



**HAL**  
open science

# Toi, moi, nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité

Charlotte Fraisse

► **To cite this version:**

Charlotte Fraisse. Toi, moi, nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187919

**HAL Id: dumas-01187919**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187919>**

Submitted on 28 Aug 2015

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

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

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie  
Site Pitié-Salpêtrière  
Institut de Formation en Psychomotricité  
91, Boulevard de l'Hôpital  
75364 Paris Cedex 14



---

**Toi, Moi, Nous...**  
**Vers une relation thérapeutique en psychomotricité**

---

Mémoire présenté en vue de l'obtention du  
Diplôme d'Etat de Psychomotricité

par

**Charlotte FRAISSE**

Référent de mémoire :  
Jean-Philippe LOUVEL

Session Juin 2015



## **Remerciements**

Je remercie particulièrement Monsieur Jean-Philippe LOUVEL, pour sa disponibilité, son attention mais aussi son soutien et son écoute. J'ai eu l'occasion d'apprécier ses qualités de référent de mémoire, mais aussi de maître de stage empathique, authentique et bienveillant.

Madame Marie BASQUIN et Monsieur Damien TABURET se sont montrés particulièrement accueillants et disponibles à mon égard. Je leur suis reconnaissante pour les temps d'élaboration que j'ai partagés avec eux me permettant ainsi de développer ma capacité d'observation et de réflexions cliniques.

Merci à l'ensemble des psychomotriciennes que j'ai rencontré lors de mes stages courts pour leur bienveillance et les temps d'échanges.

Je remercie ma famille et particulièrement ma grand-mère pour son appui et sa patience pendant l'élaboration de mon mémoire.

Madame Suzanne BELLAY pour sa relecture attentive et constructive.

De même, merci à mes deux amies, futures psychomotriciennes, pour leur présence et leur soutien au cours de ces quatre années d'études.

## Sommaire

Introduction .....	6
Partie clinique .....	9
1. Cas clinique de Sonia.....	10
a. Présentation de la structure : le CMPP.....	10
b. Présentation de Sonia.....	10
c. Rencontres et évolution de Sonia.....	11
d. Synthèse.....	20
2. Deuxième cas clinique : Timothé.....	21
a. Présentation de la structure : le CAMSP .....	21
b. Présentation de Timothé.....	22
c. Rencontres et évolution de Timothé.....	23
d. Conclusion.....	33
Partie théorique.....	34
1. Du concept de la relation en général à celui de la relation thérapeutique en psychomotricité.....	35
a. La relation .....	35
b. Une relation d'aide.....	35
c. Une relation de soin.....	36
d. La relation en psychomotricité .....	36
2. Les fondements et les soutiens de la relation thérapeutique.....	37
a. L'attitude du psychomotricien .....	37
b. La constitution d'une alliance thérapeutique avec le patient .....	40
c. Le cadre thérapeutique : Une enveloppe qui donne sens à la relation.....	41
d. Les soutiens à la relation thérapeutique .....	45
3. Processus relationnel spécifique pour la construction du patient.....	45
a. Une relation spécifique qui implique l'engagement corporel et l'établissement d'un dialogue.....	45
b. Une relation d'étayage.....	47
c. Le transfert .....	50
d. Le contre-transfert.....	51
Discussion.....	53
1. Réponse à la problématique.....	54
a. La rencontre de deux subjectivités.....	54
b. L'établissement d'une alliance thérapeutique .....	56
c. Le jeu un outil de médiation.....	57
d. L'implication du psychomotricien dans le jeu .....	60
e. Le cadre comme un ensemble de règles à respecter .....	63
f. La séparation.....	65

2. Le positionnement du thérapeute et mon vécu de stagiaire .....	66
3. Les limites de la thérapie.....	67
a. La distance thérapeutique .....	67
b. Contre-transfert.....	68
Conclusion .....	69
Bibliographie .....	71

---

## Introduction

---

Au cours de mes années d'études, j'ai fait le choix d'effectuer des stages dans des institutions variées, auprès de publics ayant des pathologies et des âges différents, afin de diversifier mes connaissances et mes compétences. C'est ainsi que j'ai réalisé un stage en neuropédiatrie auprès d'enfants hospitalisés, dans un CAMSP, dans un CMPP, en IEM auprès d'enfants, adolescents handicapés moteurs, en soins de suite et rééducation auprès de personnes âgées et en cours de troisième année j'ai eu le souhait et l'opportunité de faire un stage dans une équipe mobile de soins palliatifs. Cette vision élargie du bébé à la personne en fin de vie, acquise au contact de pratiques professionnelles diverses, a apporté un éclairage sur mes futurs choix professionnels et confirmé mon engagement dans ce métier.

La réalisation de ce mémoire m'offre l'opportunité de m'interroger sur ce qui m'a marquée pendant ces années de formation : ce sont les rencontres et les relations établies avec les patients et les psychomotriciens que je considère aujourd'hui comme centrales dans ma pratique et dont je veux garder le souvenir.

Je voudrais m'attarder sur deux de ces rencontres qui me paraissent contenir les questions - que je me pose encore - et par l'analyse approfondie de ce que fut la rencontre et l'expérience vécue. Je souhaite répondre aux interrogations qui subsistent pour moi sur le métier de psychomotricien et ses pratiques.

C'est ainsi que je choisis de revenir sur la prise en charge de Sonia lors de mon stage de deuxième année en CMPP et celle de Timothé que j'accompagne actuellement en stage de troisième année au CAMSP. Toutes deux s'inscrivent dans des cadres institutionnels différents et auprès de psychomotriciens ayant chacun une pratique spécifique. Ces stages ont été riches en observations, réflexions et pratiques diverses. Ils ont suscité en moi de nombreuses interrogations et même des doutes quant aux patients, à mon intervention de stagiaire et aux choix et méthodes thérapeutiques engagés.

Je présenterai de façon détaillée le déroulement de ces deux cas cliniques, qui ont suscités les interrogations que je vais exposer.

#### Une part de mon questionnement autour de ces relations est le suivant.

Comment entrer en relation avec Timothé ? Quelle est l'attitude à adopter avec Sonia ? J'ai des ressentis très particuliers à son contact, qu'est ce que cela peut signifier ? Comment mes interventions auprès de Sonia peuvent lui permettre une évolution ?

De manière plus générale : Comment engager et conforter une relation ? Est ce que je peux être professionnelle et rester moi-même dans la relation ? Quelles sont les spécificités de la pratique du psychomotricien qui peuvent permettre à la relation d'être thérapeutique ? Que dois-je en retenir et garder dans mon propre exercice professionnel ? Quelle est l'importance du contexte (familial, institutionnel) dans lequel s'inscrit la relation ?

C'est ainsi que j'ai choisi et décidé d'approfondir dans ce mémoire le thème de la relation en psychomotricité dans ses fondements et ses processus thérapeutiques.

### **Comment les fondements de la relation permettent-ils la construction du sujet ?**

Pour y répondre, je propose un certain nombre d'hypothèses.

- **La relation en psychomotricité, une attitude et une implication au sein d'un cadre permet l'évolution du patient.**
- **Une attitude d'écoute attentive et une présence sensible dans un cadre défini permettent l'établissement d'une alliance thérapeutique.**
- **Une implication psychocorporelle du psychomotricien permet la construction d'un sujet.**

Je présenterai de façon détaillée le déroulement de deux cas cliniques : celui de Sonia et de Timothé, qui ont suscité les interrogations que je viens d'exposer.

Pour trouver des éléments de réponses, il convient de se référer à une théorie de la relation et de manière spécifique de la relation en psychomotricité. Puis, je préciserai quelle doit être l'attitude du psychomotricien pour que la relation puisse s'établir dans un cadre donné. Enfin, j'expliquerai comment la position et l'implication corporelle et psychique du psychomotricien permettent un processus thérapeutique.

Je terminerai par une discussion centrée sur ce qui m'a permis d'établir une relation avec Timothé et Sonia, et d'avancer avec leurs psychomotriciens sur leur chemin de soin.

---

## **Partie clinique**

---

## **1. Cas clinique de Sonia**

Je présenterai la prise en charge en psychomotricité d'une enfant que j'appellerai Sonia. Je la rencontre dans le cadre de mon stage long de deuxième année en Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). En effet, il me paraît intéressant de présenter cette prise en charge et de réfléchir à partir de cette rencontre à ce que peut être une relation thérapeutique en psychomotricité.

### **a. Présentation de la structure : le CMPP**

Le CMPP accueille des enfants de 0 à 20 ans. L'équipe soignante a pour mission le dépistage, la prévention et le soin des troubles psychologiques. Les difficultés des enfants et de leurs familles sont diverses. Elles peuvent être d'ordre psychique, social, familial ou scolaire et peuvent se manifester de façon très variée, mais toujours comme un problème ou un malaise ressenti par chacun dans sa vie et le plus souvent partagé par son entourage.

L'équipe pluridisciplinaire du CMPP comprend un médecin pédopsychiatre, une assistante sociale, deux secrétaires, trois psychomotriciens, des psychothérapeutes, des psychologues, des psychanalystes et enfin des orthophonistes.

La particularité de ce CMPP réside dans le fait que, selon la demande de prise en charge, l'enfant et sa famille sont dirigés directement au thérapeute concerné pour un entretien préalable. Celui-ci analyse la demande et la pertinence de la prescription et envisage le suivi le plus adapté au sein de l'équipe. Ainsi, l'ensemble des professionnels est en capacité de recevoir les familles et de les insérer au CMPP.

### **b. Présentation de Sonia**

Les informations suivantes proviennent du dossier mis en place à l'arrivée de Sonia, avec sa mère et le psychiatre du CMPP. J'ai peu d'informations à son sujet car je n'avais pas envisagé illustrer mon mémoire par cette prise en charge.

### **Anamnèse**

Sonia est née le 1<sup>er</sup> avril 2004. Au moment de sa naissance, le père exprime le regret de n'avoir pas eu un garçon.

Sa mère est franco-algérienne et son père algérien. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants ; elle a une sœur de quatre ans et demi et un petit frère de deux ans. Elle vit avec ses parents, sa sœur et son frère.

Elle est scolarisée dans une classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) correspondant à un niveau de CE2.

Sonia s'inscrit dans un contexte familial difficile. Son père s'investit peu dans son éducation et il peut se montrer violent à son égard. Sa mère rapporte qu'il la frappait entre deux et quatre ans, lorsqu'elle n'obéissait pas. Cependant, il n'y a pas eu de signalement. Sonia entretient avec sa mère une relation fusionnelle, ce qui rend difficile son émancipation. Dans ce contexte, il n'y a pas beaucoup de place pour la parole de Sonia.

C'est la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'école qui orientent la mère vers le CMPP.

Sonia présente un léger retard intellectuel, caractérisé par une inhibition et des problèmes d'attention. Elle manifeste à son arrivée au CMPP une grande anxiété, exprimée notamment par des bégaiements.

Mon maître de stage me la présente comme une enfant ayant un imaginaire peu développé et des idées restreintes. Elle a neuf ans au moment de la première rencontre.

### **c. Rencontres et évolution de Sonia**

#### ***La rencontre***

Le premier jour de mon stage en CMPP, je me prépare à rencontrer les enfants suivis par M.T, mon maître de stage, afin de débiter les prises en charge. Celui-ci m'annonce qu'il va me présenter dans un premier temps puis demander à chaque enfant s'il souhaite que je sois présente aux séances et associée au travail en psychomotricité. Je fus tout d'abord surprise et confuse. Cela fit naître en moi une certaine frustration ainsi qu'une peur de ne pas être acceptée par certains enfants.

La première enfant que je rencontre est Sonia accompagnée de sa maman. M.T leur explique que je suis ici en stage de psychomotricité pour apprendre mon futur métier. Il explique à Sonia qu'elle a le choix d'accepter ou non de faire ce travail avec moi cette année. Elle doit donner sa réponse la semaine suivante. J'observe dans le regard de Sonia

un certain intérêt à mon égard. Du côté de la maman, je note une inquiétude. Elle me demande : « *C'est pendant combien de temps ?* », puis comme pour cerner l'engagement à prendre : « *Vous serez également présente aux séances ?* ». Enfin, elle conclut : « *C'est à Sonia de décider* ». Je laisse ensuite Sonia avec M.T pour la séance du jour.

### **Première séance**

Je suis avec M.T dans la salle de psychomotricité et Sonia vient directement sans que M.T soit allé la chercher. Elle me regarde comme pour vérifier que cette fois-ci je serai présente à la séance. Il lui demande de retourner rejoindre sa maman dans la salle d'attente. Nous allons les retrouver, M.T demande alors quelles sont leurs réponses. La maman nous dit avoir discuté avec le père de Sonia, qu'ils sont tous d'accord, Sonia y compris.

Elle dit cela sur un ton grave et elle me paraît tendue. De mon côté, je me sens soulagée car, si j'avais cru percevoir chez Sonia une envie qu'on se rencontre, la préoccupation de la maman me rendait soucieuse.

Nous entrons dans le bureau et elle se précipite, un peu agitée, sur une structure en bois suspendue au plafond. Elle grimpe à l'intérieur. Je note une certaine adresse motrice. Elle en sort puis se dirige vers les instruments de musique. Elle les extrait un par un du panier et tente de souffler dans les instruments à vent : pipeau, harmonica, mais un petit son à peine audible en sort. Elle nous dit chercher un morceau de plastique pour pouvoir gratter les cordes de la guitare. Ne le trouvant pas, elle abandonne les instruments. Elle dit au passage que le ukulélé (petite guitare hawaïenne) est bien pour elle et que la guitare convient mieux à M.T.

Elle demande : « M.T, tu veux jouer avec nous » ? Je suis surprise et rassurée de l'utilisation du « nous » qui m'implique d'office dans le jeu. Toutefois, cela m'interroge sur le fait qu'elle ne me demande pas mon avis, comme elle le fait avec M.T.

Elle souhaite faire un relais, un jeu qu'elle a découvert à l'école. Sonia et moi jouons dans la même équipe et M.T est désigné comme arbitre. Elle lui indique qu'il doit dire « prêt...feu...go ». Nous réalisons le relais puis elle me dit de lever les bras en signe de victoire. Je peux voir à travers ce jeu qu'elle met M.T à une place d'observateur de notre binôme.

Puis, elle me propose de jouer au bowling. Elle installe les quilles et me tend deux balles pour que j'en choisisse une. Une des balles est prévue pour ce jeu mais pas l'autre. Je choisis celle du bowling puis finalement, Sonia utilise la même que moi. Au départ,

nous alternons les rôles pour celui qui commence à tirer. Soudainement, elle change la règle et décide de commencer tout le temps. Je lui demande pourquoi ? Elle me répond « Quand on gagne, c'est l'autre qui commence ». Son comportement et ses règles imaginaires me désarçonnent. La séance se termine et elle annonce que la prochaine fois, nous ferons la finale « Nous compterons les points » me dit-elle.

Elle s'apprête à partir sans son manteau ni son cartable. M.T le lui rappelle. Nous retrouvons la maman et Sonia lui dit que cela s'est bien passé. La maman ne réagit pas.

*A la suite de cette première séance je me pose des questions sur cette relation si rapidement créée, et note l'utilisation du « nous » qui nous désigne l'une et l'autre.*

*Je découvre également le fonctionnement du psychomotricien, qui laisse beaucoup de liberté à l'enfant et qui sollicite toujours sa parole avant la nôtre. Son positionnement le plus souvent en retrait selon le souhait de Sonia, fait qu'il me laisse intervenir dans une relation duelle.*

*J'ai le sentiment d'être « baladée » entre la pratique du psychomotricien et les injonctions de Sonia dans les jeux, où elle me dicte ce que je dois dire et faire.*

## **Deuxième séance**

Sonia entre dans la salle et va directement vers l'armoire de jeux. Elle en sort les quilles. Elle s'est bien souvenue que la semaine précédente, elle voulait poursuivre ce jeu. Elle positionne les quilles, me donne la balle et me fait commencer. Au bout de deux manches, la première étant remportée par Sonia et la deuxième par moi-même, elle décide de changer de jeu.

Elle sort un manche de croquet avec une balle de pétanque et nous dit vouloir jouer au golf. Elle introduit M.T et nous expose les règles du jeu. Il faut faire passer la balle sous un tabouret, afin qu'elle tape dans des cubes qu'elle a disposés. Cette fois-ci, nous comptons les points. Je gagne à chacun de mes tirs ce qui entraîne son souhait de changer de règles. Nous lui indiquons que c'est elle qui les a choisies et qu'elle ne peut pas les changer comme elle veut. Je gagne la partie. Elle m'annonce que la prochaine fois, elle changera de jeu. Je lui propose que nous fassions la revanche, elle accepte.

En partant de la salle, elle oublie sa veste, M.T le lui rappelle et Sonia me demande « Charlotte ta veste » ? Je lui explique que je suis en stage toute la journée au CMPP et que je reste là. Elle acquiesce.

*Je peux voir dans cette deuxième séance, notamment avec l'épisode du manteau à la fin de la séance, qu'il y a bien dans l'esprit de Sonia une identification pour ne pas dire*

*une indifférenciation entre elle et moi: son manteau, mon manteau. Est-ce mon comportement qui crée cette situation ou sa problématique personnelle ? Qu'elle est le rôle ou la place que prend le psychomotricien dans ce trio ?*

*D'autre part, je note qu'elle a du mal à accepter que je gagne. Ce comportement est fréquent chez les enfants, mais Sonia n'exprime pas son mécontentement ni physiquement ni verbalement, elle préfère changer les règles. Lors de cette deuxième séance, les règles étant posées, nous les avons maintenues ainsi que le cadre.*

*Je note également l'inexpressivité de son visage, il est comme figé.*

Trois séances vont se dérouler au cours desquelles Sonia continuera de nous proposer des jeux à trois autour du bowling, du croquet. Les jeux deviennent répétitifs et il m'arrive de m'ennuyer. Son visage reste peu animé.

### **Sixième séance**

Après une semaine de coupure en raison d'un jour férié, je me retrouve avec Sonia dans la salle d'attente, à attendre que M.T finisse sa prise en charge précédente. Elle me demande à quoi je souhaite jouer dans la salle. Je lui retourne la question et elle me répond : « Au ping-pong ».

Une fois dans la salle, elle choisit de grandes raquettes et une balle gonflable. Nous installons un filet sur deux piquets et nous finissons par faire une partie de Tennis.

Au cours de ces échanges de balles, elle me fait des grimaces pour m'impressionner avant de tirer. Une excitation générale découle de ces échanges. La balle « folle », comme le dira Sonia, va dans tous les sens faisant tomber des choses sur son passage. Elle rit de ce jeu au point d'avoir du mal à se retenir de faire pipi.

C'est la première fois que je la vois rire ainsi et son visage le plus souvent amimique s'anime. Je prends beaucoup de plaisir à jouer avec elle. Soudainement, elle souhaite changer de jeu. Cette transition m'apparaît brutale et je ne comprends pas cette rupture. Elle enchaîne sur un jeu de construction logique au bureau.

*Je me questionne sur ce qui s'est passé au cours de la séance. La répétition des propositions des mêmes jeux m'ennuie, perçoit-elle mon ressenti ? Dans la salle d'attente, elle me propose de faire moi-même le choix d'une activité. Ensuite, elle met en jeu une situation où nous prenons du plaisir dans un échange de balle. Brusquement, elle interrompt le jeu. Qu'est ce qui se passe chez Sonia pour qu'elle ne souhaite pas poursuivre ce temps de plaisir partagé ? Est-ce qu'elle s'interdit de prendre du plaisir, comme le montre son visage amimique depuis le début de la prise en charge ? Lorsqu'elle*

*nous montre de la joie, elle se retire rapidement. Je peux m'interroger sur la difficulté de Sonia à contrôler ses sphincters comme si le fait d'être dans la joie, l'excitation entraîne une perte de contrôle sur son corps, qu'elle ne maîtrise plus. Le choix d'une activité plus calme au bureau lui permet peut-être de se sentir contenue dans un espace plus réduit, après tant d'excitation.*

### **Huitième séance**

Elle entre et me dit : « Bonjour, Charlotte », sans prêter attention à M.T. Elle annonce qu'elle veut faire un golf. Elle se saisit d'un manche de croquet différent des autres, car elle s'est aperçue qu'avec celui-ci, elle réussissait mieux la dernière fois. Elle nous « vend » les deux autres manches, comme étant plus grands donc meilleurs que le sien pour nous. Mais, M.T trouve deux autres manches similaires. Ayant compris qu'un jeu ne va pas sans règles, elle dispose des marques au sol pour délimiter le terrain.

Depuis quelques séances, elle s'est prise d'affection pour une peluche en forme de fleur garnie de graines. Lors de cette séance, elle la nomme « Doudou étoile » et dorénavant, elle se fera toujours une joie de la retrouver en entrant dans la salle de psychomotricité et de lui faire un câlin. Elle lui parlera toujours d'une petite voix infantile. Au cours de cette partie de golf, elle s'adresse à sa peluche : « Tu vas nous regarder pendant le jeu » et elle la place sur une chaise devant nous. M.T lui demande : « Doudou étoile, parle-t-il ? A-t-il une bouche ? » Elle répond qu'il a un œil et nous désigne une tache. Elle nous dit qu'il fait des rêves et qu'il a un cerveau à l'intérieur.

A la fin de la séance, je lui annonce que je serai absente la semaine suivante. Elle me demande si je vais rester. Je lui explique que c'est seulement pour la prochaine fois et que je reste encore jusqu'à la fin de l'année.

*Je m'interroge sur le rôle que joue ce « Doudou étoile » et ce qu'il représente pour Sonia. Il est intéressant de noter qu'il parle et peut observer avec son œil, rêver et qu'il a un cerveau.*

*D'autre part, je peux voir que l'annonce de mon absence soulève l'appréhension de Sonia. Il en est de même pour mon départ à la fin de l'année.*

### **Dixième séance**

Nous sommes après les vacances de Noël et je n'ai pas vu Sonia depuis trois semaines.

Elle se dirige en entrant vers Doudou étoile et l'installe sur la chaise où j'ai posé mes affaires. Elle n'a pas vraiment de demande et ne manifeste pas le désir de jouer. Elle ouvre machinalement l'armoire et regarde un certain temps, puis elle choisit le golf. Elle installe un matelas en mousse pour représenter le terrain. Elle veut complexifier le parcours en disposant une chaise.

Un peu avant la fin de la séance, alors qu'il ne reste pas beaucoup de temps, elle choisit un dernier jeu, car elle ne veut pas que la séance se termine. C'est la première fois qu'elle le verbalise.

Lors de cette séance elle ne semble pas très joyeuse et elle bégaye plus que d'habitude.

*J'ai pu observer que son imagination concernant le choix d'un jeu s'épuise et qu'elle n'a pas d'emblée envie de jouer. Elle choisit le golf peut-être par défaut. Je note qu'elle installe « Doudou étoile » sur ma chaise. Est-ce en lien avec moi ? La coupure des vacances et mon absence, lors de la dernière séance, ont-elles une incidence sur la relation qui s'est établie ?*

### **Onzième séance**

Je vais la chercher dans la salle d'attente et je la trouve assise seule, l'air malade avec son mouchoir, et je la trouve attendrissante. Elle entre dans la salle et pose son manteau sur la même chaise que moi. Elle prend « Doudou étoile » et annonce que c'est une fille. Ensuite, lui vient l'idée de jouer au bébé. Elle dit alors qu'elle veut jouer dans la grande salle, car il y a des robinets pour changer, laver le bébé. C'est une salle de psychomotricité que Sonia connaît déjà et qui est généralement utilisée pour les groupes. Nous changeons de cadre et je découvre la grande salle.

Sonia sort alors la maison en tissu et veut jouer au papa et à la maman puis finalement à « la maman-sœur ». Elle me désigne comme la maman et elle sera ma sœur, « Doudou étoile » étant mon enfant. En réalité, c'est elle qui prend le rôle de mère.

*J'observe chez moi un sentiment de tendresse, semblable à celui d'une mère, en la voyant malade. Cette séance marque un tournant dans la prise en charge : nous changeons le cadre des séances selon son désir ainsi que leur contenu. Celui-ci s'oriente alors vers le jeu symbolique. Elle me propose une situation de maternage faisant écho à mon sentiment premier en la voyant ce jour-là. Au cours de cette séance, le psychomotricien n'est pas*

*sollicité. Je me pose un certain nombre de questions : « Que représente-t-il pour elle à ce moment ? Quel rôle lui fait-elle jouer ? Qui suis-je, symboliquement, dans cette relation ? »*

### **Douzième séance**

Nous serons, elle et moi, deux petits cochons et M.T sera le loup.

Nous sommes toutes les deux dans la maison. Sonia manifeste une grande excitation, du fait de la présence du loup à l'extérieur. Elle me regarde et me dit que je suis enceinte. Elle m'annonce que je dois sortir de la maison et me faire manger par le loup. Intérieurement, je n'étais pas très à l'aise et me demandais, comment j'allais me faire manger par le loup, qui était mon maître de stage. Pendant la réalisation de cette scène, Sonia est restée muette, suspendue à ce qui allait se passer. Elle prenait du plaisir à observer de sa maison la scène entre le loup et le cochon.

Elle se prend un fou rire, dans un plaisir contenu, et observe avec curiosité ma réaction à la fin de la séance, en nous appelant « Cochonnette, cochonne ».

*Au cours de cette séance, je peux percevoir toutes les questions que Sonia se pose autour de la sexualité (comment on fait les bébés ?), du plaisir, du cochon qui se fait manger par le loup. Je me questionne autour du choix du cochon. Y a-t-il un lien avec le fait que Sonia est de religion musulmane ? Le cochon ne représente-t-il pas l'interdit ? Ne mettrait-elle pas en scène ce qui est interdit à la maison, les non-dits ? J'observe que, lorsque Sonia raconte ses histoires, elle ne bégaye plus et que cela reprend quand nous lui demandons des explications pour clarifier son histoire.*

### **Treizième séance**

En entrant dans la salle, elle cherche « Doudou étoile ». Elle me dit que, cette fois-ci, il n'y aura pas de loup. Nous sommes une famille, une mère et ses deux bébés dans une ferme. Elle dit que M.T sera notre animal : ce sera une vache.

Nous sommes dans la maison et Sonia indique que nous dormons. Puis, au matin, elle me dit que pour nous nourrir, nous allons traire la vache. Je lui demande comment elle fera pour traire la vache ? Elle me montre alors une ouverture sur la veste de M.T dans le dos. Je lui demande alors comment elle fera pour récupérer le lait ? Elle prend un seau et le met à l'envers sur le dos de M. T. Alors, je lui dis que le lait va tomber par terre. Elle me regarde dubitative.

Puis, elle abandonne l'histoire pour aller se mettre dans un tunnel. Elle me demande de placer deux balles aux extrémités pour fermer le tunnel. Elle me dit qu'elle cherche un moyen de sortir. Elle pousse la balle pour s'échapper. Elle sort du tunnel en courant et elle met en place une sorte de jeu du chat, où nous avons chacune notre camp. Je dois essayer de la toucher avec les grosses *physioballs*. Puis, elle trouve le moyen de se cacher dans le tunnel pour se protéger.

*De nouveau, je me trouve en difficulté : comment gérer les propositions de Sonia qui m'apparaissent sans grande cohérence, avec des coupures brutales ? Elle m'entraîne dans sa confusion. D'autre part, je me sens mal à l'aise dans ma position de stagiaire, du rôle qu'elle me fait jouer en lien avec mon maître de stage. Je suis notamment gênée qu'elle lui attribue le rôle de vache pour ensuite l'oublier. Elle ne prêtera plus attention à lui jusqu'à la fin de la séance.*

*D'autre part, je m'interroge sur la composition de ce qu'elle appelle une famille, où je peux voir l'absence de père et surtout la présence exclusive de femmes. Ces choix féminins expliquent peut-être l'établissement de cette relation particulière à mon égard. D'autant plus qu'il est intéressant de souligner l'intérêt d'un thérapeute homme, ainsi que le rôle d'un couple thérapeutique dans la problématique de Sonia.*

### **Quinzième séance : les dessins**

Nous nous installons dans la maison en tissu et, une fois à l'intérieur, je lui demande ce qu'elle veut faire. Elle me dit : « Dessiner. ». Elle me raconte que, dans son école, il y a des enfants qui sont partis en classe de neige. C'est la première fois qu'elle me raconte une histoire qui semble être réelle, en lien avec un élément de sa vie, ici l'école. Elle me dit que sa maman a fait du parachute et qu'elle avait le vertige. Je lui propose de dessiner les montagnes et le parachute.

Puis, elle me parle de Catwoman, une femme chat. Elle me décrit le personnage que je dessine, à sa demande, en fonction de la description. Au moment de dessiner la poitrine, je lui demande si c'est une enfant ou une adulte. Elle me répond qu'il faut mettre un soutien-gorge et prend en main la suite, en dessinant une ébauche de soutien-gorge. Elle rit gênée et me demande si elle peut dessiner des fesses. Je lui suggère de prendre une autre feuille pour avoir le personnage de dos. Elle dessine un homme avec des fesses, un gros « bidon » et un trou au milieu. Je lui souligne que cela s'appelle le nombril. Elle veut dessiner les boutons qu'on a dans le dos. Je tente de préciser avec elle ce qu'elle entend par

là. Elle parle des omoplastes qui ressortent. Je lui fais sentir les siennes avec mes mains et elle me confirme que c'est bien cela.

En regardant son dessin une dernière fois, elle s'exclame : « Et si on lui donnait le nom de charlotte aux fraises ? ». Puis, elle rectifie et choisit de l'appeler M. Tout Nu, qu'elle écrit « M. Tounu ».

Je lui propose de montrer ses dessins à M.T qui, pendant la séance, se tient à l'extérieur de la cabane. Elle ne montrera uniquement que le dessin de « M. Tounu » et expliquera, en chuchotant, que c'est un clown "pas content", car il n'a plus de rideau de douche et que tout le monde le regarde.

*L'émergence de dessins sexués (poitrine, fesses) concerne la femme, ce qui peut être mis en relation avec l'évolution de son propre corps : sa poitrine naissante et les interrogations que cela suscitent.*

*Elle a une représentation imprécise du corps : les notions devant/derrière sont confuses. La représentation de l'homme est asexuée à travers son dessin de « M. Tounu ». Est-ce une manifestation de peur ou de crainte vis-à-vis de l'autre sexe ou une méconnaissance du corps de l'homme ?*

*Je m'interroge sur le fait qu'elle ait voulu appeler son dessin « Charlotte aux fraises ». Qu'est-ce que cela signifie ? Est-ce qu'on peut parler de transfert, de projection ? Y a-t-il là un phénomène d'identification, dans la relation avec moi-même ? Par cette appellation, elle manifeste aussi une confusion des sexes, puisqu'il s'agissait manifestement d'un homme.*

### **Avant-dernière séance**

Quand elle entre, je suis frappée par le changement de Sonia : je la trouve grandie. Elle manifeste son envie de peindre et s'installe au bureau. Elle me demande si je souhaite peindre également. J'accepte.

Je lui annonce qu'il nous reste encore une séance ensemble, avant que je parte. Elle me répond qu'il lui restera « Doudou étoile ».

*Je peux observer au cours de cette séance qu'elle met en place une activité où nous faisons chacune notre dessin. L'approche de mon départ influence-t-il son choix de réaliser une activité seule ? La proposition qu'elle me fait de dessiner également m'apparaît comme un désir de sa part. Je l'accompagne dans ce changement.*

## **Dernière séance**

Elle nous annonce qu'aujourd'hui, elle va faire sans « Doudou étoile ». Elle souhaite que nous nous déguisions, elle en cow-boy. Elle me désigne comme étant « la Dame » et M.T : « mon père Stéphane ».

Nous commençons à écrire une histoire commune avec M.T, puis elle propose que chacun écrive sa propre histoire. Elle découpe la feuille en trois. M.T suggère que nous écrivions seulement le début et que nous échangions nos histoires pour écrire la suite. Cet exercice a permis de souligner qu'une histoire, notamment celle que nous avons vécue ensemble cette année, s'écrit à plusieurs.

Au moment de partir, je lui rappelle que c'était notre dernière séance. Elle réagit comme si elle ne le savait pas. Je lui dis que je souhaite pour elle une évolution positive pour la suite, aussi bien à l'école, qu'au CMPP ou dans sa famille.

Nous retrouvons la maman dans la salle d'attente, qui me fait part de son avis sur cette année de prise en charge. Elle a eu l'impression que Sonia était davantage motivée pour venir en séance. Elle a noté une amélioration et que les séances lui faisaient du bien. Elle a demandé s'il y aurait une autre personne l'année prochaine.

*Je trouve cette dernière séance symbolique de la séparation. Sonia souhaite que nous écrivions trois histoires séparées et elle le demande explicitement. Elle marque ici que nos chemins se séparent et sa capacité à y faire face. Notamment, lorsqu'elle nous dit qu'elle va pouvoir faire la séance sans « Doudou étoile », elle nous montre ainsi qu'elle a grandi. Cette séance synthétise à mes yeux l'évolution réalisée par cette jeune fille sur l'ensemble de l'année en psychomotricité.*

*Je me questionne sur l'attitude à adopter en tant que psychomotricienne au moment de la séparation.*

### **d. Synthèse**

Le récit de cette prise en charge soulève de nombreuses interrogations :

- ✓ En quoi cette relation est-elle thérapeutique ?
- ✓ Quel est mon rôle dans cette relation ?
- ✓ Que se passe-t-il dans cette relation entre Sonia et moi ? J'ai l'impression d'être manipulée.
- ✓ Comment situer et analyser cette relation à trois ?
- ✓ Quels étaient le rôle et la place de chacun par rapport à Sonia dans la relation thérapeutique ? Est-ce que chacun était à la bonne place ?

- ✓ Comment analyser mon positionnement en tant que stagiaire ainsi que celui du psychomotricien ?

Je tenterai de répondre à ces questions dans la discussion à l'aide de l'éclairage de la théorie. Mais avant cela, je vais faire part d'un deuxième cas clinique pour souligner l'importance de la relation en psychomotricité.

## **2. Deuxième cas clinique : Timothé**

Je vais partager le récit d'une prise en charge qui m'a beaucoup appris. Cette expérience relate la difficulté à entrer en relation avec un enfant, l'importance du mode d'approche choisi, les limites d'une prise en charge et l'importance d'un soutien extérieur pour le thérapeute. Les questionnements, les essais, les réussites vont me permettre d'émettre des hypothèses, quant à la posture du thérapeute dans la relation en psychomotricité.

### **a. Présentation de la structure : le CAMSP**

Le Centre d'action médico-social précoce (CAMSP) est un établissement accueillant des enfants de la naissance à 6 ans, présentant ou risquant de présenter des difficultés du développement moteur, sensoriel, intellectuel, psychologique d'origine génétique, neurologique, psychique, malformative ou sociale.

Il a pour mission le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges, qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

La précocité des actions de dépistage, d'évaluation, de diagnostic et de soins permet l'accompagnement des enfants et des familles dans les périodes délicates et douloureuses de la découverte, de l'annonce et de la reconnaissance des difficultés, voire du handicap, de l'enfant.

Afin d'accomplir ces missions, l'équipe est composée d'une psychiatre, d'une pédiatre, d'une cadre-infirmière, de 2 secrétaires, d'une assistante sociale, d'une puéricultrice, d'une éducatrice, d'une psychologue, d'une neuropsychologue, de 2

orthophonistes, de 3 psychomotriciennes, d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute et d'une orthoptiste.

## **b. Présentation de Timothé**

Timothé a été adressé par le service de neuropédiatrie de l'hôpital Necker pour un retard de développement psychomoteur, dans le cadre d'une épilepsie partielle temporale droite.

A son arrivée au CAMSP en septembre 2012, il rencontre la psychiatre qui observe un retard des acquisitions et des troubles relationnels dans un contexte épileptique. Elle observe des anomalies qualitatives des interactions sociales. Le *Child Autism Rating Scale* (CARS), échelle de diagnostic qui évalue le degré de sévérité de l'autisme perçu, révèle de légers symptômes autistiques. Il est diagnostiqué un Trouble Envahissant du Développement Non Spécifique (TED NS).

Contexte familial : La mère a eu, d'un premier mariage, un fils qui a 6 ans d'écart avec Timothé. Puis, elle a eu Timothé avec un deuxième compagnon. Les relations de la mère avec le père de Timothé sont très violentes et ils se séparent. Elle vit actuellement avec un troisième compagnon, dont elle attend une petite fille. Celui-ci semble s'investir dans l'éducation de Timothé.

Timothé est né le 18 juillet 2010. Il a eu trois crises d'épilepsie, dont la première à l'âge de 1 an et demi. Celles-ci sont venues perturber Timothé dans son développement et dans sa relation à son environnement. La troisième crise s'est produite alors que Timothé se trouvait avec son père, car celui-ci ne souhaitait pas lui donner son traitement anti-épileptique.

A compter de ce moment, les relations entre les parents sont devenues encore plus conflictuelles et la mère a des réticences à confier l'enfant à son père.

Elle décrit Timothé bébé, comme étant un peu trop calme avant la première crise d'épilepsie, mais un enfant bien dans la communication avec des moments d'attention conjointe, comme le jeu du « Coucou ». Il faisait le geste pour dire « Au revoir » et « Bravo » autour de l'âge de 1 an. Il répondait à l'appel de son prénom. Puis, suite à la première crise, elle explique les difficultés qu'elle a pu avoir avec Timothé : elle avait du mal à communiquer avec lui et il ne la regardait pas. Elle dit : « Je ne sais jamais comment être avec lui ». Cela évoque un dysfonctionnement au sein de la dyade mère-enfant. Cette

éventualité, avec des parents aux relations très houleuses et un environnement peu étayant, n'ont pas offert à Timothé la sécurité nécessaire à la suite de ses crises d'épilepsie. D'autre part, la présence de certains traits autistiques, en concordance avec le diagnostic d'un TED NS, est à considérer pour la compréhension de son développement et de sa relation à son environnement.

Il présente actuellement un retard dans les activités cognitives et du langage, avec des difficultés d'attention et de concentration, ainsi que d'importants troubles de la relation. Il est suivi en psychomotricité et en orthophonie, depuis un an.

La première année de prise en charge par la psychomotricienne montre de grands progrès et lui laisse envisager une rapide évolution cependant, au bout de quelques temps, celle-ci ne s'est pas confirmée.

Je le rencontre en Septembre, au début d'une deuxième année de prise en charge, il a alors 4 ans et 2 mois.

### **c. Rencontres et évolution de Timothé**

#### ***Première séance : La rencontre***

Je me positionne, lors de cette première séance, en tant qu'observatrice. La psychomotricienne me présente comme étant une stagiaire de troisième année qui sera présente lors de la prise en charge cette année. La maman me sourit et demande si je remplace la stagiaire qu'elle avait connue l'année dernière.

Timothé arrive, avec un grand sourire dans la salle, en tapant des pieds sur le sol, très excité. Il ne dit pas bonjour et ne prête pas attention à notre présence. Il explore la salle, comme pour se la réapproprier, après ce temps de coupure important. Au moment où il passe près de moi, il m'accorde un regard bref.

Timothé est accompagné de sa maman ainsi que du compagnon de celle-ci. La maman est enceinte et nous raconte comment se déroule cette nouvelle grossesse et la manière dont ils vont accueillir cette petite fille. La psychomotricienne aborde alors la place de futur « grand frère » que sera Timothé, ainsi que l'importance de l'inscrire dans une relation avec cette petite sœur, notamment en lui expliquant bien ce qu'il va se passer.

Pendant ce temps, il touche à plusieurs jeux sans en faire quelque chose. Il sort une voiture bleue, la regarde puis l'abandonne. Il semble redécouvrir les différents jeux de la salle de psychomotricité. Il prend une poupée de chiffon et souhaite la déshabiller en tirant sur les habits. La psychomotricienne lui montre le délaçage de la chemise et l'aide à le faire. Il commence, puis il s'en va. Devant la difficulté de la praxie, ici le délaçage, il abandonne rapidement.

En partant, la maman nous annonce que dorénavant Timothé sera accompagné par son compagnon au CAMSP, car elle ne pourra plus venir en raison de sa grossesse.

*Je trouve cet enfant physiquement agréable ; il est souriant mais il me semble lointain voire inaccessible. J'observe qu'il prête plus d'attention au matériel qu'aux personnes présentes. Cette première séance permet de poser le cadre pour cette nouvelle année de prise en charge (horaires, personnes accompagnantes).*

*Dans le jeu, j'observe que Timothé, face à une tâche difficile, ne persévère pas. La psychomotricienne souligne l'importance de l'aider à réaliser une activité difficile pour qu'il réussisse par lui-même.*

### **Séance suivante**

Timothé est absent en raison d'une otite.

### **Deuxième séance**

Timothé et son « tonton », c'est ainsi qu'il nomme son beau-père, arrivent en retard. La psychomotricienne l'invite à assister aux séances.

Timothé entre dans la salle, sans nous prêter attention. La psychomotricienne souhaite prendre un temps pour lui dire bonjour et ainsi signifier à l'enfant son existence corporelle et psychique. Elle a l'impression, m'a-t-elle dit, par ce comportement d'être confondue dans l'espace de la salle avec le matériel. Elle s'installe en face de lui en lui prenant les bras pour attirer son attention, mais il se débat légèrement et ne souhaite pas la regarder dans les yeux. Elle n'insiste pas et le laisse partir.

Il choisit de jouer aux Lego<sup>®</sup>. Lors de ce jeu, Timothé chantonne. Il utilise la voiture ainsi que la moto et souhaite les faire passer sous un pont. Mais, il ne réalise pas qu'elles ne peuvent pas passer. La psychomotricienne construit alors avec lui un pont adapté. Il le prend et le laisse tomber dans un tonneau : celui-ci se casse. Il prend un

personnage et le fait tomber dans le tonneau également. Il rentre à son tour dans le tonneau et se cache pendant un moment.

A la fin de la séance il va chercher un lapin qui fait de la musique. La psychomotricienne m'indique que c'était le rituel l'année dernière pour se dire « Au revoir ». Il écoute attentivement la musique. Au moment où cela se termine et que la psychomotricienne lui dit qu'il est temps de partir, il se met en colère, fait tomber une chaise par terre puis tape dans les Lego. Le beau-père lui dit de s'arrêter et il se calme très vite en entendant sa voix. Le beau-père nous indique qu'il est difficile pour Timothé de changer de lieu. La psychomotricienne explique alors qu'il est important de l'accompagner dans ces moments là, pour calmer ses angoisses. Elle tente alors de le contenir mais il se dégage et va alors trouver refuge dans les bras de son beau-père.

*Lors de cette séance, je continue à être observatrice, je ne ressens pas, de la part de l'enfant, de demande et je ne perçois pas encore la place que je pourrai prendre auprès de lui et aux côtés de la psychomotricienne.*

*J'observe que le contact tactile est délicat et mal supporté par Timothé, sauf avec son « tonton » où les échanges sont très « charnels ». Timothé semble trouver auprès de lui la sécurité dont il a besoin, puisqu'il va trouver refuge dans ses bras et que celui-ci arrive à le contenir tant verbalement que corporellement.*

*Je note une première transgression de l'horaire due à un retard, qui sera indiqué au « tonton » par la psychomotricienne.*

*A la fin de la séance, l'accès de colère de Timothé contraste avec l'attitude très calme adoptée au cours de celle-ci. Ce comportement peut être la manifestation d'une angoisse de séparation, qu'il faudra accompagner par la suite.*

### **Troisième séance**

J'observe que Timothé, lors de son arrivée en psychomotricité, semble indifférent à notre attitude d'accueil. Il est demandé généralement à l'enfant de s'asseoir pour marquer un contraste entre l'activité de la rue et le début de la séance. Ce moment est mis à profit pour demander à l'enfant d'enlever son manteau, ses chaussures et ses chaussettes. Face à la psychomotricienne, il détourne le regard et observe la salle en quête d'un jeu. Une fois qu'elle le « relâche », il se dirige directement vers le matériel. Cela entraîne chez la psychomotricienne, m'a-t-elle dit, une impression désagréable de ne pas exister.

Il se saisit de voitures. Il en sort une qui est démontable et la praticienne lui montre comment utiliser le tournevis pour la remonter. Il ne s'y intéresse pas et commence à faire rouler les autres voitures. Je me tiens alors au sol, un peu éloignée, sur les tapis. Je me saisis de briques en carton et fais une barrière / maison autour de ma voiture. Il s'approche alors de moi avec ses voitures. Celles-ci se trouvent derrière les murs de ma maison en brique. Je lui propose alors une ouverture entre les murs, comme une porte. Il s'y engouffre et prend possession de la maison. Il aligne toutes les voitures sur le sommet des murs de la maison : un jeu est en train de se construire.

*En construisant une maison de mon côté, j'ai attiré l'attention de Timothé. L'ouverture que je lui ai proposée dans la maison a permis d'instaurer un début de relation entre nous et ainsi le début d'un jeu. Ce moment s'est établi de manière subtile et spontanée. Il est d'autant plus important que cet enfant a de réelles difficultés relationnelles et qu'il est difficile d'attirer son attention.*

*Nous verrons, dans la partie théorique, l'importance de l'écoute et de l'observation de l'enfant, pour trouver le bon moment et la bonne attitude pour entrer en relation.*

Les vacances de la Toussaint viennent interrompre pendant deux semaines la prise en charge.

#### **Quatrième séance**

Timothé arrive très en retard et entre dans la pièce avec les mains sur les oreilles comme pour les boucher. Je demande alors pourquoi il est comme cela. Le beau-père m'indique qu'ils doivent prendre le RER pour venir au CAMSP et qu'il se bouche les oreilles quand il entend le train arriver à la gare. Il était resté ainsi jusqu'à la salle de psychomotricité.

Le beau-père, très fier, nous annonce la naissance de sa fille, la demi-sœur de Timothé. La psychomotricienne manifeste alors vivement sa joie, ce qui suscite chez Timothé une expression de colère et il se remet immédiatement les mains sur les oreilles. Dès que la psychomotricienne se met à parler, il se bouche les oreilles. Elle opte alors pour que nous soyons dans le silence ou que nous parlions doucement. Cela rassure Timothé qui enlève progressivement les mains de ses oreilles.

Il se dirige vers le placard. La psychomotricienne devance son désir et prend le téléphone pour entamer un jeu d'échange téléphonique. Il la regarde et ne dit rien. Il se

dirige de nouveau vers le placard et prend ce qu'il désirait au départ, le jeu du « hip-hop ». Celui-ci consiste à appuyer sur différents boutons et Mickey, Donald ou Dingo sortent de leurs cachettes. Il s'amuse de voir surgir à chaque fois un personnage. La psychomotricienne décide de rajouter un paramètre, car elle possède les figurines de Mickey, Donald, Dingo. Elle décide de les cacher dans une boîte. Timothé accepte bien le jeu de découvrir quel personnage est dans la boîte et de retrouver dans le « hip-hop » le personnage correspondant.

Timothé arrive alors à se maintenir dans cette activité pendant un certain temps.

*L'attitude de Timothé me rappelle l'hyper-sensorialité auditive, dont font part certaines personnes autistes. Ces réactions auditives soulignent l'importance d'un ajustement corporel à l'enfant en séance. Je développerai dans la partie théorique l'ajustement psychocorporel comme un facteur de la relation thérapeutique.*

*D'autre part, je peux observer, dans le cas de cet enfant, qu'il est plus adapté d'écouter son désir que de le devancer. En effet, nous pouvons voir que, lorsque la psychomotricienne prend l'initiative de lui proposer le téléphone, il ne réagit pas. Nous avons constaté qu'en suivant son désir de jouer au « hip-hop », un jeu à trois a pu s'établir sur la durée.*

Les deux séances suivantes, Timothé sera absent du fait de rendez-vous médicaux à l'hôpital Robert Debré.

*Ces prises de rendez-vous sur les séances de psychomotricité, ainsi que les nombreux retards et absences sans prévenir, posent la question du respect du cadre par l'environnement de Timothé et de l'importance qui est attachée au suivi thérapeutique de l'enfant.*

### **Sixième séance**

Timothé et son « tonton » arrivent en avance et entrent, comme par effraction, directement dans la salle. La psychomotricienne, surprise de les voir, en oublie de reposer le cadre et les laisse entrer.

Timothé sort les marionnettes, une par une, et regarde attentivement chacun des visages. Il est très intrigué par les détails. En observant la moustache d'une marionnette, il dit : « tonton » ; celui-ci a en effet une moustache et en voyant les lunettes d'une autre marionnette, il fait le parallèle avec les miennes et me désigne du doigt.

*Je constaterai par la suite, lors d'une autre prise en charge qu'il m'appellera « lunettes » en me regardant.*

Il prend la marionnette du loup, ce qui surprend la psychomotricienne, car l'année précédente il en avait très peur. Dorénavant, il peut s'en saisir, s'amuser avec et s'en servir pour faire peur au cochon. Il cache ce dernier sous le tapis pour qu'il ne se fasse pas manger.

*Contrairement aux séances précédentes, ils nous surprennent en arrivant en avance. Ceci est une nouvelle infraction au cadre qui ne sera pas verbalisée par la psychomotricienne. Ceci questionne notre disponibilité pour Timothé, car nous étions en train d'échanger sur la prise en charge précédente. Faut-il préparer un espace psychique pour l'enfant, en pensant à sa problématique et en élaborant avant de le recevoir ?*

*Les séances suivantes montreront la difficulté pour Timothé de se fixer sur un jeu. Il choisira souvent les mêmes marionnettes, Lego et voitures, comme s'il les redécouvrait à chaque fois. Peut-être, est-ce pour s'assurer une continuité malgré les absences ? Son activité dans le jeu ne semble pas avoir de but et il est très difficile pour nous d'en comprendre le sens.*

### **Dixième séance après les vacances de Noël**

La mère accompagne Timothé à cette séance et nous en sommes surprises.

Timothé ne souhaite pas reprendre le rituel du premier contact. La maman dit alors: « C'est à cause de ma présence, s'il ne veut pas. ». La psychomotricienne la rassure et explique qu'il agit souvent ainsi et que sa présence n'en est pas la cause.

Pendant ce temps je me rapproche de Timothé et l'observe. Je me rends disponible, attentive à un signe pouvant me permettre d'établir un échange. Il sort des marionnettes digitales, en forme d'animaux, et tente de les enfiler sur ses doigts. Voyant qu'il a des difficultés, je l'aide à les enfiler. Il me regarde droit dans les yeux et me tend chaque marionnette pour que je poursuive. Cette sensation d'enveloppement au niveau de la main semble lui plaire. Il déambule dans la pièce, passe devant sa maman et lui montre ses mains. Elle ne réagit pas.

La psychomotricienne s'adresse à la mère et souligne l'importance de jouer avec Timothé, quand il le demande, afin de stimuler son désir et d'éviter qu'il ne s'épuise s'il n'est pas entendu.

*Cette séance apporte un éclairage sur la relation mère-enfant. La mère semble manifester une impuissance, en lien avec un sentiment de culpabilité. D'autre part, j'observe qu'elle ne semble pas être attentive aux sollicitations de son fils : lorsqu'il passe, pour lui montrer ses marionnettes, elle ne réagit pas. Je peux observer une dysharmonie entre cette maman et son fils. Cela peut expliquer la difficulté de Timothé à entrer en relation avec d'autres personnes, car il a déjà des difficultés à entrer en relation avec sa maman.*

*Mon implication auprès de Timothé pour l'aider à mettre ses marionnettes l'a interpellé : il m'a regardée et il s'est établi un début d'échange.*

Absence de Timothé, la semaine suivante, sans justification.

### ***Douzième séance***

Il m'est apparu que la psychomotricienne désinvestissait la prise en charge : elle semble démotivée et se tient à l'écart, assise sur le tapis, cachant son visage dans ses mains. Son attitude m'amène à m'impliquer davantage et renforce mon désir d'entrer en relation avec Timothé.

Dans la première partie de la séance, il passe d'un jeu à un autre, du train à la maison, de la maison aux marionnettes. Je l'accompagne dans la découverte de chaque marionnette et il prend en main la marionnette du loup.

Je décide alors de faire semblant de manger la marionnette. Timothé me sollicite en souriant et comme ferait un petit enfant qui me tendrait son pied pour que je le morde, me tend la marionnette pour que je la mange, la reprend, la tend en riant et ceci plusieurs fois. Ce rire, apparu depuis peu en séance chez Timothé, m'encourage dans la poursuite de ce jeu; je m'identifie au loup et fais semblant de m'intéresser à Timothé pour le manger. Je marche à quatre pattes en me dirigeant vers lui et il se réfugie au côté de la psychomotricienne pour qu'elle le protège. Il lui écarte les mains du visage, afin qu'elle assiste à la scène.

*Ce passage de séance me montre à quel point il faut être attentif à chaque moment et saisir chaque réaction. Avec cet enfant, j'avance à tâtons, intuitivement ; je vois, si ce que je lui propose, entre en résonance avec lui et l'amène ainsi à interagir. J'ai trouvé la scène du loup intéressante, elle me confirme que Timothé est sensible aux imitations. Il se montre alors présent et arrive à être dans la relation.*

*Je peux observer que, lorsque je fais semblant de manger la marionnette, il s'en amuse et, pour la première fois, il me sollicite dans un échange mutuel. La joie qu'il manifeste, ressemble au plaisir manifesté par le bébé, lorsque, dans la répétition d'une action, il anticipe le geste et le voit se réaliser.*

*Lorsque je deviens le loup et que je me tourne vers lui, alors de peur d'être mangé, il cherche un refuge auprès de l'adulte, ce qui me paraît être une réaction adaptée. Le fait qu'il écarte les mains du visage de la psychomotricienne me montre qu'il est présent et attentif à ce qui se passe. Il y a un vrai contact lorsqu'il lui prend les mains et lui demande corporellement « regarde ce qui se passe et protège moi ». Ce geste a pour moi valeur de communication, ce qui est une étape importante dans la prise en charge de Timothé.*

Timothé a encore manqué une séance sans explication.

### **Treizième séance**

Face aux absences répétées de Timothé, la psychomotricienne a prévu de rappeler le cadre à l'accompagnant et de préciser les enjeux et les conditions de réussite d'un accompagnement en psychomotricité.

La maman arrive très tard et dépose Timothé dans la salle de psychomotricité, sans explication quant à la précédente absence. Elle dit rapidement qu'elle a un rendez-vous avec l'assistante sociale du CAMSP et qu'elle ne peut pas assister à la séance. Nous ne la reverrons pas, Timothé enchaînera directement avec sa séance d'orthophonie.

Il nous reste quinze minutes avant cette séance. La psychomotricienne est très contrariée, ses nerfs sont à vif et sa patience est éprouvée. Timothé se présente comme souvent très distant et visiblement dans son monde.

Je reste à ses côtés sans rien dire et nous laissons Timothé jouer librement jusqu'à la fin de la séance.

*La psychomotricienne m'explique les raisons de sa colère. Elle estime important que les parents assistent aux séances de leur enfant. Elle ne comprend pas pourquoi l'assistante sociale donne rendez-vous à la maman sur un temps de séance. La maman ne donne aucune explication quand à la dernière absence de son fils. La psychomotricienne pense que les parents doivent être investis dans le projet thérapeutique de l'enfant et que ce n'est pas le cas ici. Le peu d'évolution au cours des prises en charge l'éprouve.*

*Je la comprends. Elle suit Timothé depuis deux ans. Elle a constaté des progrès au départ et elle constate aujourd'hui une forme de stagnation et se sent au bout de ses limites.*

*Je lui fais part de mon point de vue : depuis quelques séances, elle m'apparaît manquer de patience, ne pas manifester une écoute adaptée et par là, ne pas être sensible à l'évolution de cet enfant. Elle ne voit plus les progrès que j'ai pu constater.*

*Elle m'explique qu'elle se sent débordée par la problématique psychique trop lourde de Timothé. Elle évoque la nécessité d'un travail d'équipe et / ou d'une supervision autour de ce cas.*

*Cela me renvoie aux limites de la thérapie et du thérapeute. J'aborderai dans la partie théorique la notion de contre-transfert et ce qui est en jeu entre Timothé et la psychomotricienne.*

Les vacances de février déterminent une coupure de deux semaines. Pendant les vacances, une réunion de synthèse sur l'évolution de Timothé avec les professionnels du CAMSP, son école et la maman a été réalisée. La psychomotricienne a pu exprimer les difficultés qu'elle avait avec cet enfant.

Le cadre et l'investissement en psychomotricité ont alors été abordés avec la maman qui s'est engagée à amener chaque semaine son enfant et à s'investir dans la prise en charge de son fils, en s'associant au travail en psychomotricité.

### **Quatorzième séance**

Timothé entre dans la salle et me regarde droit dans les yeux. Il se met à déambuler en regardant ses mains. Il sort le train et positionne les nombreux wagons derrière la locomotive. Il s'effondre au sol et regarde le train sous toutes ses facettes. Il me semble que sa posture et la position du train sont dans le même prolongement, comme en miroir.

En l'observant ainsi affalé au sol, je me rappelle une phrase d'un professeur qui nous disait que les enfants effondrés au sol avaient souvent un problème d'enveloppe.

Je propose alors que nous disposions sur son corps une tortue remplie de graines, très enveloppante. Il s'en saisit et se cache en dessous avec son train. Il semble être calme et protégé par cette carapace.

Lorsqu'il sort de dessous la tortue, il se saisit d'une de ses pattes et tape avec colère un bonhomme Lego qu'il avait choisi pour monter dans le train.

Il se calme et décide de construire une tour de structure en mousse avec une grande concentration et des gestes très précis. Il dispose alors son train au sommet. Soudain, il

tape dans la structure et le train, en tombant, se casse. Il le ramasse et se dirige alors vers la psychomotricienne pour qu'elle le répare. Il le lui donne puis repart vers sa construction en mousse.

Il reconstruit une tour verticale. Cette nouvelle capacité à réparer et cette continuité dans le jeu me surprennent. Je m'interroge sur cette verticalité qui contraste avec son effondrement au début de la séance. L'enveloppement a-t-il permis l'émergence d'une sécurité interne et ainsi l'accès à ses émotions et à la libération de sa colère ? Cette sécurité lui aurait alors permis de se redresser et de construire une représentation d'une tour à la verticale.

La psychomotricienne propose alors de construire une tour encore plus haute avec de nouvelles structures. Il ne saisit pas cette proposition et part dans un autre coin de la pièce.

*Je perçois les bienfaits de la réunion de synthèse de Timothé sur l'attitude de la psychomotricienne : elle semble plus sereine. Elle accepte d'être auprès de cet enfant dans un lâcher-prise positif.*

*Je pense comprendre progressivement le type de relation nécessaire pour Timothé. A travers son désir de confier le train cassé à la psychomotricienne, il montre bien là qu'elle existe pour lui et lui reconnaît une place. Lorsqu'elle accepte en retour ce désir en étant présente et à l'écoute c'est dans cette relation étayante que Timothé peut se construire.*

*Il me semble entrevoir une sécurité interne notamment lorsqu'il reconstruit une tour solide et verticale. A contrario, lorsque la psychomotricienne amène un désir qui n'est pas le sien, ici celui de construire une tour plus grande, il n'est plus dans la relation, car cela ne vient pas de lui.*

*Lorsque nous lui proposons la tortue pour se couvrir, nous pensons répondre à une demande exprimée par son attitude corporelle d'effondrement semblant manifester un besoin de contenance. J'ai pu constater que la tortue a représenté un appui étayant et qu'il a pu se saisir de cette proposition. Cette écoute sensible du corps de Timothé a-t-elle représenté un accordage au sein de la relation?*

*Lorsqu'il sort du dessous de la tortue et qu'il décide de taper avec celle-ci le bonhomme, je peux émettre l'hypothèse que cette enveloppe corporelle temporaire l'a sécurisé et lui a permis d'accéder à une émotion - ici, la colère - et à la laisser s'exprimer par l'agressivité. Toutefois, je note qu'il ne l'a pas tapé avec son propre corps, mais a utilisé la médiation de la patte de la tortue.*

*Cette séance montre que, lorsque chacun est à sa place dans la relation, elle peut être thérapeutique.*

#### **d. Conclusion**

L'ensemble de cette prise en charge a été entrecoupée d'absences, de vacances entraînant une discontinuité dans l'établissement d'une relation avec Timothé. Est-ce l'histoire de cet enfant qui a connu de nombreuses coupures, en raison de ses crises d'épilepsie, qui se rejoue dans cette prise en charge ? Que signifie pour la famille de Timothé ce non-respect du cadre ?

Cette expérience soulève la question du cadre et de la continuité pour permettre une relation thérapeutique. Je développerai dans la partie théorique et dans la discussion, en quoi consiste le cadre thérapeutique. Quelles en sont les limites ? Lorsque le cadre est attaqué, qu'est ce que cela peut signifier et comment réagir ? Quel est le lien entre le cadre et la relation ?

La relation particulière qu'a entretenue la psychomotricienne avec cet enfant questionne l'écoute en psychomotricité. L'enfant à travers son corps communique ; il s'agit de trouver la bonne distance pour savoir l'écouter et le comprendre.

Cette prise en charge interroge aussi les limites d'une relation thérapeutique, la nécessité d'une supervision, de l'échange en équipe et du lâcher-prise du psychomotricien face à la difficulté qu'il peut rencontrer.

---

## **Partie théorique**

---

Je vais maintenant tenter d'éclairer mes interrogations cliniques concernant ce qui permet à la relation de naître, de se développer et d'être thérapeutique. Je définirai le concept de la relation en général, de la relation d'aide et de soin, pour me diriger vers la relation en psychomotricité. J'aborderai les fondements et les soutiens de la relation thérapeutique. Puis, j'approfondirai certains processus relationnels spécifiques qui accompagnent et permettent la construction du patient.

J'essaierai d'illustrer au maximum la théorie de réflexions provenant de psychomotriciens, seulement en matière de concepts sur la relation. Les sources sont majoritairement issues de la psychanalyse et de la psychologie.

## **1. Du concept de la relation en général à celui de la relation thérapeutique en psychomotricité.**

### **a. La relation**

Selon le dictionnaire Larousse, relation vient du latin « *relatio* », qui signifie le rapport qui lie un objet à un autre<sup>1</sup>.

Dans le cadre des relations humaines, il est établi que dès la conception, l'individu est un être en relation. C'est le principe fondateur de la théorie relationnelle de Mahmoud SAMI-ALI<sup>2</sup>, qui pose le primat de la relation dès la naissance et même avant.

Au sein de ces relations interpersonnelles, nous trouvons la relation d'aide et la relation de soin, dans lesquelles s'inscrit la relation thérapeutique en psychomotricité.

### **b. Une relation d'aide**

Selon Carl Ransom ROGERS, « *les relations d'aide sont une forme des relations interpersonnelles où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* », grâce à une « *appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.* »<sup>3</sup>.

Il précise que les attitudes et les sentiments de la personne aidante et la façon dont elle est perçue par le patient, favorisent ou au contraire inhibent la croissance de celui-ci. Cette

---

<sup>1</sup> Grand Larousse encyclopédique, 1962, p. 112

<sup>2</sup> M. SAMI-ALI, 2003

<sup>3</sup> C.R. ROGERS, 1970, p. 29

définition apporte un éclairage sur ce que doit être la relation de soin entre le soignant et le patient.

### **c. Une relation de soin**

La relation de soin, lorsqu'elle s'applique à la santé des êtres humains, est une relation d'aide visant l'amélioration de la santé des malades. C'est la rencontre de deux désirs individuels, pour le thérapeute - celui de soigner - et pour le patient - celui de guérir. Le partage de ce même désir va les conduire à un désir commun : la guérison<sup>4</sup>.

La position du soignant est celle d'un technicien, mais il y a un lien entre ce qu'il est, ses valeurs personnelles et sa pratique du soin. Toute sa personne est engagée dans la qualité et la réussite de la relation thérapeutique, et donc dans le soin.

La position du patient : il est demandeur de soin mais rémunère le praticien ce qui rétablit une forme d'égalité dans la relation.

### **d. La relation en psychomotricité**

#### ***Concept de la relation en psychomotricité***

La relation en psychomotricité s'inscrit à la fois dans la relation d'aide et de soin, c'est une relation thérapeutique. Elle « *s'appuie sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien... En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide.* »<sup>5</sup>.

Le psychomotricien utilise différentes techniques, mais la relation établie entre lui-même et son patient est l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante.

La relation qui s'établit conduit à une véritable « alliance thérapeutique », permettant l'efficacité des médiations mais réciproquement les médiations, sont un moyen de faciliter la création d'une relation thérapeutique.

---

<sup>4</sup> Gestalt, n°36, 2012, p. 12

<sup>5</sup> P. SCIALOM, 2011, p. 295

## **Quelle place est accordée à la relation en psychomotricité ?**

Dans les différents champs d'action de la psychomotricité, le lien relationnel n'occupe pas la même importance. En thérapie psychomotrice, la relation est « *au cœur même du processus thérapeutique, le socle du travail* »<sup>6</sup>, alors qu'en rééducation psychomotrice, ce lien est un « *support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages* »<sup>7</sup>. Autrement-dit, la rééducation travaille « avec » la relation alors que la thérapie travaille « sur » la relation.

La place de la relation est importante dans les deux domaines. En thérapie psychomotrice, la relation est l'objet même du travail. Le choix de ces modes d'approche dépend des patients rencontrés, de leurs pathologies et des objectifs à atteindre.

Au vue des cas cliniques présentés précédemment, il s'agit surtout d'un travail « sur » la relation qui est réalisé avec eux et, en conséquence, je m'intéresserai dans le cadre de ce mémoire, aux fondements et soutiens de la relation thérapeutique en psychomotricité.

## **2. Les fondements et les soutiens de la relation thérapeutique**

### **a. L'attitude du psychomotricien**

Une relation thérapeutique requiert certaines qualités relationnelles de la part du psychomotricien, d'une part, et une position thérapeutique spécifique dans le mode de présence à l'autre, d'accompagnement médiatisé et d'implication étayante, d'autre part.

#### ***L'empathie***

C'est un terme issu de « *l'attitude non directive dans la relation d'aide* », initié par Carl ROGERS. L'attitude empathique indique la capacité à se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme il le voit, pour le comprendre sans pour autant ressentir les mêmes émotions. Il s'agit de rester vigilant à ne pas s'identifier à la personne.

---

<sup>6</sup> C. POTE, 2013, p. 316

<sup>7</sup> Ibid., p. 317

C'est une construction mentale élaborée, comportant trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise<sup>8</sup>. Le processus cognitif correspond à la théorie de l'esprit, c'est-à-dire la compréhension de l'état mental de l'autre. Le processus affectif est la reconnaissance de l'état affectif chez l'autre, sans le partager. L'appréhension de l'émotion de l'autre, sans glisser vers le partage, nécessite la capacité de contrôler ses émotions et ceci est le troisième processus : la maîtrise. C'est la capacité à inhiber une réponse dominante spontanée et à y substituer une réponse orientée, ce qui préserve de la « contagion émotionnelle ».

Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre. C'est à partir de ce vécu qu'il est possible de reconnaître l'émotion que vit l'autre pour ainsi l'accueillir et l'aider. Lorsque le thérapeute perçoit l'émotion émise et qu'il la ressent, il ne doit pas se laisser envahir par celle-ci mais l'identifier et comprendre d'où elle vient. C'est là qu'une confusion peut se jouer, en prenant ses émotions pour affect. D'où l'importance de prendre l'autre comme référence.

Ainsi, une empathie est indispensable, car être au plus près des émotions du patient, permet un ajustement dans une relation thérapeutique. L'empathie, selon C.R. ROGERS, repose sur la présence sensible et l'attitude d'écoute du thérapeute. Je vais développer ce qu'est une écoute clinique en psychomotricité.

### ***Une écoute spécifique du psychomotricien***

#### **Ecoute ? Observation ? Vers une position d'observation « inter-modale »**

Albert CICCONE écrit : « *Si le terme observation semble privilégier à un premier niveau la dimension visuelle et l'écoute : l'ouïe, les autres modalités perceptives, les autres modalités de saisie du réel, font partie de la position d'observation. L'observation mobilise l'ensemble des modalités perceptives. Si l'observation repose sur la perception, elle ne se réduit pas à la perception : l'observation suppose une attitude d'attention. L'observation est un prolongement de l'attention. On peut dire que ce qui réunit l'observation et l'écoute, c'est l'attention. Plus que d'observation, je parlerai en fait d'observation attentive* »<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> J. CORRAZE, 2011, p. 303

<sup>9</sup> Thérapie psychomotrice n°126, 2001, p. 141

Ce qui caractérise le psychomotricien, c'est une écoute clinique nécessitant une position « *d'observation attentive* » sollicitant toutes les modalités perceptives. Cet état nous permet de recevoir, car nous savons qu'écouter, c'est savoir que le sujet cherche un autre auprès de qui s'exprimer.

Pour pouvoir écouter l'autre, il est primordial de pouvoir s'écouter soi-même.

### **La congruence**

Selon Carl ROGERS, le thérapeute doit être « *ce qu'il est, authentique, sans 'masque' ni façade* »<sup>10</sup>. C'est ce qu'il nomme : la congruence. « *Celle-ci correspond à un état d'accord interne entre ce que le thérapeute est réellement, ce qu'il perçoit, pense, ressent, comme intention et ce qu'il communique. Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre.* »<sup>11</sup>.

Pour cela, le psychomotricien doit être à l'écoute de lui-même, comme une sorte de « *regard intérieur* ». C'est-à-dire que si les sentiments éprouvés par le thérapeute sont reconnus, conscients, il est capable de les vivre et de les communiquer au moment opportun. Ses propres sensations et émotions sont des indicateurs du vécu du patient. Cette authenticité du thérapeute est une qualité de présence, procurant la confiance de la personne aidée. Ainsi, peuvent naître une reconnaissance mutuelle et le désir de s'engager dans la relation.

### **Le respect**

La qualité de la relation implique une attitude réceptive, mais elle ne peut se dérouler sans un respect de l'autre. Le psychomotricien doit accepter l'autre sous tous ses aspects, tel qu'il est, sans jugement de valeur.

Carl ROGERS dit que « *lorsque mon attitude est conditionnelle, le client ne peut changer ou se développer dans les aspects de sa personnalité que je ne peux complètement accepter* »<sup>12</sup>.

Le psychomotricien, en se centrant sur la personne et non sur sa seule pathologie, reconnaît que le patient est un être unique dans sa façon d'être au monde et qu'il est digne d'intérêt.

---

<sup>10</sup> C.R. ROGERS, 1970, p. 48

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Ibid., p. 42

### **Une position d'implication corporelle**

« *La relation thérapeutique ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. En suivant les pas d'Olivier MOYANO, il s'agit au contraire d'une relation d'implication* »<sup>13</sup>.

Lorsqu'on s'engage dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être qui s'implique dans la relation.

Dans la relation psychomotrice, le corps est le médiateur principal des échanges. Corps vécu, expressif et en relation, il devient le langage et l'outil fondamental pour comprendre et aborder l'autre.

Cette implication corporelle, Olivier MOYANO la décrit comme la relation partagée entre le patient et le psychomotricien, au sens où le patient se construit à travers cette relation, il y vit son corps, sa motricité, ses affects, sa créativité, en se laissant porter par le thérapeute qui enveloppe, contient, soutient et amène le patient à comprendre ses expériences.

Du fait de cette implication corporelle étayante, spécificité du psychomotricien, de nombreux processus relationnels sont à l'œuvre, permettant au patient d'évoluer. Je développerai ces processus dans ma troisième partie théorique.

#### **b. La constitution d'une alliance thérapeutique avec le patient**

En premier lieu, il y a la rencontre de deux individualités qui apprennent à s'écouter et à se comprendre. Comme nous venons de le voir, le psychomotricien est à l'écoute des manifestations verbales et non-verbales de son patient. Le corps est le moyen permettant de comprendre l'autre, c'est dans l'implication corporelle, émotionnelle et psychique des deux protagonistes qu'un lien de confiance va s'établir. Ainsi, « *la confiance du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver, ainsi que son adhésion et sa collaboration au traitement amènent à une alliance thérapeutique* »<sup>14</sup>.

Elle naît d'une reconnaissance mutuelle des deux parties et entraîne leur engagement dans la relation. Elle est spécifique à chaque relation soignante. L'alliance thérapeutique, qui s'établit entre patient et thérapeute, contribue de manière significative au succès de la thérapie.

---

<sup>13</sup> A. GATECEL, 2012, p. 35

<sup>14</sup> J. CORRAZE, 2011, p. 298

Ainsi, l'alliance thérapeutique établie va servir de point d'ancrage à l'élaboration du cadre thérapeutique et, réciproquement, le cadre va donner sens à cette alliance.

### **c. Le cadre thérapeutique : Une enveloppe qui donne sens à la relation**

Qu'est ce qu'un cadre thérapeutique ? Dans quel dispositif se construit une relation thérapeutique ?

#### **Définition**

Selon François PELLETIER (1985), « *le cadre est un invariant au sein d'un processus de changement* »<sup>15</sup>. Le cadre est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise. Il est un « *non-processus* » en ce sens qu'il est fait de constantes.

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps et une pensée.* »<sup>16</sup>.

#### **Les constantes du cadre thérapeutique**

La présentation de mes deux cas cliniques se déroulant dans une institution, je vais développer la place du cadre institutionnel dans la relation duelle patient-soignant. Toutefois, les psychomotriciens exercent dans des cadres très divers, avec des patients d'âges variés qui présentent des pathologies extrêmement hétéroclites et ils utilisent des dispositifs techniques qui souvent n'ont rien de commun les uns avec les autres. De ce fait : l'identité professionnelle est fréquemment liée à l'institution et à sa spécificité.

#### **L'institution**

L'institution dispose de locaux, d'un public spécifique et de missions qui lui sont propres. Le cadre institutionnel a ses prérogatives, ses modes de fonctionnement, son projet thérapeutique pour les patients, une équipe et des règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée et qui déterminent fortement le cadre psychomoteur.

---

<sup>15</sup> C. BALOUARD, 2006, p. 185

<sup>16</sup> C. POTEI, 2013, p. 321

Dans sa fonction thérapeutique, l'institution constitue un tiers séparateur qui préserve d'une relation fusionnelle. En effet, le cadre de l'institution est là pour rappeler que la relation ne se limite pas à une relation interpersonnelle, mais qu'elle s'inscrit dans un cadre extérieur, avec un projet pour le patient et que le cadre psychomoteur doit respecter celui de l'institution.

D'autre part, cette fonction de tiers symbolique de l'institution confère une autorité au psychomotricien, le dégageant ainsi de certaines contraintes de maintenance. En effet, le soutien de l'institution fait office de protection du thérapeute, elle lui permet de s'impliquer auprès du patient.

Le cadre institutionnel enveloppe le cadre psychomoteur, nous allons nous intéresser aux constantes de ce dernier.

### **Les règles**

Le cadre, annoncé dès le début de la rencontre, garantit les droits et les devoirs de chacun. Il est important que le patient respecte les règles énoncées au préalable et que le psychomotricien s'y réfère, lorsqu'elles sont enfreintes.

*« Dans un premier temps, le cadre est très explicite et occupe l'espace thérapeutique mais au fil du temps, il devient implicite et doit être rappelé dans les moments de crise »<sup>17</sup>.*

### **Un lieu : La salle de psychomotricité**

La salle, ainsi que le matériel sont des éléments clés de la pratique du psychomotricien. Les enjeux de cet espace sont nombreux; c'est un lieu d'investissement, d'expression et de confiance grâce à sa constance, à la protection qu'il offre, qui vient soutenir les qualités de présence du thérapeute et étaye la construction psychique.

La salle de psychomotricité a la caractéristique d'être un espace clos délimitant ainsi un dedans et un dehors.

Par « *dehors* », on peut entendre l'institution ou bien les parents qui attendent dans la salle d'attente. Cette différenciation spatiale - dedans, dehors - va progressivement conduire le patient à une différenciation psychique soi, non-soi. Ainsi, l'espace permet l'émergence d'une structuration corporelle et psychique.

---

<sup>17</sup> Santé mentale « Il faut poser un cadre au patient ! » n°172, p. 52

L'espace du « *dedans* » est un lieu de confidentialité. Le patient, s'il est en confiance, peut y exprimer sa souffrance, ses peurs, ses joies en toute sécurité, car le psychomotricien est soumis au secret professionnel, selon le décret définissant les compétences du psychomotricien (décret n°88-659 du 6 mai 1988, promulgué en 1988, régulièrement revu et une dernière version en a été faite en 2004).

La salle de psychomotricité est le lieu de l'investissement personnel du patient. C'est « *un espace pour son corps, un lieu pour ses paroles qui lui permet de trouver une place* »<sup>18</sup>. C'est ici qu'il va pouvoir laisser libre cours à son imagination, explorer et se créer.

La salle constitue une enveloppe qui accueille l'expression du patient, qu'elle soit corporelle, verbale, ludique. Chacune des manifestations du patient, en lien avec l'espace de la salle, sont des indices de compréhension pour le psychomotricien. Ceux-ci vont lui permettre d'adapter sa présence et d'évaluer la disposition psychique du patient à entrer en relation. Ainsi, un dialogue peut s'instaurer dans les interactions spatiales du psychomotricien avec son patient.

La salle de psychomotricité, ainsi que le matériel qu'elle contient, rassurent le patient par leur constance. Il peut ainsi se construire des repères, ceux-ci pouvant lui faire défaut dans son environnement personnel. C'est pourquoi, il est important de veiller à ce que le lieu ne subisse pas trop de changements d'une séance à l'autre. Car, c'est la permanence de ces repères spatiaux qui vient soutenir son développement.

### **Le temps**

Selon Christian BALOUARD, trois temps se détachent dans le cadre psychomoteur : celui du patient, celui de l'élaboration du vécu et celui du partage<sup>19</sup>. Je vais développer chacun de ces temps.

Il y a tout d'abord le temps du patient, celui-ci est primordial pour que le patient s'investisse dans le travail psychomoteur. La prise en charge se doit d'être régulière et bien définie dans le temps (durée, jour et horaire). En effet, c'est dans la régularité et la répétition des séances que le sujet va pouvoir se situer dans le temps et intérioriser ces données temporelles pour se structurer.

---

<sup>18</sup> C. BALLOUARD, 2006, p. 189

<sup>19</sup> C. BALOUARD, 2006, p. 186

Donner au sujet un horaire fixe permet de marquer son individualité. Le thérapeute est là, disponible pour lui à ce moment-là. D'autre part, un enfant tire souvent des bénéfices à ce que l'un de ses parents soit disponible pour l'accompagner à sa séance de psychomotricité.

Le respect de ces règles (horaire, durée et régularité) témoigne de l'implication du soignant comme du patient et matérialise leur engagement.

Il y a également des temps en dehors des séances, où patient et thérapeute sont séparés, mais qui participent néanmoins au fonctionnement du cadre.

Le temps de l'entre-séance, de l'élaboration du vécu est important pour prendre du recul avec les situations vécues et pour penser un projet de soin élaboré/cohérent et adapté au patient. Ce travail d'élaboration suppose que le psychomotricien soit en « *quête de sens* ». Il peut le faire seul ou alors accompagné, lors d'un temps de partage entre professionnels, au sein de l'équipe ou en supervision. « *Il s'agit de construire un cadre de pensée et d'échanges qui permette de créer des conditions de travail pour que le soignant se dégage de ses emprises affectives.* »<sup>20</sup>. Je développerai plus loin l'importance de ce temps comme pouvant être une solution aux difficultés rencontrées par le professionnel avec son patient.

Ainsi, le cadre spatio-temporel est avant tout une garantie, il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui sont réservés. Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu. En quelques mots, le cadre est : « *une enveloppe contenant au développement de la relation.* »<sup>21</sup>.

### **Un cadre personnalisé**

Le cadre « *enveloppe symbolique* » s'établit à partir des constantes posées. Il contient et permet le déploiement de la créativité, des éprouvés et de la spontanéité de l'enfant. Le cadre doit pouvoir rester souple et s'adapter à l'enfant.

La stabilité et la fiabilité du cadre garantissent l'établissement d'une alliance thérapeutique, fondée sur une relation de confiance, qui demeure le fondement de la thérapie psychomotrice.

---

<sup>20</sup> Santé mentale « Il faut poser un cadre au patient! » n°172, p. 55

<sup>21</sup> C. BALOUARD, 2006, p. 185

Ainsi, nous avons pu voir que les caractéristiques du cadre précédemment évoquées permettent au psychomotricien de s'engager pleinement dans la relation avec son patient. On peut dire alors que le cadre vient soutenir et donne du sens à la relation thérapeutique. Sans lui, la relation thérapeutique n'existerait pas.

#### **d. Les soutiens à la relation thérapeutique**

Dans l'idéal, la conduite professionnelle consiste à répondre aux attentes des personnes, à ne pas dévier de son rôle, à ne pas imposer ses valeurs, ses opinions, à ne pas soumettre ses patients à son affectivité, voire à sa conception du bonheur, c'est-à-dire à sa subjectivité. Seulement parfois, le psychomotricien rencontre des difficultés avec certains patients où la conduite professionnelle est attaquée.

Ce travail relationnel exigeant nécessite un étayage du professionnel. Ainsi, l'institution, l'équipe sont là pour le soutenir dans sa pratique. Il est aussi possible de recourir à des aides extérieures comme la thérapie personnelle, la supervision, le groupe de travail, d'échange de pratique et les formations. De plus, la théorie constitue un moyen non-négligeable de compréhension et d'élucidation des situations difficiles.

### **3. Processus relationnel spécifique pour la construction du patient**

Nous avons vu précédemment que le psychomotricien s'implique corporellement dans la relation et qu'il est le médiateur principal des échanges. Nous allons voir comment dans le cadre de l'alliance thérapeutique en psychomotricité, la personne du psychomotricien offre un appui au patient pour qu'il se construise.

#### **a. Une relation spécifique qui implique l'engagement corporel et l'établissement d'un dialogue**

Dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient s'installe un dialogue tonico-émotionnel, sur un mode de communication équivalent à celui de la mère et son bébé.

Pour que ce dialogue fonctionne, la mère doit être adaptée aux besoins de son bébé et se trouver dans un état de régression que Donald Woods WINNICOTT nomme

« *préoccupation maternelle primaire* »<sup>22</sup>. C'est un état psychique, sain et temporaire, dans lequel se trouve la mère « suffisamment bonne » durant les premiers mois de vie de son enfant. Elle manifeste une sensibilité et une écoute qui lui permettent de s'adapter et de comprendre les besoins de son bébé.

L'échange archaïque entre la mère et son bébé s'appuie sur la valeur communicante du tonus, des postures, du regard, des mimiques. Dans cette interaction, les moindres variations toniques de l'un et l'autre sont perçues et sont à l'origine d'une adaptation tonique.

Selon Henri WALLON, un lien intime existe entre tonus et émotions et les manifestations toniques et posturales traduisent nos émotions. Ainsi, la mère et le bébé communiquent leurs états émotionnels par un ajustement tonique affiné et permanent.

Julian de AJURIAGUERRA, dans la continuité des travaux de Henri WALLON, qualifiera cette communication de « *dialogue tonico-émotionnel* ». Cette notion met en évidence l'aspect réciproque de cet échange, car il ne s'agit pas d'un mode de communication unilatéral entre le corps maternel et celui de l'enfant, mais plutôt d'un système de correspondance entre les ressentis corporels de chacun des deux partenaires.

Cette communication non verbale entre la mère et son enfant s'établit tant que le dialogue verbal n'est pas advenu. Cependant, pour Julian de AJURIAGUERRA, ce moyen de communication de l'affectivité grâce à la fonction expressive du corps, reste au-delà de cette période précoce, tout au long de la vie.

Ce mode de communication s'installe également dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient. Le patient exprime son état tonico-émotionnel à travers son corps, qui est le lieu d'expression d'un monde interne, psychique et affectif. Le psychomotricien, dans un état similaire à celui de la mère avec son bébé, est à l'écoute et se laisse guider par l'enfant ; il devient le réceptacle de son vécu et de ses émotions.

Olivier MOYANO évoque ce dialogue tonico-émotionnel comme une relation d'implication au cœur de l'archaïque.

---

<sup>22</sup> « Nous trouvons chez la mère un état très spécifique, une condition psychologique qui mérite un nom tel que *préoccupation maternelle primaire*. Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou un état de dissociation » D.W.WINNICOTT, 1969, p. 287

Nous allons voir maintenant, comment l'implication corporelle et psychique du psychomotricien soutient, contient et étaye l'être du patient en devenir.

## **b. Une relation d'étayage**

### ***Définition***

La relation d'étayage consiste à mettre en place une relation similaire à celle de la mère avec son bébé, c'est-à-dire à permettre un lien et un espace 'sécuré' qui laissent le sujet explorer, risquer, s'éloigner, tout en pouvant revenir quand il le souhaite et cela dans une relation constructive, dont il est le principal acteur. Dans cette relation, le psychomotricien constitue un appui fiable sur lequel l'enfant peut s'appuyer.

*« L'étayage comprendrait trois dimensions : celle du modèle, qui le rapproche de l'identification, celle de l'appui et surtout celle de la dérivation ou reprise transformatrice. Cela veut dire que l'élément qui s'étaie peut prendre sur l'élément étayant à la fois modèle et appui, mais que la dynamique fondamentale de l'étayage ne consiste pas dans la reproduction du même ; au contraire réside dans l'émergence du nouveau, dans la transformation de ce qui est apporté par l'étaie, pour créer de l'inédit »<sup>23</sup>.*

Nous allons voir comment le psychomotricien par son implication constitue un étai constructif.

### ***Le psychomotricien : un étai constructif***

Dans cette relation d'implication, le psychomotricien se rend disponible pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double ou moi auxiliaire. Selon Olivier MOYANO, « l'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir »<sup>24</sup>. En effet, il est important que le psychomotricien se laisse impliquer et accepte d'être utilisé comme un « objet médium malléable ».

---

<sup>23</sup> Thérapie psychomotrice N°175, p.15

<sup>24</sup> O. MOYANO, 2011, p.292

## *Le psychomotricien comme médium*

Avant d'aborder la question de la malléabilité requise du psychomotricien dans cette relation, je souhaite préciser la notion de médium et par là la fonction de médiation du psychomotricien.

- Le médium

*« La médiation est une opération psychique, un passage, une transition entre un état et un autre. Le médium employé est mêlé au psychisme et s'en autonomise ensuite. Comme dans la création artistique où l'artiste se distancie de son travail une fois qu'elle a fait son œuvre. »<sup>25</sup>.*

Le médium a une fonction miroir, c'est-à-dire qu'il permet la mise en forme de l'indifférencié, de l'informe dans la pensée.

En thérapie psychomotrice, on utilise des média qui permettent une élaboration des expériences vécues vers des représentations symboliques. J'illustre ici comment le psychisme du psychomotricien sert de médium.

- Le rôle de médium du psychomotricien

Le psychomotricien va permettre au patient une intériorisation psychique de ses affects, sensations, de ses éprouvés et de ses émotions. Il va tenter de prêter son psychisme pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions.

Pour mieux comprendre ce fonctionnement psychique primitif, Wilfred Ruprecht BION fait référence au concept « *d'appareil à penser les pensées* ». A l'image de la mère avec son bébé, le psychomotricien va accueillir les sensations, les émotions désorganisées du patient : les « *éléments bêta* », les intégrer et les retransmettre de façon plus acceptable pour que le patient puisse les assimiler (*éléments alpha*).

Ce processus de liaison va permettre au patient de structurer sa pensée et d'accéder au symbolisme. Dans la relation psychomotrice, ce processus passe par l'intermédiaire du corps du psychomotricien et du patient, nous allons voir comment.

---

<sup>25</sup> F. GIROMINI, 2012, p.253

### **Le psychomotricien, un objet malléable**

Le thérapeute instaure un espace d'illusion. Il s'offre à l'enfant, devient son objet le mettant en demeure de retrouver un état de toute puissance infantile. Cet état de toute puissance infantile, l'enfant le vit lors des premiers mois de grossesse. Car la mère, dans un état de « *préoccupation maternelle primaire* », est parfaitement ajustée au besoin-satisfaction de son bébé. Ainsi, celui-ci a l'illusion que lui et sa mère forment la même personne et que c'est lui-même qui répond à ses propres besoins. Il se croit tout puissant.

Pour que cela semble vrai, le psychomotricien doit « *avoir la capacité de s'identifier à l'enfant, de se sentir dans son être* »<sup>26</sup>. Il s'agit là d'une présence rendue sensible à travers une sorte de passivité, de non-intervention. Il doit être souple, malléable, se laisser utiliser pour le plaisir ou le déplaisir. Il permet ainsi à l'enfant, dans l'illusion, de le voir comme un double de lui-même. Ce dernier dans ce rapport va pouvoir régresser. « *Il va pouvoir se risquer dans l'émergence de ses besoins profonds* »<sup>27</sup>.

Cette relation va permettre au psychomotricien de déceler plus clairement, le moment venu, ce qui est en jeu, et d'agir au moment opportun en intégrant du nouveau, de la différence.

Ce travail de construction psychique est infiniment complexe, car il se déroule avec un autre, mélangeant ce qui vient de l'un et ce qui vient de l'autre.

Ainsi, l'utilisation du psychomotricien comme objet médium malléable permet de rejouer des processus archaïques, qui aurait été interrompus pendant la prime enfance.

Ce travail permet de restaurer le sentiment d'identité de soi, le sentiment de continuité d'existence.

### **Étayage psychocorporel et verbalisation**

Cet étayage corporel et psychique est consolidé par la verbalisation, car la mise en mots du vécu corporel va constituer l'étape obligée par laquelle passe la symbolisation. En parler va développer le processus de représentation ; un processus de distanciation va se créer entre le vécu corporel et la représentation du vécu corporel. Le langage en tant que tiers symbolique devient le médiateur entre le corps et l'esprit.

---

<sup>26</sup> Pratiques corporelles, n°82, 1989, p. 24

<sup>27</sup> Ibid., p. 24

Ainsi, par cet étayage, le psychomotricien « *permet un temps à l'individu naissant d'exister en s'appuyant sur lui comme sur un double* »<sup>28</sup>. Selon Anne GATECEL, au sein de cette relation où le thérapeute est pris dans le système relationnel de son patient mais actif dans les interactions, l'enfant exercera tant ses capacités motrices que psychiques avec ce partenaire pas encore symbolique mais sûrement « *symboligène* »<sup>29</sup>.

Au sein de cette relation d'étayage il est important de définir ces processus qui sont à l'œuvre entre le psychomotricien et son patient : le transfert et le contre-transfert.

### **c. Le transfert**

#### ***En psychanalyse***

C'est à l'origine un concept énoncé par Sigmund FREUD qui constate que le patient reporte sur le psychanalyste un mode de relation ancien et réédité avec celui-ci des représentations pénibles de son enfance.

Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS, dans le "Vocabulaire de la psychanalyse", soulignent la reconnaissance d'une possibilité d'utiliser le terme de transfert au-delà de la psychanalyse.

*« C'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse qui a permis de reconnaître dans d'autres situations de l'action du transfert ».*<sup>30</sup>

#### ***En psychomotricité***

Pour Christian BALLOUARD, « *il y a acceptation de l'utilisation du transfert en psychomotricité sans interprétation de celui-ci* »<sup>31</sup>. Nous devons en reconnaître l'existence et les effets sur le fonctionnement de nos patients comme sur le nôtre.

Pour lui, il y a deux formes de transfert qui peuvent se manifester :

- ***Le transfert de base*** : Il est immédiat ; il existe dans toute relation dès qu'il y a des échanges affectifs ; c'est une réponse à une demande de rencontre et n'est rien d'autre

---

<sup>28</sup> O. MOYANO, 2014, p. 289

<sup>29</sup> A. GATECEL, 2012, p. 35

<sup>30</sup> J. LAPLANCHE, J.-B. PONTALIS, 1984, p. 493

<sup>31</sup> C. BALLOUARD, 2006, p. 143

qu'un investissement. Il s'exerce du patient sur le thérapeute et il est commun à toutes les prises en charge médico-sociales. Grâce à ce transfert, s'établit la confiance et il favorise les identifications.

- **Le transfert secondaire** ou « *médiat* » : il n'est pas spontané ; il est fabriqué par la situation. En psychomotricité, il se manifeste du fait de la dimension contenante de la référence au corps. Le transfert, explique Christian BALLOUARD, « *est indispensable, inhérent à la prise en charge psychomotrice de par sa fonction contenante.* »<sup>32</sup>.

#### **d. Le contre-transfert**

##### **En psychanalyse**

Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS définissent le contre-transfert comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.* »<sup>33</sup>.

Autrement dit, le contre-transfert est lié d'une part au processus inconscient, que le transfert du patient induit chez le thérapeute, et d'autre part à la personnalité de celui-ci.

##### **En psychomotricité**

Suzanne ROBERT-OUVRAY parle de contre-transfert émotionnel. Ainsi, dans le transfert et le contre-transfert, le psychomotricien, « *en appui sur ses propres ressentis, entre en contact avec les mémoires sensorielles du patient qui ne peuvent se dire et son terrain spécifique ne donne pas la préséance à l'expression orale des affects, aux représentations et aux fantasmes* ».<sup>34</sup>

En s'appuyant sur ses ressentis, ses outils de travail sont « *les sensations, les tensions corporelles, les postures, les mimiques, les refus ou préférences de telle ou telle forme sensorielle... Nous sommes dans un dialogue tonique et nous allons répondre par un*

---

<sup>32</sup> C. BALLOUARD, 2006, p. 146

<sup>33</sup> J. LAPLANCHE, J.-B. PONTALIS, 1984, p. 103

<sup>34</sup> S. ROBERT-OUVRAY, 2002, p. 62

*ajustement corporel ... Notre contre-transfert tonique est un contre transfert émotionnel*  
»<sup>35</sup>

Le psychomotricien, lorsqu'il prend conscience de son contre-transfert émotionnel, ce qui n'est pas aisé car il doit différencier ce qui lui appartient de ce qui vient du patient, amène des réponses au patient. Elles doivent amener à « *la révélation de ce qu'il a vécu et la possibilité de créer du nouveau* »<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Ibid., p.63

<sup>36</sup> Ibid., p.66

---

## Discussion

---

## **Comment les fondements de la relation permettent-ils la construction du sujet ?**

Dans cette dernière partie, je vais tenter de répondre à cette question centrale et discuter mes hypothèses de réponses. Je les rappelle ici et je vais prendre position en m'appuyant sur l'expérience de mes deux cas cliniques et sur l'éclairage théorique.

- ✓ Une attitude d'écoute attentive et une présence sensible dans un cadre défini permet l'établissement d'une alliance thérapeutique.
- ✓ Une implication psycho-corporelle du psychomotricien permet la construction du sujet.

L'évolution de Sonia ainsi que l'accompagnement et l'observation de Timothé durant la période où je les ai suivis, me semblent reposer sur les éléments suivants : la rencontre de deux subjectivités, l'établissement d'une alliance thérapeutique, le jeu comme un outil de médiation, une implication du psychomotricien dans des jeux structurants, un cadre protecteur et la séparation.

Je considérerai ensuite mon vécu de stagiaire et les limites de la thérapie.

### **1. Réponse à la problématique**

#### **a. La rencontre de deux subjectivités**

Certains enfants, comme Timothé, qui présentent une pathologie complexe, impliquent une manière « d'être » à leurs côtés. J'ai mis du temps avant de percevoir comment je pouvais entrer en relation avec lui, car la demande n'était pas présente. Pour cela, il m'a fallu adopter une attitude d'observation attentive (*cf. supra. p.38*). Je me suis mise à l'écoute des rapports qu'il entretenait avec son corps, les jeux et les personnes présentes.

Lors de la troisième séance, en observant longuement Timothé, j'ai eu une intuition, c'est le moment pour moi d'entrer en action ; voyant des briques devant moi sur le tapis, j'ai commencé à faire une maison. A ce moment-là, j'ai eu une impulsion, un désir et je les ai suivis. En réalité, je comprends maintenant que j'étais en train de lui faire une demande d'entrer en relation. Timothé y a répondu positivement, puisqu'il s'est dirigé vers moi et a souhaité entrer dans la maison. En lui ouvrant une porte, j'ai marqué le début de la rencontre.

Mon désir de nouer une communication m'a amenée à intervenir, à doser mon intervention et à construire une maison, faire une ouverture, une brèche... L'abri protecteur lui a permis de m'accepter près de lui et dans son jeu.

Cette rencontre a été possible parce que Timothé a eu le sentiment d'être accepté simplement tel qu'il était, dans ses désirs et ses limites et entendu dans son agir psychomoteur spontané, il est devenu dans son « corps de parole » l'objet de la rencontre.

Cet exemple me montre ainsi l'importance de prendre le temps d'observer, d'écouter l'enfant, de s'écouter soi-même et de ne pas précipiter les choses. Ceci permet la rencontre, suite à une demande réciproque. Ces observations, je les retrouve dans le début de la relation avec Sonia, un an plus tôt.

Lorsque M.T l'an dernier, demande à Sonia si elle est d'accord pour commencer un travail avec moi, il met en place la possibilité pour elle d'être actrice dans son processus de soin.

Or, souvent, les patients n'ont pas choisi par eux-mêmes de faire un travail en psychomotricité. La prise en compte de leur volonté m'apparaît importante.

Lorsque M.T lui demande, si elle souhaite que je sois présente dans la prise en charge, cela signifie indirectement, à travers sa réponse qu'elle fait une demande, et cela génère l'impulsion nécessaire à la prise en soin. De plus, la possibilité de choisir la forme qu'elle souhaite donner à son travail avec les personnes présentes, rétablit une certaine égalité dans la relation soignant-soigné. Ce n'est plus le soignant qui sait tout pour le patient, mais le soigné qui prend une place active dans sa démarche de soin.

Ce procédé, lorsqu'il m'a été soumis, me frustrait, car j'étais dans le début de ma clinique et j'attendais cette première rencontre avec impatience. Or, j'ai pu m'apercevoir que, prendre le temps de la présentation et de la consultation du patient, déterminait de meilleures conditions de départ pour la relation. D'une part, parce que introduire un tiers, le stagiaire, dans un travail individuel peut « mobiliser chez le patient des angoisses et des mouvements de rivalités plus ou moins œdipiens »<sup>37</sup>. Il est donc important que la situation soit préparée et présentée au patient, pour recueillir son accord. D'autre part, du fait de l'attente de sa réponse, j'avais un réel désir de rencontrer Sonia, ce qu'elle a pu percevoir et qui a amené de son côté un désir de prise en soin.

---

<sup>37</sup> J. BOUTINAUD, 2014, p.298

Ainsi, par ces deux rencontres, je vois l'évolution entre la deuxième et la troisième année, lorsque la psychomotricienne me présente Timothé me laissant la possibilité d'être actrice d'emblée au sein de sa prise en charge. Je recrée inconsciemment les conditions nécessaires à la rencontre, je prends le temps, je me mets en position d'observation et suscite la demande d'une rencontre chez le patient.

#### **b. L'établissement d'une alliance thérapeutique**

##### ***Sonia : une alliance facile***

Dès la première séance, Sonia m'assimile à sa personne dans une indifférenciation ; elle énoncera le « nous » pour nous caractériser, elle et moi. Je me demande si la préparation préalable à la prise en charge explique cet investissement si rapide. Ainsi, l'attente et le choix impliqué me semblent générer chez Sonia une alliance facilitée.

##### ***Timothé : une alliance thérapeutique fragile***

Avec Timothé, je vais me rendre compte qu'il faut constamment recréer les conditions de la rencontre et qu'il est difficile, du fait de ses difficultés relationnelles, d'instaurer une alliance thérapeutique.

En effet, à chaque séance, nous devons - la psychomotricienne et moi-même - faire preuve d'inventivité. Nous devons « jouer » avec la moindre expression ou le moindre signe de l'enfant, et l'accompagner avec la bonne distance, les bons mots et les bons contacts (regards, mimiques, gestes). Dans cette relation difficile, compte-tenu de sa problématique, il m'apparaît aujourd'hui que le temps est un élément essentiel au franchissement des étapes du développement dans un processus thérapeutique, celui-ci n'ayant rien de linéaire.

*« C'est la répétition dans la relation psychomotrice qui peu à peu pourra constituer des liens psychiques. Ce travail passe par les représentations du thérapeute qui sont sollicités en lui par l'enfant ... et qui vont faire liens avec les éléments venant de l'enfant ce qui constitue un mouvement de symbolisation. Un champ thérapeutique transitionnel se crée. »<sup>38</sup>.*

L'observation attentive et l'attente pourront conduire à une traduction des éléments divers venant de l'enfant, donc à un langage, qui se constituera alors dans le couple thérapeutique.

---

<sup>38</sup> F. DESOBEAU, 2008, p. 14

Il découle de ce qui précède qu'il y a, en effet, une attitude à adopter pour établir une alliance thérapeutique seulement cela nécessite une demande, un désir du patient et cela peut prendre du temps dans le cas de certaines pathologies.

Je vais maintenant présenter l'outil que représente le jeu dans les deux cas cliniques que j'étudie.

### **c. Le jeu un outil de médiation**

Le jeu est un moyen de comprendre le monde interne de l'enfant par une observation attentive. Il peut permettre de créer et de développer la relation. Donald Woods WINNICOTT le décrit comme un espace transitionnel<sup>39</sup>. C'est un espace d'échanges, mais aussi de transition, c'est-à-dire de passage d'un état à un autre. Ainsi, le jeu a plusieurs fonctions, dont je vais développer certaines.

#### ***Le jeu de Timothé : un moyen de compréhension et d'adaptation pour le psychomotricien***

#### **Ma compréhension de Timothé par le jeu**

Avec le train, Timothé ne fait pas de circuit, non... il préfère le regarder, le faire rouler sous ses yeux, puis le faire monter sur son corps, sur son visage.

L'intérêt de Timothé pour les jeux apparaît restreint et spécifique, et rarement en conformité avec nos attentes. Face à ce comportement le psychomotricien doit manifester une présence sensible, à l'écoute du corps et de son langage et à la recherche du désir de l'enfant.

*« Ce regard particulier et spécifique sur le corps est un puissant indicateur de la personnalité du patient et de ses affects. »<sup>40</sup>*

Cette attitude, ou ce regard sur l'enfant, n'est pas facile, car à première vue ses jeux ne semblent pas avoir beaucoup d'intérêt au sens où l'adulte l'entend. Mais, si je fais fi de mon point de vue et de tout jugement personnel, alors apparaît un monde insoupçonné : celui de Timothé.

---

<sup>39</sup> D.W. WINNICOTT, 1975

<sup>40</sup> C. POTEI, 2013, p. 347

Lorsque je suis en présence de Timothé, je l'observe, l'écoute, cherche à comprendre comment il interagit avec le matériel de la pièce et pourquoi cela peut l'intéresser.

C'est ainsi que je l'ai vu prendre un bonhomme, le mettre dans un tunnel, le glisser dans un cône et dans tous les trous à sa portée. Souvent, Timothé tente de mettre sa tête dans les seaux et rentre son corps tout entier dans le tonneau. Tout est une question de dedans, de dehors, d'espaces contenus, d'espaces fermés.

*« Bruno BETTELHEIM pensait que chez les enfants ayant un trouble développemental de type autistique, l'inconscient, chaque fois qu'il vient au premier plan, submerge la totalité de sa personnalité ... Le Moi de l'enfant est affaibli par ce contact direct parce qu'il est totalement envahi. C'est pourquoi, l'enfant pour avoir quelques prises sur ses processus internes est contraint de les extérioriser. »<sup>41</sup>.*

Le comportement de Timothé dans le jeu semble correspondre à une manifestation de son inconscient, comme s'il éprouvait sa sécurité intérieure, sa continuité d'existence. C'est à partir de ces observations que j'en ai déduit qu'il fallait lui offrir la possibilité d'être contenu, enveloppé.

### **Mon accordage dans le jeu**

C'est cet état d'observation attentive du jeu qui va me permettre ensuite de m'accorder. Comme la mère avec son enfant, dans un dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien répond aux besoins de l'enfant en fournissant les appuis nécessaires. C'est alors que je lui propose la tortue en tissu remplie de graines en la lui disposant sur le dos. Cette proposition est acceptée car elle répond à un besoin, à un désir de sa part. Ici, j'utilise la médiation d'un objet pour le contenir. En effet, une approche corporelle, comme un toucher contenant, aurait pu être proposée mais aurait été trop intrusive pour lui. Ma préoccupation, à ce moment-là, est de modeler mes interventions, doser mes incursions en prenant des risques limités.

Cet exemple montre que l'attitude sensible du psychomotricien grâce au jeu va permettre un accordage corporel avec le patient, lui offrant ainsi la possibilité de se construire.

---

<sup>41</sup> F. DESOBEAU, 2008, p. 23

### **Le jeu : un moyen de construction pour le sujet**

« *Le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en matières symboliques, qui vont nourrir l'intelligence du sujet.* »<sup>42</sup>.

Pour Sonia, le tournant marqué par le passage des jeux, tels que le bowling, le croquet avec des règles strictes, au jeu symbolique me fait penser aux stades de Jean PIAGET.

Jean PIAGET a étudié le jeu de l'enfant comme un phénomène contribuant à son développement intellectuel. Il a dégagé différents stades du développement cognitif de l'enfant détectables à travers son jeu.

- *Le stade sensori-moteur* met en jeu la motricité de l'enfant et la manipulation d'objets tangibles, dont son corps.

- *Le stade pré-opératoire* où l'enfant ayant accédé à la pensée symbolique, s'affranchit du présent immédiat, du réel, du concret, dans des jeux symboliques.

Ici, Sonia passe du stade sensori-moteur au stade pré-opératoire. Elle passe d'une construction de l'espace, du temps et du jeu sur un plan pratique avec des règles et des limites, à des jeux s'appuyant sur la représentation et centrés sur elle-même.

L'analyse de cette transition, grâce aux stades de Jean PIAGET, me permet maintenant de comprendre tout l'intérêt de la période des jeux moteurs de Sonia. Pendant ces jeux de bowling, de croquet, elle consolide le stade sensori-moteur par le plaisir du jeu moteur. En effet, à travers ces jeux elle varie, elle gradue ses mouvements pour trouver ceux qui l'amènent à un résultat intéressant. Elle imite ceux des autres qu'elle observe comme étant facteur de réussite. Elle est dans une « recherche intentionnelle ». Pour cela, elle varie les distances, les supports (balles, manches) en s'appuyant sur son champ perceptif pour trouver de nouveaux schèmes « gagnants ». Puis, progressivement lorsqu'elle envisage la conséquence de ses actes, lorsqu'elle appréhende l'endroit où la balle doit parvenir pour gagner, elle construit des ponts entre l'intelligence sensori-motrice et l'intelligence représentative. L'acte moteur passe au niveau mental, c'est-à-dire qu'elle intériorise les schèmes sensori-moteurs entraînant des représentations. Ainsi, dans l'action motrice, dans le jeu concret, elle se construit, consolide une sécurité qui va lui permettre de passer aux représentations et au jeu symbolique.

---

<sup>42</sup> C. POTEL, 2013, p. 348

Dans le jeu symbolique, elle construit l'espace, la causalité et le temps, non plus sur le plan pratique, mais sur le plan représentatif. Ainsi, Sonia a pu exprimer des fantasmes et grâce à cela, elle a pu donner forme à son monde intérieur.

Ainsi, les jeux qu'elle explore vont nourrir son espace interne et devenir des véritables processus thérapeutiques.

#### **d. L'implication du psychomotricien dans le jeu**

Le psychomotricien est là pour porter ces expériences sensori-motrices et symboliques qui constituent le jeu. Il « *devient joueur, partenaire ludique engagé dans la création hic et nunc du jeu. Ce 'jouer avec' rend possible un espace de rencontre et d'expérience où l'enfant accepte de s'avancer avec son thérapeute* »<sup>43</sup>. En participant aux jeux, le psychomotricien va insuffler d'autres manières de jouer, entraînant l'enfant à varier ses modes d'expressions. Le jeu implique une adaptation active et réciproque. Il convient pour le psychomotricien de s'adapter au rythme de l'enfant et à son positionnement.

Le thérapeute va jouer et se rendre suffisamment malléable ( *cf. supra. p.49* ) pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double ou Moi auxiliaire au service d'un renforcement narcissique.

Selon Catherine POTELE, ce qui compte ce sont les attitudes du psychomotricien dans le jeu, c'est-à-dire contenir le jeu, organiser le temps et permettre que la réalité et l'illusion puissent coexister sans être confondues. Ces garants servent la construction psychocorporelle de l'enfant.

#### ***Mon implication et ma place dans le jeu avec Sonia : un étayage constructif***

##### De l'indifférenciation vers l'individualisation

Je peux m'apercevoir d'une indifférenciation entre elle et moi, dès la deuxième séance, lorsque Sonia oublie sa veste et que le psychomotricien le lui rappelle. Sonia s'adresse alors à moi : « Charlotte, ta veste ! ».

---

<sup>43</sup> F. JOLY, 1993, p .56

Il s'agirait selon Olivier MOYANO d'une relation au double, c'est-à-dire que le sujet efface ses propres repères pour fonctionner dans un cadre perceptif et représentatif où le corps de l'autre devient le schéma et la matrice de toutes ses représentations.<sup>44</sup>

La relation que j'ai avec Sonia serait, selon Olivier MOYANO, une relation d'implication, « *relation où le psychomotricien est pris, englobé par le mode relationnel de l'enfant, parce qu'il ne peut en être autrement au départ chez ce type d'enfants qui transfère sur tout un chacun le motif du double. Mais dans cette emprise, le psychomotricien est actif/passif, c'est-à-dire actif dans les interactions sachant qu'il est, de toute façon et qu'il le veuille ou non, considéré comme un double, position dans laquelle il doit s'abandonner* »<sup>45</sup>.

Il n'a pas été évident pour moi de vivre cette situation de Moi auxiliaire car je me questionnais sur mon attitude, je ressentais que je me faisais manipuler. Or, grâce à la théorie (cf. supra. p.49), je comprends et je sais maintenant qu'il est thérapeutique pour l'enfant que le psychomotricien s'abandonne. Je l'ai fait mais en pensant que ce n'était pas professionnel de ma part. Je pensais que je devais diriger la situation, qu'il ne fallait pas que je suive l'enfant. M.T me conseillait de ne pas être trop interventionniste, de me laisser guider, mais je ne saisisais pas encore les enjeux de cette attitude.

Lorsque j'ai demandé à Sonia si sa représentation de « Catwoman » était celle d'un adulte ou d'un enfant, j'ai injecté du nouveau, du différent, ainsi que la possibilité que « Catwoman » soit une femme. Elle s'en est d'ailleurs saisie car elle m'a répondu en dessinant un soutien-gorge. Cela me semble être une projection de l'enfant pré-pubère vers l'adolescente en devenir.

Dans cette indifférenciation, il semblerait que mon implication ait joué un rôle de miroir structurant vers l'individualisation.

Dans cette relation étayante (cf. supra. p.47), j'ai servi d'appui à la construction de Sonia mais il me semble que j'ai servi également de modèle.

En effet, j'ai l'impression dans la relation thérapeutique que nous avons, qu'elle me place dans une position de sœur, plus particulièrement de sœur aînée sur qui elle peut

---

<sup>44</sup> O. MOYANO, 2014, p.290

<sup>45</sup>Ibid., p.291

prendre modèle. C'est ainsi, que souvent, elle regardera comment je suis habillée, qu'elle me demandera mon avis.

Mais, elle éprouvera aussi la fonction de sœur aînée comme une rivale, elle proposera des jeux où nous sommes en compétition, dans un duel face à face avec pour arbitre M.T. Lorsque nous gagnons chacune une manche, elle ne relance pas le jeu pour essayer de nous départager et de gagner. Elle souhaite seulement éprouver sa capacité à se mettre sur un même plan que moi, un plan d'égalité où nous serions pareilles.

Considérant l'évolution que Sonia a connue entre le début de l'année où M.T me la présentait comme une enfant qui avait du mal à exprimer ses envies et la fin de l'année où elle pouvait dire qu'elle se débrouillait sans « Doudou étoile », il me semble qu'elle ait grandi.

Au moment de mon arrivée dans la prise en charge, Sonia entrait dans la puberté avec les questionnements que cela implique, elle a su trouver en la jeune femme que je suis et en ma malléabilité, un moyen pour s'affirmer en tant que jeune-fille, notamment par identification. Je me demande comment cela se serait déroulé dans un travail où elle aurait été seule avec M.T. En tout cas, ici j'ai pu percevoir l'intérêt pour Sonia du couple thérapeutique (homme / femme) et des rôles joués par chacun dans sa construction.

### ***Le rôle symbolique de M.T et du couple thérapeutique***

Nous venons de voir quel rôle m'a attribué Sonia ; il est intéressant d'analyser celui dévolu à M.T ainsi que notre complémentarité dans la construction de Sonia.

M.T adopte le rôle de celui qui donne du sens, notamment en maintenant les règles lors des jeux. Il vient limiter Sonia dans sa position de toute puissance et adopte ainsi un rôle de père symbolique. L'individuation surgit du désaccord, commence alors pour Sonia une construction d'elle-même et la prise de conscience de l'autre.

Je m'interroge d'ailleurs sur le père de Sonia ; quelle place a-t'il pu avoir auprès de sa fille? Sonia nous parle souvent de sa mère et parfois de sa sœur et de son frère en séance, mais elle n'a jamais parlé de son père. J'ai observé que Sonia évoquait essentiellement des personnages féminins dans ses jeux symboliques. D'autre part, elle est accompagnée systématiquement par sa maman. Celle-ci a évoqué une fois le père au sujet de ma présence au début de la prise en charge, puis il n'en a plus été question tout au long de l'année. Ainsi, je trouve intéressant que Sonia ait un thérapeute homme, car cela lui permet de connaître une figure paternelle symbolique.

De plus, M.T est le garant du cadre, il contient et sécurise la relation que j'ai avec Sonia ; notamment lorsque nous sommes toutes les deux dans la maison, elle sait que M.T nous écoute à l'extérieur. Plus particulièrement, lors de la quinzième séance autour des dessins, en demandant à Sonia si elle souhaite montrer ceux-ci à M.T, je fais appel à sa fonction séparatrice de tiers paternel. En réaction à mes ressentis, j'ai souhaité réintroduire de l'autre, un tiers dans l'échange duel que nous venions de vivre. A ce moment là, j'éprouve le besoin qu'il valide les manifestations, l'extériorisation des fantasmes de Sonia à travers les dessins. Si sur l'instant, je laisse mon intuition me guider dans cet échange et que j'accepte ce que Sonia me livre, je ne me sens pas suffisamment solide pour porter seule ce qui se vit dans la cabane. Ces moments de régression présentent parfois des aspects fusionnels et c'est ce tiers qui me permet de supporter mes ressentis face à l'investissement parfois massif de Sonia à mon égard. D'où l'importance d'une juste distance thérapeutique que j'aborderai plus loin.

Ce passage montre l'intérêt du couple thérapeutique pour Sonia avec, d'une part mon rôle de contenance maternelle et, d'autre part, le rôle de tiers séparateur du psychomotricien.

Ceci me fait prendre conscience qu'en tant que professionnel, il s'agit d'être à la fois « réceptacle et séparateur »<sup>46</sup>. En effet, celui-ci est seul pour tempérer le transfert du patient et gérer son contre-transfert dans l'objectif de maintenir l'aspect thérapeutique de la relation.

#### **e. Le cadre comme un ensemble de règles à respecter**

*« C'est dans la rupture ou la menace que le cadre apparaît, c'est-à-dire que nous n'en avons pas de perceptions conscientes ni de conceptualisation tant qu'il ne fait pas défaut. »<sup>47</sup>*

En effet, dans le cas de Timothé, ce sont ses multiples retards et absences qui me permettent de percevoir que le cadre n'est pas stable. Ce qui est intéressant, c'est « l'analyse du sens des agissements du patient dans la transgression de celui-ci. »<sup>48</sup>

Timothé, étant accompagné par sa mère ou son beau-père, ces transgressions du cadre sont des indices de compréhension, non de Timothé lui-même mais de

---

<sup>46</sup> C. POTE, 2013, p.331

<sup>47</sup> C. BALLOUARD, 2006, p.185

<sup>48</sup> Ibid., p.185

l'environnement dans lequel il se construit. Or, cet environnement nous donne à voir une instabilité dans l'engagement thérapeutique. Il est donc important d'expliquer les enjeux de la régularité pour le travail de Timothé. En conséquence, la psychomotricienne souhaite impliquer les parents dans la séance pour qu'ils puissent voir les progrès de Timothé et qu'ils puissent faire part de leurs difficultés.

L'évolution de l'environnement familial et l'instabilité provisoire de celui-ci, renforce la nécessité d'un cadre thérapeutique permanent et stable. L'arrivée d'une petite sœur et le manque de disponibilité de la mère nécessitent que nous lui apportions en thérapie, l'appui d'un cadre institutionnel rigoureux et rassurant. La psychomotricienne doit être la garante du respect du cadre.

J'ai pu observer les difficultés qu'a eue la psychomotricienne pour le maintien du cadre et les conséquences d'un cadre instable sur l'évolution de Timothé.

Du fait du manque de continuité des séances, il lui est compliqué de s'investir pleinement dans son travail en psychomotricité. Je peux le voir lorsqu'il redécouvre à chaque fois le même matériel, marquant ainsi une tentative de maintenir un lien entre les différentes séances.

Une autre manifestation constatée de l'instabilité du cadre réside dans le fait que Timothé est le seul enfant qui n'attend pas dans la salle d'attente et vient directement frapper à la porte de la salle. Cette situation s'est installée insidieusement en lien avec ses retards et ses absences successives. Quand nous nous déplaçons pour aller le chercher dans la salle d'attente, il n'est jamais là. La psychomotricienne permet à Timothé et son accompagnant de venir directement à la salle de psychomotricité. Je fais le constat qu'il ne s'agit plus pour le patient d'attendre sa prise en charge, mais à nous d'attendre Timothé. Les rôles sont inversés.

De plus, je pense que justement l'aspect thérapeutique de la salle d'attente lui serait profitable. Car, cela représenterait un sas, un espace psychique dans lequel il pourrait penser à la salle, aux jeux, à la thérapeute. Ceci permettrait d'autre part de marquer un temps entre l'espace extérieur et l'espace de la salle de psychomotricité. Par le fait, qu'il entre dans la pièce en se bouchant les oreilles, je vois bien qu'il n'y a pas eu d'espace pour tempérer la désorganisation extérieure et les bruits perturbateurs, le

désordre et l'agitation sont introduits au sein de la salle. Je me ressens moi-même perturbée lors de son arrivée voire déstabilisée par un milieu extérieur « dystimulant ».

Nous pouvons mesurer ici par son antithèse comment le cadre permet au thérapeute d'être disponible pour l'enfant et de quelle manière, il permet à l'enfant d'être disponible pour un travail en psychomotricité.

#### **f. La séparation**

C'est dans la façon dont l'enfant envisage et vit la séparation que l'on peut voir sa progression et son gain d'autonomie.

Pour évoquer la séparation à la fin d'une relation thérapeutique, je vais me référer à la séparation thérapeutique que j'ai connue avec Sonia, à la fin de mon stage au CMPP.

Dès l'avant dernière séance, Sonia a pris conscience de mon prochain départ et se prépare à la séparation « il me restera Doudou étoile ». Elle souhaite réaliser une activité seule et manifeste ainsi son gain d'autonomie, je réalise alors qu'elle a grandi depuis le jour où je l'ai rencontrée.

Lors de la dernière séance en ma présence, elle nous annonce qu'elle va se passer de son « Doudou étoile » ce jour-là.

Nous prenons un papier et commençons à écrire une histoire commune avec M.T. Sonia découpe alors la feuille en trois et propose que chacun écrive son histoire. M.T suggère que nous écrivions seulement le début et que nous échangions nos histoires pour écrire la suite. Il nous aide ainsi à prendre conscience que l'histoire que nous avons vécue ensemble cette année se termine mais qu'elle s'est écrite à plusieurs et que nous pouvons en inscrire la trace.

Cette capacité à se séparer, à se détacher de sa peluche et à mettre en scène symboliquement la séparation m'indique que Sonia a intériorisé mon départ et qu'elle se construit vers l'individuation.

Le départ de la stagiaire peut perturber le patient, mais la relation thérapeutique continue. Le psychomotricien a su gérer cette séparation et de cette expérience partagée, Sonia est sortie grandie.

## **2. Le positionnement du thérapeute et mon vécu de stagiaire**

Les professionnels rencontrés, lors des prises en charge présentées, m'ont montré deux conceptions différentes de la psychomotricité et de ses pratiques :

- dans un premier cas, celui de Sonia, le professionnel a une approche qui s'inspire de la psychanalyse (ce qui se trouve être la position globale de ce CMPP) ;
- dans un deuxième cas, la professionnelle, en conformité avec la mission du CAMSP et son public spécifique, est centrée sur la rééducation de l'enfant pour une adaptation sociale et éducative dans son environnement.

Dans le cadre de mon stage de deuxième année en CMPP, la découverte d'une pratique en décalage avec le contenu de ma formation a représenté pour moi une difficulté. En effet, en deuxième année, j'abordais le bilan psychomoteur et la préparation des séances comme cadres du projet thérapeutique et de la pratique professionnelle. J'aurais souhaité à l'époque vivre un stage plus en correspondance avec l'enseignement que je recevais alors.

Le positionnement et la pratique du psychomotricien m'ont quelque peu déstabilisée et ont entraîné chez moi une certaine résistance et des interrogations concernant la conception de mon futur métier.

Au départ, mon maître de stage m'a bien introduite auprès des enfants qu'il suivait et m'a laissée libre de mon implication dans les thérapies : « si tu ne souhaites pas participer à un travail avec un enfant tu peux ne pas le faire ». Nous étions bien dans un libre choix et un libre engagement de ma part et de la part de l'enfant.

En tant que stagiaire, malgré mes interrogations, j'ai joué le jeu et me suis laissée guider par le déroulement de la thérapie et de la méthode du psychomotricien.

Mon évolution et les acquis de la troisième année m'amènent aujourd'hui à percevoir autrement la thérapie de Sonia et la pratique du psychomotricien.

Il m'apparaît qu'il a laissé s'établir entre Sonia et moi-même une alliance thérapeutique constructive. Par ses interventions ponctuelles et ciblées et son implication dans le processus en cours, il a su accompagner et cadrer l'évolution et la maturation psychique de cette enfant pré-pubère.

Mon stage de troisième année et la prise en charge de Timothé m'ont permis d'aborder avec une plus grande maturité, la pratique de la psychomotricienne qui est centrée sur les capacités de l'enfant, la rééducation et l'adaptation à son environnement.

La thérapeute m'apparaît très impliquée dans son travail, capable de remises en question et de propositions facilitatrices pour l'apprentissage de l'enfant.

En tant que stagiaire, elle me positionne comme une collaboratrice et accueille mes propositions. Sur le chemin de la professionnalisation, je me détache de la place de stagiaire encadrée pour me positionner et m'affirmer dans ma pratique professionnelle et mes interventions auprès de l'enfant.

La problématique complexe de Timothé et la stagnation constatée par la psychomotricienne dans son évolution cette année, l'amène à un état de contre-transfert dans lequel elle laisse apparaître son désarroi. Nous avons vu que cet état et son positionnement actuel dans la thérapie de Timothé, l'a conduite à une mauvaise gestion du cadre thérapeutique, dont elle est la garante. Mon inscription dans cette relation thérapeutique a été délicate et il ne m'était pas toujours évident avec la psychomotricienne d'avoir le recul nécessaire pour comprendre la situation. C'est pourquoi, j'ai souhaité l'aborder dans le cadre de mon mémoire pour en puiser des éléments bénéfiques à la compréhension de la pratique du psychomotricien.

Ce constat me permet de me confronter aux limites de la relation dans le cadre thérapeutique en psychomotricité.

### **3. Les limites de la thérapie**

Au regard de ce qui précède, l'implication du psychomotricien dans la relation me semble aujourd'hui comporter quelques risques. Utilisant notre propre sensibilité, tonique, affective et sensorielle, nous devons mettre en place une juste distance thérapeutique pour le respect du patient et de nous-mêmes.

#### **a. La distance thérapeutique**

Cette distance représente l'écart adapté pour, d'une part pouvoir entrer en relation et, d'autre part ne pas être trop intrusive. Le psychomotricien et le patient peuvent éprouver le besoin de se protéger. La mise en place de cette distance garantit une sécurité.

Elle n'est jamais déterminée, elle fluctue et s'actualise en permanence au sein de la relation. Ainsi, il s'agit d'une évaluation de la part du professionnel qui doit être capable par exemple de recevoir la souffrance du patient sans en être affecté.

Françoise DESOBEAU, nous dit l'intérêt pour le patient du respect d'une distance adaptée : « *Il s'agit de ne pas l'effaroucher, de ne rien induire, qu'il prenne sa place et trouve son temps. Chacun à son propre rythme. C'est lui permettre dans un continuum d'énergie, de saisir et suivre son mouvement interne.* »<sup>49</sup>

Ainsi, la maîtrise la distance thérapeutique va de pair avec celle de ses émotions.

### **b. Contre-transfert**

Celui-ci constitue une limite, car le patient peut ne pas accepter la relation, ne pas l'autoriser. Si elle ne lui convient pas, la prise en soin n'aura pas lieu. De même, pour le psychomotricien, certaines choses peuvent être difficiles à accepter, selon son histoire, son vécu. De plus, dans la mesure où le psychomotricien travaille avec son corps, ses émotions, ce qui est de l'ordre du dérangeant, de l'insupportable sera transmis dans un dialogue tonico-émotionnel (*cf. supra. p.46*).

La prise de conscience de la nature du transfert et du contre-transfert qui s'établissent entre le thérapeute et le patient est essentielle, car ils constituent des indices de compréhension de ce qui se passe chez le patient. D'où la nécessité de verbaliser, d'élaborer ses ressentis à l'égard du patient pour le comprendre et avancer avec lui.

« *Chaque thérapeute, quel que soit l'ampleur de son champ relationnel, reste limité par son appartenance à un réseau particulier et, en conséquence, par le caractère restreint de son aptitude à se modifier sous la pression du non-familier.* »<sup>50</sup>

Le psychomotricien doit connaître et respecter ses propres limites. Il doit faire des choix, assumer les risques qu'il prend et avoir recours à des aides extérieures autant que de besoin : formation, apports de l'institution, échanges de pratiques, contacts et conseils des collègues et professionnels d'autres disciplines, supervision, etc.

L'institution et le milieu extérieur jouent un rôle primordial dans l'étayage du professionnel.

---

<sup>49</sup> F. DESOBEAU, 2008, p. 108

<sup>50</sup> D. LIOTARD, 2010, p. 58

---

## Conclusion

---

L'analyse de mes deux cas cliniques au regard de la théorie m'a permis de vérifier que l'activité psychocorporelle vécue dans une relation privilégiée peut servir la construction d'un sujet.

Ce dont il a été question dans ce mémoire, c'est comment, par le biais de l'activité psychomotrice, il est possible « *d'inventer avec le sujet son chemin de thérapie* »<sup>51</sup> avec tout le savoir-être et le savoir-faire spécifique nécessaire. J'ai aujourd'hui une perception plus juste de ce que cela implique d'engagement et d'implication personnelle pour parvenir à accompagner le patient dans une évolution qui soit thérapeutique.

Ce métier exige du psychomotricien adaptabilité et flexibilité, une perpétuelle remise en question sur le plan personnel et professionnel, ainsi qu'une nécessaire ouverture à différentes techniques et courants de pensée. Il doit saisir pour cela toutes les opportunités de contacts et d'échanges et recourir à des apports extérieurs en formation et conseils.

Il m'a semblé extrêmement intéressant, à travers ce mémoire, de pouvoir revenir sur ces deux prises en charge qui sont inscrites en moi. La possibilité que quelque chose de ces relations puissent être métabolisé en un récit est essentielle ; cela vient soutenir le travail de deuil de ces trois années d'études et de stages, mais constitue surtout une ouverture sereine vers les premiers pas de la vie professionnelle.

Ma formation et les stages que j'ai effectués m'ont permis de vivre des expériences cliniques en milieu protégé et de ne pas porter seule la relation avec les patients. Cet étayage m'a apporté les bases nécessaires pour débiter mon chemin dans la profession.

J'aimerais après quelques années d'exercice professionnel pouvoir m'approprier cette pensée de Carl ROGERS :

*« Ma capacité de créer des relations qui facilitent la croissance de l'autre comme une personne indépendante est à la mesure du développement que j'ai atteint moi-même »*<sup>52</sup>

Cette pensée est pleine de promesse et au moment où je termine ces trois années d'étude, elle me projette dans un objectif passionnant de toute une vie : développer mes potentialités pour ainsi étayer mes relations thérapeutiques.

---

<sup>51</sup> F. DESOBEAU, 2008, p. 108

<sup>52</sup> C.R. ROGERS, 1970, p. 45

---

## **Bibliographie**

---

- BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Edition DUNOD.
- BOUTINAUD.J, JOLY.F, MOYANO.O, RODRIGUEZ.M (2014), *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives*, France, Editions IN PRESS.
- CORRAZE J. (2011), La relation en psychomotricité, in *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, sous la direction ALBARET J.M, GIROMINI F., SCIALOM P., Marseille, Solal.
- DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès
- GATECEL A. (2012), *Recherche en psychosomatique : La psychomotricité relationnelle*, Paris, Editions EDK.
- GIROMINI F. (2012), La médiation en psychomotricité, in *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structures, étayage, mouvement et relation*, sous la direction de B.LESAGE, Toulouse, Editions Erès.
- JOLY F. (1993), Le travail du jouer dans la médiation psychomotrice, in *Abrégé de psychomotricité*, sous la direction de CALZA A., CONTANT M., Paris, Editions Masson.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B (1984), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LIOTARD D. (2010), Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de C. POTEL, Paris, Editions IN PRESS.
- POTEL C. (2013), *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Editions Erès.
- ROGERS C.R. (1970), *Le développement de la personne*, Paris, Edition DUNOD.
- SAMI-ALI M. (2003), *Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Edition DUNOD.
- WINNICOTT D.W. (1969), La préoccupation maternelle primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Editions Payot.
- WINNICOTT D.W (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Editions Gallimard.

### Articles

- De CICCONE A. (2001), Observation et écoute cliniques quelques repères, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°126, pp.140-145.
- MARTEL-CAYEUX B. (2009), Au cœur de la relation thérapeutique, le désir, *Gestalt* n°36, pp.11-20.

MAUDIRE P. (1989), *Pratiques corporelles*, n°82, pp.21-25.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, pp.62-67.

ROBINEAU C. (2014), Enjeux de la relation en psychomotricité, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°175, pp.4-19.

STANZOS A. SCHNEEBELI V. (2012), Il faut poser un cadre au patient, *Santé mentale*, n°172, pp.52-55

#### Dictionnaire

AUGE, GILLON, HOLLIER-LAROUSSE, (1962), Larousse encyclopédique, Paris, Librairie Larousse.

----

-----

## **Résumé**

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion autour de la relation que j'ai vécue avec Sonia et Timothé en stage de psychomotricité.

La relation est l'objet même du travail entre un psychomotricien et son patient en thérapie psychomotrice.

Je montre comment une présence sensible et une attitude d'observation attentive du psychomotricien dans un cadre thérapeutique défini permet à la relation de s'établir.

Puis, j'expose comment l'implication psycho-corporelle du psychomotricien permet la construction d'un sujet en devenir.

**Mots clés**: relation, présence sensible, cadre thérapeutique, implication psycho-corporelle, étayage.

## **Abstract**

This random is the result of a reflection on the relationship I had with Sonia and Timothé during my internship as a psychomotor therapist.

The relationship is the actual purpose of a relation between a psychomotor therapist and his patient during a psychomotor therapy.

I will explain how an observational empathetic attitude of the psychomotor therapist in a defined therapeutic framework allows the establishment of a relationship.

Then, I will show how the mind-body involvement of the psychomotor therapist allows the making-of a future person to be.

**Keywords**: relationship, observational empathetic attitude, therapeutic frame, mind-body involvement.

