte**. Cette recherche est en cours et je m'appuie à ce jour sur des résultats provisoire pour alimenter ma réflexion.

J'ai ainsi réalisé une enquête, entre août et octobre 2013, auprès de neuf psychiatres exerçant en psychiatrie adulte dans le Nord-Pas-de-Calais sous la forme d'entretiens semi-structurés. J'ai également bénéficié d'entretiens non structurés avec des pédopsychiatres, des psychomotriciens, des infirmiers ainsi qu'avec une psychiatre - fasciathérapeute, par le biais des rencontres faites pendant la recherche.

1. Les fonctions du psychiatre

Le psychiatre coordinateur

D'après le Dr Mathieu Dousse, le psychiatre est, ou devrait être, au centre de l'élaboration d'un projet thérapeutique visant à prendre en soin les troubles mentaux (92).

Le psychiatre, en tant que médecin référent d'un patient, a une fonction de coordination des soins. Nous avons vu (voir Chap. 5. 4) que, dans le cas où une Thérapie à Médiation Corporelle est envisagée, les échanges d'information et la validation de l'indication se font au cours des synthèses pluridisciplinaires ou d'un échange entre les professionnels qui suivent le patient concerné. Le psychiatre peut manquer de connaissances techniques sur le soin pour en faire une indication précise, qui sera à l'initiative d'un autre professionnel. Néanmoins, son rôle est de participer à évaluer l'existence de contre-indications au soin ou de précautions particulières à prendre.

De plus, le psychiatre évalue les effets de la thérapie sur le patient, et garantit le lien entre les différents aspects corporels et psychiques de la prise en charge. Il rencontre le patient et prend des renseignements auprès des divers professionnels qui le suivent, afin de mesurer d'une part les conséquences directes liées à la thérapie corporelle, d'autre part les répercussions relevées dans les autres domaines du suivi, c'est-à-dire d'ordre psychologique, affectif, mais encore chimiothérapique, ou toute autre thérapie complémentaire. Il assure au patient les mouvements d'aller-retour répétés entre les domaines corporel et psychique. Le psychiatre met en relation les thérapeutes corporels avec les psychothérapeutes, il synthétise et fait circuler les éléments thérapeutiques spécifiques à la prise en charge du patient pour assurer la cohérence et la globalité de ses soins.

Le psychiatre prescripteur

La prescription du soin ne peut être réalisée que par un médecin. Néanmoins, il revient à l'équipe de définir ensemble la nécessité de la prescription médicale (voir Chap. 5. 4).

Dans le cas où la prescription du psychiatre est nécessaire pour pouvoir débiter la thérapie, le psychiatre a alors la responsabilité de la diffusion de la Thérapie à Médiation Corporelle. Le nombre de prescriptions va orienter la place prise par ces soins, et peut à l'inverse être un facteur limitant leur développement si les prescriptions sont insuffisantes. C'est pourquoi la connaissance par les psychiatres des Thérapies à Médiation Corporelle est primordiale.

Le moment de la prescription est alors l'occasion d'expliquer le sens et le déroulement de la thérapie au patient, et éventuellement de répondre à des angoisses exprimées.

Le psychiatre thérapeute corporel

Le psychiatre peut-il être un thérapeute dans le cadre de Thérapies à Médiation Corporelles ? Cette question a soulevé beaucoup de réponses contraires au cours des entretiens que j'ai réalisés avec les professionnels. En effet, une partie des professionnels considère que ce n'est pas le rôle du psychiatre, tandis que l'autre soutient que c'est un rôle qu'il peut remplir.

Chez les professionnels pour lesquels l'exercice de la psychiatrie est compatible avec l'exercice d'une Thérapie à Médiation Corporelle, la possibilité d'un double abord est un atout et une liberté. Les facteurs limitants exprimés sont ceux de temps et de disponibilité. En effet, dans un système dans lequel le psychiatre a un grand nombre de responsabilités et dans lequel les demandes abondent, il peut être compliqué d'ajouter au planning un créneau horaire pour ce type de thérapie.

Pour d'autres professionnels, les réticences verbalisées concernaient souvent le regard porté sur un psychiatre qui pratiquerait des Thérapies à Médiation Corporelle. Dans l'imaginaire collectif (voir Chap. 5.3), le psychiatre n'est pas le médecin du corps (voir Chap. 3). Cette compétence pourrait surprendre à la fois le patient, mais aussi les collègues, et faire passer le psychiatre pour transgressif. Mais de quelle transgression s'agit-il ? Cette question fait appel à des représentations intuitives semblant justifier que le psychiatre ne peut pas avoir une position à la fois de thérapeute du corps et de thérapeute du psychisme. L'approfondissement de ce point, réalisé dans mon travail de mémoire, permettra de mettre en exergue les risques réels par rapport aux risques fantasmés sur cette double fonction que pourrait accomplir un psychiatre.

Dans les explications justifiant le fait que les psychiatres n'exercent pas eux-mêmes les Thérapies à Médiation Corporelle, on constate des craintes s'appuyant sur des représentations collectives (sociales et professionnelles) mais également sur des représentations personnelles. Les représentations sont très dépendantes des regards culturel et social (voir Chap. 2).

Les résultats provisoires de mon mémoire désignent des craintes concernant le psychiatre : en premier lieu le risque d'invasion émotionnel qui deviendrait un obstacle au bon exercice de son métier ; ensuite le risque d'être responsable d'une aggravation clinique voire de la symptomatologie complète du patient (syndrome délirant persécutif ou érotomaniaque, vécu d'intrusion corporelle, vécu traumatique), un risque pour le psychiatre au sens où il renvoie aux sentiments d'échec et de culpabilité ; le risque de poursuites judiciaires en lien avec une mauvaise interprétation de ses intentions (accusation d'abus sexuel en particulier) ; enfin le risque d'agression physique de la part du patient. La dissociation du corps et du psychisme, dans les représentations culturelles et médicales (voir Chap. 2 et 3), est parfois considérée comme un acquis qui n'avait pas été remis en question dans l'exercice personnel de certains psychiatres, expliquant qu'ils ne se soient pas sentis concernés par la pratique d'une thérapie d'abord corporelle.

On retrouve également des craintes concernant le patient : principalement le risque de maltraitance, qui renvoie à l'érotisation de la relation pouvant aller jusqu'à l'agression sexuelle, au risque d'agression physique, au risque d'emprise et d'abus divers de la part du psychiatre ; et le risque d'aggravation involontaire de l'état clinique du patient que nous venons de citer.

Il n'a pas été évident de trouver de la documentation sur les précédentes questions. Dans le domaine psychanalytique, Simone Korff-Sausse amène des éléments de réflexion. Elle a travaillé sur la place du corps de l'analyste, en dépit du peu de travaux retrouvés dans la littérature psychanalytique française, et souligne une modification possible des pratiques : « Question dérangeante, car elle nous fait entrer dans l'intimité de l'analyste et soulève des sujets tabous, comme la maladie, le

vieillesse, la mort. On préférerait ignorer que le corps de l'analyste vit des événements plus ou moins visibles, comme la maladie, mais aussi la grossesse par exemple, qui introduisent la réalité dans le processus psychanalytique, qui dès lors ne correspond plus à l'idée idéalisée que seule la réalité psychique pourrait faire l'objet du traitement. On préfère ignorer aussi les aspects séducteurs que le corps du psychanalyste peut donner à voir. Et si les manifestations somatiques dans la séance étaient perçues comme des obstacles à la mentalisation, (par exemple traditionnellement, les expressions corporelles du patient ne sauraient faire l'objet d'une interprétation), on s'oriente maintenant vers l'idée que le contre-transfert comporte des aspects somatiques qui font partie du travail de co-construction du couple analytique. » (93).

Enfin, notons que la pratique commune de la psychiatrie consiste en une part importante d'entretiens verbaux, lors desquels le psychiatre est assis, avec une relative maîtrise de ses émotions. Cette activité finalement sédentaire pointe une contradiction chez un psychiatre amené à parler avec ses patients du corps en mouvement et de la subjectivité du handicap physique.

En résumé

Le psychiatre a une fonction de coordination par laquelle il garantit la mise en place de la Thérapie à Médiation Corporelle, son évaluation dans la durée et le lien entre les instances corporelles et psychiques. Il a également une fonction de prescription. La fonction de thérapeute corporel chez un psychiatre soulève des avis partagés. Pour certains, il s'agit d'un atout et d'une liberté, tandis que pour d'autre il s'agit d'une transgression comprenant un grand nombre de risques, pour le psychiatre et pour le patient.

Les psychiatres sont formés à la parole, ils sont même formés à la parole loin du corps (voir Chap. 3). Dans les Thérapies à Médiation Corporelle, les psychiatres ne maîtrisent plus le savoir sur lequel ils s'appuient habituellement. Il existe pour une partie d'entre eux une « boîte noire » autour de ces thérapies, qui sont alors la cible d'un halo d'angoisses et de questionnements reportant leur mise en place.

En dépit du nombre important de limites évoquées, certains psychiatres ont déjà dans leur pratique inclus les deux aspects, corporel et psychique, à l'exemple du Dr Duprat qui exerce comme psychiatre et fasciathérapeute auprès de patients de tous âges.

La psychiatrie ne s'exerce par de la même manière en fonction de l'âge du patient, une démonstration en est faite dans la séparation entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'adulte que l'on retrouve dans l'organisation des soins publics en santé mentale en France. Voyons à présent quelles spécificités cela entraîne dans la pratique.

5. La psychiatrie aux différents âges de la vie

Dans la littérature, on a plus facilement accès à des informations relatives à la question du corps en fin de vie ou chez l'enfant. Les services de médecine palliative, de gériatrie ou de pédiatrie semblent avoir pris conscience de ces problématiques en avance par rapport à d'autres spécialités médicales. Ce constat pose la question de l'existence des différences de prise en charge en fonction des âges de la vie.

La pratique de la psychiatrie diffère en fonction des tranches d'âge impliquées. En pratique, les services publics psychiatriques accueillant les enfants et adolescents ne se confondent pas avec ceux accueillant les adultes, malgré les efforts réalisés par certains secteurs pour faire le lien.

Ainsi, on peut distinguer globalement l'activité du pédopsychiatre pour la petite enfance, les enfants, ou les adolescents, de celle des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte ou encore en gérontopsychiatrie. Remarquons que ces catégories ne répondent pas à des définitions d'âge précises, mais plutôt à une alliance entre la tranche d'âge dans laquelle se trouve le patient et la problématique pour laquelle il est suivi.

Il semble que l'approche corporelle soit envisagée de manière plus évidente chez les pédopsychiatres que chez les psychiatres travaillant avec des adultes. Avec les personnes âgées, les psychiatres parlent d'un contact corporel plus facile, de l'ordre d'une relation affective autorisée, comme avec les enfants. Cette simplicité de contact disparaît et fait l'objet de plus de réticences avec les patients adultes ou adolescents.

Il est difficile de trouver des informations accessibles dans la littérature concernant ces disparités. Plusieurs auteurs ont basé leurs théories sur le développement psychomoteur de l'enfant, comme

nous l'avons abordé précédemment. Le sujet de l'adulte en période génitale a été abordé par plusieurs professions, que ce soit sous un angle sexothérapeutique, gynécologique ou psychanalytique, et il est indéniable qu'il s'agit d'une période particulière de la vie d'un individu. Une période particulière comme peuvent l'être celles de l'enfance ou du vieillissement, ou celles qui s'individualisent en fonction des événements de vie.

N'a-t-on pas montré que le cadre thérapeutique permettait de sortir du cadre habituel, et d'« autoriser un certain nombre de gestes et de paroles qui sont habituellement interdits entre étrangers : toucher le corps, le manipuler, poser des questions sur la vie privée » (90) ? Il serait intéressant d'approfondir cette question afin d'avoir plus d'éléments expliquant ces disparités de prise en charge. L'identification des facteurs limitant les Thérapies à Médiation Corporelle dans les différentes tranches d'âge de la vie permettrait encore une fois d'ajuster cadre thérapeutique et d'améliorer les pratiques.

En résumé

La pratique de la psychiatrie diffère en fonction des tranches d'âge impliquées. On distingue globalement l'activité du pédopsychiatre pour la petite enfance, les enfants, ou les adolescents, de celle des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte ou encore en gérontopsychiatrie. L'identification des facteurs limitant les Thérapies à Médiation Corporelle dans les différentes tranches d'âge de la vie permettrait encore une fois d'ajuster cadre thérapeutique et d'améliorer les pratiques.

3. Conclusion : La fonction du psychiatre n'est pas une donnée définitive

La question de place occupée par le psychiatre dans les Thérapies à Médiation Corporelle est centrale, et dépendante de la tranche d'âge dans laquelle se situe le patient, comme le démontre la séparation entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'adulte dans les soins publics en santé mentale en France.

Les éléments de travail apportés reposent en partie sur les résultats provisoires de mon mémoire de DES de psychiatrie, concernant **La place du toucher dans la pratique des psychiatres exerçant**

en psychiatrie adulte.

Le psychiatre a une fonction de coordination par laquelle il garantit la mise en place de la Thérapie à Médiation Corporelle, son évaluation dans la durée et le lien entre les instances corporelles et psychiques. Il est le garant de la synergie créée entre les psychothérapies et les Thérapies à Médiation Corporelle. Il a également une fonction de prescription. Par ailleurs, la fonction de thérapeute corporel chez un psychiatre soulève des avis partagés. Pour certains, il s'agit d'un atout et d'une liberté, tandis que pour d'autres les fonctions de psychiatre et de thérapeute corporel ne sont pas cumulables. Pour certains psychiatres encore, la dualité corps-psychisme n'avait pas fait l'objet de réflexions permettant sa remise en question. On retrouve des craintes concernant les risques d'invasion émotionnelle du psychiatre, d'aggravation de l'état de santé du patient, d'agression physique sur le psychiatre, d'agression physique et sexuelle sur le patient, et enfin de poursuites judiciaires à l'encontre du psychiatre.

De plus, la pratique de la psychiatrie diffère en fonction des tranches d'âge impliquées. On distingue globalement l'activité du pédopsychiatre pour la petite enfance, les enfants, ou les adolescents, de celle des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte ou encore en gérontopsychiatrie. L'identification des facteurs limitant les Thérapies à Médiation Corporelle dans les différentes tranches d'âge de la vie permettrait encore une fois d'ajuster cadre thérapeutique et d'améliorer les pratiques.

Après avoir défini les Thérapies à Médiation Corporelle et abordé la place prise par le psychiatre, nous allons proposer des pistes de travail pour une mise en pratique de ces thérapies en psychiatrie.

Chapitre 7. Pour une mise en pratique des Thérapies à Médiation Corporelle :

Des pistes de travail

L'objectif de ce travail est d'établir un cadre théorico-pratique des Thérapies à Médiation Corporelle, dans le but d'encourager leur utilisation en psychiatrie adulte. Le cadre théorique et des éléments de réflexion pratique ont déjà été proposés, mais nécessitent d'être complétés. Nous allons nous appuyer sur l'exemple de deux services pratiquant des Thérapies à Médiation Corporelle pour en dégager des aspects généralisables et des pistes de travail supplémentaires et concrètes.

1. Mise en pratique des Thérapies à Médiation Corporelle : deux exemples

Afin de réfléchir à la meilleure manière de mettre en pratique les Thérapies à Médiation Corporelle dans un service de psychiatrie, nous allons étudier l'organisation de deux services les ayant déjà incluses dans leur fonctionnement, et en relever les aspects communs.

a. Service d'hospitalisation médico-psychologique de l'adulte du GHICL¹, Pr Dodin

Le Professeur Vincent Dodin, chef de la Clinique Médico-Psychologique, puis Me Laurence Bocket, cadre infirmière du service, ont accepté de me rencontrer dans le cadre d'un entretien sur la place des Thérapies à Médiation Corporelle dans le service. Les informations suivantes sont issues de ces rencontres.

Le service est reconnu pour ses prises en charge des troubles des conduites alimentaires et des syndromes anxio-dépressifs, principalement au bénéfice des adolescents et des adultes jeunes. Il

¹ GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille. Le service du Pr Dodin se trouve dans les locaux de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille.

comprend trois unités, soit l'Unité d'Accueil Médico-Psychologique (UAMP), l'unité d'hospitalisation à temps complet et le centre de psychothérapie. C'est un service ouvert, non sectorisé, dont l'unité hospitalière offre 15 lits. Les hospitalisations sont essentiellement programmées après consultation de pré-admission avec un psychiatre du service mais aussi par les urgences après prise en charge et évaluation par l'UAMP.

Le service propose différentes Thérapies à Médiation Corporelle. Le projet de service actuel se construit autour de l'aroma-olfactothérapie. Un Hôpital de Jour axé sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire pourrait bientôt ouvrir, et comprendrait un atelier autour du goût. De plus, le service organise tous les 2 ans un colloque autour des questions du corps.

L'équipe comprend :

- 5 psychiatres
- 5 psychologues à temps partiel, d'orientations psychothérapeutiques différentes
- 1 psychomotricienne (14h/semaine)
- 1 fasciathérapeute (3,5h/semaine)
- 8 IDE¹ de jour
- 2 IDE de nuit
- 2 aides-soignant

Les membres de l'équipe s'impliquent dans diverses formations (essentiellement courtes et non diplômantes) :

- tous les IDE de jour sont formés au SMMS (Soins à Médiation Multi-Sensorielle)
- 4 IDE (jour) : aroma-olfactothérapie
- 1 IDE (jour) : toucher-massage
- 2 IDE (jour) : atelier modelage
- 2 IDE (jour) : thérapies cognitivo-comportementales
- 2 IDE (jour) : thérapies systémiques familiales
- 1 IDE (jour) : DIU addictologie franco-canadien
- 1 IDE (jour) : musicothérapie
- 2 IDE (nuit) : massages détente et relaxation (une technique chinoise et une autre technique)
- 1 IDE (nuit) : lecture de contes
- 1 AS (nuit) : détente, relaxation

1 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

- 1 cadre de santé (jour) : praticienne et formatrice en toucher-massage et en psychophonie
- 1 chef de service : aroma-olfactothérapie, psychophonie

On constate dans l'organisation de ce service l'implication d'un grand nombre de professionnels et la complémentarité des savoirs de chacun. Tous les infirmiers sont formés aux SMMS, témoignant d'un véritable mouvement de service dans le développement et l'application de cette technique. Dans la réflexion sur une possible généralisation, il faut toutefois noter que ce service est spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaires. Nous allons maintenant étudier un service de secteur, prenant en charge tout type de pathologie.

b. Service de psychiatrie adulte 59G16, Dr Thévenon

Le Dr Catherine Thévenon, chef de Pôle du G16, et Mr Stéphane Barbry, cadre supérieur de santé, ont accepté de me rencontrer dans le cadre d'un entretien sur la place des Thérapies à Médiation Corporelle dans le service. Les informations suivantes sont issues de cette rencontre.

Le service du Dr Thévenon est un service public répondant à la demande publique en fonction des règles de sectorisation. Il comprend une activité intra-hospitalière, 2 CATTP¹ dont les moyens sont mutualisés entre les secteurs 59G16 et 59G17, et 1 CMP². Au total, 25 activités thérapeutiques différentes sont mises en place, en groupe ou en relation duelle thérapeute - patient.

Le service met en avant les activités physiques et sportives. L'objectif visé est l'intégration des patients dans les structures sportives de leur ville. Le service accueille également des stagiaires de la filière STAPS se spécialisant dans sports adaptés, et participe à des événements extérieurs, comme des sports professionnels adaptés.

Des événements ayant une portée publique sont régulièrement organisés. En 2011, le DVD « Renouance » montre les arts martiaux pratiqués en ville par des patients (94). En 2013, un défilé de mode a été réalisé. Ce type d'événement allie des techniques de relaxation pour préparer les patients à défiler, ainsi que des compétences scénographiques et artistiques. Le défilé comme événement public permet une sensibilisation du public à la question de la santé mentale.

1 CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

2 CMP : Centre Médico-Psychologique

Certaines activités se déroulent en milieu sportif en ville, les autres dans les locaux de soin.

Parmi les ateliers proposés, une majorité entre dans le champ des Thérapies à Médiation Corporelle.

Sont organisés, à la fréquence d'une fois par semaine, les activités suivantes :

- gym tonique
- gym douce
- groupe yoga
- badminton
- musculation
- sports collectifs
- tennis de table
- arts martiaux
- bowling
- piscine
- cirque
- danses de salon
- souffle et postures
- relaxation
- corps et voix
- atelier créatif
- médiation plastique
- esthétique

Ainsi que, deux fois par semaine :

- arts plastiques
- théâtre
- sophrologie de groupe

Pour la bonne réalisation de ces activités, sont présents :

- 1 professeur d'arts martiaux
- 1 professeur de danse de salon
- 1 professeur de gymnastique
- 1 IDE formé à l'aqua-relax (1 fois par mois)
- 1 éducatrice sportive en Sports adaptés (4h/semaine)
- 1 ergothérapeute

Une salle est équipée pour la pratique du Snoezelen.

Une psychomotricienne effectue également des séances de psychomotricité.

On retrouve la diversité des compétences des professionnels et l'implication d'un grand nombre d'entre eux. Ce service a aussi choisi d'orienter son abord corporel, mais cette fois sur les Activités Physiques et Sportives. Ces traits en communs avec l'organisation de service du Pr Dodin font penser que l'on peut en tirer des conclusions générales, indépendantes de tout type de patient reçu et de pathologie.

En résumé

On remarque que ces deux services ont fait le choix d'un type particulier de Thérapie à Médiation Corporelle, différent pour chacun d'eux. Le service du Pr Dodin propose plus de soins en lien avec l'olfacto-thérapie et les Soins à Médiation Multi-Sensorielle, tandis que le service du Dr Thévenon met en avant les Activités Physiques et sportives. Ces organisations de service n'excluent pas la présence d'autres types de Thérapie à Médiation Corporelle, et montrent que l'on peut tirer des conclusions générales, indépendantes de tout type de patient reçu et de pathologie..

On retiendra surtout qu'il s'agit de projets de services nécessitant la formation de plusieurs membres de l'équipe et l'intervention de professionnels spécialisés.

2. La mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est le fruit d'un travail collectif

La mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est le fruit d'un travail alliant la participation du service entier à celle d'intervenants extérieurs.

a. Un projet de service

La mise en place des Thérapies à Médiation Corporelle découle d'un projet de service, d'une impulsion et d'un soutien de la part du Chef de service ou du Chef de pôle, sensible à une ouverture

vers ces thérapies. On remarque que ces services s'investissent dans la mise en place de sensibilisation pour d'autres intervenants, professionnels ou non, tels que l'organisation de colloques ou d'événements publics.

Pour fonctionner dans un projet thérapeutique en équipe, plusieurs éléments sont à mettre en place (95). D'abord il y a la conviction que si les fonctions et les rôles sont différents, ils sont cependant tous nécessaires pour faire un projet thérapeutique. Cela implique la capacité pour les différents thérapeutes du système thérapeutique de pouvoir travailler ensemble. Les capacités mobilisées sont essentiellement les capacités de collaboration, d'écoute réciproque, et d'enrichissement mutuel. D'autre part, les professions ou formations demandent à être définies précisément afin être connues et reconnues par chaque membre de l'équipe (96).

Revenons sur l'importance du travail en équipe comme garantie du cadre relationnel. Les échanges réguliers entre professionnel, sous forme de supervision ou de manière moins formelle, permettent de contenir les potentiels fantasmes liés à l'exhaustivité ou à la confidentialité de la relation. Le patient doit donc en être informé. Dans le cas de thérapeutes exerçant de façon isolée, comme dans les professions libérales, un travail de reprise régulière des séances thérapeutiques avec d'autres professionnels est encouragé.

Cependant, il manque un organisateur commun à tous et permettant la cohérence du travail des diverses fonctions thérapeutiques. En effet, il faut une structure et un cadre général, c'est-à-dire l'organisation des temps, des lieux et des responsabilités de chaque membre de l'équipe en fonction des temps et des lieux thérapeutiques. Un plan thérapeutique individuel doit également être élaboré pour chaque patient (95).

Cela nécessite du personnel formé et intéressé, les Thérapies à Médiation Corporelle proposées sont alors fonction des affinités thérapeutiques personnelles de chacun. L'essentiel est de s'appuyer sur ce qui anime le professionnel et de travailler en complémentarité. Le hasard des rencontres permet aussi d'intégrer les nouvelles Thérapies à Médiation Corporelle. Le Dr Catherine Thévenon constate que de manière générale, les équipes soignantes sont satisfaites de la mise en place de telles thérapies, qui génèrent de la motivation et offrent des moments de partage.

b. La participation des intervenants extérieurs

La mise en place de Thérapies à Médiation Corporelle est une construction collective, qui concerne les soignants dans leur équipe et leur individualité, mais aussi les associations et élus qui participent activement.

La part sociale de ce type de thérapie est variable en fonction de la technique choisie. Nous avons vu que les thérapies à composante sociale (voir Chap. 6.2) comme celles qui s'appuient sur des activités sportives sont un lien vers la socialisation. Elles participent aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 (97) : « La réadaptation psychosociale donne à de nombreux individus la possibilité d'acquérir ou de recouvrer les compétences pratiques nécessaires à la vie en communauté et à la sociabilisation et leur apprend à faire face à leurs incapacités. Elle aide les patients à développer leurs compétences sociales et à se livrer à des occupations et des activités de loisirs valorisantes leur donnant le sentiment de participer à la vie communautaire. » et de Santé mentale en 2008 prônant une modification du modèle de soin (98) : « Le principe d'un projet global pour la personne doit donc permettre de coordonner projet de vie et projet de soins et fonder l'évolution des réponses aux besoins de santé mentale, en dépassant une approche centrée sur les seules structures de soins pour favoriser une approche centrée sur les personnes quels que soient la nature, l'intensité, le lieu, le moment et le champ dans lequel s'expriment leurs besoins. » Par exemple, à Tourcoing, lorsqu'une personne a une reconnaissance par la MDPH¹, elle obtient gratuitement la licence sportive.

A l'inverse, une Thérapie à Médiation Corporelle est parfois réalisée avec l'aide d'un intervenant extérieur qui se rend dans une structure de soin ponctuellement (danse-thérapie accompagnée par un danseur professionnel par exemple).

En résumé

La mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est le fruit d'un travail collectif : impulsée par le Chef de pôle ou le Chef de service, elle repose sur la motivation des équipes soignantes et sur le partenariat avec des intervenants extérieurs ainsi que des professionnels et structures externes aux soins.

1 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

3. De l'intérêt d'une information large et d'une expérimentation

Nous avons abordé le fait que le manque de mise en place de Thérapies à Médiation Corporelle est en partie imputable au manque d'information sur le sujet. L'accent doit être porté sur la communication, auprès des professionnels de la santé mais aussi des patients ou organismes à plus large écoute.

On constate également la nécessité pour des professionnels intéressés d'expérimenter des Thérapies à Médiation Corporelle. En effet, la large participation sensorielle et motrice limite la transmission des informations par une voie théorique et nécessite une sensibilisation par le réel de ces expériences singulières. L'expérimentation au cours d'ateliers de présentation ou de sensibilisation est une ouverture pour des personnes manquant de connaissances pour se les représenter, et peut proposer un approfondissement pour d'autres.

Penchons-nous sur l'exemple d'Eliane Ferragut, psychiatre et responsable de l'Unité Psychosomatique et Psychopathologique de la douleur au Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier, qui travaille sur les troubles psychosomatiques. Elle a mis en place une unité de psychosomatique à Montpellier, et a participé au développement du Réseau Souffrance¹, en collaboration avec des membres de l'Unité de psychosomatique et de l'Institut de Psychosomatique de Montpellier. Le Réseau Souffrance est un réseau de référence et de formation qui a pour vocation de transmettre un savoir et une pratique psychosomatique par le biais de différentes interventions (99). Le service de psychosomatique a bénéficié, dans le cadre du Réseau Souffrance :

« -de formations spécifiques pour les soignants médicaux, paramédicaux et psychologues afin de les sensibiliser à cette dimension,

-de collaborations avec des équipes soignantes afin de travailler en relais dans la mesure où les possibilités d'intervention des psychologues dans les services sont assez réduites

-d'informations et formations concernant des programmes de prévention

-de mise en place des informations, conférences et points prévention santé à destination directement du grand public afin que les personnes puissent trouver des lieux de soins adéquats et être conscientes du rôle qu'elles peuvent jouer dans le maintien de leur santé » (99).

Ce modèle me semblait intéressant car, ne s'agissant pas des Thérapies à Médiation Corporelle, on retrouve une problématique commune qui est celle de l'union indissociable du corps et du

1 <http://www.ipm-asso.fr/réseau-souffrance/>

psychisme.

Il comprend des initiatives dont bénéficieraient les Thérapies à Médiation Corporelle, à savoir (en s'appuyant sur ce modèle) :

- des formations spécifiques théorico-pratiques pour les soignants médicaux, paramédicaux et tout personnel soignant intéressé afin de les sensibiliser à l'importance d'une prise en charge corporelle en psychiatrie
- des collaborations entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte pour un échange de moyens
- des collaborations avec des intervenants extérieurs pour l'amélioration et l'apport de nouveaux moyens
- de mise en place des informations, conférences et points santé à destination directement du grand public pour les sensibiliser à l'effet de synergie du corps et de l'esprit, et leur faire connaître l'existence des Thérapie à Médiation Corporelle
- enfin, d'un lieu d'information et de coordination en référence pour les Thérapies à Médiation Corporelle, comme peut l'être le Réseau Souffrance

En résumé

La mise en place de moyens d'information et de sensibilisation des professionnels mais aussi du grand public permettrait d'élargir le champ d'application des Thérapies à Médiation Corporelle, l'information optimale passant certes par la théorie mais surtout par l'expérimentation.

Rappelons que la formation personnelle est optimale si le thérapeute engage un travail sur lui-même et sur le rapport qu'il entretient avec son propre corps, car au cours d'une Thérapie à Médiation Corporelle, le corps du thérapeute est engagé dans le soin au moins autant que celui du patient.

4. Conclusion : Travail collectif, communication et expérimentation

Nous avons pris l'exemple du service du Pr Dodin, proposant principalement des soins en lien avec l'olfacto-thérapie et les Soins à Médiation Multi-Sensorielle, et du Dr Thévenon, mettant en avant les Activités Physiques et sportives, afin de montrer que l'on peut en tirer des conclusions générales.

Précisons que d'une part, ces organisations de service n'excluent pas la présence d'autres types de Thérapie à Médiation Corporelle, et que d'autre part, ces enseignements sont indépendants du type de patient et de pathologie.

Finalement, la mise en place d'une Thérapie à Médiation Corporelle est le fruit d'un travail collectif : impulsée par le Chef de pôle ou le Chef de service, elle repose sur la motivation des équipes soignantes et sur le partenariat avec des intervenants extérieurs ainsi que des professionnels et structures externes aux soins.

Le développement des Thérapies à Médiation Corporelle repose sur un travail collectif, orienté vers les professionnels de santé mais également vers les patients et le grand public, afin de les aider à comprendre les bénéfices attendus de telles thérapies. Les moyens d'informations sur ces thérapies doivent être diffusés, mais la voie théorique étant limitée, l'expérimentation personnelle est encouragée afin de saisir au mieux leur intérêt dans le réel.

Chapitre 8. Conclusion :

Prise en main des Thérapies à Médiation Corporelle

L'objectif premier était l'établissement d'un cadre théorico-pratique des Thérapies à Médiation Corporelle, dans le but de sensibiliser les professionnels à ces pratiques et d'encourager leur utilisation en psychiatrie adulte. Rappelons que ces thérapies sont abordables pour tous, et ne dépendent pas de critères diagnostics spécifiques. Ce travail s'est volontairement dégagé de toute nosographie afin d'apporter des conclusions généralisables et applicables au plus grand nombre.

Nous avons tout d'abord abordé l'évolution des histoires philosophique, religieuse et sociétale, dans le but de mieux comprendre les origines et les impacts des représentations collectives du corps dans la culture française.

Le point de vue philosophique nous a montré que, pour les penseurs, le corps à longtemps été considéré comme un obstacle à la connaissance et au développement de l'être. Nous avons constaté une évolution historique des représentations du corps et de l'esprit qui sont de plus en plus liés entre eux, jusqu'à la pensée phénoménologique proposant une vision uniciste et intégrative dans laquelle le corps est le soutien de l'épanouissement.

L'histoire religieuse a mis en exergue la responsabilité individuelle de pureté corporelle et la nécessité de contrôle du corps pour éviter la souillure, ainsi que l'image idéale d'un corps souffrant comme promesse de salut. Ces notions font partie de l'histoire collective de la culture française.

L'étude sociétale, enfin, comparée à des sociétés traditionnelles vivant sur des continents extérieurs à l'Europe, a mis en avant la valorisation de la maîtrise du corps à travers l'histoire du sport, de l'art, de la science, des modes et des codes sociaux. Les conduites sexuelles et sentimentales se sont libérées progressivement depuis le XIXe siècle, s'accompagnant d'exigences physiques importantes, alors que le corps s'est paré d'une intériorité qu'il faut apprendre à connaître pour aller vers le bien-être.

On retiendra que la pression issue de ces diverses contraintes physiques peut être source d'anxiété et de mal-être. D'une part, les modèles physiques exigés sont souvent inatteignables et placent la personne en situation d'échec et de culpabilité; d'autre part, le développement de l'individualité comme les repères d'inscription dans le groupe, et propose paradoxalement un effacement des

différences et une affirmation de la personne.

Dans un second temps, nous avons étudié les histoires de la médecine et de la psychiatrie pour mieux comprendre la place du corps dans la pratique des psychiatres.

L'histoire de la médecine occidentale est marquée la médecine anatomo-clinique et l'avènement de la médecine basée sur les faits (*Evidence based medicine*), effaçant toute subjectivité dans son exercice. Les possibilités qu'offrent le diagnostic génétique mettent au premier plan les questions de la propriété du corps à travers celle du génome, et les débats médicaux, éthiques et juridiques à ce sujet se poursuivent encore aujourd'hui. De plus, la sur-spécialisation médicale et l'influence de la médecine dans la vie quotidienne offrent d'un côté une bonne qualité de soin dans de nombreuses maladies, mais risquent aussi de ne plus répondre à la réalité de la demande du patient au quotidien, qui ne reconnaît plus dans son corps le lieu du soin. Le décalage créé entre une promesse médicale de guérison, dans laquelle le corps est un objet contrôlable, et la réalité d'une personne souffrante qui ne reconnaît pas son corps dans le regard du médecin, est à l'origine d'un malaise, et ne permet pas à la souffrance d'être prise en considération. Les patients vont alors de plus en plus se tourner vers des médecines alternatives.

L'histoire de la psychiatrie est marquée par la création des asiles et par le Traité Médico-Philosophique de Pinel, qui rétablit une communication avec l'aliéné. Le corps a toujours été au centre des préoccupations des psychiatres, depuis les aliénistes jusqu'à la psychiatrie moderne, enrichie par le développement de la médecine et des thérapies dynamiques, psychanalytiques ainsi que des courants psychologique, sociologique et anthropologique. Dans la formation psychiatrique, on remarque l'absence de formation sur les approches corporelles. Ainsi, à moins d'avoir pris l'initiative personnelle de se former à une Thérapie à Médiation Corporelle, les psychiatres peuvent en méconnaître l'existence, le déroulement et l'efficacité. Au final, on retiendra le paradoxe actuel de la position du psychiatre par rapport au corps : d'un côté préoccupé par certains états corporels des patients, de l'autre côté créant une distance avec une partie ou l'entièreté de l'aspect corporel au profit d'un aspect psychique.

Le chapitre suivant nous a permis d'aborder la puissance du potentiel sensoriel et moteur du corps, ainsi que certaines théorisations posant les bases des Thérapies à Médiation Corporelle.

D'une part, nous avons abordé le fait que le corps doit être nommé avec précision car le référentiel culturel et théorique dans lequel on se situe modifie le sens des termes employés, pouvant être à l'origine d'incompréhension et de mauvaises représentations.

D'autre part, l'étude des sens du toucher, de la vision, de l'audition, du goût et de l'olfaction, ainsi

que du concept de corps en mouvement ont démontré la place centrale de chaque sens dans la communication et la prise de conscience du monde et de ses limites. Les sens sont complémentaires et se potentialisent. Nous avons vu qu'il existait des applications thérapeutiques pour chacun d'entre eux, et pour leur ensemble.

Enfin, nous avons abordé différentes théorisations témoignant de l'ampleur mais aussi de la diversité des réflexions concernant le corps. La psychomotricité occupe une place particulière en psychiatrie : profession de santé réglementée, elle représente, pour certains psychiatres, la seule image d'une Thérapie à Médiation Corporelle qu'ils puissent avoir. Au XXe siècle, on remarque le développement de courants thérapeutiques alternatifs, parfois puisés dans des médecines orientales. Finalement, la question du corps pour les professionnels de la santé n'est pas une question nouvelle, mais elle souffre de la diversité et du nombre de théories, s'adressant à un public déjà sensibilisé. On retiendra l'indissociabilité du corps et du psychisme, qui se potentialisent mutuellement et créent un effet de synergie.

Finalement, une Thérapie à Médiation Corporelle est définie comme un ensemble de moyens utilisant le corps, dans son unité sensori-motrice et inconditionnellement lié au psychisme, comme outil de guérison, de soulagement ou de prévention d'une maladie, au sein d'une relation interpersonnelle encadrée par un ou plusieurs thérapeutes.

Les Thérapies à Médiation Corporelle s'adressent à toute pathologie. L'indication et le choix de la thérapie reposent principalement sur l'appréciation par le professionnel de l'état clinique du patient, ainsi que sur la connaissance qu'il a de la thérapie envisagée.

La limite majeure identifiée est celle posée par le thérapeute, qui se doit de connaître ses propres limites et celles de son engagement corporel. Ensuite, la limite principale posée par le patient correspond à l'expression de son désaccord, puis on retrouve des limites s'appuyant sur les représentations collectives et concernant des angoisses de maltraitance du patient, d'aggravation de l'état d'un patient délirant, d'érotisation de la relation, d'agression physique du thérapeute ou du risque de poursuites judiciaires en lien avec une des craintes précédentes. Enfin, les dernières limites identifiées sont indépendantes des individus concernés, et se rapportent aux moyens matériels (budget, salle) et humains (personnel, disponibilité).

Pour répondre à ces limites, le cadre thérapeutique doit être pensé avec précision. Il permet au professionnel d'être garant de la sécurité du patient et de sa propre sécurité, par la maîtrise d'une grande partie des aspects de la relation de soin. Nous avons aussi vu l'importance de ne pas travailler seul et d'aménager des moments d'échanges entre professionnels.

De plus, les Thérapies à Médiation Corporelle sont nombreuses et diverses, offrant d'une part une

thérapie adaptée au plus grand nombre, mais nécessitant d'autre part un choix professionnel ciblé sur une ou quelques thérapies. Leur pluralité est un atout mais aussi un obstacle à leur généralisation, car la transmission des connaissances est d'autant plus compliquée que les informations sont nombreuses. Ce travail de thèse se trouve légitimé par le besoin d'avoir une définition homogène de ces techniques pour les transmettre avec une meilleure efficacité.

Comme fonctions du psychiatre, on retrouve une fonction de coordination par laquelle il garantit la mise en place de la Thérapie à Médiation Corporelle, son évaluation dans la durée et le lien entre les instances corporelles et psychiques. Le psychiatre a également une fonction de prescription. La fonction de thérapeute corporel chez un psychiatre soulève quand à elle des avis partagés. Pour certains, il s'agit d'un atout et d'une liberté, tandis que pour d'autres les fonctions de psychiatre et de thérapeute corporel ne sont pas cumulables. Pour certains psychiatres encore, la dualité corps-psychisme n'avait pas fait l'objet de réflexions permettant sa remise en question. On retrouve des craintes en lien avec les représentations collectives que nous avons citées précédemment dans les limites.

Nous avons aussi relevé que la pratique de la psychiatrie diffère en fonction des tranches d'âge impliquées. On distingue globalement l'activité du pédopsychiatre pour la petite enfance, les enfants, ou les adolescents, de celle des psychiatres exerçant en psychiatrie adulte ou encore en gérontopsychiatrie. L'identification des facteurs limitant les Thérapies à Médiation Corporelle dans les différentes tranches d'âge de la vie permettrait encore une fois d'ajuster cadre thérapeutique et d'améliorer les pratiques.

Pour terminer, nous avons proposé des pistes de travail pour la diffusion des Thérapies à Médiation Corporelle. Leur mise en place est le fruit d'un travail collectif : impulsée par le Chef de pôle ou le Chef de service, elle repose sur la motivation des équipes soignantes et sur le partenariat avec des intervenants extérieurs ainsi que des professionnels et structures externes aux soins.

Les moyens d'informations sur ces thérapies doivent être diffusés, mais la voie théorique étant limitée, l'expérimentation personnelle est encouragée afin de saisir au mieux leur intérêt dans le réel.

Un modèle de diffusion a été proposé, comprenant :

- des formations spécifiques théorico-pratiques pour les soignants médicaux, paramédicaux et tout personnel soignant intéressé afin de les sensibiliser à l'importance d'une prise en charge corporelle en psychiatrie
- des collaborations entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte pour un échange

de moyens et de connaissances

- des collaborations avec des intervenants extérieurs pour l'amélioration et l'apport de nouveaux moyens
- de mise en place des informations, conférences et points santé à destination directement du grand public pour les sensibiliser à l'effet de synergie du corps et de l'esprit, et leur faire connaître l'existence des Thérapies à Médiation Corporelle
- enfin, d'un lieu d'information et de coordination en référence pour les Thérapies à Médiation Corporelle

Au total, les Thérapies à Médiation Corporelle sont une liberté : leur existence dans un service de soin permet aux individus concernés de les utiliser, mais ils peuvent également ne pas s'en servir. De même, la parole n'est plus le vecteur privilégié de la relation, mais ces thérapies sont toujours accompagnées d'une possibilité de verbalisation.

Les thérapeutes qui s'engagent dans ces thérapies doivent être conscients de la dimension affective et émotionnelle soulevée. Il doit avoir la capacité d'accompagner et de contenir les réactions provoquées, et pour cela s'appuyer sur le cadre et le travail en équipe.

Ce travail avait pour objectif d'aborder une entité thérapeutique en se dégageant autant que possible de la nosographie psychiatrique. Cependant, il pourrait être intéressant dans un second temps d'approfondir la question des applications particulières en fonction des diagnostics psychiatriques.

Par ailleurs, cette problématique a été abordée sous l'angle de la psychiatrie, mais pourrait intéresser d'autres spécialités médicales ou paramédicales, dans lesquelles les Thérapies à Médiation Corporelle peuvent être indiquées dans la prise en charge d'une maladie ou d'une souffrance non psychiatrique, par exemple dans le domaine de la douleur.

Enfin, en nous rappelant que la notion de dualité corps et psychisme n'est pas l'exclusivité de la psychiatrie, nous pouvons nous interroger sur les représentations que possèdent les spécialistes de la motricité, comme les kinésithérapeutes ou les ostéopathes, sur ce concept de lien indissociable corps-psychisme, ou encore au sujet de l'indispensable qualité relationnelle entre le patient et son thérapeute.

De plus, si nous avons parfois des difficultés à habiter notre corps de psychiatre-potential-thérapeute-corporel, nous pouvons aussi nous demander de quelle manière ces techniciens du corps habitent, eux, leur parole.

Références

1. CIM 10 : Classification Internationale Maladies, 10e édition, OMS
2. Delion P. Le corps retrouvé - Franchir le tabou du corps en psychiatrie : variations sur psychiatrie, psychanalyse et institution. Hermann;2010
3. Dodin V. et coll. Soins à Médiation Multi-Sensorielle. Adolescence. 2012;30, 3, 603-616
4. Buisnière E. Cours sur le corps. édition électronique PhiloSophie. 2005
5. Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. Histoire du Corps, vol . 1 De la Renaissance aux Lumières. Seuil;2005
6. Dictionnaire de français Larousse. 2013
7. Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. Histoire du Corps, vol. 2 De la Révolution à la Grande guerre. Seuil;2005
8. La France à la loupe : Les religions en France, Infosynthèse, Ministère des affaires étrangères et européennes. 2008 juillet
9. Gadéa N. Le corps dans les traditions monothéistes, synthèse basée sur la revue Le corps : Ce qu'en disent les religions, L'Atelier, 2001, p 31-103
10. Sindzingre N. « Corps - Données anthropologiques », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 8 décembre 2013. URL : <http://www.universalis-edu.com/doc-distant.univ-lille2.fr/encyclopedie/corps-donnees-anthropologiques/>
11. Della Porta G. La physionomie humaine, chez Jean et David Berthelin, 1655, version numérisée Google Books
12. Dürer A. Adam et Eve, gravure, 1504
13. Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. Histoire du Corps, vol. 3 Les mutations du regard. Le XXe siècle, Seuil, 2005
14. Dodin V. L'Illusion addictive : 100 questions à poser pour comprendre et soigner les nouveaux comportements addictifs, à paraître (2014)
15. Crignon-de Oliveira C, Gaille-Nikodimov M. A qui appartient le corps humain ? Médecine, politique et droit, Médecine et sciences humaines, Les Belles Lettres, 2004
16. Nikel S. Interview de Sohn A – M. L'amour et la sexualité : La « Révolution sexuelle » a-t-elle eu lieu ?, L'Histoire, 03/06/99, coll n°5, p 104
17. Spira A, Bajos N. Age au premier rapport sexuel : une baisse dans les années 2000, Enquête sur le « Contexte de la sexualité en France », INSERM et INED, 2006
18. Jaotombo F, Brasseur M. Le développement personnel : opérationnalisation d'un modèle de

mesure pour la recherche et les pratiques, De Boeck Supérieur, @GRH, 2013/3 n° 8, p 67-92. DOI : 10.3917/grh.133.006

19. Morgagni JB. Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies, trad. Desormeaux A. et Destouet J.P., Cailles et Ravier libraires, 1820, version numérisées sur Google Books
20. Bernard C. Etudes physiologiques sur quelques poisons américains, Revue des Deux Mondes, 1864, T.53
21. Potier R. L'image du corps à l'épreuve de l'imagerie médicale, Champ psychosomatique, L'esprit du temps, 2008/4, p 17-29. DOI : 10.3917/cpsy.052.0017
22. Doron C-O. Le Corps relégué – Introduction : Les métamorphoses du corps, Les cahiers du centre Georges Canguilhem, PUF, 2007
23. Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie, Dunod, 2012
24. Colombier J, Doublet F. Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés, imprimerie royale, Paris, 1785, [Reprod.] Bibliothèque nationale de France
25. Daquin J. La philosophie de la folie ou Essai philosophique sur le traitement des personnes atteintes de folie, chez Née de la Rochelle, Paris, 1792, [Reprod.] Bibliothèque nationale de France, département Sciences et techniques, 8-TE65-7
26. Pinel Ph. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie, chez Richard, Caille et Ravier, Paris, 1801, [Reprod.] Bibliothèque nationale de France, Td86-49
27. 1838-06-30 (lég) Loi n° 7443 « sur les aliénés » du 30 juin 1838 - Recueil Duvergier p490 « Loi Esquirol », <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/7>
28. Matot JP. Les conceptualisations du corps dans les travaux de D.W. Winnicott, et leurs prolongements dans les travaux de R. Roussillon, AEPEA, séminaire 16.11.12
29. Anzieu D. Le Moi-peau, coll. Psychismes, Dunod, 1995
30. Kloeckner A. Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger, Contraste 1/2008 (N° 28-29), p 157-178.
31. Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, JORF 0117 du 22 mai 2010 page 9448, texte n°24
32. Martinot JL Imagerie cérébrale en psychiatrie, Revue française des affaires sociales, La Doc. française, 1/2004 (n°1), p 35-55
33. Consoli S. M. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ?, Elsevier, Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) 198-204
34. Santarpia A, Blanchet A, Venturini R, Cavallo M, Raynaud S. La catégorisation des métaphores conceptuelles du corps, Annales Médico-Psychologiques, 2006, 164 (2006) 476-485

35. Gallace A, Spence C. « The science of interpersonal touch : an overview », *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, Elsevier, 2008
36. Montagu A. *Touching : The human significance of the skin*. Columbia University Press, New-York. 1971
37. Berkley KJ, Hubscher CH. Are there separate central nervous system pathways to touch and pain ? *Nature Medicine* 1. 1995;766-773
38. Iggo A. Cutaneous and subcutaneous sense organs. *British Medical Bulletin* 33.1977;97-102
39. Field T. *Touch for socioemotional and physical well-being : A review*, *Developmental Review*, Elsevier, 2011
40. Olausson H, Cole J, Rylander K, McGlone F, Lamarre Y, Wallin BG, Krämer H, Wessberg J, Elam M, Bushnell MC, Vallbo A. Functional rôle of unmyelinated tactile afferents in human hairy skin : sympathetic response and perceptual localization. *Experimental Brain Research* 184. 2008;135-140
41. Bessou P, Burgess PR, Perl ER, Taylor CB. Dynamic properties of mechanoreceptors with unmyelinated (C) fibers. *Journal of Neurophysiology* 34. 1971;116-131
42. Bernhardt J. Sensory Capabilities of the fetus. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing* 12. 1987;44-46
43. Fitzgerald M, Gibson S. The postnatal physiological and neurochemical development of peripheral sensory C fibres. *Neuroscience* 13. 1984;933-944
44. Atkinson J, Braddick O. Sensory and perceptual capacities of the neonat. In: Stratton P. (Ed), *Psychobiology of the Human Newborn*. John Wiley, London. 1982;p 191-220
45. Miodownik M. A touchy subject. *Materialstoday*. 2005 June 6
46. Barnett K. A theoretical construct of the concepts of touch as they relate to nursing. *Nursing Research* 21. 1972;102-110
47. Gottlieb G. Ontogenesis of sensory function in birds and mammals. In: Tobach E, Aronson LR, Shaw E. (Eds.), *The Biopsychology of Development*. Academic Press, New-York. 1971;67-128
48. McDaniel E, Andersen PA. International patterns of interpersonal tactile communication : a field study. *Journal of Nonverbal Behavior* 22. 1998;59-75
49. Frank LK. Tactile communication. *Genetic Psychology Monographs* 56. 1957;209-225
50. Knapp ML. *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Holt, Rinehart and Winston, New-York. 1972
51. Coeman A. Le toucher.....Sens interdit ?, <http://www.psychomotricitecoeman.com/articles-letoucher-fr.html>, septembre 2010

52. Yu-shen Lin, Bsn, Phd, Ann Gill Taylor, Ms, Edd, Rn, Faan, Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in a elderly population, *Integrative Medicine*, Elsevier, 1998, vol.1, n°4, p 152-162
53. Thayer S. Social touching. In : Schiff W, Foulkes E. (Eds), *Tactual Perception : a Sourcebook*. Cambridge University Press, Cambridge. 1982;263-304
54. Thayer S. History and strategies of research on social touch. *Journal of Nonverbal Behavior* 10. 1986;12-28
55. Thayer S. Touch, In : Barnouw E, Gerbner G, Schramm W, Worth TL, Gross L. (Eds.), *International Encyclopedia of Communications*, vol. 4. Oxford University Press, Oxford. 1989;246-249
56. Jones SE, Yarbrough AE. A naturalistic study of the meaning of touch. *Communication Monographs* 52. 1985;19-56
57. Guégen N. Nonverbal encouragement of participation in a course : the effect of touching. *Social Psychology of Education* 7. 2004;89-98
58. Boudreault A. (Québec) Etude descriptive des effets du toucher affectif sur l'estime de soi de personnes âgées hospitalisées à l'unité de courte durée gériatrique. [Maîtrise en sciences infirmières] 2004
59. Weiss WJ, Wilson PW, Morrison D. Maternal tactile stimulation and the neurodevelopment of low birth weight infants. *Infancy* 5. 2004;85-107
60. Nelson CA. A neurobiological perspective in early human deprivation. *Child Development Perspectives* 1. 2007;13-18
61. Maclean K. The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology* 15. 2003;853-884
62. Chugani HT, Behen ME, Muzik O, Juhasz C, Nagy F, Chugani DC. Local brain functional activity following early deprivation : a study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage* 14. 2001;1290-1301
63. Cascio C, McGlone F, Folger S, Tannan V, Baranek G, Pelphey KA, Essick G. Tactile perception in adults with autism : a multidimensional psychophysical study. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38. 2008;127-137
64. McGlone F, Vallbo AB, Loken L, Wessberg J. Discriminative touch and emotional touch. *Canadian Journal of Experimental Psychology* 61. 2007;173-183
65. Niessen F. Développement des fonctions visuelles du fœtus et du nouveau-né et unités de soins intensifs néonataux, *Archives de pédiatrie* 13 (2006) 1178-1184
66. Rochat Ph. *Le monde des bébés*, Odile Jacob, 2006

67. Lestienne F. De la notion de schéma corporel au concept de « configuration de référence productrice d'actions », 7e Journée Toulousaine de Psychomotricité, 7 mai 2005
68. <http://langagedescouleurs.net/lexique-couleurs.php>, consulté le 26.01.14
69. Chelli D, Chanoufi B. Audition foetale. Mythe ou réalité ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol 37, octobre 2008, p 554-558
70. Schmid-Kitsikis E. Corps et psyché : Théorisation, revue *Adolescence* n°52, GREUPP, 2005, p 381-401
72. Brondel L, Jacquin A, Meillon S, Pénicaud L. Le goût : physiologie, rôles et dysfonctionnements, *EM, Nutrition Clinique et Métabolisme* 27 (2013) 123-133
73. Senez C. Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises, Solal, 2002
74. Marlier L. Emergence et développement précoce des préférences olfactives et alimentaires, *Archives de Pédiatrie*, vol 16, Juin 2009, p 532-534
- 74a. Soudry Y, Lemogne C, Malinvaud D, Laccourreye O, Consoli SM, Bonfils P. Les bases communes du système olfactif et des émotions, *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, vol 128, février 2011, p 20-26
- 74b. De Bohan A, Zawieja P, Costantino C. L'olfaction comme médiation thérapeutique : un dispositif groupal original, *EM, Pratiques psychologiques* 19 (2013) 119-133
75. Corraze J. Le dialogue tonico-émotionnel à la lumière des connaissances actuelles, *Psychomotricité* 2007
76. Lesage B. Itinéraire pour un dialogue corporel structurant – Quel corps, quel engagement, pour quelles structures de travail et avec quels outils, *Thérapie psychomotrice et recherches*, Hors Série, 2004, p 408-443
77. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*, PUF, 2010
78. Michels A, Landman P. Les limites du corps, le corps comme limite, Erès, 2006
79. David-Ménard M. « Corps - Le corps et la psychanalyse », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 15 décembre 2013. URL : <http://www.universalis-edu.com/doc-distant.univ-lille2.fr/encyclopedie/corps-le-corps-et-la-psychanalyse/>
80. Freud S. Quelques considérations pour un étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, ed. Evreux impr. de C. Hérissey, 1893, publication du Progrès Médical, extrait des *Archives de neurologie* n°77
81. Raynaud JP Soigner un enfant : la pensée dans le corps, le corps dans la pensée, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 52(2004), Elsevier, 346-352
82. Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire.

- Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse, Evol. Psychiatr., Elsevier SAS, 2004 : 69
83. Corraze J. La psychomotricité orpheline des schémas corporels et des images du corps ?, 7e Journée Toulousaine de Psychomotricité, 7 mai 2005
 84. Dubois O, Nuss P, Revel S. Techniques corporelles en thérapie psychiatrique, Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 2003, 37-870-A-10
 - 84a. Allouch E. Psychothérapie et médiations corporelles : vers une poétique des corps. In : Lebrun A. Les médiations thérapeutiques, Le Carnet Psy, Erès, 2011
 85. Potel C. Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents, L'ailleurs du corps, Erès, 2006
 86. Jacquet P. La bioénergie, PrimaryCare 2006;6 : Nr. 5
 - 87 Grenouilloux A. La psychiatrie phénoménologique du 21e siècle ; psychosomatique et nosologie ; Evol psychiatr, 2005 ; 70
 88. <http://www.institutpci.com>
 89. Lesage B. Jalons pour un pratique psycho-corporelle : structures, étayage, mouvement et relation ; coll. L'ailleurs du corps, Erès, 2012
 90. Hirsch E, Introduction, Traité de bioéthique - Soigner la personne, évolution, innovations thérapeutiques, Erès, 2010
 91. Ferragut E. Introduction des médiations corporelles et artistiques dans le soin et l'approche préventive. In : Ferragut E. (coord.) Médiations corporelles dans la pratique des soins. Paris : Masson, 2008
 92. Bioy A, Michaux D. Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications, Dunod, 2007, Glossaire p. 470
 93. Goeb JL, Tavay M, Lallié C, Kechid G, Jardri R, Bonelli F, Lenfant AY, Baleyte JM, Mille C, Delion P. Atelier G – Troubles envahissants du développement : Les enveloppements humides initialement froids (*packings*) sont efficaces dans les troubles graves du comportement chez les enfants et adolescents autistes, ed. EM, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57 (2009) 529–534
 91. Latour AM. 04 La pataugeoire : un corps à explorer et connaître, dans Pataugeoire-Variations, revue Thérapie psychomotrice et recherches, n° 159/2009
 92. Dousse M. Le point de vue du psychiatre. La médiation corporelle change-t-elle la prise en charge des parents ? In : Ferragut E. (coord.) Médiations corporelles dans la pratique des soins. Paris : Masson, 2008
 93. Korff-Sausse S. et al. Le corps du psychanalyste – Avant-propos, Champ Psy n]63, L'Esprit du temps, 2013

94. DVD Renouance Arts Martiaux, responsable du projet Dr Thevenon C., Coordonateur du projet Bellahcene A, Réalisation Gomber M, 2011
95. Meynckens-Fourez M, Vander Borght C, Kinoo Ph. Eduquer et soigner en équipe – Manuel de pratiques institutionnelles, coll. Carrefour des Psychothérapies, De Boeck, 2011
96. Meynckens-Fourez M, Vander Borght C, Kinoo P. Eduquer et soigner en équipe - Manuel de pratiques institutionnelles, Carrefour des Psychothérapies, De Boeck, 2011
97. Rapport sur la Santé dans le Monde : La Santé Mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs, Réadaptation psychosociale, Organisation Mondiale sur la Santé, 2001
98. Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 1.2.5 Développer les réseaux en santé mentale, présenté au Conseil des Ministres le 20 avril 2005
99. Ferragut E. Elaboration de projets thérapeutiques. In : Ferragut E. Médiations corporelles dans la pratique des soins, Psychosomatique-Santé-Douleur, Masson, 2008

Annexes



Della Porta Giambattista, La physionomie humaine, chez Jean et David Berthelin, 1655



Albrecht Dürer, Adam et Eve, gravure, 265x209, 1504

Exemples de Fiches de conception de soins à médiation corporelle

Ces fiches de conception m'ont été fournies aimablement par le service du Dr Thévenon (59G16), pour des soins à médiation corporelle. Elles peuvent servir de modèle pour la création de fiches de conception pour une Thérapie à Médiation Corporelle. On retrouve les soins suivants :

- Soins à médiations : activité Shiatsu
- Soins à médiations : atelier Corps et voix
- Soins à médiations : balnéothérapie
- Soins à médiations : multi-sports

SOINS A MEDIATIONS : ACTIVITE SHIATSU

par SV psychomotricien et SC intervenant

I L'ATELIER

- Technique de thérapie manuelle originaire du japon
- Application de pression sur point d'acupuncture et d'étirements
- Forme dynamique de massage
- Se pratique habillé

II BUT

Les activités exercées permettent de :

- Permettre la coordination des mouvements
- s'inscrire dans une dynamique de groupe
- développer l'écoute, l'attention et la concentration
- amener les participants à un lâché prise
- se détendre

III OBJECTIFS

- Rééquilibrage énergétique (certaines zones manquent d'énergie vitale et d'autres en regorgent, créant un état pathologique)
- Détente ou stimulation selon le besoin pouvant faire émerger les émotions
- Présence à soi et en soi dans l'ici et maintenant (libérer les ruminations et les projections envahissantes).
- Favorise la capacité à recevoir , stimule l'estime de soi

IV METHODE UTILISEE

Lieu : salle de psychomotricité utp

Fréquence : le jeudi

Durée de la séance : 3h de 13h30 à 16h30

Participants : groupe ouvert de 1 à 6 patients

Encadrement : par le vacataire et le psychomotricien

Indications : Prescription médicale

V DEROULEMENT D' UNE SEANCE

Information au patient de la date d'activité et de l'heure et explication du but de l'activité lors de sa première participation

VI RÔLE DU VACATAIRE

Animer, rassurer et accompagner.

VII EVALUATION DE L'ACTIVITE

- les informations sont inscrites dans le dossier du patient.
- l'évaluation sera réalisée après chaque séance.
- l'activité sera réévaluée lors des réunions de synthèse, avec l'équipe pluridisciplinaire.
- un rapport d'activités sera fait au moins 1 fois/ an avec les critères suivants:
 - nombres de séances.
 - nombres de participants.
 - intérêts pour le patient.
 - difficultés rencontrées.
 - Réajustements.

SOINS A MEDIATIONS : ATELIER CORPS ET VOIX

**NOM DE L'ACTIVITE : ATELIER CORPS ET VOIX à partir du 16 mai 2011
PRESENTEE PAR EB, SH, BL**

Techniques de médiations à visée thérapeutique ou psychothérapique X

I TYPE D'ACTIVITE

- | | |
|-------------------------|---|
| - Médiation verbale | o |
| - Médiation par l'objet | o |
| - Médiation artistique | x |
| - Médiation culturelle | o |
| - Soins éducatifs | o |
| - Médiation corporelle | x |

II BUT

Travailler autour de la respiration et des postures corporelles pour permettre une meilleure ouverture de soi et aux autres, de prendre plaisir et d'extérioriser un potentiel émotionnel et affectif.

III OBJECTIFS

1^{ère} partie :

- régulation tonique et libération des tensions
- travailler autour de la respiration et des postures corporelles pour permettre une meilleure ouverture de soi et aux autres
- échauffement de la voix pour permettre de débiter la seconde partie de l'activité
- travailler la confiance en soi

2^{ème} partie

- échauffement par des vocalises permettant aussi une meilleure maîtrise du souffle
- s'intégrer dans un groupe
- installer un climat de confiance et de bienveillance au niveau du groupe
- maîtrise du corps comme instrument d'expression

IV METHODE UTILISEE

Lieu : Salle de psychomotricité 2^{ème} étage

Fréquence : 1 fois par semaine

Durée de la séance : 2 heures avec une pause

Matériel nécessaire : Wii + jeux + micro

Participants : groupe ouvert – 6 à 8 patients

Encadrement : 2 intervenants : un(e) I. D. E., une psychomotricienne

Indications : Patients suivis en C.A.T.T.P., sur prescription médicale

V DEROULEMENT D' UNE SEANCE

- accueil
- installation du matériel
- 1^{ère} partie (cf objectifs)
- 2^{ème} partie (cf objectifs)
- en fin de séance, temps de parole sur le ressenti avec les patients

VI RÔLE DU SOIGNANT

- accompagner
- écouter activement
- animer

VII EVALUATION DE L'ACTIVITE

L'évaluation se fait en fin de chaque activité avec le temps de parole en fin de groupe ainsi qu'un feed back entre les 2 intervenants.

Transmissions dans le DPI.

VIII BUDGET :

70 à 100€/AN

SOINS A MEDIATIONS : BALNÉOTHÉRAPIE

NOM DE L'ACTIVITE : BALNEOTHERAPIE
PRESENTEE PAR MM – EB

Activité à visée sociothérapeutique

Techniques de médiations à visée thérapeutique ou psychotérapie **X**

I - TYPE D'ACTIVITE

Médiation verbale
Médiation par l'objet
Médiation artistique
Médiation culturelle
Soins éducatifs
Médiation corporelle **x**

II - BUT

- Développer sa psychomotricité
- Se mobiliser pour prendre soin de soi

III – OBJECTIFS

- Amener le patient à investir les structures extérieures dans la cité.
- Travail du corps dans l'eau en dynamique exploration des sensations proprioceptives et kinesthésiques, évacuation des tensions par un travail en mouvements dynamiques.
- Temps de relaxation, de pause en jacuzzi :
 - pratiques du hammam, du sauna, centrer son attention sur le corps immobile, travail de la gestion de sa respiration.
 - écouter les modifications corporelles, utilisation de la chaleur pour se poser.
- Améliorer le soin de soi
- Amener les patients à mettre en place des stratégies pour poursuivre l'activité par eux-mêmes (transports en commun, co-voiturage)

IV METHODE UTILISEE

Lieu : Découverte des différentes piscines du secteur (Wasquehal, Roubaix, Tourcoing....)

Fréquence : 1 fois par mois (participation limitée à 4 séances)

Matériel nécessaire : Véhicule administratif si besoin

Participants : 4 participants pour un accompagnant ou 5/6 participants pour 2

Budget : 130 euros

V - DEROULEMENT D' UNE SEANCE

- 1) Rendez-vous sur place (à la piscine) ou au C.A.T.T.P. Pour les patients qui ne peuvent pas s'y rendre seuls.
- 2) Temps de parole pour que chacun se pose avec des mots.
- 3) Pratique de l'activité.
- 4) Temps de parole en fin de séance pour conclure et se séparer.

VI - RÔLE DU SOIGNANT

- Accompagner les patients dans les objectifs de l'activité en restant centré sur le projet thérapeutique individuel de chacun.
- Transmissions ciblées

VII - EVALUATION DE L'ACTIVITE

Evaluation des bénéfices de l'activité par l'observation et la pratique de la séance et temps de parole avec le patient.

SOINS A MEDIATIONS : MULTI-SPORTS

NOM DE L'ACTIVITE : Multi-sports

Activité à visée sociothérapeutique

x

I TYPE D'ACTIVITE

- Médiation verbale
- Médiation par l'objet
- Médiation artistique
- Médiation culturelle
- Soins éducatifs
- Médiation corporelle

x

p

II BUT

Ce projet propose une activité encadrée d'initiation aux sports collectifs autour du « ballon »(basket-ball, futsal, hand-ball..).

III OBJECTIFS

Le projet a pour objectif global de proposer pendant un temps déterminé, diverses activités dans le champ des sports d'équipe

Plusieurs objectifs pour les usagers :

- canaliser leur énergie
- relever certaines de leurs compétences
- créer un champs d'intérêt en dehors des soins
- améliorer leur accessibilité aux activités sportives en ville

IV METHODE UTILISEE

Lieu : Salle Wartel, rue des Piats TOURCOING

Fréquence : jeudi midi, 12h à 13h30.

Durée de la séance : 1h30

Matériel nécessaire :baskets, tenue de sport

Participants : 12 personnes, groupe ouvert

Encadrement : 1 IDE et 1 IDE ou éducateur spécialisé +étudiants STAPS

Indications : Usagers du système de soins porteurs de maladies chroniques (dépression, psychose, ...)

prescription médicale ou psychologue + Certificat d'aptitude à la pratique du sport pour l'utilisateur

V DEROULEMENT D' UNE SEANCE

- Rendez-vous à la salle (possibilité d'accompagnement pour la 1e séance: prévenir les professionnels du CATTP Gambetta G16 ou CATTP A.Rimbaud G17, pour permettre la réservation d'un véhicule et le temps nécessaire).
- accueil,
- explication de la séance, des règles du jeu
- échauffement
- temps de jeu
- étirements faits par les usagers sous contrôle des soignants et éducateurs

VI RÔLE DU SOIGNANT

- organisation et coordination des séances entre les infirmiers ou éducateurs encadrant le soin + communiquer avec les étudiants STAPS
- prendre le matériel de sport entreposé au Centre Gambetta et le ranger
- prévoir de l'eau par temps chaud +éducation des personnes
- savoir expliquer le déroulement de la séance,
- connaître les règles des sports collectifs proposés et participer au temps de jeu
- être en mesure « d'arbitrer» les situation de jeu conflictuelles,
- cadrer, rassurer, temporiser(gestion des frustrations)
- écouter, observer les signes cliniques
- co-gestion du groupe
- transmissions

VII EVALUATION DE L'ACTIVITE

- Transmissions écrites dans les dossiers
- Evaluations lors des réunions de synthèse.

VIII BUDGET

De 80 € à 200€ renouvellement du matériel (ballons, chasubles, cerceaux, cônes, buts amovibles...)

AUTEUR : Nom : Cohen

Prénom : Laure

Date de Soutenance : 19 février 2014

Titre de la Thèse : Une réflexion sur les Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte :
De la théorie à la pratique

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de psychiatrie

Mots-clés : thérapie à médiation corporelle, corps, psychisme, psychiatrie, psychothérapie, psychosomatique, psychocorporel, psychomotricité, sens, sensoriel, outil thérapeutique.

Résumé : Il existe plusieurs approches corporelles thérapeutiques, difficiles à réunir tant elles semblent diverses et variées. L'objectif de ce travail est d'établir un cadre théorico-pratique des Thérapies à Médiation Corporelle, afin d'encourager leur utilisation en psychiatrie adulte.

Les représentations que nous avons du corps sont liées à la culture, comme nous le montre l'évolution des histoires philosophique, religieuse et sociétale dans la société française. Le corps a longtemps été considéré comme ce qui éloigne de la connaissance réelle, et placé sous le signe de la contrainte. D'autre part, les histoires de la médecine et de la psychiatrie éclairent sur le paradoxe par lequel le corps incarne à la fois une préoccupation majeure des psychiatres et un objet de soins séparé du psychisme. On note aussi l'absence de formation sur les Thérapies à Médiation Corporelle dans la formation des psychiatres. Toutefois, on remarque, en symbiose avec l'évolution sociale, une tendance actuelle vers une prise en charge globale du corps.

Les capacités sensorielles et les courants de théorisation du corps sont développés : le corps se conçoit dans son entièreté sensori-motrice et émotionnelle, et dans son lien indissociable avec le psychisme. Les Thérapies à Médiation Corporelle sont définies comme un ensemble de moyens utilisant le corps, dans son unité sensori-motrice et inconditionnellement lié au psychisme, comme outil de guérison, de soulagement ou de prévention d'une maladie, au sein d'une relation interpersonnelle encadrée par un ou plusieurs thérapeutes. Il existe des limites à la réalisation de ces thérapies, auxquelles la structuration du cadre thérapeutique apporte des réponses. La place occupée par le psychiatre est abordée, ainsi que les spécificités dues aux différentes tranches d'âge des patients.

Ensuite, des pistes de travail pour la mise en pratique d'une Thérapie à Médiation Corporelle sont proposées. Elles reposent sur un travail collectif, réunissant chef de service, équipes soignantes, intervenants extérieurs, ainsi que professionnels et structures externes aux soins. Le corps du thérapeute est engagé dans le soin, et justifie la nécessité d'une formation personnelle. Enfin, la mise en place de moyens d'information et d'expérimentation pour les professionnels et le grand public permettrait d'élargir le champ d'application de ces thérapies.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DELION
Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
Monsieur le Professeur Vincent DODIN