



HAL
open science

Objets médiateurs, avez-vous donc une âme ? Le rôle et l'application des objets médiateurs concrets dans le travail du psychomotricien

Emmanuelle Vigne

► To cite this version:

Emmanuelle Vigne. Objets médiateurs, avez-vous donc une âme ? Le rôle et l'application des objets médiateurs concrets dans le travail du psychomotricien. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187940

HAL Id: dumas-01187940

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187940>

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



Objets médiateurs, avez-vous donc une âme ?

Le rôle et l'application des objets médiateurs concrets
dans le travail du psychomotricien

Mémoire présenté par **Mlle Emmanuelle VIGNE**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référent de mémoire :

Mme MILH Sophie

Session de Juin 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de mes maîtres de stages qui m'ont accompagnée dans mes pratiques, et qui m'ont chacune transmis leur savoir, leur savoir être et leur savoir faire, en faisant toujours preuve d'une grande disponibilité pour répondre à mes multiples questions.

En parallèle, je remercie tous les patients, notamment Mr O. et Sarah, (ainsi nommés par obligation de confidentialité), qui ont contribué indirectement au choix de ce sujet et qui m'ont permis de nourrir mes réflexions cliniques. J'ai pris plaisir à rédiger les séances vécues avec eux, et garder ainsi la trace de nos rencontres.

Je remercie également Sophie, ma maître de mémoire, d'avoir consacré du temps à la lecture de l'intégralité du manuscrit et d'avoir apporté des commentaires pertinents, qui ont beaucoup contribué à améliorer son contenu. Merci pour sa réactivité dans les relectures et pour avoir partagé des réflexions sur mon sujet, qui m'ont considérablement aidé à mieux cerner ses enjeux.

Au terme de ce travail, je voudrais remercier mes proches et tous ceux qui ont contribué à rendre ces trois années de formation agréables et enrichissantes, tant du point de vue professionnel que personnel.

Enfin, je remercie du fond du cœur ma maman, sans qui je n'aurais probablement pas accompli ces études. Merci de m'avoir encouragée à entreprendre cette reconversion lorsque je me suis beaucoup questionnée sur mon avenir professionnel, et d'avoir parsemé d'idées riches et constructives mon parcours d'étudiante en psychomotricité. Merci aussi pour son soutien permanent durant la rédaction de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
ELEMENTS CLINIQUES	10
I. Sarah, la corde... le miroir, le sac lesté... et moi	10
I.1. Contexte de la rencontre	10
I.1.1. Présentation du cabinet libéral et de son fonctionnement	10
I.1.2. Comment ai-je rencontré Sarah ?	12
I.2. Présentation de Sarah (anamnèse)	12
I.3. Examen psychomoteur et projet thérapeutique	13
I.3.1. Observation psychomotrice	13
I.3.2. Projet thérapeutique	15
I.4. Evolution de la prise en charge en psychomotricité	16
I.5. Questionnements du rôle du miroir, du sac lesté et de la corde	28
II. Mr O... le tissu... et moi	31
II.1. Contexte de la rencontre	31
II.1.1. Présentation du service intra-hospitalier	31
II.1.2. Modalités d'hospitalisation	32
II.1.3. Population principalement accueillie	32
II.1.4. La prise en charge en psychomotricité	33
II.1.5. Comment ai-je rencontré Mr O. ?	33
II.1.6. Définition de la schizophrénie	34
II.2. Présentation de Mr O. (anamnèse)	35
II.3. Observation psychomotrice et projet thérapeutique	36
II.3.1. Observation psychomotrice	36
II.3.2. Projet thérapeutique	39
II.4. Evolution de la prise de charge en psychomotricité	40
II.5. Questionnements du rôle du tissu proposé à Mr O.	49

<i>ELEMENTS THEORIQUES</i>	51
I. La notion de médiation et d'objet concret	51
I.1. Qu'est-ce qu'un médiateur ? Une médiation ? Même concept ?	51
I.2. Qu'est-ce qu'un objet concret ?	55
I.2.1. Définition de l'objet	55
I.2.2. La notion de permanence de l'objet	55
I.2.3. L'objet concret	56
II – Divers statuts de l'objet concret dans le domaine thérapeutique	57
II.1. L'objet transitionnel	57
II.2. L'objet de relation	60
II.3. Le médium malléable	62
II.4. La spécificité du miroir	65
II.5. Les dérives pathologiques avec l'objet concret	66
III. Les approches et les fonctions des objets médiateurs dans le champ thérapeutique	67
III.1. Qu'est-ce qu'un objet médiateur ?	67
III.2. Les processus de médiation à l'œuvre dans les thérapies à médiation	68
III.2.1. De la médiation artistique avec Winnicott à la médiation thérapeutique : vision des psychanalystes et des psychologues contemporains	68
III.2.2. Les médiations corporelles thérapeutiques : vision des psychomotriciens	70
III.3. L'importance du cadre-dispositif dans les médiations thérapeutiques	73
III.3.1. Savoir amener l'objet médiateur, élément du dispositif, dans le cadre	73
III.3.2. L'objet créé et l'objet à créer	74
<i>ELEMENTS DE DISCUSSION</i>	75
I. Les rôles potentiels des objets médiateurs concrets en psychomotricité	75
I.1. Des objets qui rapprochent mais qui différencient aussi de l'autre et de soi-même	75
I.2. Des objets qui peuvent devenir objet de relation et remplir certaines de ses fonctions	78

I.3. Des objets qui invitent une certaine dynamique corporelle et/ou relationnelle selon leur degré de malléabilité _____	81
I.4. Des objets qui permettent la réappropriation du corps et étayent le schéma corporel _____	87
I.5. Des objets plus ou moins malléables qui invitent au déploiement de l'activité représentative et réhabilitent l'instinct ludique _____	89
I.6. Des objets qui peuvent aussi avoir certaines limites _____	91
II. Quelques applications des objets médiateurs concrets et leurs apports dans le dispositif thérapeutique mise en œuvre par les psychomotriciens _____	92
II.1. S'orienter vers un objet parmi plusieurs peut-il aider à mieux connaître le patient ? _____	92
II.2. Comment amener une séparation avec l'objet investi par le patient et lui donner un sens dans le dispositif ? _____	93
II.3. L'objet peut-il symboliser l'expérience historique des rencontres en trouvant sa place dans le dispositif ? _____	94
II.4. Un objet déjà créé peut-il devenir un objet à créer dans le dispositif ? _____	95
III. Au delà de l'objet concret médiateur : l'engagement corporel du psychomotricien _____	96
<i>CONCLUSION</i> _____	97
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	99
<i>ANNEXE</i> _____	102

*« Nous ne sortons jamais de nous-mêmes,
et rien n'existe dans la création
qui n'ait d'abord été dans le créateur »*

Oscar Wilde

INTRODUCTION

Au départ, ma première idée de sujet était de questionner les apports de la réhabilitation de l'instinct ludique par la psychomotricité. Que provoquerait chez l'autre la notion de jeu-plaisir extériorisée dans le mouvement sur le plan moteur, comportemental, affectif, relationnel, expressif ? Quelle place donner à l'approche ludique dans la pratique psychomotrice ? Mes propres expériences corporelles (danse contemporaine, orgue électronique, tennis, taï-chi) m'ont fait et me font toujours éprouver du plaisir sur le moment, et m'aident à recouvrer un élan vital pour affronter mon quotidien. L'idée d'aider une personne en souffrance à activer ou à réactiver son corps en trouvant ou en retrouvant du plaisir par le biais de médiations corporelles fait sens pour moi. C'est d'ailleurs ce qui m'a intuitivement amené au choix de ce métier. Et ceci, même si j'ignorais à ce moment-là tout l'enjeu et la difficulté de mettre en œuvre un projet thérapeutique adapté au patient et de proposer un dispositif dans un cadre bien établi en tenant compte des aléas institutionnels.

Durant la formation, j'ai eu l'opportunité de fréquenter de nombreux lieux de stages, d'observer différentes pathologies et types de population, notamment dans le domaine psychiatrique (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte). En tant que stagiaire, j'ai souvent été témoin de différentes façons d'employer un même matériel (le ballon, par exemple) et de la manière dont le patient interagit et s'engage d'un point de vue perceptivo-moteur avec lui dans l'espace thérapeutique. Ces utilisations comportaient souvent une dimension ludique et relationnelle, ce qui me permit peu à peu de recentrer mon sujet de mémoire, pour m'intéresser plus précisément à l'étude de ces objets. Durant les accompagnements, j'ai tenté de saisir les liens créés entre le patient et le psychomotricien à travers ces objets. C'est finalement leurs fonctions d'agents relationnels dans la pratique de la psychomotricité qui m'ont interpellé et qui m'ont motivé à écrire ce mémoire.

« La psychomotricité par essence s'appuie dans son dispositif sur l'utilisation d'objets médiateurs, que cet objet soit un objet concret (jouet, pâte à modeler...), une technique particulière (relaxation, thérapie avec le cheval, travail corporel, cirque...) ou un objet culturel (dessin, conte...) »¹. Même si mon sujet de mémoire concerne exclusivement l'utilisation d'objets concrets (ballons, cordes, bâtons, tissus, etc.) et non une médiation ou un objet culturel, je garde à l'esprit que les objets médiateurs tels qu'ils sont définis au sein de notre profession ne se réduisent pas aux objets concrets mais sont également empruntés à différents champs d'expression (sportif, artistique, etc.).

Partant du principe que la nature même de notre profession ne peut se passer d'objets médiateurs pour être exercée, j'ai décidé d'articuler mes réflexions autour de la question suivante : dans quelle mesure la présence des objets médiateurs concrets est-elle essentielle dans la pratique de la psychomotricité ?

De manière concrète, ces objets sont utilisés lors d'un examen psychomoteur : taper dans un ballon pour évaluer la latéralité pédestre, reconnaître des objets par le toucher pour tester la stéréognosie, jeter un sac lesté dans une boîte pour déterminer les coordinations oculo-manuelles, etc. Mais lors d'une prise en charge, quels enjeux révèlent-ils ? Se réduisent-ils à des objets relationnels, de mise en lien avec l'autre ? Les cliniciens leur attribuent-ils d'autres qualités ? Un objet n'a-t-il pas des propriétés singulières qui lui confèrent des fonctions propres et engendrent certaines dynamiques corporelles, porteuses d'expressions créatrices ? Pouvons-nous parler de personnification de l'objet ?

La configuration généralement proposée comprend une salle de psychomotricité avec des objets mis à la disposition du patient. Mais comment les exploiter pour répondre à un projet thérapeutique ? Qu'est-ce qui motive leur choix et amène à employer tel objet médiateur concret avec tel patient ? Est-ce toujours le thérapeute qui décide de ce choix ou le patient contribue-t-il en partie à sa découverte ?

¹ RODRIGUEZ M. & BRUCHON CHATAGNAT M., p.82

Pour tenter de répondre à ma problématique, je m'appuierai tout d'abord sur les suivis de Sarah et de Mr O. En effet, l'évolution des séances permettra de soulever des questions sur les rôles joués par le ou les objets qui ont émergé durant ces deux accompagnements. Ces interrogations me conduiront à définir le concept d'*objet médiateur* dans le domaine thérapeutique et d'analyser certains statuts et certaines fonctions attribués à ces objets par les cliniciens. Ces éléments théoriques viendront étayer une discussion dans laquelle j'essaierai de dégager des pistes de réflexions concernant les apports psychomoteurs de ces objets médiateurs concrets. Pour nourrir mon argumentation, je m'appuierai également sur d'autres expériences de stages et sur mon cheminement personnel au sein de ces trois années de formation. Mon objectif sera avant tout de mieux comprendre les potentialités et la véritable légitimité que représente ce monde des objets dans notre profession. En effet, à travers mes stages et mes discussions personnelles, j'ai le sentiment que la fonction accordée au matériel d'usage du psychomotricien peut être jugée comme superficielle et futile par la société, y compris, parfois, par une partie du corps médical. Cependant, j'ai observé à maintes reprises que le rôle de ces objets, basé fréquemment sur l'activité ludique, est capital et dépasse de loin le simple jeu enfantin ou un travail en dilettante.

ELEMENTS CLINIQUES

Tout au long de ma troisième année, j'ai réalisé un stage dans un cabinet libéral et un autre stage en psychiatrie adulte dans un service intra-hospitalier d'un Etablissement Public de Santé (EPS). Ces deux lieux m'ont permis de rencontrer Sarah (quatre ans) et Mr O. (quarante-quatre ans). Ces deux patients, aux problématiques très différentes, m'ont néanmoins interrogée sur un point commun à savoir le rôle actif joué par le ou les objets concrets amenés par le psychomotricien ou *trouvés-crés*² au sein même de la rencontre. Au fur et à mesure de l'avancée des séances, j'ai pris conscience que l'apport de ces objets a nourri autant le patient que le psychomotricien.

Je vous invite à faire la connaissance de ces deux patients en retraçant le contexte institutionnel, leur anamnèse, le projet thérapeutique établi avec la psychomotricienne et l'évolution de la prise en charge. Cette dernière a été source de questionnements dont je vous ferai part tout au long et à la suite du déroulement des séances menées avec chacun.

I. Sarah, la corde... le miroir, le sac lesté... et moi

I.1. Contexte de la rencontre

I.1.1. Présentation du cabinet libéral et de son fonctionnement

Le cabinet se compose d'une salle d'attente pour les parents et d'une salle de psychomotricité aménagée d'environ vingt mètres carrés. La psychomotricienne accueille majoritairement des enfants à partir de un an et demi mais aussi quelques adolescents. Les patients sont souvent adressés par un pédopsychiatre, un neuropsychologue, une orthophoniste, par l'école (psychologue scolaire) où dans le cadre d'un dossier MDPH. Dans tous les cas, la psychomotricienne travaille toujours sur prescription médicale quel que soit l'acte réalisé (bilan ou prise en charge). Les raisons des consultations sont variées (trouble spécifique des apprentissages, dyspraxie, TDA/H, retard global des pré-requis psychomoteur,

² WINNICOTT D-W., 1971

trouble du spectre autistique, déficience mentale, etc.), ce qui rend la clinique très riche mais impose aussi de se tenir à niveau sur des domaines très différents.

Le premier rendez-vous s'effectue avec le ou les parents en présence de l'enfant. Il se déroule sous forme d'un entretien de quarante-cinq minutes à une heure permettant à la psychomotricienne de retracer l'anamnèse, les éléments du développement psychomoteur et les difficultés rapportées de l'enfant. L'examen a lieu généralement lors de deux séances suivantes sans les parents (une partie peut s'effectuer en présence de ceux-ci, soit pour rassurer l'enfant soit quand il est en bas âge). Il vise à analyser le comportement (inhibition, agitation, etc.), l'interaction et les modalités de communication du patient au cours de l'observation, ses habilités motrices (motricité générale, coordination, équilibre statique et dynamique, préhension, coordination oculo-manuelle, etc.) en lien avec sa capacité de régulation tonique, la connaissance de son schéma corporel et de sa latéralité, son organisation spatio-temporelle, ses praxies (motricité fine, visuo-construction, graphomotricité), ses fonctions exécutives (planification, inhibition, etc.), ses capacités d'attention, ses activités spontanées et sa capacité à jouer. Une dernière séance permet une restitution orale de l'examen avec les parents et l'enfant. L'objectif de la psychomotricienne est d'expliquer la nécessité ou pas d'une prise en charge suite aux éléments psychomoteurs observés et de présenter aux parents sa façon de travailler, de trouver un terrain d'entente, aux carrefours de leur demande et de ce qu'elle peut proposer en termes d'axes de travail. C'est aussi le moment où elle annonce les règles du cadre (durée des séances, tarifs, fréquence des règlements à déterminer, etc.). Un compte rendu du bilan est remis aux parents et au médecin prescripteur. Des nouvelles rencontres sont proposées par la suite aux parents pour faire le point sur l'évolution de l'enfant durant les séances et voir avec eux s'ils observent des changements dans les activités de la vie quotidienne de leur enfant (comportementaux, relationnels, moteurs, etc.). Selon les demandes (école, MDPH, etc.), des comptes rendus d'évolution sont rédigés.

Une séance en individuelle dure quarante minutes. La principale médiation utilisée par la psychomotricienne au sein du cadre thérapeutique est le jeu avec comme support des jouets (ballon, cerceau, instruments de musique, etc.) permettant l'élaboration des parcours, des mobilisations corporelles dans l'espace favorisant l'engagement du sujet dans l'action et dans la relation à autrui, des puzzles, des jeux d'attention et de mémorisation, des jeux de logique, des livres, etc. Le premier jeu est généralement choisi par l'enfant et c'est la

psychomotricienne qui décide du deuxième jeu. Selon le temps qu'il reste dans la séance, une troisième activité peut être proposée comme un temps de relaxation (mobilisations passives, toucher thérapeutique avec des balles, etc.) ou la lecture d'une histoire. Quatre règles élémentaires font partie du cadre et sont expliquées au patient dès la première séance : ne pas se faire mal, ne pas faire mal aux autres, ne pas casser le matériel et ne pas ouvrir la porte sans la permission de la psychomotricienne.

1.1.2. Comment ai-je rencontré Sarah ?

A mon arrivée fin septembre, j'assiste à ma première séance avec Sarah en présence de sa maman. Adressée par une orthophoniste, elle est suivie par la psychomotricienne depuis le mois de mai à raison d'une séance par semaine après avoir effectué un examen sous la forme d'une observation psychomotrice. La maman vient toujours aux rendez-vous mais progressivement semble désireuse de laisser Sarah avec la psychomotricienne et de rester elle-même dans la salle d'attente.

Dès ma deuxième séance avec Sarah, nous nous retrouvons toutes les trois seules. Désormais accompagnée par sa grand-mère, Sarah viendra seule en séance. J'apprends, en parallèle, que la maman est enceinte d'un quatrième enfant, ce qui m'amène à vous présenter l'histoire de Sarah.

I.2. Présentation de Sarah (anamnèse)

Sarah a trois ans et huit mois. Elle a deux frères âgés de deux et six ans. Durant la grossesse, Sarah était un bébé plus petit que la moyenne et ses reins se sont formés tardivement. L'accouchement s'est bien déroulé. Mais à six semaines de vie, les médecins ont découvert une défaillance de son système immunitaire et une maladie du système digestif (malformation du tube digestif) provoquant des brûlures d'estomac et des diarrhées chroniques. Sarah a du être nourrie par voie parentérale (intraveineuse) jusqu'à ses trois ans (repos digestif). Depuis, elle est nourrie à l'aide d'une sonde suite à une gastrostomie (intervention chirurgicale). En effet, les essais d'alimentation par la bouche échouent et Sarah vomit systématiquement. Depuis sa naissance, elle est très souvent hospitalisée.

Au niveau de son développement psychomoteur, Sarah a commencé à marcher vers deux ans. Elle serait passée par une sorte de quatre pattes. Bébé, elle est décrite par sa maman comme souriante, tonique, nerveuse et pleurant rarement. Mais lors de sa dernière hospitalisation, elle se montre plus expressive et pleure davantage. Actuellement, Sarah vomit souvent au réveil et fait de la diarrhée. Sa maman nous indique qu'elle ne supporte pas les bains et préfère la douche, car le contact intégral avec l'eau paraît la rendre plus nerveuse.

Sur le plan affectif, sa maman la décrit comme étant peu engagée dans l'échange avec ses frères et pas à l'aise avec les autres enfants. Elle se dévoile plus dans le contact avec les adultes qu'elle observe beaucoup. Lorsque je fais sa connaissance, Sarah vient d'entrer en petite section de maternelle. Elle a une AVS. La maman nous dit qu'elle a très peur d'aller vers les autres enfants et la séparation avec elle est difficile dans les débuts.

Au cours des deux fois où j'ai eu l'occasion de voir la maman de Sarah, il m'a été difficile de percevoir comment elle vit la maladie de sa fille. J'ai l'impression de quelqu'un qui laisse peu transparaître ses sentiments (peurs, craintes, etc.) et qui veut se montrer solide pour ses enfants. Ayant conscience que Sarah n'a pas pu faire ses propres explorations sensori-motrices durant les premières années de sa vie, elle la pousse dans ses apprentissages. Elle sait combien les retours à l'hôpital sont vécus difficilement par Sarah associant, selon elle, l'absence des séances de psychomotricité et d'orthophonie à l'entrée à l'hôpital.

I.3. Examen psychomoteur et projet thérapeutique

L'observation psychomotrice a été réalisée avant mon arrivée. Je vais reprendre les principaux éléments relevés par la psychomotricienne en y ajoutant certains éléments que j'ai pu moi-même observer sur les premières séances.

1.3.1. Observation psychomotrice

Entrer en relation avec Sarah est compliquée dès la première rencontre avec la psychomotricienne. Elle se montre intimidée et la regarde peu. Cela s'estompe durant les deux séances suivantes même si elle ne soutient pas longtemps le regard et préfère tourner les yeux vers ceux de sa maman. Le face à face n'est pas simple et répondre à la sollicitation de l'adulte représente un enjeu pour elle. Je remarque qu'elle ne se laisse quasiment pas toucher

y compris durant les temps de jeu. Dans les activités spontanées, Sarah joue peu toute seule. Pour autant, elle ne se sent pas toujours concernée par nos sollicitations. Néanmoins, le jeu, utilisé peu à peu au cours de la séance, permet un moyen d'échange avec elle. Quand elle appréhende une situation, elle ne persévère pas toujours et détourne souvent son attention sur une autre activité qui n'a pas forcément de but précis.

Concernant son état tonique global, Sarah manque de force musculaire. Face à une situation dans laquelle nous la sentons en difficulté, elle affiche souvent des crispations dans tout son corps, peut serrer fort ses mains et ses dents : manifestations musculaires paraissant témoigner des perturbations tonico-émotionnelles. En revanche, elle se montre expressive au niveau du visage et utilise beaucoup les intonations de voix. Je remarque qu'elle crie beaucoup et peut recruter son tonus pour montrer une joie ou une déception.

Au niveau de ses capacités posturo-locomotrices, Sarah se déplace à petits pas et commence à marcher à reculons (acquisition vers dix-huit mois). Elle ne marche pas sur la pointe des pieds. Elle se relève de préférence en passant par la position de l'ours. Je n'observe jamais de marche à quatre pattes chez Sarah. Elle n'alterne pas ses pieds quand elle monte les escaliers (acquisition vers trois ans). Elle monte sur un marchepied avec et sans appui. Elle appréhende la hauteur mais elle ne saute pas (acquisition vers deux ans). La course est une marche accélérée. Concernant ses capacités posturales statiques et dynamiques, son équilibre est chancelant mais elle accepte certaines situations de déséquilibre comme monter sur un coussin. Elle commence à tenir sur un pied mais avec un appui (acquisition vers deux ans).

Sur le plan des praxies gestuelles, les coordinations bi manuelles ne sont pas automatisées chez Sarah : elle enfle les perles en pince digitale avec opposition pouce/index mais elle n'utilise pas toujours ses deux mains pour ramener la perle.

Au niveau des coordinations visuo-manuelles, elle encastre des formes géométriques et réalise des tours avec des Duplos. Elle donne plus le ballon qu'elle ne le lance et se soucie plus ou moins de la direction. Elle ne le rattrape pas. Elle ne sait pas boutonner et les manipulations fines sont compliquées pour elle. Dans les gestes de la vie quotidienne, elle participe à l'habillage, apporte les vêtements, retire ses chaussures et tente de les remettre. Mais elle ne s'habille pas encore seule (acquisition vers trois-quatre ans).

Sur le plan du graphisme, elle utilise l'outil scripteur en prise en palmaire et je constate un manque de tonus dans son geste. Elle engage toute son épaule et réalise un tracé sans aucune coordination oculo-manuelle, comme une projection du mouvement du bras. Elle réalise des tracés sans signification et en est au stade des « gribouillages » (formes spiralées). Elle réalise des points sur imitation.

Sur le plan de son schéma corporel, Sarah ne connaît pas toutes les parties de son corps qui correspondraient à son âge. Lorsqu'elle fait une action, elle aime beaucoup se regarder dans le miroir et semble en pleine exploration de son corps à travers sa propre image : elle s'approche, recule, se retourne, etc. Il est intéressant d'observer qu'elle tire la langue, ouvre sa bouche, et explore aussi les praxies bucco-faciales devant ce miroir.

Sur le plan de l'organisation spatiale, la connaissance du vocabulaire de l'espace prévu pour son âge n'a pu être appréciée. Sarah repère vite l'emplacement du matériel dans la salle et range le jeu à l'endroit exact où elle l'a trouvé. Elle occupe beaucoup l'espace devant le miroir. Par ailleurs, je n'ai aucune information objectivée concernant son organisation temporelle.

Sarah présente un retard de langage. Lorsque je la vois la première fois avec sa maman, elle ne parle pas beaucoup, ne construit pas de phrases et énonce seulement des mots. Elle n'utilise pas le « moi » ou le « je ». Pourtant, la maman dit qu'à la maison, elle commence à faire des petites phrases même si elles restent très peu articulées. Elle n'a pas accès au jeu symbolique (à quatre ans, l'enfant peut raconter de petites histoires). En revanche, elle semble attentive aux conversations dont elle paraît se souvenir. Ses réponses sont très peu réalisées dans l'immédiat, et elle peut parfois les différer. Lorsque nous serons seules avec elle les séances suivantes, elle investira moins la sphère langagière et sera moins compréhensible.

1.3.2. Projet thérapeutique

L'examen psychomoteur de Sarah révèle un décalage dans ses acquisitions psychomotrices. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ses nombreuses hospitalisations lors des premiers mois de sa vie ne lui ont pas permis de pleinement réaliser ses explorations sensori-motrices. La carence de ses dernières a pu entraver Sarah dans sa dimension perceptivo-motrice (régulations tonico-motrices, coordinations d'équilibration et

coordinations fines, organisation spatio-temporelle, représentation du corps, communication, sociabilité). Mais elle s'avère une petite fille joyeuse, qui manifeste de la curiosité et l'envie d'explorer son environnement bien qu'elle affiche de nombreuses appréhensions face à un élément nouveau. Elle abandonne rapidement ses explorations et a besoin d'être soutenue par l'adulte pour mieux appréhender son corps et le monde qui l'entoure.

C'est pourquoi des séances de psychomotricité sont proposées à Sarah une fois par semaine dans le but de renforcer la relation à autrui et d'étayer l'acquisition des différentes étapes de son développement psychomoteur et l'émergence du langage. Pour ce faire, la médiation proposée est le jeu. Il s'appuie sur plusieurs objets habituellement utilisés dans la salle de psychomotricité (ballons, coussins, etc.). Le dispositif vise à se saisir de ce que Sarah peut amener comme exploration par le biais de ces objets et d'établir une relation avec elle.

I.4. Evolution de la prise en charge en psychomotricité

Mes premiers questionnements face à la maladie de Sarah

Quand Sarah pénètre dans la pièce avec sa maman, j'ai face à moi une petite fille fluette et chétive. Son corps me paraît très frêle, comme celui d'une petite crevette. Pendant cette première séance, Sarah me donne l'impression de chercher à continuellement explorer son environnement mais dans une excitation diffuse, sans jamais s'accorder des moments de calme et de rassemblement. C'est comme si elle voulait constamment « mettre au dehors » ses actions et ses désirs sans parvenir à les maîtriser et à les mettre en relation avec autrui.

Les deux séances suivantes font encore plus ressortir cette distance relationnelle qu'elle instaure entre nous en l'absence de la maman. Lorsque nous lui proposons des échanges avec le ballon, elle refuse de nous l'envoyer et veut le garder. Lancer chacune à notre tour un anneau à l'intérieur d'un plot est aussi compliqué. Soit Sarah ne s'implique pas dans le jeu et préfère explorer toute seule l'objet, soit elle nous prend des mains nos anneaux et les met tous dans le plot sans attendre son tour. Face à un nouveau jeu, elle le prend et le range dans le placard ou alors elle réclame les toilettes afin d'y échapper. Finalement, nous ne parvenons pas à réaliser un jeu toutes ensemble. Je la sens loin de nous aussi bien physiquement que psychiquement. Se dire bonjour ou au revoir est très compliqué. A plusieurs reprises, elle fait des allers-retours dans la pièce en s'agrippant à un gros coussin,

objet qu'elle investit sans un but précis. Lors de la troisième séance, la psychomotricienne décide de lui retirer ce coussin avec lequel elle s'enferme pour tenter un autre jeu. Sarah sera très contrariée et le manifera corporellement (crispations dans tout son corps jusqu'à ses orteils et ses doigts, cris, pleurs, colères). La séparation avec cet objet lui paraît insupportable et je sens l'angoisse monter en elle. Elle résiste comme le ferait un tout petit dans l'omnipotence. Sarah est-elle bien différenciée ? Fait-elle vraiment la distinction entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à l'autre avec la question de l'intersubjectivité ?

Pour l'apaiser face à ses angoisses ou ses colères, la psychomotricienne essaye de la prendre à plusieurs reprises dans ses bras mais elle s'échappe, s'éloigne, peut partir à l'autre bout de la salle. Comme si elle éprouvait un besoin de mettre l'autre à distance et de trouver son espace propre pour se récupérer. Au bout de trois séances, je remarque que ces espaces de récupération sont essentiellement le canapé, les toilettes et le miroir. Elle investit énormément ce dernier objet. Dès qu'elle rentre dans la salle au début de la séance ou après avoir été aux toilettes, elle se précipite vers le miroir et se regarde un long moment. A ces moments précis, son dos me paraît très cambré avec une projection excessive du sternum vers l'avant. Son corps est comme arc-bouté. Sa tension musculaire paraît s'inscrire sur le plan postérieur et arrière du tronc. Une question me traverse alors : quelles sont les possibilités pour Sarah de pouvoir adopter la posture fondamentale d'enroulement de base ?

« L'organisation tonico-posturale d'un sujet résulte de son histoire et en est la trace. »³. Cet élément m'interroge alors sur sa maladie et sur la représentation qu'elle peut avoir désormais de son corps en lien avec une souffrance désormais inscrite en elle et irréparable.

Au vue de la malformation de son tube digestif et de ses interventions chirurgicales (placement d'une sonde, corps étranger), j'imagine cette zone du corps plutôt associée à la douleur chez Sarah. Pourtant, le « tube digestif peut être considéré comme un véritable axe organisateur du corps »⁴. Le lien entre le système locomoteur et le système viscéral permet le mouvement et les premières coordinations. Le tube digestif représente « l'axe du volume interne, des orifices, de la relation dedans/dehors et de l'affectif »⁵. Les tonicités de ce tube servent de base d'intégration aux postures d'enroulement et à la détente ainsi qu'aux états affectifs correspondants (lieu originel des états d'être comblés). Ainsi, la maladie métabolique

³ COLOGNE S., 2010, p.19

⁴ Cours d'Agnès Servant d'Anatomie Fonctionnelle de 2^{ème} année, 2013-2014, p.18

⁵ *Ibid.*, p.35

de Sarah fait qu'elle a pu subir des manques dans ses stimulations intéroceptives en plus d'éventuelles carences dans les soins maternels du fait de ses longues hospitalisations.

De plus, dans la bouche, les actions de succion et de déglutition dynamisent le digestif, ce premier axe vertical. Or comment Sarah a-t-elle pu le dynamiser sachant qu'elle n'avale rien par la bouche ? A-t-elle un jour éprouvé une sensation de chaud, de froid, de dur, de mou dans cette zone orale ? Cette dernière ne lui sert depuis sa naissance qu'à des vomissements incessants et non à un quelconque plaisir. Durant une période, je me souviens qu'elle avait ses bronches un peu encombrées et aucun médicament ne pouvait lui être donné pour la soulager. Il fallait attendre que son corps élimine les microbes et stoppe sa toux. Par ailleurs, le circuit de la déglutition et celui de la parole sont très proches. Nous goûtons les aliments comme nous goûtons les mots. Ce constat explique-t-il la difficulté pour Sarah de parler, de prendre plaisir à produire des mots même si elle émet des sons ?

Lorsque la psychomotricienne lui passe la balle à picots dans le dos à sa propre demande, Sarah se tord immédiatement à son contact et émet des cris perçants ne sachant pas trop si elle éprouve du plaisir ou de la nervosité. Cette balle ne paraît pas la détendre et pourtant elle la redemande. Quel est son rapport vis-à-vis de la douleur ? Ces douleurs n'ont-elles pas favorisées la construction d'une carapace tonique et l'accumulation des tensions sur ses muscles du dos ? La colonne vertébrale est pourtant le premier lieu d'intégration psychomotrice et l'enroulement est une posture de résilience qui permet une capacité innée à survivre à une expérience traumatisante⁶.

D'autre part, cette douleur, en lien avec son système proprioceptif et intéroceptif, n'a-t-elle pas pu jouer sur la structuration de son schéma corporel ? Rappelons qu'à partir de six mois, l'enfant commence à faire des liens entre les différentes perceptions d'un même événement et différencier progressivement les informations proprioceptives, intéroceptives et extéroceptives. Cette coordination entre ces trois informations va permettre à l'enfant de distinguer ce qui dépend de lui-même et ce qui émane de l'environnement. Pour Sarah, les sur-stimulations douloureuses au niveau du tube digestif n'ont-elles pas désorganisé la manière dont elle perçoit son corps dans l'espace et dans le temps, dans son tonus, dans son mouvement mais aussi à l'intérieur d'elle-même ? Sarah ne peut presque rien garder à

⁶ ROBERT-OUVRAY S., 1993

l'intérieur de son corps (vomissements et diarrhée à répétitions). Comment ressent-elle la solidité dans son corps ?

Au bout de trois séances à l'observer, et suite à tous ces questionnements soulevés par cette expérience, je me demande par quels moyens pourrions-nous l'aider à s'apaiser dans son corps, à la rassembler ? Comment lui offrir un cadre sécurisant et entrer en relation avec elle sans susciter des angoisses, des pleurs, des colères, des mises à distances ? Les deux questions me paraissent liées. Rappelons que durant les trois premières séances, Sarah a dû intégrer deux changements : l'absence de sa maman et mon arrivée. Un temps d'adaptation lui est manifestement nécessaire.

Rencontre avec le sac lesté

C'est au bout de la quatrième séance que nous parvenons à entrer davantage en relation avec Sarah, tout du moins durant une partie de la séance. Par exemple, nous avons pu initier un jeu de cache-cache derrière les tapis. Assise sur ses genoux et les coudes posés sur le coussin, Sarah attend d'être appelée par la psychomotricienne. A son « coucou », je sens dans son corps qu'elle vit ce jeu, qu'elle est dans l'attente d'être vue grâce à sa posturation progressive à quatre pattes et le passage de sa petite tête de l'autre côté du tapis pour vérifier la présence de l'autre. Je perçois à cet instant la possibilité pour Sarah de déployer un dialogue tonico-postural. Pour autant, que le jeu de cache-cache soit mené avec des objets (balle à picots mise sous le tapis par nous) ou sur sa propre personne (se cacher nous-mêmes derrière un rideau, sortir du champ de vision du miroir que nous regardons avec Sarah à cet instant), Sarah a besoin de vérifier très rapidement qui se cache et peut même, par moments, se désintéresser du jeu. Lorsqu'elle-même se cache, elle ne disparaît pas complètement de notre champ de vision. Sarah a-t-elle totalement acquis la permanence de l'objet ? Nous reviendrons sur cette notion théorisée par le psychologue Jean PIAGET⁷.

A la fin de la quatrième séance, Sarah fait la connaissance des petits sacs lestés de sable. La psychomotricienne lui propose tout d'abord de lancer ces sacs dans le Bilibo. Mais Sarah s'empare rapidement d'un sac et commence à l'explorer activement à travers ses sens (tactiles, visuels et auditifs). Elle le renverse d'un bout à l'autre, le secoue pour entendre le bruit, le rapproche de son oreille, le met sur la tête, sur ses épaules, etc. Elle entre dans une

⁷ Cf. *infra*. *Théorie (I.2.2.)*, p.55

véritable exploration sensori-motrice avec cet objet comme jamais elle n'a pu faire avec d'autres jusqu'à présent. J'observe qu'elle ne crie plus, ne bouge plus durant ce temps et reste dans le même espace de jeu, ce qui ne s'était encore jamais produit. Assises à côté d'elle, nous l'imitons dans son exploration. Elle nous adresse plusieurs regards et à ce moment-là de la séance, je sens qu'une relation devient possible entre elle et nous.

Lors de la séance suivante, Sarah poursuit ses explorations sensori-motrices avec ce même objet et nous l'accompagnons. Après l'avoir posé sur une partie de notre corps, nous nous amusons à le faire tomber en amenant une rythmicité dans cette action de faire chuter l'objet. Sarah propose d'elle-même de placer son sac derrière sa nuque. Un moment donné, elle se dirige vers moi et me donne son sac lesté. C'est la première fois qu'elle m'offre quelque chose même si le regard ne va pas de pair avec le geste. Ne serait-ce que s'approcher physiquement de moi était, jusqu'à présent, difficile pour elle.

Je suis absente la séance suivante et retrouve Sarah deux semaines après.

Le début de cette séance est très difficile pour Sarah. Dans la salle d'attente, elle cache ses yeux avec les mains, se positionne derrière sa grand-mère et nous tourne le dos. Finalement, elle entre dans la salle de psychomotricité, se dirige de suite vers le miroir sans émettre un son et en cachant toujours ses yeux avec ses mains. Puis elle se met à pleurer très fort et se crispe complètement sans savoir pourquoi.

La psychomotricienne tente de la prendre dans ses bras et lui propose de se mettre sur le canapé en installant un coussin pour la contenir un peu. Pour la première fois, Sarah accepte de se laisser toucher et porter. Sur le canapé, elle se détend et s'enroule un peu contre la psychomotricienne alors que son corps ne faisait que s'arc-bouter face à toute tentative d'apaisement. Mais elle garde ses mains sur ses yeux. Sarah se cache. A ce moment-là, la psychomotricienne verbalise que peut-être mon absence de la semaine dernière a été difficile pour elle, aggravée par le fait qu'elle semble avoir mal au ventre. Elle me propose alors d'aller chercher dans le placard la boîte en osier contenant les petits sacs lestés. L'arrivée de ses petits sacs engendre un apaisement chez Sarah. Comme dans les séances précédentes, elle y porte de l'intérêt et se détache légèrement de la psychomotricienne. D'abord, elle en met un sur sa tête, sur ses épaules, le retourne, etc. Nous l'imitons. Mais l'échange reste timide durant un bon moment.

Puis un événement se produit qui va modifier complètement la dynamique de la séance.

Sarah tend son sac vers moi mais sans vouloir me le donner. Instinctivement, je comprends qu'elle souhaite que je fasse pareil avec le mien. Nos sacs se rencontrent, se touchent, s'entrechoquent. Cette action lui procure une réelle jouissance et son visage s'illumine d'un coup. Elle sourit et émet un petit cri de plaisir. Elle veut recommencer plusieurs fois cette rencontre mais en se regardant dans le miroir. Elle se lève du fauteuil et met le sac sur sa tête tout en se regardant dedans. Je perçois un redressement de son axe corporel comme si le poids de l'objet l'amenait à convoquer d'autres chaînes musculaires et à mieux sentir ses appuis. Pour l'encourager et maintenir la relation avec elle, nous faisons de même en marchant en équilibre avec le sac lesté sur la tête. Nous le faisons tomber exprès plusieurs fois et Sarah semble apprécier notre jeu. Elle voudra refaire ce que je nomme la « rencontre des sacs » avec moi à d'autres reprises. Un échange devient possible entre nous deux par l'intermédiaire du sac lesté. Comme si cet objet lui avait permis de s'animer et de s'ouvrir.

A la vue des sacs lestés que je sors du placard lors de la séance suivante, elle passe d'une position totalement recroquevillée et d'un visage triste à un corps qui s'ouvre des pieds jusqu'à la tête. Son visage s'illumine de suite et jamais la transition dans son expression n'a été aussi rapide. Elle veut refaire la « rencontre des sacs » suivie des mêmes types d'explorations devant le miroir (sac posé sur différentes parties du corps). Elle continue un long moment à se regarder dans la glace sous plusieurs angles (de face, de profil, de dos) comme pour dire « je suis bien là ». Devant ce miroir, l'idée nous vient de réaliser pendant un moment des bruits avec nos lèvres pour stimuler un peu la zone orale. Sarah nous imite un petit temps. Pour la détacher un peu de cet objet dont elle semble avoir besoin pour entrer en relation, la psychomotricienne décide de cacher le miroir en mettant une couverture. Cette action ne perturbe pas Sarah qui gardera néanmoins son petit sac lesté dans sa main durant un court moment comme si l'objet la rassurait. Nous lui proposons alors un parcours en intégrant les petits sacs lestés sur lesquels Sarah peut marcher dessus. Elle s'intéresse beaucoup à ce jeu et fait plusieurs passages. Elle parvient même à attendre un peu son tour. Durant le parcours, je la sens dans une recherche de sensations proprioceptives comme pour éprouver son corps et à la fin du parcours, elle explore plusieurs schèmes moteurs de base sur le canapé (se met à quatre pattes, se redresse en passant par la position de l'ours, se met debout dessus, sautille, se

met sur la pointe des pieds, bouge ses épaules). Je remarque aussi qu'elle verbalise davantage même si les mots sont répétitifs et qu'elle n'articule pas suffisamment pour être bien comprise. Elle accepte plus longtemps d'être touchée et nous regarde plus volontiers, y compris quand elle donne un objet. Une relation de confiance s'installe progressivement.

Au début de la septième séance, les mêmes actions se reproduisent pour nous permettre d'entrer en relation avec elle : je vais chercher « l'objet magique » dans le placard, Sarah s'illumine et veut faire la « rencontre des sacs » avec moi puis elle met le sac sur sa tête devant le miroir. Durant le temps de jeu qui suit, elle semble avoir besoin de garder dans la main le petit sac lesté mais s'avère capable de le laisser au bout d'un moment. Pour terminer cette séance, la psychomotricienne lui propose un nouveau jeu : le puzzle d'une petite fille à habiller. Sarah exprime clairement dans son corps le refus d'y jouer. Elle s'agite et veut aller aux toilettes, son espace de récupération. La psychomotricienne insiste un peu, la prend sur ses genoux (action qu'elle accepte plus facilement maintenant) et l'invite à faire le puzzle en nommant chaque partie du corps de la petite fille pour l'encourager. Sarah a du mal à s'intéresser à cet exercice, ne participe pas beaucoup mais parvient quand même à ne pas se laisser déborder.

Temps d'interruption

Mi-novembre, les nouvelles de sa santé ne sont pas très bonnes. Sarah vomit constamment. Sa grand-mère nous apprend qu'elle va être hospitalisée cette semaine. Nous ne savons pas pour combien de temps. Je me fais alors à l'idée que je ne la reverrai peut-être plus.

Finalement, Sarah revient trois semaines après. Durant l'hospitalisation, elle a souffert des œdèmes (gonflements) et a été transférée en service de réanimation quelques jours après que les médecins aient décidé de l'alimenter par intraveineuse. A sa sortie, la grand-mère nous apprend qu'ils ont résolu de poursuivre l'alimentation par la sonde gastrique en modifiant la qualité du lait : le nouveau serait moins lourd à diriger. Face à ce changement d'alimentation, les médecins aviseront pour procéder à de futurs examens.

Retrouvailles

Dès que nous la retrouvons, je ne m'attendais pas à ce qu'elle récupère ses repères aussi vite. Durant quatre séances environ, le même déroulement des séances se reproduit. Quand nous venons la chercher dans la salle d'attente, Sarah cache systématiquement ses yeux avec les mains en étant plus ou moins près de sa grand-mère. Ce geste devient comme un petit rituel nécessaire pour elle avant d'entrer dans la salle. Elle peut aussi vouloir être un petit temps dans les bras de la psychomotricienne. Puis vient le temps de la rencontre entre elle et nous par l'intermédiaire du miroir et des sacs lestés. En entrant dans la salle, Sarah se regarde immédiatement dans le miroir et semble avoir besoin de ce temps-là pour se retrouver avec elle-même et pour commencer la séance avec nous. Puis d'elle-même, elle va chercher le panier en osier contenant les petits sacs dans le placard, nous invite à en prendre un et me tend le sien pour que nos sacs s'entrechoquent et se disent bonjour. Sur cette action précise, j'observe qu'au fur et à mesure des séances, elle fixe moins le miroir et me regarde davantage. Après un temps d'exploration devant le miroir avec différents objets (gros coussin, cerceaux, ballon, etc.), la psychomotricienne le recouvre avec le drap. C'est comme si cette action amenait un deuxième temps à l'intérieur de la séance, favorisant la relation dans des jeux à trois comme la construction commune des parcours avec des objets déjà utilisés ou non dans le premier temps (cerceaux, sac lesté, plots, bâtons, etc.), des lancers d'objets dans un contenant en attendant chacune notre tour, l'assemblage de puzzles, etc. Face à ces jeux, Sarah peut encore souvent changer d'activité, se diriger vers les toilettes ou le canapé. En revanche, elle accepte volontiers de ranger les jouets dès que nous le lui proposons en fin de séance. Autant l'action de donner est difficile, autant ranger semble la rassurer. Pour l'anecdote, nous retrouvons à deux reprises un petit sac lesté resté caché derrière un tapis qui n'avait pas été rangé la veille par un autre enfant ! C'est comme s'il attendait d'être trouvé par Sarah !

A la fin des séances, Sarah ne sort pas spontanément de la salle. A plusieurs reprises, je la vois ramper, marcher à quatre pattes à l'opposée de la porte pendant que sa grand-mère l'appelle. La psychomotricienne vient la chercher et dans la salle d'attente, elle nous dit « au revoir » à plusieurs reprises en levant sa petite main. A ce moment, je me dis que Sarah semble beaucoup interroger les différents espaces et chaque séparation lui apparaît comme une nouvelle étape : les entrées/sorties de la salle de psychomotricité et de la salle d'attente, l'envie d'aller aux toilettes face à une situation trop difficile à vivre dans la salle de

psychomotricité et le fait qu'elle doit aussi gérer sa maladie et tout ce qu'elle représente d'incommodant pour elle.

Les dernières évolutions

A son retour des vacances de Noël, nous constatons avec plaisir que Sarah a pris du poids et qu'elle continuera à grossir tout le mois de janvier. La grand-mère nous apprend que Sarah digère beaucoup mieux le nouveau lait. Maintenant, lorsqu'elle se regarde devant le miroir, j'ai la perception d'une petite fille moins cambrée, moins fluette et moins crispée dans son corps.

Désormais Sarah se repère totalement dans la salle. Je remarque qu'elle ne va pas chercher les petits sacs lestés dans le placard au début des séances, même si elle a souvent besoin de les retrouver plus tard et d'en saisir un dans ses mains pendant quelque temps pour réaliser les parcours. D'une manière générale, elle s'affirme beaucoup plus dans son corps et nous la sentons davantage en confiance. Pour certaines actions, elle affiche même un peu de fierté et cherche par moments nos encouragements pour persévérer dans ses gestes. Elle paraît plus affirmée face à nous et nous fait bien comprendre son refus de terminer un jeu qui l'ennuie. Devant son désir de vouloir agir à notre place, la psychomotricienne doit à maintes reprises poser des limites et moduler sa frustration. Néanmoins, confrontée à la nouveauté, Sarah affiche toujours une contrariété mêlée à une anxiété. En effet, elle peut se braquer et déployer son énergie pour faire autre chose. Mais en reprenant un jeu qu'elle a pu refuser la séance d'avant, nous pouvons observer qu'elle l'intègre et qu'elle accepte de chercher. C'est le cas par exemple pour la construction des puzzles. Au début, la psychomotricienne avait besoin de s'asseoir derrière elle et de beaucoup la guider avec ses mains. Puis, je me souviens précisément d'une fois où la psychomotricienne lui a proposé un second puzzle qu'elle est allée chercher dans le placard pendant que Sarah prenait d'elle-même une petite chaise et s'asseyait dessus pour nous signifier qu'elle attendait « la suite ». Pour la première fois, elle a pu réaliser ce puzzle face à la psychomotricienne sans besoin d'être contenue par l'arrière.

Mais malgré ses progrès relationnels, Sarah a toujours du mal à attendre son tour dans un jeu et veut souvent le faire à notre place. Elle n'associe pas le tour avec le prénom de la personne et le tiers semble compliqué à intégrer pour elle. Par ailleurs, elle nous montre souvent qu'elle a besoin d'avoir son propre espace physique. Je me souviens d'une séance où

la psychomotricienne se tenait à côté d'elle et l'aidait à trouver son équilibre sur le gros coussin. Allongée sur ce coussin, en décubitus dorsal, Sarah poussait les pieds de la psychomotricienne comme pour lui signifier qu'elle était trop près d'elle et qu'elle cherchait à défendre son espace. La psychomotricienne a présenté une résistance à ce geste pour lui montrer qu'elle était présente, solide dans ses appuis, et qu'elle aussi avait son espace propre et qu'elle ne s'effondrait pas face à Sarah. Cette dernière répondait vivement à sa résistance. Comment rester et jouer avec l'autre tout en ayant son propre espace à soi ? Comment trouver un équilibre à la fois physique et psychique entre soi et l'autre ? Voilà les questions qui me viennent en les observant se repousser mutuellement en même temps que surgit l'image du nourrisson de cinq-six mois qui pousse avec ses petits pieds ou qui pédale en l'air.

Rencontre avec la corde

Un jour que nous construisons toutes les deux un parcours (ma maître de stage reste en retrait à ce moment-là), Sarah trouve une corde dans le placard. Elle commence à jouer avec cette corde et n'est plus du tout avec moi dans le jeu. Je me sens alors démunie et je fais quelques tentatives pour la solliciter à faire le parcours avec moi. Mais rien n'y fait. Je la sens loin de moi et totalement absorbée par l'objet qu'elle tire derrière elle en marchant dans la pièce comme le ferait un bébé de dix-huit mois. Puis avec l'aide de la psychomotricienne, elle finit par accepter de réaliser notre parcours. Mais elle tient fermement la corde dans sa main et recommence à s'enfermer avec. Nous tentons alors de lui montrer ce que nous pouvons faire ensemble avec cette corde (tirer ensemble, passer dessous, etc.). Je suis surprise de voir Sarah se raidir, crier, rougir et même pleurer dès que nous essayons de toucher la corde. Cette action la met dans un état d'extrême angoisse et nous n'insistons pas davantage. La psychomotricienne lui propose alors de ranger les jouets et étonnamment, Sarah accepte immédiatement de se séparer de la corde qu'elle range avec les autres jouets dans le placard. Le fait de maîtriser l'action de ranger lui permet-elle de se séparer plus facilement de l'objet ?

Au cours de la séance suivante, Sarah reprend la corde au début. Comme la première fois, elle réalise plusieurs va-et-vient dans la pièce en tirant cette corde derrière elle. Je la sens fébrile avec cet objet en sa possession qu'elle semble vouloir encore garder à tout prix. Alors, avec ma maître de stage, nous avons l'idée d'aller chercher chacune une corde dans le placard et de jouer ensemble avec. Par exemple, la faire tourbillonner avec notre main, la tirer avec nos deux mains levées au ciel, la déposer au sol et sauter par-dessus. Puis assises sur des

tapis au centre la pièce, chacune saisissant une extrémité d'une corde, nous proposons à Sarah de passer par dessous ou par dessus la corde en la levant à différentes hauteurs. Tenant toujours fermement sa corde dans sa main, Sarah se montre réceptive à notre proposition. Elle commence à faire plusieurs allers-retours entre le canapé où elle se donne un temps de pause et de récupération, et la porte des toilettes, en franchissant l'obstacle matérialisé par la corde au milieu du trajet. Elle prend plaisir à ce jeu. A l'aide d'une corde tendue entre nous deux, la psychomotricienne lui propose ensuite de passer un anneau d'une extrémité de la corde à l'autre. Elle suggère à Sarah d'essayer de faire glisser cet anneau d'elle jusqu'à moi et de le récupérer à la sortie. Mais elle n'accepte de faire la « messagère » qu'une seule fois sans prendre l'anneau à l'autre extrémité. Je remarque qu'elle ne regarde pas du tout l'anneau et repart vite avec sa corde trainant toujours derrière elle. Elle affiche une crispation. Par la suite, elle prétexte vouloir aller aux toilettes, son troisième lieu de récupération après le canapé et le miroir. Dès que nous lui proposons de ranger pour passer à un nouveau jeu, Sarah accepte immédiatement de se séparer de la corde. Puis, vers la fin de la séance, nous proposons à Sarah de faire traverser un bâton à l'intérieur d'un tube d'un bout à l'autre et de le récupérer. Une fois encore, cette action semble lui provoquer une anxiété et non une contrariété. L'idée de passer un objet à l'intérieur d'un autre puis de le récupérer à la sortie semble la paniquer. Ses problèmes liés à l'absence d'un trafic intestinal normal pourraient-ils expliquer cette appréhension ? Lors des lancers d'anneaux à trois, je remarque que Sarah ne l'envoie jamais mais préfère le donner à quelqu'un. Elle semble toujours vouloir un contact entre l'objet et la personne et refuse un espace de séparation occasionné durant le lancer. Par son agrippement à l'objet corde, Sarah paraît avoir une perception de sa délimitation physique qui va au delà de son corps propre. Tous ces éléments m'interrogent sur sa capacité à percevoir la discontinuité entre chaque objet. C'est comme si elle ne différenciait pas les éléments entre eux, entre elle-même et un élément concret et finalement entre le « dedans » et le « dehors » des éléments dont elle fait partie.

Un peu plus tard, durant une autre séance, Sarah sort la corde du placard mais cette fois-ci me l'apporte au lieu de la garder. Je remarque que cette corde a pleins de nœuds. Instinctivement, j'en démêle une partie mais pas l'intégralité et la dépose à côté de moi sur le canapé pendant que Sarah joue avec un ballon en mousse. Voulais-je voir inconsciemment la réaction de Sarah face à ces nœuds non défaits ? Rapidement, elle se dirige vers le canapé, prend la corde et semble perturbée par la présence des nœuds restants. Elle essaye de les

défaire et je ressens chez elle cette crispation qui m'est devenue si familière. La psychomotricienne verbalise en parlant de « nœuds que nous avons dans la tête » me faisant alors penser à l'expression « se faire des nœuds au cerveau » ou plutôt à la sensation « d'estomac noué » qui fait référence à une contraction douloureuse causée par l'anxiété. Le corps de Sarah exprimerait-il sa souffrance quotidienne face à cet objet qui le renvoie métaphoriquement à son dysfonctionnement ? Alors que Sarah se débat avec les nœuds, elle finit par me tendre la corde pour que je l'aide. A peine ai-je le temps de lui redonner cette corde totalement démêlée qu'elle me dit « merci » et s'en empare pour refaire ses allers-retours en la trainant derrière elle dans la pièce, en évitant quelques objets sur son chemin. La psychomotricienne réessaye d'attraper le bout de sa corde et de tirer dessus en énonçant : « Attention, je vais l'attraper cette corde qui passe à côté de moi ». Au départ, Sarah ne réagit pas trop à ce geste et veut la reprendre et repartir avec dans la pièce. Mais je ressens moins d'angoisses chez elle par rapport aux autres fois ou lorsque la corde avait des nœuds. Y aurait-il à ce moment-là une possibilité de pouvoir être davantage en lien avec cet objet ? Alors que la psychomotricienne s'apprête à lui prendre pour de bon l'extrémité de la corde, Sarah l'évite avec agilité et monte d'un coup sur le canapé, en rigolant et semble nous dire : « Tu m'as pas eu ! ». Et effectivement, la psychomotricienne s'est laissée surprendre et moi aussi en tant qu'observatrice de cette scène ! Puis Sarah repart avec la corde dans la pièce et remonte sur le canapé en s'aidant de ses pieds pour complètement se redresser, presque sans utiliser ses mains. Elle met alors sa corde légèrement sur l'épaule me renvoyant l'image d'un randonneur qui partirait faire de l'escalade. Un peu plus tard, toujours debout sur le canapé, elle tient la corde par les deux bouts comme si elle s'apprêtait à faire de la corde à sauter. Ces deux images successives résonnent en moi, me procurant le sentiment que Sarah est maintenant beaucoup plus en lien avec cet objet, qu'elle arrive à en faire quelque chose et à réellement l'investir. Un moment donné, la psychomotricienne parvient à lui prendre le bout de la corde et commence à tirer. Cette fois-ci Sarah répond et, assise sur le canapé, commence elle aussi à tirer de son côté. La psychomotricienne résiste un temps puis lâche la corde. Alors j'interviens et prend à mon tour la corde pour tirer avec elle. Commence alors un jeu de « tirer-lâcher » avec la corde entre Sarah et l'une de nous deux. Chacune notre tour, nous tirons avec Sarah sur la corde. Mais elle est loin d'être prête à nous laisser gagner la partie. Tirant de toutes ses forces sur la corde, nous la laissons gagner du terrain en tenant fermement l'autre bout de la corde de sorte que nos mains finissent par se rencontrer. Comme si l'objet nous réunissait physiquement. Néanmoins, à ce contact, Sarah dégage avec force nos mains

pour se saisir de la corde et repartir avec dans la pièce. Alors la psychomotricienne refait ce jeu, en résistant cette fois-ci davantage pour montrer à Sarah qu'elle peut aussi perdre la partie et la maîtrise de l'objet. Sarah affiche d'abord une mimique de mécontentement, se cache vite les yeux mais ne s'effondre pas. Elle accepte cette prise de l'objet à cet instant, ce qu'elle n'était pas en mesure de faire les séances précédentes tellement elle semblait angoissée. Cette fois-ci, j'ai senti une volonté de ne pas vouloir donner l'objet comme pourrait le faire un bébé qui ne supporte pas qu'on le lui prenne des mains. Elle s'affirme dans cette action et un travail sur la gestion de la frustration a pu s'initier avec la corde qui paraissait indifférenciée d'elle jusqu'alors. Cependant, les séances suivantes remontreront que son rapport à la corde reste dans une adhésivité qui rend difficile une mise en contact avec elle par le biais de cet objet.

Arrêt des séances

Malheureusement, les séances avec Sarah s'arrêtent fin février. Pour une raison d'organisation, la maman a préféré poursuivre le suivi en psychomotricité dans un cabinet situé près de chez elle. Il n'a pas été possible pour la psychomotricienne de la convaincre de l'intérêt pour Sarah de poursuivre cet accompagnement.

Fin mars, une séance a permis de dire au revoir à Sarah en présence de la maman. Cette dernière nous apprend que Sarah socialise beaucoup plus avec les autres enfants de sa classe. Les maîtresses parlent de progrès dans sa motricité et dans le contact avec les autres. Le passage en moyen section de maternelle est prévu pour l'année prochaine.

De mon côté, devoir arrêter ce suivi ne m'a pas laissée indifférente. Même si j'ai conscience que nous ne sommes que de passage dans l'accompagnement d'un patient, je pensais pouvoir suivre Sarah jusqu'à la fin de mon stage au vu de tout le travail instauré pour entrer en relation avec elle et de l'évolution des séances.

I.5. Questionnements du rôle du miroir, du sac lesté et de la corde

Pour ne pas perdre de vue ma problématique, je voudrais revenir plus en détail sur trois objets qui, selon moi, ont marqué la rencontre entre Sarah et nous : le miroir, le sac lesté et la corde.

Au fil de l'accompagnement, je m'aperçois que le miroir incarne un véritable espace de rencontre qui semble aider Sarah à entrer en relation avec nous pour commencer la séance. Ce constat me conduit à faire référence aux études réalisées sur le rôle de cet objet notamment celles du psychanalyste Jacques LACAN⁸. Par ailleurs, la plupart des psychomotriciens semblent se servir de cet objet. Dans pratiquement tous mes lieux de stage, j'ai constaté la présence d'un miroir dans la salle.

De mon point de vue, le sac lesté symbolise réellement l'« objet magique » qui nous a permis d'entrer toutes les deux en relation. Cette fameuse « rencontre des sacs » devient notre manière de nous dire bonjour durant plusieurs séances avec les mêmes actions qui s'enchaînent : je vais chercher dans le placard la boîte en osier contenant les sacs (Sarah le fera d'elle-même par la suite) puis nous prenons chacune un sac et nous les faisons s'entrechoquer puis Sarah s'illumine, met le sac sur sa tête devant le miroir et poursuit son exploration de l'objet. Etabli au sein même des séances, le sac lesté pourrait-il avoir le statut d'*objet transitionnel*, concept théorisé par le pédiatre et psychanalyste Donald Woods WINNICOTT ? J'y reviendrai dans la partie théorique⁹. En réalité, c'est la première idée qui m'est venue à l'esprit notamment parce que l'objet transitionnel est en lien avec la notion d'*aire transitionnelle*, concept qui sera également abordé dans le corpus théorique. « La psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute »¹⁰. Cette idée de chevauchement a fait écho avec le phénomène de nos deux sacs lestés qui se rencontrent, chacun contenant comme une partie de nous. Mais le concept même d'*objet transitionnel* fait référence au lien à la mère absente et accompagne l'enfant dans les différents espaces. Or, Sarah n'amène pas cet objet en dehors de la séance. Il reste seulement présent dans l'espace de la pièce et, selon moi, n'a pas pour fonction d'interroger le lien à la mère absente. Cet objet remplit peut-être une autre fonction mais laquelle ? Il conviendra d'éclairer ce point par d'autres études théoriques qui nous fourniront des pistes sur l'apport de cet objet dans le processus thérapeutique. Notons que le sac lesté a permis de rassurer Sarah qui, comme dans le geste de regarder souvent son image dans le miroir, a eu besoin de le garder dans la main plus ou moins longtemps avant de s'en séparer dans la séance. La séparation s'effectuait souvent en parallèle avec le recouvrement du miroir. Sur une séance précise, je me souviens que nous sommes entrées toutes les deux en relation selon une

⁸ Cf. *infra*. *Théorie* (II.4.), p.65

⁹ Cf. *infra*. *Théorie* (II.1.), p.57

¹⁰ WINNICOTT, 1971, p 76

progression que je n'avais pas saisie sur le moment ; d'abord par l'entremise du sac lesté devant le miroir, puis en touchant nos mains, Sarah regardant cet échange à travers le miroir, pour terminer par un contact direct lorsque Sarah me regarde et me tend son pied pour que je le saisisse à la fin du parcours où je l'attends. Sur cette dernière étape, aucun objet n'est nécessaire. C'est comme si elle avait besoin de faire tout ce chemin pour être en relation immédiate avec moi.

Enfin, la difficulté de séparation avec l'objet corde est venue m'interroger sur la problématique de différenciation chez Sarah. Cet objet m'est apparu comme un prolongement d'elle-même avec l'image du cordon ombilical qu'elle n'aurait pas encore psychiquement réussi à couper. Cet objet symbolise véritablement le lien à l'autre, l'attachement. A-t-elle peur de perdre quelque chose d'elle-même ? Cette perte est-elle en lien avec ses hospitalisations et sa peur d'y retourner à n'importe quel moment ? Sarah n'accepte la séparation avec l'objet qu'au moment où ma maître de stage lui propose de ranger le jeu. Maîtrisant cette action, elle peut le faire en toute sérénité. Comme si elle ne se sentait plus reliée à l'objet.

Mais au delà d'elle-même et la corde, l'interpénétration de deux objets comme l'anneau et la corde ou le bâton et le tube génère de fortes angoisses. Comme si l'unification de ces objets ne permettait plus aucune discontinuité. Comment vit-elle ces angoisses à l'intérieur de son corps ? Son besoin de s'accrocher plus ou moins fortement à tous ces objets ne pose-t-il pas un moment donné la question de leurs propres limites dans le dispositif ? Peuvent-ils toujours permettre une mise en relation ? Ne faut-il pas par moment savoir se séparer de ces objets comme l'acte de recouvrir le miroir avec un drap au milieu de la séance pour établir d'autres dynamiques interactionnelles ?

Afin de poursuivre mes observations cliniques, je vous propose maintenant de changer d'univers et de faire la connaissance de Mr O., âgé de quarante-quatre ans, qui souffre d'une maladie mentale et qui a dû être hospitalisé en psychiatrie adulte.

II. Mr O... le tissu... et moi

II.1. Contexte de la rencontre

II.1.1. Présentation du service intra-hospitalier

Mon stage s'est déroulé en psychiatrie adulte dans une Unité fermée d'hospitalisation rattachée à un Etablissement Public de Santé (EPS). Ce dernier regroupe dix secteurs de psychiatrie adulte et deux secteurs de pédopsychiatrie comprenant des structures ambulatoires (CMP, CATTP, Hôpital de jour, etc.) et des unités d'hospitalisations.

Supervisée par un chef de pôle et un cadre supérieur de santé, l'équipe se compose de trois psychiatres, d'un cadre infirmier, d'infirmiers, d'aides soignantes, d'une psychomotricienne, d'assistantes sociales et d'autres personnels (internes, stagiaires, etc.). Réparti sur un étage, ce service comporte vingt-et-un lits et une chambre d'isolement. Cette dernière est réservée aux patients qui arrivent en état de crise aiguë ou qui, durant leur séjour, se sont livrés à des actes auto et hétéro-agressifs. La prescription médicale de l'isolement est souvent associée à un sédatif et une éventuelle contention. Quant aux autres patients, ils ont accès librement à leur chambre et aux différents espaces de détente comme la salle commune de vie, les terrasses ou l'espace fumeur. Les espaces réservés aux soignants (bureaux, sanitaires, infirmerie, salle de psychomotricité, etc.) sont verrouillés. Parmi ces espaces se trouve une salle de service où se déroulent chaque matin les transmissions orales de l'équipe en présence du médecin responsable du service. Elles constituent un moment favorable aux questionnements sur l'indication et le réajustement du traitement de chaque patient. Une réunion institutionnelle a également lieu dans cette même salle une fois par semaine pour discuter plus précisément du projet personnalisé d'un patient. Cette salle est aussi le lieu de vie de l'équipe (pauses, repas) et l'occasion de procéder à des échanges informels.

La salle de psychomotricité est située au fond de l'un des couloirs de l'étage, un peu en retrait du service et proche de la chambre d'isolement. Elle est petite, bien agencée, et possède une bonne luminosité. Ces éléments permettent de créer un cadre contenant pour le patient, dans un espace détaché du reste du service qui, en contrepartie, peut-être « isolé ».

II.1.2. Modalités d'hospitalisation

Deux types de modalités d'entrée en institution existent : le soin libre (SL) où la personne intègre l'unité à sa propre demande et le soin sous contrainte avec une prise en charge par un juge de tutelle. Dans ce second cas, l'hospitalisation s'effectue soit à la demande d'un représentant de l'état (SDRE), soit à la demande d'un tiers (SDT). Si aucun tiers ne signe un contrat et que l'hospitalisation est nécessaire, une admission a lieu en péril imminent (SPI). L'hospitalisation dure de quelques semaines à quelques mois.

Le projet de soin correspond à l'évaluation de l'état de santé du patient et à la mise en place d'un projet de soin personnalisé. Celui-ci aboutit souvent à un accompagnement en extrahospitalier (CMP, CATTP, etc.) avec un retour à domicile, à un placement (Foyer d'Accueil Médicalisée, Maisons de Repos, etc.) ou à un séjour de rupture (Foyer de post-cure).

II.1.3. Population principalement accueillie

Le service reçoit des adultes atteints de maladies du psychisme traduites par une affection tant sur le plan affectif (sentiments, émotions) que sur le plan intellectuel (pensée, jugement, raisonnement, etc.). Les pathologies majoritairement rencontrées sont celles des patients souffrant de psychoses. Considérées comme les « maladies psychiatriques les plus graves »¹¹, elles se caractérisent par une perte de contact avec la réalité plus ou moins partielle selon la pathologie psychotique. L'une des manifestations est le délire. Le sujet a une croyance quasiment inébranlable dans ses idées fausses détectables par un manque d'éléments de réalité et une certaine incohérence dans le discours. Les thèmes du délire sont nombreux (persécution, mégalomanie, jalousie, etc.). Les mécanismes retrouvés sont l'interprétation délirante, l'intuition délirante, l'imagination délirante et les hallucinations correspondant à des perceptions sans objet. À ces symptômes viennent s'ajouter la méconnaissance par le psychotique de son état et son incapacité à pouvoir s'en apercevoir. Ces éléments expliquent parfois la nécessité de traiter le patient contre son gré en prenant les mesures autoritaires légales.

¹¹ ANDRE P., 2006, p.77

La nosographie française regroupe deux types de psychoses : la psychose délirante aiguë et les psychoses chroniques. Parmi les secondes se trouvent la schizophrénie, sur laquelle je reviendrai plus en détail lorsque j'aborderai le cas de Mr O.

II.1.4. La prise en charge en psychomotricité

L'indication de thérapie psychomotrice est posée par le psychiatre référent du patient et soumise à l'avis de l'équipe. La première rencontre se fait sous forme d'un entretien posé par le psychomotricien sur rendez-vous, suivi d'une évaluation selon la disponibilité du patient. Cet entretien permet avant tout un premier contact et une mise en confiance. Tout en lui faisant une présentation de la psychomotricité, le but est d'entendre le patient parler de son rapport au corps (douleurs ressenties, tensions, angoisses particulières, pratique d'un sport, etc.). Cette entrevue vise aussi à lui présenter les modalités de prise en soin, et pouvoir apprécier ses demandes afin de les adapter au mieux pour les futures séances. Au vu des examens psychomoteurs (non forcément étalonnés pour une population adulte), la psychomotricienne procède à une évaluation basée sur l'observation du patient. Sa connaissance du corps, son investissement dans l'espace, ses repères temporels, ses conduites motrices de bases, son équilibre, sa capacité à se détendre volontairement (modulation tonique), et aussi quel type de relation le patient met en place, sont autant d'éléments qui servent à évaluer les capacités du sujet et permettent la construction de son projet thérapeutique. Ce dernier définit les futurs axes thérapeutiques et le cadre (durée, fréquence et lieu des séances, choix des médiateurs). Sur la durée de mon stage, seules des prises en charge individuelles sont proposées.

II.1.5. Comment ai-je rencontré Mr O. ?

C'est mon premier jour de stage dans le service. Nous venons de terminer les transmissions orales de l'équipe. Ma maître de stage me fait part d'un patient désireux de commencer un suivi suite à une discussion qu'il aurait eu avec une infirmière qui lui a parlé de la psychomotricité. A peine arrivons nous à la salle de psychomotricité, que nous voyons Mr O. devant la porte qui nous demande si c'est bien ici qu'ont lieu « les cours de gym ». Il semble déjà prêt à démarrer les séances. La psychomotricienne lui propose alors un entretien le matin même juste après avoir demandé une prescription médicale au psychiatre

réfèrent de Mr O. Ce dernier nous apprend alors qu'il souffre d'une schizophrénie paranoïde. Hospitalisé depuis deux semaines, il est resté en chambre d'isolement jusqu'à la veille de notre rencontre. Lors de son arrivée dans le service, il était très impulsif avec des délires de persécution. Mais avant d'exposer le passé et l'histoire de la maladie de Mr O., je voudrais aborder les caractéristiques d'une personne atteinte de schizophrénie.

II.1.6. Définition de la schizophrénie

La schizophrénie est une « modification profonde et durable de la personnalité »¹². Ce mot provient du grec *schizo*, « fendre » et *phrên*, « esprit »¹³. Il est utilisé pour la première fois en 1911 par le psychiatre Eugen BLEULER afin d'illustrer l'idée d'une fragmentation de la vie mentale. La maladie se déclare généralement entre quinze et trente-cinq ans et touche près de un pour cent de la population. Elle évolue tout au long de la vie. Ses débuts sont insidieux, repérable plutôt à posteriori. Son apparition se traduit par une décompensation sur un mode psychotique d'un état latent neuro-biologique.

Quand la maladie est installée, un trépied caractérise les syndromes schizophréniques : le versant positif, le versant négatif et la discordance. Le versant positif se caractérise par des délires imaginatifs, interprétatifs et des hallucinations notamment acoustique-verbales et psychiques avec sensation d'intrusion de la pensée (automatisme mental). Dans ces moments-là, le sujet est anxieux avec un sentiment de dépersonnalisation. Le monde change, le corps se modifie avec une dissolution du sentiment d'exister. Le sujet souffre également d'une dissociation traduite par un trouble de l'association des idées avec des enchaînements illogiques, une pensée floue, par résonance de mots. Le versant négatif se manifeste par un appauvrissement de la vie psychique provoquant une réduction de l'expression émotionnelle, une aboulie et un apragmatisme (manque d'initiative motrice et de volonté à faire). Les fonctions cognitives sont altérées et le discours pauvre, laconique et stéréotypé. S'y ajoutent un éloignement et un isolement croissant au profit d'une vie intérieure intense comme une défense contre toute menace d'intrusion (apparentée à l'autisme). Les médicaments qui permettent d'apaiser l'angoisse et les productions délirantes peuvent être en partie responsables de cette dimension négative. La discordance se traduit par un manque de cohésion entre la nature et l'intensité des émotions, et ce qui les provoque. Elle génère des

¹² ANDRE P., 2006, p.84

¹³ Le Grand Robert, 2005

conduites contradictoires et des variations brusques des réactions comme le passage de la colère à la passion, des rires immotivés, etc. Par ailleurs, elle peut entraîner une bizarrerie avec des stéréotypies gestuelles pouvant aller jusqu'à la catatonie, une motilité maniérée, d'allure automatique ainsi qu'une impénétrabilité.

Le DSM IV-R classe la schizophrénie en cinq différentes formes cliniques définies en fonction de la prédominance de leurs symptômes au moment de l'évaluation : la forme paranoïde, désorganisée ou hébéphrénique, catatonique, indifférenciée et résiduelle. Cette forme peut évoluer. La schizophrénie paranoïde correspond à la forme la plus fréquemment rencontrée lors des hospitalisations. Elle est caractérisée par la prédominance de plusieurs idées délirantes ou d'hallucinations auditives fréquentes. A noter que le DSM V a retiré ce classement en raison de leur manque de reproductibilité.

II.2. Présentation de Mr O. (anamnèse)

Mr O. a quarante-quatre ans. D'origine camerounaise, il vit en France depuis 1998. Il s'est marié avec une française et s'est naturalisé. Il aurait une quarantaine de frères et sœurs dont dix vivraient en France. Au Cameroun, il a fait des études en droit privé puis est devenu comptable. Son père décède en 2006, période durant laquelle il rentre dans son pays natal puis revient en France. Aucune information supplémentaire n'est livrée sur son passé, probablement due à la difficulté pour Mr O. de l'évoquer.

Lorsqu'il revient en France après le décès de son père, il aurait été hébergé par une sœur quelques temps puis chez un frère aîné entre 2007 et 2013. Ce dernier le fait embaucher dans une association où lui-même travaille. Les mois suivants, il part vivre avec sa compagne avec laquelle il a eu un fils qui a aujourd'hui sept ans. Le doute plane si cette personne est celle avec qui il s'est marié. Dans tous les cas, cette dernière le met à la porte pour comportement hétéro-agressif et en raison de sa consommation de cannabis. En février 2014, son patron lui suggère un arrêt de travail. Fin mars 2014, ne souhaitant pas revenir chez son grand frère, il devient SDF. Au même moment, il est amené par la police en service psychiatrique dans un contexte délirant de persécution et trouble du comportement sur la voie publique. C'est sa première hospitalisation et il n'aurait jamais été suivi en psychiatrie.

L'été 2014, pour une continuité des soins, un transfert est prévu dans une maison de santé située près de chez son grand frère qui envisageait de l'accueillir de nouveau chez lui. Mais Mr O. fugue avant la date de son transfert. Il vit alors quelques semaines dans un hôtel à Paris. Fin octobre 2014, il est adressé en soin sous contrainte (SDRE) par l'IPPP (l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police) au service intra-hospitalier du secteur pour trouble du comportement et agression sur la voie publique dans un contexte délirant. A son arrivée dans le service, le diagnostic de schizophrénie de type paranoïde est posé. Des neuroleptiques et des anxiolytiques lui sont administrés. Des problèmes digestifs sont évoqués par l'équipe : Mr O. fait des diarrhées qui s'amointriront progressivement. Après deux semaines en chambre d'isolement, l'équipe le transfère en chambre ouverte. Pour la suite, il est question d'un projet de soins au CMP du secteur où réside son frère aîné. Mais ce projet évoluera.

II.3. Observation psychomotrice et projet thérapeutique

II.3.1. Observation psychomotrice

Quand il se présente à nous, Mr O. marche d'un pas assez lourd, ses longs bras peu ballants. Je dirais qu'il mesure entre un mètre quatre-vingt cinq et quatre-vingt dix, et cette grande taille lui donne une belle carrure. Par ailleurs, une douceur générale se dégage de lui et dès le début, je le trouve très courtois. Ce jour-là, il porte un bonnet et sa tenue vestimentaire est simple (pantalon, tee-shirt).

Pour démarrer l'entretien, la psychomotricienne l'invite à s'asseoir et à nous parler de lui et de ses attentes. Ses épaules sont plutôt en rotation interne et ses pieds posés à plat. D'emblée, il semble avoir envie de nous communiquer des éléments de son histoire personnelle même s'ils semblent confus. Calculer que seize ans se sont écoulées entre son arrivée en France et maintenant est compliqué pour lui. Mais je sens quelqu'un de réfléchi dans ce qu'il énonce, avec une attitude posée, pourrais-je même dire. A deux reprises, il exprime : « je ne suis pas fou » ayant conscience qu'autour de lui, on ne partage pas son avis. Il m'adresse une fois un regard comme pour me demander une réponse à des questions qu'il se pose lui-même. Il nous parle d'une anecdote où il se serait fait agresser par une personne. Cette dernière lui aurait donné un coup de pied à la poitrine (il nous montre ses côtes). Mais il

n'avait pas voulu riposter en se disant à lui-même que ça ne servait à rien comme s'il avait pu prendre du recul face à cette situation.

Cependant, d'autres éléments qu'il rapporte s'apparentent à des idées délirantes. Il prétend entendre, face à une personne en train de téléphoner devant lui, ce que raconte la personne qui est à l'autre bout du fil. Il a des délires de persécution vis-à-vis de sa famille. Il insiste à plusieurs reprises sur le fait que « le mal vient de ma famille ». Il pense que c'est Dieu qui l'a guéri et qui lui donne la force d'avancer. Il parle d'une force invisible. Il sent le mal à l'intérieur de lui et ressent par moments des montées d'angoisse. «J'ai mes os qui craquent » exprime-t-il par rapport à son corps. Il affiche une tension qui serait en permanence présente tout en verbalisant paradoxalement « je ne sens pas mon corps ». D'autre part, il se plaint de douleurs tout autour du cou et au niveau des cervicales jusqu'en bas du dos. Il ne parle pas d'autres zones douloureuses (mains, jambes, etc.) et reste centré sur le tronc et la colonne vertébrale. Au niveau de ses pratiques corporelles, Mr O. évoque le sport et insiste sur la musculation. La manière dont il en parle me donne le sentiment qu'il cherche à retrouver une performance musculaire et que les séances de psychomotricité pourraient l'aider.

Pour commencer l'observation psychomotrice durant laquelle je suis observatrice, ma maître de stage lui propose de dessiner une personne sur une feuille, celle qu'il veut. Mr O. écrit de la main droite et a une bonne tenue de l'outil scripteur. Il dessine un bonhomme qui me fait penser à la fois à un épouvantail et à la croix du Christ. Il a une grande tête (des yeux, un nez, des cheveux mais pas de bouche) prolongée par un trait vertical représentant le tronc et deux traits horizontaux pour les bras. Les jambes, les pieds et les mains ne sont pas du tout représentés. Tout se concentre au niveau de la tête et de la colonne vertébrale sans attribuer à cette personne le moindre volume. A noter que Mr O. est capable d'indiquer la date du jour qu'il retranscrit sur le dessin¹⁴.

Sans lui expliquer le but de l'exercice qui va venir, la psychomotricienne lui propose ensuite de choisir un objet parmi cinq : la corde, le bâton, le tissu, l'élastique et la balle. Mr O. choisit spontanément le tissu. Elle lui explique alors que l'activité consiste à garder ce tissu tendu en le tenant chacun par son extrémité avec une seule main. Une personne va d'abord guider l'autre qui doit s'ajuster de manière à garder le contact par le biais du tissu. Puis les

¹⁴ Cf *Annexe. p.102*

rôles sont inversés. Je remarque que Mr O. ne prend pas spontanément le tissu à l'aide de ses doigts mais plutôt à pleines mains. Il choisit finalement la main droite. Durant l'exercice, il prend assez vite conscience de l'espace plutôt réduit de la salle et l'exprime avec une pointe d'humour. Je sens l'envie chez Mr O. de se déplacer dans cet espace notamment en avançant et en reculant. Par contre, lorsque ma maître de stage le guide, il résiste beaucoup à la poussée et l'entraîne avec lui sans parvenir à s'ajuster. La psychomotricienne lui propose alors le même exercice en essayant de rester debout immobile, les pieds bien au sol. Je constate alors une raideur au niveau de ses genoux et de ses hanches. Lorsqu'il est étiré, il se penche en avant sans déverrouiller les genoux et sans redresser son axe comme lui montre la psychomotricienne en miroir, sans le verbaliser. Il met toute la tension sur sa colonne et sur l'épaule de la main qui tire le tissu que ce soit du côté droit ou du côté gauche. Dû à son manque d'appuis au sol et au blocage de son bassin, son hémicorps est alors entraîné vers l'avant, tête comprise, regard au plancher. A cet instant précis, j'ai l'impression que son corps est comme coupé en deux, comme si le haut et le bas étaient dissociés. Cependant, à aucun moment, le lien est interrompu entre les deux. Mr O. a pu trouver une stratégie pour conserver le contact et ne pas lâcher le tissu durant toute la durée de l'exercice même lorsqu'il a dû rester immobile. Cela peut montrer une solidité et les ressources qu'il a en lui pour parvenir à tenir, à l'aide de sa simple colonne vertébrale et de ses épaules. L'expression « porter le poids du monde sur ses épaules » me vient alors en tête. Ce n'est pas un hasard si ce sont ces zones qui accumulent souvent bien de tensions !

Pour terminer l'entretien, la psychomotricienne m'inclut et nous propose de marcher dans la salle. Lorsqu'elle frappe, nous devons nous arrêter. Lors de ces ruptures temporelles, Mr O. ne parvient pas à complètement s'immobiliser. Il a toujours son pied arrière fléchi, toujours prêt à repartir vers l'avant. Nous recommençons l'exercice mais cette fois-ci en prenant la posture souhaitée. Vers la fin, elle propose d'en choisir une où nous nous faisons les plus petits possible, et une dernière où nous nous grandissons le plus possible. Durant les déplacements, elle suggère de ne pas hésiter à dessiner comme des petits formes au sol, de réaliser des trajets sinueux et pas nécessairement de tourner en rond. Mr O. marche beaucoup en périphérie comme s'il « rasait » les murs et passe rarement par le centre malgré la proposition de varier les chemins. Il refait allusion à l'exigüité de la salle, à laquelle il s'adaptera très bien lors des séances suivantes. Il effectue beaucoup de lignes droites et provoque peu de rencontres avec l'autre. Il nous montre peut-être un besoin d'aller en dehors

de la pièce, de bouger au-delà de cet espace qui lui semble petit. Concernant les postures effectuées, elles s'avèrent dans l'ensemble peu déployées dans l'espace. Je me souviens d'une où il enroulait simplement sa colonne et se repliait sur lui sans bouger le bassin. Sur la posture la plus ample, il levait les bras vers le haut mais sans aucune inclinaison sur les côtés, dans un axe purement vertical.

A la fin de l'entretien, il évoque le fait qu'il n'aime pas changer de médecin. Il paraît sensible à la continuité du suivi et montre son désir de le maîtriser afin de pouvoir se projeter dans le futur lorsqu'il quittera le service.

II.3.2. Projet thérapeutique

Dans cette première rencontre, Mr O. nous apparaît comme une personne vraiment dans l'échange. Par des regards et des prises en considération, il intègre le fait que nous sommes trois, ce qui restera le cas lors des séances suivantes. S'exprimer reste difficile pour lui quel que soit le support. Il parle de son histoire mais nous avons du mal à suivre sa temporalité et le sens de certains mots. Il tient des propos délirants. Ses repères temporels semblent confus malgré le fait qu'il paraît prendre conscience d'un manque de cohérence dans ses propres idées. Le dessin est le support avec lequel il est le moins à l'aise et il le reconnaît lui-même.

D'une manière générale, nous ne ressentons pas un sujet « éclaté ». Même s'il est question de morcellement, Mr O. semble plutôt une personne peu reliée physiquement et psychologiquement. L'observation psychomotrice a révélé un manque d'union entre ses différents segments corporels notamment entre le haut et le bas du corps et des parties qu'il semble oublier comme son bassin et ses membres inférieurs (absents dans le dessin du bonhomme, genoux verrouillés). Même si les gestes usuels paraissent sauvegardés, un manque de coloration dans sa palette gestuelle nous donne la sensation d'un corps assez figé et des mouvements étriés. Les ceintures scapulaire et pelvienne semblent entravées et le confinent dans des postures fermées sur elles-mêmes, axées sur un enroulement de la colonne et un regard dirigé vers le sol. Ses mouvements se réalisent essentiellement dans un plan sagittal avec très peu d'exploration latérale et ses mouvements kinesthésiques apparaissent de faible amplitude.

« Dans la pathologie les corps se figent, les disponibilités s'étiolent, le mouvement devient compact, perd sa richesse à tous points de vue : le rapport au temps, à l'espace et les qualités du geste s'appauvrissent. Le sujet se restreint globalement, suspend ou limite ses interactions et ses échanges, ce qui se marque au niveau du corps lui-même »¹⁵. Nous devons donc tenter de redonner à Mr O. de l'ouverture, l'aider à trouver des chemins, enrichir ses nuances gestuelles. Lui permettre de conquérir de la liberté mais dans un travail structuré, en lui offrant une sécurité dans le dispositif.

Deux séances par semaine de quarante minutes sont proposées à Mr O. dans la salle de psychomotricité. Leurs durées s'ajustent en fonction de l'état de Mr O. le jour de la séance. Le projet thérapeutique consiste à aider Mr O. à retrouver de la mobilité, à harmoniser la coordination entre les segments corporels, et à favoriser une unité corporelle et établir des liens entre le corps et le psychisme au niveau relationnel. L'axe de la régulation tonique est sous-jacent à ce travail et l'idée est aussi d'aider Mr O. à trouver plus de détente dans son corps. Pour ce faire, la psychomotricienne s'appuie sur la médiation « danse » (ou plutôt une introduction de mouvements structurés) et utilise le support musical au cours de différents temps de la séance. A la fin de chaque séance, elle propose à Mr O. de retranscrire dans un carnet trois mots en lien avec le travail réalisé ce jour-là. Ce carnet, auquel seront ajoutés parfois des dessins, parfois des photos, permettra de garder la trace de ce qu'il aura pu vivre en séance et de faire du lien d'une séance à l'autre. Car finalement, la situation de placement en SDRE, la non domiciliation de Mr O. et le refus du grand-frère de lui fournir un certificat d'hébergement, aboutiront à une hospitalisation de plus longue durée.

II.4. Evolution de la prise de charge en psychomotricité

Première période autour du schème centre/périphérie allié à la respiration

En partant de ce qu'il nous révèle corporellement, ma maître de stage propose de commencer les séances par des exercices mettant en jeu des mouvements de flexions et d'extensions sur le plan sagittal. Elle propose de les accompagner de la respiration, notre premier schème de mouvement, comme support pour Mr O. et d'observer les dynamiques de mouvements qui lui parlent. L'objectif est aussi de l'aider à déverrouiller son bassin, à lui

¹⁵ LESAGE B., 2012, p.74

faire prendre conscience de ses membres inférieurs et de ses appuis, à redresser son axe corporel et à relier le haut et le bas de son corps. En parallèle, un travail autour du *schème centre/périphérie* selon l'approche du mouvement Laban/Bartenieff¹⁶ est réalisé. Il consiste à la réalisation de balayages avec notre main sur certaines zones du corps en partant du centre (zone du bassin) vers la périphérie (une jambe, un bras, la tête) et inversement. Combinés à la respiration, ces allers-retours permettent une dynamique de déploiement vers l'extérieur (inspiration) puis de rassemblement, comme un retour à soi (expiration). Pour aider Mr O. à trouver le chemin pour passer d'une polarité à l'autre, la psychomotricienne peut introduire de l'imaginaire. Elle énonce le fait de voyager, partir à l'autre bout de la terre, chaque extrémité représentant un pays, puis de revenir dans notre maison. L'idée est ainsi que progressivement Mr O. « accepte de rejouer le rythme *aller vers/revenir à soi* et s'ouvre donc à la relation »¹⁷.

Pendant les premières séances, Mr O. montre toujours une raideur au niveau du bassin et un verrouillage des genoux. Faire un geste qui part du bassin et qui laisse de la mobilité dans le haut du corps est difficile pour lui. A plusieurs reprises, il affiche un besoin d'enrouler sa colonne vertébrale. Dans le jeu d'alternance de mouvements d'ouverture et de fermeture, Mr O. n'est quasiment que dans du rassemblement, les épaules en rotation interne. Il ne nous regarde presque pas. Lorsqu'il s'étire, ses mouvements sont peu élastiques et discontinus. Je remarque toujours une envie chez lui d'étirer la région des lombaires. Après discussion avec ma maître de stage, nous avons cherché à axer nos propositions sur l'enroulement et à l'aider à solliciter davantage ses articulations. Ceci pour essayer d'assouplir ses mouvements, donner plus de continuité à ses gestes et établir du lien entre les différentes parties de son corps.

Par ailleurs, il ferme très souvent les yeux lorsqu'il est à l'arrêt. Cherche-t-il à se connecter un peu plus à ses sensations ? A être au calme ? A être avec lui-même et à se détacher des autres et de ce qui l'entoure ? Dans les déplacements, son regard n'est pas du tout porté au loin et son axe reste peu redressé. Il s'ouvre et rencontre l'autre dans l'espace difficilement. Il échange peu au niveau expressivité corporelle. Il préfère rester dans un travail d'intériorité tout en étant réceptif à nos propositions comme par exemple le choix des musiques. Une séance d'auto-percussion osseuse lui fait évoquer le mot « djembé ». Il essaye de comprendre la logique corporelle des mouvements que nous pouvons lui proposer. Cette recherche de « proprioception consciente » paraît le nourrir intérieurement. Il énonce des mots

¹⁶ LABAN R., 1950

¹⁷ LESAGE B., 2012, p.238

ou des phrases comme « bien-être », « relaxation », « je me sens apaisé après chaque séance », « merveilleux », « serein », « content », « énergie positive ». A la fin d'une séance, il souhaite augmenter les « heures de cours » et rajoute qu'ici, « on apprend à se contrôler ». Tout en entendant sa demande de contrôle, la psychomotricienne le reprend sur cette notion de « cours » et lui parle plutôt de séances en rapport avec un travail sur soi, sur comment trouver ses appuis dans son corps, dans son espace, comment être en relation avec l'autre. Quelle vision Mr O. a-t-il des séances de psychomotricité ? Reste-t-il dans une vision purement sportive et mécanique avec l'idée de performance ? Peut-être que sentir son corps signifie pour lui faire des efforts comme la gymnastique ou la musculation ? Dans tous les cas, il s'inscrit vraiment dans le travail et verbalise l'importance de la continuité des séances. Même lorsque je le sens très fatigué, il ne refuse jamais d'y participer pensant d'ailleurs que le travail va l'aider à lutter contre la fatigue. Il accomplit nos propositions jusqu'au bout de la séance et veut continuer. Par ailleurs, j'observe qu'il porte très souvent son bonnet dans ces périodes de fatigue. Comme si le fait de garder cet accessoire servait d'indicateur de sa disponibilité physique et même psychique du moment.

L'introduction du tissu

Afin d'aider Mr O. à davantage articuler les différentes parties de son corps et fluidifier ses mouvements tout en restant attentif à l'aspect relationnel, ma maître de stage propose d'introduire le tissu comme support de travail. En effet, la malléabilité de cet objet peut être un moyen d'étayer l'amplitude, la direction, voire la vitesse des mouvements de Mr O. en plus de l'aider à matérialiser son espace propre. D'autre part, sa présence peut lui permettre de fixer son attention sur l'objet et ne pas se focaliser sur la difficulté des mouvements proposés. Il n'est plus dans une approche directe de son corps, et le tissu joue le rôle d'intermédiaire et offre ainsi un champ possible d'expression dans une dimension ludique.

En début de séance, la psychomotricienne propose à chacun de choisir un tissu parmi une douzaine rangée dans une boîte. Les premiers temps, je remarque que Mr O. choisit le même tissu que celui pris lors de l'observation psychomotrice durant laquelle il avait eu le choix entre cinq objets différents. Par la suite, il opte de lui-même pour d'autres tissus suivant les conseils de la psychomotricienne qui lui montre les différences de forme, de transparence, d'épaisseur et d'élasticité qui existent entre eux.

Deuxième période : « l’emmêlement et le démêlage » des tissus

Pour démarrer, la psychomotricienne propose à chacun de chercher des mouvements dans une dynamique d’étirement puis de relâchement en nous appuyant sur le tissu et la respiration. L’axe de travail autour du schème *centre/périphérie* reste toujours présent dans notre esprit car nous savons aussi que les étirements semblent lui faire du bien. En effet, il énonce la demande de faire « des étirements » tout en cambrant ses lombaires. Au début, des idées de mouvements centre/périphérie, des directions et des niveaux de l’espace sont montrés à Mr O. pour le guider dans ses explorations. Afin d’amener d’autres dynamiques rythmiques, ces moments peuvent s’accompagner d’un support musical modulé selon les besoins et les demandes de Mr O. Progressivement, l’objectif est qu’il puisse élaborer lui-même ses propres chemins gestuels. Par la suite, chacun son tour montre aux autres à une ou deux reprises le mouvement créé. Nous le reprenons simultanément trois fois de suite en prononçant le mot « ensemble » pour impulser la dynamique à trois. Durant l’évolution des séances, Mr O. élabore trois mouvements avec le tissu qu’il essaye de relier entre eux. Le but est de l’aider à prendre conscience des chemins empruntés par le corps pour passer d’un mouvement à l’autre de manière à maintenir une continuité dans la phrase avec un début, un déroulement et une fin. Cette mini séquence peut être reprise en musique pour faciliter une modification de la temporalité du geste selon comment la musique nous porte, nous donne envie de moduler nos gestes (vite/lent, arrêts/départs). Ce travail permet également d’être à l’écoute des mouvements proposés par les autres et de pouvoir se les approprier soi-même avec sa propre spatialité et temporalité. Par exemple, un jour que nous étions en train de réaliser ensemble la séquence des trois mouvements créés par l’un d’entre nous, Mr O. était en retard, comme il l’est très souvent. Il nous a regardé et nous a dit : « déjà ? ». Cette question montre qu’il interroge sa propre temporalité par rapport à celle des autres, qu’il prend davantage conscience de ce qui se passe autour de lui.

D’une manière globale, Mr O. effectue des mouvements plutôt lents et peu fluides. Il se déploie toujours peu dans l’espace, retient ses gestes. Je le sens même, par moments, gêné par le tissu, ne sachant pas toujours comment l’utiliser pour amplifier l’alternance entre les étirements et les relâchements. Face à cet embarras, nous sommes tantôt dans une guidance directive (exemple : faire voler le tissu), tantôt nous le laissons bouger tout en sachant qu’il peut s’appuyer, s’il le souhaite, sur ce que nous faisons. Sur l’un de ses mouvements, je me souviens qu’il avait coincé le bout du tissu avec sa jambe droite, tiré dessus avec ses mains et

tourner la tête. La rotation de cette dernière aurait pu s'accomplir sans le tissu, ce qui m'avait déclenché la perception d'un mouvement global non unifié.

Dans la suite de la séance arrive ce que je nomme « l'emmêlement et le démêlage » des tissus. Ce travail est amené par diverses propositions réalisées sur plusieurs séances et étayées verbalement par la psychomotricienne et par moi-même sur certaines périodes.

Tout d'abord, une personne placée au centre tient dans chaque main le bout d'un tissu dont l'autre extrémité est soutenue à quelqu'un. La personne du milieu bouge comme elle le souhaite en étant reliée aux deux autres, qui cherchent à garder les tissus tendus sans entraver le mouvement. Une autre fois, la personne du milieu joue le rôle de point fixe, se laisse guider par les deux autres qui se déplacent librement et prennent soin de garder le contact avec l'autre par le biais du tissu. Ces propositions nécessitent un jeu d'accordage de manière à trouver un équilibre entre un tissu trop tendu et un tissu trop lâche. Au début, qu'il soit au centre ou à l'extrémité, Mr O. se déplace très peu dans l'espace et se contente de tirer sur le tissu en fermant ses poings. Nous le sentons très tendu et pas vraiment en accord avec les autres dans ce jeu de « pousser-tirer ». Par la suite, il s'active davantage. J'observe quelques mouvements de torsion et de rotation autour de son propre axe corporel, tous ces gestes amenant une exploration sur un plan horizontal jusqu'alors peu investi par Mr O.

Une autre proposition consiste à nous relier par les tissus de manière à former un cercle fermé. Nous bougeons simultanément en nous laissant porter par nos propres mouvements et par ceux des autres avec toujours comme consigne de ne jamais lâcher les tissus et de conserver le lien entre nous. Dans cette disposition, Mr O. peut bouger davantage et oser emprunter d'autres chemins dans l'espace (passer sous un tissu, s'enrouler, etc.). Un jeu « d'emmêlement et de démêlage des tissus » se crée et engendre des rapprochements et des éloignements physiques entre nous. Je remarque que Mr O. est moins à l'aise pour démêler les tissus. Il ne sait pas toujours quel chemin moteur prendre pour les défaire. Peut-être n'ose-t-il pas démêler ce lien ?

A certains moments, ma maître de stage se met à distance physiquement en restant présente vocalement et dans sa posture. Nous poursuivons ce jeu d'emmêlement/démêlage à deux. Nous commençons par bouger simultanément puis marquons des temps d'arrêt chacun notre tour en essayant d'être dans une écoute réciproque. A la fin, alors que nous sommes en pleine action, la psychomotricienne nous propose de nous arrêter et de lâcher nos tissus en les

déposant tout doucement au sol, et en les laissant conserver la forme acquise une fois tombés à terre. Nous nous retirons et contemplons la figure créée puis nous marchons dans la pièce, à l'intérieur de cette figure, aux alentours, etc. Lors d'une séance, la psychomotricienne propose de tracer dans l'espace avec nos mains la forme des tissus au sol puis de continuer en se détachant progressivement de cette forme acquise dans l'espace. Un moment donné, nous nous arrêtons à un endroit et poursuivons chacun notre figure, juste avec la mémoire kinesthésique du mouvement. Un tracé s'affine et fait office de signature gestuelle que chacun propose aux autres dans l'espace afin de cristalliser et marquer ce moment du travail. Durant le temps où nous lâchons les tissus et marchons dans la salle, Mr O. longe moins les murs comme au début et effectue des déplacements plus courbés allant de l'intérieur vers l'extérieur et inversement. Il s'appuie beaucoup sur le modèle visuel pour tracer la forme mais lorsqu'il s'en détache, il ferme spontanément les yeux et élabore son tracé. Sa signature gestuelle est à peine visible tellement elle est de faible amplitude et j'observe cette intériorité progressive dans laquelle il se replie à nouveau.

Durant cette période, nous remarquons que Mr O. utilise des mots autour de la temporalité comme « instantanément » ou « continuité ». Il semble toujours très sensible à ces temps de rencontres et nous pouvons observer qu'il reprend souvent des mouvements effectués sur les séances précédentes. Dès qu'une séance est annulée, le mot « reprise » fait souvent partie de ses trois mots dans la séance suivante.

Evolution de Mr O. fin janvier

Courant janvier, l'équipe ressent certains éléments dépressifs chez Mr O. Il paraît plus triste, sort beaucoup moins de sa chambre et dort beaucoup. Est-ce dû au fait qu'il n'a pas de visibilité sur son avenir ? Il n'a pas de permissions de sortie malgré une amélioration depuis plusieurs semaines de son état clinique. Il n'a plus d'idées délirantes. Il est question d'un suivi au CATTP mais les programmes de soins sont refusés. Il dit souvent qu'il a peur de déranger ses frères et sœurs qui travaillent et qui ont des responsabilités familiales. Il ne parle plus de son fils comme à son arrivée dans le service.

Dans son discours, je le trouve lucide sur sa situation et, de ce fait, peut-être abattu et découragé. A la fin d'une séance, il nous dit : « il faut éviter de prendre les choses trop à

cœur ». Malgré cela, Mr O. poursuit les séances et s'investit toujours dans le travail même s'il élabore un peu moins par lui-même et montre, par moments, une labilité attentionnelle.

Troisième période : la « danse des tissus »

Suite à l'introduction des tissus, le travail se poursuit avec ce support tiers en réfléchissant sur comment amener Mr O. à s'activer plus dans l'espace et à être en relation avec nous tout en respectant sa propre temporalité. Ses mouvements restent lents, linéaires et étriqués. Il paraît plutôt dans un registre retenu. Les propositions qui suivent ont pour objectif de faire vivre l'alternance entre des moments de mobilité et des moments d'immobilité. Dans le premiers cas, les mouvements se déploient, s'ouvrent et se prolongent au loin. Dans le second cas, le travail consiste à se rassembler, se serrer, se contenir comme par exemple proposer de faire une boule avec le tissu et venir le presser contre une partie du corps. Dans cet exercice, nous retrouvons la dynamique centre/périphérie.

Pour parvenir à lui faire sentir les limites entre ces deux polarités mobilité/immobilité, nous nous appuyons sur certains verbes d'action proposés par LABAN R.¹⁸ comme glisser ou frotter. Nous commençons les séances en effectuant des trajets centre-périphérie sur notre propre corps en jouant sur le déploiement de notre tissu (mis en boule ou au contraire déplié). Ce travail permet toujours à chacun une mise en éveil de toutes les parties du corps. Puis nous poursuivons par des déplacements dans l'espace avec le tissu en introduisant de la musique, d'autres verbes d'action, des sensations et des images (presser le tissu contre une partie du corps, glisser sur le sol comme sur une patinoire, imaginer le vent soufflant plus ou moins fort, fouetter le sol, virevolter, etc.). Les images ont pour objectif de venir nourrir la qualité gestuelle et les variations toniques de Mr O. ainsi que le rapport à l'espace. Nous poursuivons ce travail durant plusieurs séances. Par moment, des différences de rythmes voire des ruptures temporelles par le jeu des « stops » sont amenées. L'un de nous, engagé avec son tissu, prend une posture au centre de la pièce pendant que les autres viennent autour pour densifier la statue, en jouant sur les effleurages, les courants d'air, le bruit, les niveaux, les directions, etc. Ce jeu en trio s'effectue dans un dialogue commun permettant de faire circuler les flux d'une personne à l'autre.

¹⁸ LABAN R., 1950

Tout ce travail fait dire à Mr O. qu'il s'agit d'une « danse des tissus ». J'observe qu'il parvient à se déployer davantage dans ses mouvements lorsque nous nous rassemblons dans un endroit de la salle autour d'une même action. Mais dès que nous nous éloignons pour poursuivre cette action, il réduit ses mouvements et s'active peu. Par moments, il est beaucoup dans l'imitation de nos mouvements. Par ailleurs, il est difficile pour lui de changer de niveau même sous notre impulsion. Les niveaux haut et bas sont peu investis et il semble préférer s'engager dans le niveau intermédiaire. A-t-il plus d'affinité pour ce niveau ? Progressivement, il repère mieux les ruptures temporelles. Lorsque c'est lui qui initie un arrêt, il observe si nous sommes bien avec lui et joue davantage avec cette consigne. Dès qu'il reprend son chemin ou prend une posture, son tissu se retrouve souvent près de son corps (il le met sur ses épaules, le fait glisser autour du cou, etc.) et il peut rapidement entrer dans sa bulle et s'enfermer dans une introspection les yeux fermés. N'est-ce pas finalement ce dont il a besoin ? Retrouver son identité avec le tissu comme étayage ? Sur une séance où nous faisons le point ensemble, Mr O. exprime que le tissu l'aide à se « mobiliser » et à « s'envelopper ». Dans ces séances, il utilise des mots comme « douceur », « joie », « agréable », « été ». De mon côté, des mots comme « joyeux », « gaieté », « léger » résonnent en moi et traduisent les sensations et les émotions ressenties sur le moment.

Le rituel de fin de séance : la séparation avec les tissus

Pour terminer les séances sur cette troisième période, la psychomotricienne invite chacun à venir placer son tissu là où il le souhaite et à lui donner la forme qu'il veut. Au cours d'une séance, Mr O. demande : « même sur soi ? ». Devant sa réponse affirmative, il choisit de le mettre sur lui. Par la suite, elle lui proposera de le déposer dans un endroit de la pièce. La première fois, il donne à son tissu une forme spiralée avec une dynamique de mouvement vers l'intérieur. Il le place en dernier et le positionne entre nos deux tissus de manière à ce que les trois tissus forment une ligne (photo de gauche ci-après). La deuxième fois où il est seul avec ma maître de stage, il donne une forme assez similaire au tissu et vient le positionner juste à côté du sien entièrement déplié et suspendu en hauteur sur le placard (photo de droite ci-après). Durant ces séances, la psychomotricienne prend une photo d'ensemble qui, en plus de mettre en valeur le plaisir de l'esthétisme, permet d'avoir une trace visible que nous pourrions revoir autrement.



La séance suivante, Mr O. colle ces deux photos dans son carnet. Dans l'après coup, il hésite pour désigner son tissu sur la première photo puis nous montre finalement avec justesse le sien. Sur le moment, le fait de venir placer son tissu entre les deux nôtres aurait-il exprimé le besoin pour Mr O. de se sentir en sécurité ? Pour la seconde photo, il hésite à choisir quel tissu lui appartient. Durant cette séance où ils n'étaient que tous les deux, ma maîtresse de stage m'avait raconté qu'elle avait senti chez Mr O. comme une envie de venir « se coller » à elle lorsqu'elle plaçait son tissu. Cette adhésivité perçue sur le moment expliquerait-elle pourquoi Mr O. ne retrouve pas clairement son propre tissu sur la photo ?

Au cours d'une séance plus lointaine, il dépose son tissu sur un coussin et dessine une boucle qui m'évoqua sur le moment une écharpe enroulée autour du cou, geste qu'il a beaucoup reproduit dans ses moments d'intériorité. Les formes données à ses tissus viendraient-elles finalement signer sa propre individualité en lien avec ce qui s'est joué pour lui parmi les autres en fin de séance ?

Encore plus tard dans l'accompagnement, il choisit de simplement le déplier sur la chaise où sont posés ses vêtements, sans le façonner. En choisissant de déposer son tissu à l'endroit où ni l'autre ni l'autre ne venons jamais, parviendrait-il à progressivement trouver et affirmer sa *place* ? Pour pouvoir se décoller de l'autre, ne faut-il pas d'abord de la sécurité ?

Après discussion avec ma maître de stage, nous constatons par moments une séparation difficile de Mr O. avec le tissu. Dès qu'il arrive dans la salle de psychomotricité, il souhaite prendre les tissus comme s'il associait maintenant la séance à l'objet. En fin de séance, lorsqu'il s'agit d'aller déposer son tissu, sa demande de pouvoir le garder sur lui ne traduit-il pas une difficulté de pouvoir s'en détacher ? Lorsqu'il regarde les photos, il a par moment du mal à reconnaître son propre tissu comme si le différencier des nôtres était difficile. Par ailleurs, ses explorations gestuelles restent réduites lorsqu'il se retrouve seul avec l'objet. Pourtant, le tissu nous aide à travailler l'aspect relationnel, à jouer sur les temps individuels et collectifs avec des modifications spatiales, à moduler le rythme en alternant des mouvements plus retenus et plus relâchés. Mais j'aurais envie de voir Mr O. plus impliqués dans ses mouvements, plus désireux de proposer de nouvelles nuances gestuelles. Ne serait-ce peut-être pas le bon moment d'envisager un changement de médiateur ? L'apport d'un autre objet pourrait-il insuffler une nouvelle dynamique dans les séances ? Mais ce changement ne serait-il pas prématuré maintenant que le tissu semble nous avoir mise en lien au fil des séances ? Après avoir travaillé l'attachement, comment travailler le détachement avec cet objet ? Ou alors décider de poursuivre avec le tissu en amenant le temps de la séparation plus tôt dans la séance, pour ouvrir un second temps vers un autre travail ?

Situation de Mr O. mi-avril

La demande de permissions de sortie seul est finalement acceptée par la préfecture. Mi-mars, Mr O. intègre le groupe de lecture organisé une fois par semaine au CATTP en plus de pouvoir s'y rendre durant les temps d'accueil. Pour son projet futur, il est question d'un foyer post-cure avec un premier entretien prévu d'ici la fin du mois d'avril.

II.5. Questionnements du rôle du tissu proposé à Mr O.

Toujours en lien avec la problématique de mon mémoire, je m'interroge sur ce qui se joue avec l'objet tissu et Mr O.

En prenant contact avec un tissu par la vue, le toucher, l'olfaction, l'ouïe, quelles sensations émergent ? Varient-elles selon la matière, la texture, la couleur, le poids, l'odeur ? Lors d'une séance, je me souviens avoir prononcé le mot « chaleur ». En plus du travail corporel qui mobilise, j'ai réalisé après coup que nous avons tous les trois choisi ce jour- là

une couleur du tissu dans les tons chauds (orange, rouge et marron clair). Ainsi les propriétés perceptivo-motrices du tissu rendraient-elles manipulables les images, les pensées, les mots du sujet ? Qu'en est-il pour d'autres objets concrets ?

Les diverses formes données au tissu de par sa malléabilité n'induisent-elles pas à leur tour des modifications de la forme de notre corps ? En étirant un tissu au maximum, nous déployons notre espace kinesthésique. En formant une boule, nous nous rassemblons. Une répartition tonique se réalise dans notre corps. Faire vivre l'expressivité de son corps avec un autre objet engendre-t-il d'autres modulations toniques et d'autres schèmes de mouvement ?

Par ailleurs, qu'est-ce qui motive le choix d'un objet dans le dispositif ? Pour Mr O., le tissu est l'objet vers lequel il s'est spontanément dirigé lors du temps d'évaluation. La psychomotricienne a décidé d'intégrer l'objet dans son projet thérapeutique avec l'idée d'un support pour aider Mr O. à bouger. Mais n'est-il pas justement intéressant de nous saisir de ce que nous amène le patient et de prendre en considération que l'attrance pour tel objet n'est pas le fruit du hasard ? De plus, il se trouve que Mr O. a plutôt bien adhéré aux propositions faites autour de ce tissu. Mais est-ce toujours le cas ? N'y a-t-il pas aussi des rencontres malencontreuses qui ne permettent pas de dynamiques corporelles et relationnelles ?

Ces séances me questionnent aussi sur comment se servir de l'objet au sein même d'une séance ? Comment l'introduire et amener la séparation ? Quand ? Peut-il par exemple juste être utilisé pendant un temps très court comme un rituel de début ou de fin de séance, pour aider le sujet à trouver son identité y compris au sein d'un groupe ? En tout cas, j'observe dans mes stages que le dispositif n'est jamais figé. Il est réfléchi selon ce que notre patient nous fait vivre et peut évoluer à tout moment. L'importance est de bien penser ce cadre-dispositif en tenant compte du patient comme nous le verrons dans le corpus théorique qui suit.

ELEMENTS THEORIQUES

Les deux cas cliniques que je viens de vous exposer m'ont amené à m'interroger plus précisément sur le rôle et l'utilisation des objets témoins de ces accompagnements. Concernant Sarah, il s'agit du miroir, du sac lesté et de la corde. Quand au tissu, il a été un véritable fil conducteur dans l'évolution des séances avec Mr O.

Je vous propose dès à présent d'étudier plus en détail cette notion d'objet médiateur concret en interrogeant dans un premier temps les notions de *médiation*, de *médiateur* et d'*objet concret*. Vous découvrirez ensuite que plusieurs auteurs du domaine thérapeutique ont attribué différents statuts à l'objet concret. Etant nombreux, j'ai pris le parti de vous présenter ceux qui m'ont paru les plus en lien avec ma clinique, et les vignettes cliniques à venir dans la partie discussion. Ces éléments m'amèneront à définir l'objet médiateur en lien avec la notion de médiation thérapeutique. Qu'ils soient psychanalystes, psychologues ou psychomotriciens, les cliniciens définissent plusieurs fonctions de l'objet médiateur dont je vous ferai part. Pour terminer, j'aborderai l'importance du dispositif dans les thérapies à médiations.

I. La notion de médiation et d'objet concret

I.1. Qu'est-ce qu'un médiateur ? Une médiation ? Même concept ?

Au cours de ma formation, il m'a semblé comprendre que le terme médiateur désigne l'outil et celui de médiation la pratique qui amène à l'utilisation de l'outil. Par exemple, la musique, le chant et la danse seraient des médiations et le rythme, la voix et le corps les médiateurs respectifs permettant de travailler autour de ces médiations. Mais en lisant plusieurs ouvrages autour du concept de médiation dans le domaine thérapeutique, la distinction de ces deux mots me semble par moment confuse. Les auteurs parlent souvent du choix de l'objet médiateur ou de la médiation entre le patient et le thérapeute, les deux termes paraissant définir la même notion. Est-ce dû au fait que ces mots expriment un seul et même concept ? Partent-ils de la même racine ? J'ai effectué une recherche étymologique et historique plus précise pour éclaircir ce point.

La naissance des termes médiation et médiateur est identifiée aux environs du XIII^e siècle. Une origine latine est proposée dans le Dictionnaire historique de la langue française mais les différentes études étymologiques indiquent une polysémie et une richesse sémantique de ces deux mots parmi les civilisations antiques.

Étymologiquement, le mot médiation provient du verbe latin *mediare* « être au milieu » et de *medius* « milieu ». En ancien français, il a le sens de « division » pour prendre ensuite sa valeur moderne d'« entremise destinée à mettre d'accord, à concilier ou à réconcilier des personnes, des partis »¹⁹. Ces deux définitions paraissent contradictoires. Mais ce terme est employé depuis des siècles dans le domaine juridico-social lors d'un conflit dû à un problème de communication ou de compréhension entre des parties.

Le mot médiateur est emprunté du latin *mediator* et signifie « personne qui s'entremet pour effectuer un accommodement, un accord entre deux ou plusieurs personnes, deux ou plusieurs parties »²⁰. Est médiateur celui qui intervient dans un différend ou une difficulté et qui est reconnu comme ayant autorité pour le faire, par sa nature, sa fonction ou ses connaissances de la situation du problème. La construction du mot avec le suffixe *-tor* évoque une action. Le médiateur agit et l'objet de son action est révélé par la racine *-med*. Présente dans les langues Indo-Européennes, cette racine se retrouve dans les termes *medio-are* (*medius*) « partager en deux, s'interposer ». Ainsi, le *mediator* désigne celui qui est au milieu. Mais il représente à la fois celui qui divise et celui qui unit faisant écho au mot médiation dont les significations semblent s'opposer. A noter que la racine *med-* se retrouve aussi dans le verbe latin *medeor* signifiant réfléchir, comprendre afin de ramener l'ordre là où il y avait perturbation. Ce terme est également mis en parallèle par le linguiste Emile BENVENISTE avec la racine grecque *médos* « guérir », « prendre soin »²¹. Cette racine s'avère commune à plusieurs mots latins utilisés par les Romains comme *méditerranée* (qui est au milieu des terres) ou encore *médecine* (action curative réalisée par un médecin)²².

¹⁹ Le Grand Robert, 2005

²⁰ *Ibid.*

²¹ BENVENISTE E., 1969

²² BASQUIN M., discours d'introduction, conférence de l'AFPUP intitulée *Apport des médiations corporelles en psychomotricité*, Paris, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 19 janvier 2013

La psychomotricienne Françoise GIROMINI résume ces deux termes ainsi : « La médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle »²³. Sur le plan juridique, le rôle du médiateur est de rétablir la paix de façon durable et d'effacer le différend entre les protagonistes. Pour ce faire, il propose un moyen, un outil, une technique, qualifiés de médiation, qui s'interpose et joue l'intermédiaire entre les personnes en conflit. La médiation sert à relier ce qui ne peut l'être spontanément introduisant la notion de tiers. La présence même d'un médiateur est finalement signe de médiation. La parole vient en second lieu, ce qui distinguerait celui-ci d'un ambassadeur ou du négociateur commercial.

Si la notion de tiers est bien présente, seule la médiation inter-individuelle semble être décrite dans les civilisations antiques. A partir du XIXe siècle, ce ne sont plus seulement les juristes ou les théologiens qui emploient ces deux termes, mais aussi les historiens, les politologues ou les romanciers. Dans tous ces domaines, la médiation est évoquée en termes de transmission des savoirs de génération en génération. Le médiateur reste le tiers nécessaire, mais c'est dans la personne elle-même que le lien doit s'établir. La philosophie se sert de la médiation comme moyen provoquant un processus de changement dans la relation entre l'homme et son environnement. L'individu change et est capable à travers un processus dynamique que peut être la médiation de modifier ses comportements, ses pensées, son rapport au monde, aux autres et à lui-même. Les médiations inter-personnelles en cas de différends ne sont plus alors qu'un exemple de médiation, et non la seule pratique possible. La médiation devient ainsi le lieu nécessaire de compréhension pour l'homme de tout ce qui ne peut être atteint sans intermédiaire.

Par la suite, la psychologie et la psychanalyse s'emparent de cette notion de médiation pour signifier ce qui permet la construction de l'enfant en interaction avec le milieu dans lequel il vit. « Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour faciliter la relation, l'échange et la communication avec autrui ; il n'est plus utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage »²⁴. Ainsi, dans le domaine thérapeutique, le terme de médiateur renvoie à ce qui s'interpose entre l'enfant et le monde pour lui donner du sens (le thérapeute, le dispositif, un objet, une pensée, le corps),

²³ GIROMINI F., 2012, p.254

²⁴ *Ibid.*, p.255

celui de médiation à l'acte posé par ce tiers (l'activité sensori-motrice, la musique, le langage) autant qu'à ses conséquences (l'accès au savoir, la compréhension de sa propre souffrance). Qu'elle soit interne à l'individu, favorisant son développement ou ses apprentissages, ou externe, favorisant son inscription dans un cadre culturel déterminé, la médiation s'avère un acte de construction cognitive et sociale. Grâce à son corps, à sa voix, au rythme, l'homme a créé la danse, le chant et la musique respectivement. La médiation comprend donc des dimensions émotives ou affectives fortes donnant une importance de plus en plus grande au langage, porteur à la fois de significations internes et de significations communicationnelles.

Ainsi, selon les besoins de chaque civilisation, le mot médiation a évolué au fil de l'histoire. A l'origine, il est utilisé dans le domaine juridique dans un contexte de conflit et a pour but une mise en relation de deux personnes ou groupes de personnes. Par la suite, les domaines philosophiques et thérapeutiques ont relié la médiation avec le fonctionnement psychique, cognitif et affectif de l'individu. De la médiation inter-personnelle, le terme devient médiation intra-personnelle. Mais dans les deux cas, les définitions se répondent et la nature et la fonction de la médiation sont proches. La notion reste basée sur l'idée de changement, instauré par un processus visant à créer ou révéler les liens unissant des objets, des événements ou des personnes, et à leur donner du sens, par l'intermédiaire d'un tiers, le médiateur, qui peut être un objet, une pensée ou une personne. Ainsi, le *médiateur thérapeutique* évoqué par GIROMINI F., support intermédiaire à la relation, peut finalement être une personne physique comme le psychomotricien mais aussi une technique (la danse, le chant, etc.) ou un objet concret (cerceau, bâton, etc.). « Ces médiateurs sont indispensables à notre humanité ; ils nous permettent de retrouver des zones de communication avec les êtres qui en apparaissent les plus démunis »²⁵.

Par conséquent, les objets concrets peuvent aussi nous venir en aide pour résoudre nos conflits intrapsychiques. Ils ont bel et bien un rôle de médiateur venant s'interposer entre le patient et le thérapeute. Etant donné que ce mémoire se limite au rôle et à l'application des objets médiateurs concrets que j'ai pu rencontrer durant mes stages et ma formation, d'autres précisions sont nécessaires. Par exemple, comment définir l'objet concret ? Les paragraphes qui suivent tentent d'apporter des éclaircissements sur cette notion.

²⁵ CLERET J-P., 1997, p.74

I.2. Qu'est-ce qu'un objet concret ?

I.2.1. Définition de l'objet

« Ce qui est placé devant », est la définition étymologique du mot objet provenant du latin *objectum*. Le dictionnaire le définit comme « ce qui, affectant les sens d'un sujet, peut être distingué de ce qui l'entoure »²⁶. La psychanalyse précise de l'objet que c'est « une partie du monde extérieur, réel et perçu, ou imaginaire, pouvant correspondre à une personne, une partie du corps d'une personne, à une entité (aussi bien qu'à un objet chose) et corrélative de la pulsion, de l'amour ou de la haine »²⁷. Ainsi, dans son sens premier, ce terme ne se réduit pas uniquement à l'objet matériel, à la notion de « chose ». Il inclut aussi les êtres animés et doit donc être entendu dans le sens foncièrement épistémologique que lui a donné le philosophe Emmanuel KANT étudiant le lien entre la vérité et la connaissance de l'objet²⁸. Partant du principe que l'objet est hors de moi et que la connaissance est en moi, KANT E. définit la connaissance en terme d'un acte de correspondance à l'objet connu. Elle doit s'accorder avec l'objet pour avoir valeur de vérité. Mais il précise que c'est le sujet, et non l'objet, qui pose lui-même les conditions de possibilités de la connaissance objective. Ce n'est donc pas l'objet qui est au centre de la connaissance, mais le sujet jouant un rôle actif.

Comme nous allons le voir, les travaux de Jean PIAGET sur la construction de l'*objet permanent* sont un prolongement direct de ceux de KANT E.

I.2.2. La notion de permanence de l'objet

Le grand psychologue suisse s'interroge sur la manière dont l'enfant durant les premiers mois (zéro-deux ans - stade de développement de l'intelligence sensori-motrice), conçoit et perçoit les choses. Il appréhende comment se constitue la notion d'objet qu'il relie à l'espace et aux déplacements des éléments substantiels ainsi qu'au temps et à la causalité. « Un monde composé d'objets permanents constitue non seulement un univers spatial, mais encore un monde obéissant à la causalité, sous la forme de relations entre les choses comme telles, et ordonné dans le temps, sans anéantisements ni résurrections continuels. C'est donc

²⁶ Le Grand Robert, 2005

²⁷ *Ibid.*

²⁸ KANT E., 1781-1787

un univers à la fois stable et extérieur, relativement distinct du monde intérieur et dans lequel le sujet se situe comme un terme particulier parmi l'ensemble des autres »²⁹. A la naissance, le bébé n'a pas conscience des objets qui représentent uniquement ce que PIAGET J. nomme des *tableaux sensoriels* qui apparaissent et qui disparaissent du champ perceptif. Vers huit/neuf mois, l'objet se détache de la perception pour devenir individuel, substantiel et permanent. Finalement, l'enfant commence à se représenter les objets absents et leurs déplacements invisibles vers seize mois. Il a acquis le schème de l'*objet permanent*. Il est définitivement constitué et l'enfant se situe lui-même en tant qu'objet parmi les autres objets.

1.2.3. L'objet concret

Du latin *concretus*, ce terme renvoie étymologiquement à « se solidifier ». Il se définit comme « ce dont la consistance est épaisse par opposition à fluide »³⁰. L'objet concret peut être perçu par les sens ou imagé comme perceptible et ce n'est ni une pensée ni un rêve. Palpable, matériel et réel, il engage la perception et la motricité dans une expérience sensorielle et spatiale.

Délimité dans le champ thérapeutique des analystes d'enfants, le statut de l'objet concret est complexe. Plusieurs termes sont venus qualifier ces objets dans le travail clinique : objets de relation, intermédiaires, médiateurs, médium malléable, transférentiels, objets transitionnels, objets fétiches, psychotiques, contra-phobiques, autistiques, etc. Il peut exister une confusion entre toutes ces terminologies. Sans prétendre toutes les définir, il me paraît fondamental de parcourir la théorie pour certaines d'entre elles qui m'a permis de faire des liens et de mûrir mes propres réflexions cliniques. Il s'agit de l'*objet transitionnel*, l'*objet de relation*, le *médium malléable* et de quelques dérives pathologiques, surgies de la relation du patient avec l'objet, et auxquelles on attribue un nom spécifique.

²⁹ PIAGET J., 1937, p.9

³⁰ Le Grand Robert, 2005

II – Divers statuts de l'objet concret dans le domaine thérapeutique

II.1. L'objet transitionnel

WINNICOTT D-W. théorise les processus psychiques qui se jouent chez un petit enfant entre cinq et treize mois face aux premiers objets environnants. Communément appelé « le jeu de la spatule », WINNICOTT D-W. décrit trois stades qui s'opèrent au cours de ce jeu³¹.

Il nomme le premier stade « la période d'hésitation » ; c'est l'instant où l'enfant est attiré par l'objet métallique brillant mais se montre prudent et interroge la mère du regard, face à cette nouveauté. WINNICOTT D-W. justifie cette hésitation par le fait que « l'enfant *s'attend* à faire apparaître une mère en colère et peut-être vindicative s'il s'adonne à son plaisir »³². La spatule devient un objet de convoitise entre la mère et l'enfant. Il vient s'interposer entre eux au même titre que l'objet médiateur concret entre le patient et le thérapeute.

Le deuxième stade démarre lorsqu'un changement radical se produit dans le comportement et l'attitude corporelle de l'enfant. Ce dernier, en toute confiance, jouit pleinement de l'objet, le manipule et cherche même à faire semblant de jouer avec sa mère en portant la spatule à sa bouche. « L'enfant sent qu'il a la spatule en sa possession et qu'il peut maintenant en faire ce qu'il veut ou l'utiliser comme une extension de sa personnalité »³³. L'enfant cherche à interagir avec sa mère par le biais de l'objet et à observer ses réactions et son écoute vis-à-vis de ses propositions. « L'objet devient alors un moyen par lequel l'enfant va agir directement sur l'autre et découvrir le jeu subtil des relations intersubjectives »³⁴.

Durant le troisième stade, la chute fortuite de la spatule causée par l'enfant peut entraîner une restitution de l'objet par la mère. Si l'objet est redonné une nouvelle fois à l'enfant après qu'il ait recommencé l'action de le laisser tomber, il jouit avec agressivité du

³¹ WINNICOTT D-W., 1969, p.270

³² *Ibid.*, p.277

³³ *Ibid.*, p.286

³⁴ RODRIGUEZ M., 1998, p.156

plaisir de s'en débarrasser. Face à la restitution active de sa mère, l'enfant a ainsi la sensation qu'il maîtrise l'action et le geste de le lancer devient un outil de relation et un déploiement du processus de jeu entre lui et sa mère. En faisant un parallèle avec la relation patient-thérapeute, le psychomotricien et psychologue clinicien Marc RODRIGUEZ parle de l'importance du thérapeute d'« accepter d'être utilisé pour le jeu de l'autre »³⁵ sans pour autant s'effondrer dans la réalité afin que puisse s'établir ce jeu inter-subjectif qui constitue la singularité des thérapies médiatrices. Par ailleurs, WINNICOTT D-W. démontre que ce jeu du « lancer-ramener », au même titre que le « jeu de la bobine » du psychanalyste Sigmund FREUD, permet à l'enfant de construire une représentation du lien à la mère. « En outre, le petit enfant qui rejette la spatule [...] extériorise aussi une mère intérieure dont il craint la perte, afin de se démontrer à lui-même que cette mère intérieure, représentée maintenant par le jouet au sol, n'a pas disparu de son monde intérieur »³⁶. Cette notion renvoie à l'expérience princeps du *détruit-trouvé* de l'objet³⁷. Face à son fantasme de destruction (rejet de la spatule), la réponse calme de la mère (lui restituer l'objet), permet à l'enfant de retrouver l'objet perdu et de mettre à l'épreuve sa solidité.

Ce dernier point nous amène à aborder les notions fondamentales d'*objet transitionnel* et d'*espace transitionnel* théorisées par WINNICOTT D-W. dans son célèbre ouvrage *Jeu et réalité*.

Provenant du latin *transitio* signifiant « passage », le mot transition est défini comme la « manière de lier des parties du discours » mais aussi « ce qui constitue un état intermédiaire »³⁸. Or WINNICOTT D-W. définit l'espace transitionnel comme l'articulation entre le monde externe et la réalité psychique interne, comme une aire intermédiaire d'expérience où l'enfant est soulagé de toutes les tensions entre les deux mondes. Dans cette aire, l'objet transitionnel serait comme un voyage conduisant de la subjectivité à l'objectivité sans qu'il ait besoin de remettre en question la provenance de cet objet *trouvé-créé* par l'enfant lui-même³⁹.

Pour WINNICOTT D-W., l'objet transitionnel symbolise véritablement le lien primitif avec la mère dans le cadre d'un état de séparation. Il est une manière d'aider l'enfant à

³⁵ *Ibid.*

³⁶ WINNICOTT D-W., 1969, p.287

³⁷ ROUSSILLON R., 1991

³⁸ Le Grand Robert, 2005

³⁹ WINNICOTT D-W., 1971

maintenir un lien fiable avec la mère persistant dans sa propre réalité interne avec une représentation de ce lien qui dure un certain temps. En fait, l'objet devient « plus important que la mère elle-même, une partie quasiment inséparable de l'enfant »⁴⁰. Ce dernier a à l'intérieur de lui une idée de la relation à la mère qu'il transfère sur sa relation à l'objet transitionnel. Il doit être omnipotent face à cet objet sacré, qui ne doit pas être modifié comme le serait un tableau pour un peintre. Il doit lui appartenir entièrement.

Pour revenir au concept de l'espace transitionnel, WINNICOTT D-W. dit que « lors de la petite enfance, il faut que cette aire transitionnelle soit pour qu'une relation s'inaugure entre l'enfant et le monde »⁴¹. La nécessité de l'acceptation de la réalité extérieure et de sa mise en relation avec la vie intérieure du sujet crée ainsi une continuité d'existence. « Ce qui est essentiel, c'est la continuité (dans le temps) de l'environnement extérieur et d'éléments particuliers dans l'environnement physique, tel l'objet (ou les objets) transitionnel(s) »⁴². Le jeu de la spatule en lien avec la mère est un exemple d'objet transitionnel. Dans ses écrits sur le concept de l'*individu sain*, WINNICOTT D-W. aborde la notion essentielle d'*object presenting*⁴³. Il parle d'environnement facilitant c'est-à-dire la manière de porter attention à l'enfant en lui fournissant des éléments (l'école, les fonctions paternelles, les objets concrets, etc.) pour être en interaction avec lui. L'enfant se construit ainsi une image de lui-même et se représente ce qu'il est pour l'autre.

Ainsi, « l'objet transitionnel n'est jamais, comme l'objet interne, sous contrôle magique ni, comme la mère réelle, hors de contrôle »⁴⁴. C'est un objet présent dans les deux mondes reliés et séparés à la fois pour l'enfant de deux-trois ans (paradoxe winnicottien), une « première possession *non-moi* »⁴⁵. C'est en général un objet laissé à la portée de l'enfant, dans un espace où celui-ci peut le trouver comme dans l'espace de l'endormissement où l'objet maternel a disparu et le sommeil n'a pas été encore trouvé. Le morceau de tissu ou un bord de couverture pourront devenir des objets transitionnels créés par l'enfant.

Par analogie, la salle de psychomotricité jouerait le rôle d'espace transitionnel. Ce dernier serait comme un espace neutre d'expérience où la distinction entre l'implicite et

⁴⁰ WINNICOTT D-W., 1971, p.15

⁴¹ *Ibid.*, p.24

⁴² *Ibid.*

⁴³ WINNICOTT D-W., 1967, p.30

⁴⁴ WINNICOTT D-W., 1971, p.19

⁴⁵ *Ibid.*, p.12

l'explicité des objets *trouvés-créés* en séance n'a pas à être formulée. Le modèle de l'objet transitionnel demeurerait en quelque sorte le modèle princeps des objets médiateurs concrets en psychothérapie.

Cette dernière remarque nous amène à la notion d'*objet de relation*, expression proposée par Marcel THAON, Christian GUERIN et Guy GIMENEZ qui font partie des fondateurs de l'association de la Clinique des Objets de Relation (COR) créée en 1985. Les fonctions attribuées et la distinction que ces chercheurs établissent entre l'objet transitionnel et les objets de relation seront abordées.

II.2. L'objet de relation

L'*objet de relation* a pour but de prendre en compte, dans le cadre de la relation clinique, l'objet réel externe dès lors qu'il devient un élément majeur du lien entre le(s) patient(s) et le(s) thérapeute(s). La clinique vient souligner à la fois l'extériorité de cet objet concret et sa fonction relationnelle.

Au départ, l'équipe de recherche a établi une description de l'objet de relation par comparaison (analogie et différence) avec l'objet transitionnel. « Comme l'objet transitionnel, l'objet de relation est un objet concret mais doit pouvoir être utilisé par deux personnes en même temps, même si ces deux personnes ne l'utilisent pas de la même manière »⁴⁶. Ainsi, l'objet de relation est envisagé comme un *objet de partage* qui peut être « utilisé comme support de jeu ou échange avec autrui »⁴⁷, alors que l'objet transitionnel demeure un « objet privé [qui] ne peut être partagé avec un tiers »⁴⁸. A mi-chemin entre intériorité et extériorité, l'objet transitionnel relève plus directement de la relation entre la mère et l'enfant. Partage d'une expérience sensorielle, « l'objet de relation permet de déplacer au dehors, d'externaliser, sur un objet concret, ce qui se joue entre deux personnes ou plus »⁴⁹.

L'objet de relation n'est pas toujours construit dans la séance : utilisé de manière sensorielle, il peut être *trouvé-crée* par l'enfant dans le cadre spatial (tapis, morceau de moquettes, balles, etc.) mais il peut aussi s'agir d'un objet porté par le thérapeute (collier, etc.)

⁴⁶ GIMENEZ G., 2002, p.86

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*, p.88

ou un objet que le clinicien a remarqué ou qu'il expérimente (poème, etc.). Il « révèle une partie muette du cadre »⁵⁰ mais, à la différence de celui-ci qui est permanent, l'objet de relation est éphémère et ponctuel. Ainsi, cet objet émerge au sein de la rencontre « dans un mouvement de surprise »⁵¹ et devient le représentant de la relation.

La notion d'objet de relation ne désigne donc pas la médiation en elle-même, mais les objets du cadre comme susceptibles, à certains moments, d'appareiller des psychés. GIMENEZ G. parle d'une fonction d'interface psychique, pivot entre le thérapeute et le patient qui rend compte de l'état de la relation. « Comme l'a montré GUERIN C., cette articulation s'effectue à un triple niveau : *physique* grâce à ses propriétés singulières, irréductibles au fantasme ; *psychique* à travers les investissements différenciés dont il est le support et la forme ; *groupal* en tant que dépositaire des parts communes des sujets en présence »⁵².

L'objet de relation a aussi une fonction de mémoire. Il « recueille et garde la trace de l'histoire de la rencontre entre les deux interlocuteurs, ainsi que les affects qui lui sont liés »⁵³.

Par ailleurs, l'objet de relation joue une fonction pare-excitative. Du fait de son existence comme objet externe, il « permet au clinicien d'explorer une surface intermédiaire (pare-excitative) au lieu d'être confronté à des réactions émotionnelles qui le débordent »⁵⁴ et qui pourraient rendre impossible la rencontre entre soi et l'autre mais aussi entre soi et soi.

Enfin, l'objet de relation remplit une fonction de figuration, c'est-à-dire la mise en forme de ce qui ne pouvait pas encore être pensé de l'état de la relation entre le patient et le thérapeute à un moment donné. Il pourra devenir un lien de transformation en déclenchant un travail d'élaboration et de mise en sens (activité représentative). « Il rend possible un investissement des deux interlocuteurs sur un support externe (co-investissement) »⁵⁵.

Cette dernière fonction de l'objet de relation permet de rebondir sur le concept du *médium malléable* développé par la psychanalyste et l'artiste peintre Marion MILNER puis repris par le psychologue René ROUSSILLON. Mais avant de vous l'exposer, il m'a paru intéressant d'aborder en préambule Aristote et sa conception hylémorphique de la nature.

⁵⁰ *Ibid.*, p.89

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*, p.93

⁵³ *Ibid.*, p.94

⁵⁴ *Ibid.*, p.95

⁵⁵ *Ibid.*, p.97

Dans son ouvrage, *De l'âme*, Aristote considère que les choses naturelles (objet ou individu) sont des composés de forme et de matière. Nous pouvons donner cet exemple : une sculpture est composée de la forme que lui a donnée l'artiste, et de la matière qu'est le bloc de pierre à l'état brut. Selon Aristote, l'âme est la forme et le corps la matière. Ainsi, les formes n'existeraient pas à l'état séparé de la matière : il s'agit de deux substances indissociables.

II.3. Le médium malléable

D'après MILNER M., le *médium* s'apparente à une « substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens », en « lien avec l'usage que fait l'artiste de son matériau »⁵⁶. La psychologue Anne BRUN considère que MILNER M. « définit le médium à la fois comme une possible utilisation du cadre matériel et comme une modalité d'utilisation du thérapeute »⁵⁷. Dans l'espace thérapeutique, le cadre et le clinicien s'avèreraient être des formes de *médium malléable* dont l'enfant doit pouvoir se saisir comme l'artiste s'approprie son œuvre. La matérialité du cadre et l'ajustement du thérapeute au besoin de l'enfant « offre[nt] la possibilité de matérialiser la problématique interne d'un sujet »⁵⁸ et la mise en œuvre d'un processus créatif en lien avec les propriétés perceptivo-motrices du médium malléable. Autrement dit, la mise en forme du matériau proposé rend manipulable l'activité représentative du sujet.

ROUSSILLON R. reprend et développe le concept de médium malléable au début des années quatre-vingt dix. Proposant une approche métapsychologique, il s'interroge sur les capacités du médium malléable à participer « à la mise en œuvre de la fonction réflexive de la psyché »⁵⁹. « Existe-t-il des « objets » qui symbolisent l'activité représentative [...] et sur quelles expériences se fonde l'organisation psychique de tels objets ? »⁶⁰. Pour y répondre, ROUSSILLON R. s'appuie sur les travaux du physicien et philosophe René DESCARTES. Dans son ouvrage *Méditations métaphysiques* (1641), ce dernier montre que « son appréhension de la cire relève de l'entendement et donc du concept et non des propriétés matérielles de l'objet »⁶¹. Les métamorphoses de la matière même de la cire conduisent à

⁵⁶ MILNER M., 1955, pp.844-874

⁵⁷ BRUN A., 2011, p.13

⁵⁸ BRUN A., 2013, p.22

⁵⁹ ROUSSILLON R., 2013, p.61

⁶⁰ *Ibid.*, p.55

⁶¹ *Ibid.*, p.59

modifier sans cesse les données sensorielles. Pourtant, l'objet, flexible et muable, demeure présent aux yeux de tous, bien qu'il n'ait pas de forme propre. ROUSSILLON R. pense que c'est justement l'absence de forme prédéfinie de la matière qui va lui donner l'aptitude à « symboliser elle-même la représentation »⁶² selon son utilisation par le sujet. Il évoque « une forme 'd'associativité' qui se déploie avec le médium, une forme d'associativité non verbale mais qui se trouve dans le geste »⁶³. Le sujet peut alors se sentir, se voir, s'entendre et ajuster ses besoins et désirs selon ce qu'il est en train de vivre avec son médium.

Prenant comme exemple la pâte à modeler, objet le plus représentatif du médium malléable selon lui, ROUSSILLON R. indique que ses diverses propriétés permettent au sujet de lui donner toutes les formes possibles et imaginables. Il propose alors une analyse des propriétés sensorielles et relationnelles de la pâte à modeler dont l'ensemble lui donne sa *malléabilité*. Il lui attribue une dizaine de caractéristiques. Elle est tout d'abord *saisissable* car nous pouvons la prendre et la conserver dans nos mains sans qu'elle glisse entre les doigts comme le ferait l'eau, forme de médium malléable que ROUSSILLON R. qualifie de plus primitive. Elle s'avère également *consistante* possédant une matière et une texture résistant en partie à la pression et qui lui sont propres. Comme l'eau et l'air, la pâte à modeler est « *animable* ». Bien qu'elle soit en elle-même une substance inanimée, quand nous entrons en contact avec elle, elle se chauffe dans nos mains et semble prendre vie. Mais son caractère vivant est rendu possible par son *indestructibilité*. Elle n'est jamais atteinte dans son identité même si elle endure des changements de formes (tordue, frappée, jetée, coupée, amalgamée, etc.). Cette propriété doit être rapprochée de ce que formule WINNICOTT D-W. à propos de l'utilisation de l'objet. Pour être utilisé, l'objet doit pouvoir être trouvé puis détruit (il change de forme) puis survivre à la destruction. Il « développe sa propre autonomie et sa vie, et (s'il survit) apporte sa contribution au sujet selon ses propriétés propres. En d'autres termes, en raison de la survivance de l'objet, le sujet peut commencer à vivre sa vie dans le monde des objets [...] mais le prix à payer sera l'acceptation de la destruction qui s'opère dans le fantasme inconscient en rapport avec le mode de relation à l'objet »⁶⁴. Si la destructivité doit pouvoir s'exercer à son encontre sans retenue et sans destruction, la pâte à modeler est aussi d'une *extrême sensibilité*, seconde caractéristique requise par WINNICOTT D-W. pour l'utilisation de l'objet. Il suffit de bien peu d'effort au sujet pour changer la forme de la pâte à

⁶² *Ibid.*, p.60

⁶³ *Ibid.*, p.61

⁶⁴ WINNICOTT D-W., 1971, p.126

modeler. Un coup de poing donné dessus aplatit celle-ci sans la détruire. Il change uniquement sa forme selon la force employée. Elle est *réceptive* et accepte d'être façonnée par la main ; ce que ne feraient pas une pierre ou un morceau de fer rigide, objets pourtant indestructibles. D'autre part, le caractère souple et plastique de la pâte la rend *indéfiniment transformable* par sa capacité à prendre toutes les formes. Le sujet peut la métamorphoser à sa guise, sans aucune restriction. Il peut toujours commencer à la remanier à partir de sa forme précédente et lui donner une nouvelle forme, car elle est *endurante* et prête à accueillir l'habileté de la main qui la transforme. En même temps, elle garde un caractère *prévisible* : les mêmes gestes produisent les mêmes transformations. Elle révèle de manière identique la trace des mains, quand celle-ci correspond à une même pression exercée dessus. Mais l'expérience de son indéfinie transformation ne peut s'effectuer que si le médium malléable est *indéfiniment disponible*. Tout en restant elle-même, le contact de la main la réchauffe un peu et la rend prête à l'emploi.

L'ensemble des propriétés de la pâte à modeler fait que sa malléabilité sera découverte et qu'elle deviendra utilisable pour « symboliser la symbolisation »⁶⁵. Leur rapport d'interdépendance de l'une par rapport à l'autre est essentiel pour que le médium malléable prenne toute sa valeur. Par exemple, le caractère vivant du *médium malléable* dépend de son indestructibilité, et son indéfinie transformation, de l'union de cette dernière avec la sensibilité.

ROUSSILLON R. précise que certains objets médiateurs ne possèdent pas l'ensemble des propriétés de la pâte à modeler et leur « malléabilité n'est que partielle »⁶⁶. Il les nomme des *médiums malléables partiels*. Il différencie les médiums malléables fidèles et constants, capables de conserver leurs formes par eux-mêmes (la terre) et matérialisant une forme de permanence de l'objet, de ceux qui « ont besoin d'un environnement conteneur pour assurer la permanence et la constance qu'ils n'intègrent pas dans leur forme de malléabilité »⁶⁷ (l'eau épousant la forme d'un contenant externe).

En fonction des leurs propriétés (forme, texture, odeur, couleur, etc.), les médiums ne favorisent pas les mêmes modalités sensorielles et ne fournissent pas tous les mêmes possibilités de jeu et de symbolisation avec le patient. Leurs choix déterminent en partie l'expérience subjective engagée. C'est ce que ROUSSILLON R. nomme la *fonction médium*

⁶⁵ ROUSSILLON R., 2013, p.68

⁶⁶ *Ibid.*, p.69

⁶⁷ *Ibid.*, p.67

*malléable*⁶⁸. Cependant, selon notre propre vécu, « nous ne symbolisons pas tous de la même manière »⁶⁹. Par conséquent, en tant que thérapeute, il convient de s'interroger sur le degré de malléabilité du médium utilisé dont la limite est intrinsèque à sa matière pour tenter de s'ajuster aux besoins psychiques du patient. Grâce au médium malléable que ROUSSILLON R. compare à *l'objeu* (contraction d'objet et de jeu) du poète Francis PONGE⁷⁰, le sujet va pouvoir créer son propre environnement en se l'appropriant à sa manière, puisque toute transformation s'opère en perpétuel mouvement.

Par la suite, ROUSSILLON R. propose une approche de la psychopathologie directement articulé au modèle proposé par l'analyse des propriétés du médium malléable, en plaçant chaque propriété devant un type d'imgo correspondant à l'échec de son intégration. « L'imgo de l'objet est une représentation non malléable et non transitionnelle de l'objet, elle tend à fixer l'objet et la relation à l'objet en une forme immuable »⁷¹. Cet élément m'amène à évoquer certaines dérives pathologiques qui peuvent surgir avec les objets concrets. Les théories sur le sujet sont nombreuses et s'appuient souvent sur les travaux de WINNICOTT D.W. Mais auparavant, je vous propose d'appréhender le concept du *stade du miroir* théorisé par LACAN J. attribuant à cet objet un rôle particulier.

II.4. La spécificité du miroir

Selon LACAN J., le concept du *stade du miroir* est central dans la formation de l'identité du sujet⁷². Il va montrer le changement fondamental qu'opère pour le petit enfant le repérage puis la reconnaissance de son image dans le miroir. A six mois, le bébé s'y intéresse beaucoup. Il va s'approprier progressivement son image à l'aide de trois ressentis : je suis une entité à forme humaine, je suis une entité humaine distincte d'autres identités et je suis une unité cohérente et en mouvement. Autrement dit, le bébé comprend que cette image est comme un autre moi puis qu'en fait, c'est moi puis un reflet de moi. A cette époque, le bébé est incoordonné dans son corps. Pour autant, son image globale lui donne l'illusion de la maîtrise corporelle. Elle le fascine et il jubile en la regardant. Le miroir est une première manière pour le sujet de se voir d'un point de vue extérieur. La relation du sujet devient

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ ROUSSILLON R., 2011, p.31

⁷⁰ PONGE F., 1961

⁷¹ ROUSSILLON R., 2013, p.191

⁷² LACAN J., 1938

triangulaire (moi, mon image et l'autre) avec l'adulte qui est là, rassure l'enfant, témoigne de la scène et lui confirme que cette image est bien la sienne. LACAN J. parle d'*aliénation* car l'identité du sujet dépend de la définition que lui en donne l'autre. Vers dix-huit mois, l'enfant a pleinement accédé à son image spéculaire. Cette dernière conduit aux identifications d'abord de sa propre image dans le miroir, puis à l'identification ou à la contre-identification de l'autre, selon s'il l'aime ou s'il le hait.

II.5. Les dérives pathologiques avec l'objet concret

WINNICOTT D.W parle de « distorsion dans l'utilisation de l'objet transitionnel »⁷³ qui survient lorsque l'enfant souffre de ne pouvoir se représenter l'objet absent qui lui manque (la mère). L'objet transitionnel devient alors un *objet consolateur* qui permet à l'enfant de supporter l'absence de la mère et de s'y raccrocher. Contrairement à l'objet transitionnel, il est abandonné au moment des retrouvailles avec la mère et n'est investi en tant qu'objet permettant de lutter contre la dépression le temps de l'absence et non en tant qu'objet séparé permettant de penser l'absence.

Mais WINNICOTT D.W. signale que l'objet transitionnel peut devenir un « objet fétiche et persister sous cette forme dans la vie sexuelle adulte »⁷⁴. Ce phénomène se produit quand le sujet n'est plus en mesure de tolérer la frustration liée à l'absence trop longue de l'objet (la mère). Cette instabilité produit le désinvestissement de l'objet (mère) et le surinvestissement de l'objet concret devenant l'*objet fétiche*. WINNICOTT D.W. illustre cet investissement fétichiste en présentant le cas d'un garçon ayant subi plusieurs séparations de sa mère dépressive à l'âge de trois ans. Quelques années après, il affiche un intérêt particulier pour l'objet « ficelle » qu'il utilise de manière récurrente et dangereuse devant ses parents comme une façon de le dénier et de ne pas penser à la séparation avec sa mère⁷⁵.

Une autre forme d'investissement pathologique défensif de l'objet concret lui conférant le statut d'*objet autistique*, est proposé par la psychanalyste Frances TUSTIN⁷⁶. Alors que l'objet transitionnel est le plus souvent doux et mou, l'objet autistique est en général dur, piquant et monoperceptif. Selon TUSTIN F., l'objet autistique a pour fonction

⁷³ WINNICOTT D-W., 1971, p.15

⁷⁴ *Ibid.*, p.18

⁷⁵ *Ibid.*, pp.27-30

⁷⁶ TUSTIN F., 1986

d'entretenir l'illusion d'une carapace dans une indistinction du Moi et du non-Moi, souvent à partir des substances du corps. Objet anti-intermédiaire, il résulte d'un surinvestissement du sujet lui-même au détriment d'un désinvestissement de l'autre et de l'objet concret.

III. Les approches et les fonctions des objets médiateurs dans le champ thérapeutique

Avant de développer l'approche et la vision des cliniciens vis-à-vis des objets médiateurs, il me paraît important de revenir sur la définition même de l'objet médiateur telle qu'elle est perçue dans le domaine thérapeutique.

III.1. Qu'est-ce qu'un objet médiateur ?

L'objet médiateur « se situe à la rencontre de la réalité extérieure et du monde interne du sujet. En effet, il est porteur des qualités concrètes de sa matérialité en même temps qu'il représente l'état de la relation à un moment donné de la rencontre »⁷⁷. Il devient objet intermédiaire qui garantit une mise à distance, un non immédiat où le patient peut s'interroger sur sa relation de sujet. Ainsi, selon le psychanalyste Bernard CHOUVIER, l'objet médiateur médiatise la « relation qui risquerait d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale »⁷⁸. Par sa fonction tierce, il aide à sortir d'une adhésivité à l'autre. Il naît de la « discontinuité entre sujet et objet chose »⁷⁹. Tout objet, animé ou non, est support aux projections du sujet. Le thérapeute lui-même peut donc être ce support mais également les éléments matériels et architecturaux comme les murs, les meubles, les jouets, etc.

Ainsi, l'objet médiateur « peut servir à représenter un objet externe partiel ou total, ou un entre-deux transitionnel, ou représenter la relation entre sujet et objet, ou encore la symbolisation elle-même comme l'a montré ROUSILLON »⁸⁰. Dans cette citation, nous retrouvons les différents statuts des objets concrets évoqués précédemment : *l'objet concret*, *l'objet transitionnel*, *l'objet de relation* et le *médium malléable*. Ils font ainsi partie des objets médiateurs potentiels.

⁷⁷ CHAPELIER J-B. cité par BOUTINAUD J., 2010, p.4-19

⁷⁸ CHOUVIER B., 2011, p.40

⁷⁹ TOURVIEILLE J-L., 1997, p.12

⁸⁰ *Ibid.*, p.13

Cependant, l'objet médiateur ne se manifeste comme tel qu'à partir d'une activité du moi, d'un moi suffisamment constitué. Il est admis que son avènement s'établit selon un processus lui donnant tout son sens et non comme une donnée de départ, comme un « état des choses ». Le psychanalyste René KAËS insiste sur le fait que « l'objet n'est médiateur que dans un *processus* de médiation »⁸¹. Il se définit par son utilisation en intermédiaire entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et la réalité extérieure. Nous retrouvons la notion de médiation intra-personnelle⁸². Ainsi, la médiation et l'objet médiateur rejoignent les mêmes idées, ce qui explique peut-être cette confusion parfois rencontrée dans les articles à propos de l'emploi des termes médiation et médiateur.

Analysons plus en détail les processus mis en jeu dans l'investissement des objets médiateurs dégagés par les cliniciens qu'ils soient psychanalystes, psychologues cliniciens ou psychomotriciens et l'intérêt qu'ils revêtent dans le domaine thérapeutique.

III.2. Les processus de médiation à l'œuvre dans les thérapies à médiation

III.2.1. De la médiation artistique avec Winnicott à la médiation thérapeutique : vision des psychanalystes et des psychologues contemporains

Les psychanalystes de l'école de Lyon (CHOUVIER B., BRUN A., ROUSSILLON R.) se livrent à une analyse du processus thérapeutique mis en jeu par la médiation, sur lequel s'appuient actuellement les psychomotriciens « désireux de fournir un cadre théorique cohérent à leurs pratiques »⁸³. Pour ce faire, ces théoriciens repartent des travaux de WINNICOTT D-W sur la *transitionnalité* et la créativité dans le domaine artistique, et l'appliquent au champ thérapeutique.

« La théorisation winnicottienne a permis d'envisager l'œuvre comme un objet transitionnel, intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, sous forme de la matérialité spécifique d'un objet, et elle invite ainsi à dégager l'importance primordiale dans l'œuvre d'art de la forme. Winnicott se présente donc comme le précurseur des pratiques

⁸¹ KAËS R., 2002, p.11

⁸² Cf. *supra*. *Théorie (I.1.)*, p.54

⁸³ RODRIGUEZ M., 2013, p.56

actuelles de thérapies à médiations, car il a permis d'envisager l'œuvre ou la production comme une possible inscription des mouvements pulsionnels par l'élaboration d'une forme externe liée à un mode d'expression qui engage le corps dans une dimension visuelle, sonore, tactile ou kinesthésique selon les arts »⁸⁴. Ainsi, la création artistique permet au corps de s'exprimer et d'aider la psyché à se construire. « Dire le soi, à travers des objets, des créations, des œuvres, représente le fond de l'expressivité. [...] le sujet se découvre lui-même et prend conscience de son être profond »⁸⁵.

Reprenant cette idée, ces cliniciens réfléchissent à la manière d'amener les objets médiateurs dans l'espace thérapeutique pour faire découvrir les potentialités créatrices des patients. Une partie est consacrée à ces questionnements plus en avant de ce document⁸⁶. Mais pour rester sur le processus même de médiation et sur l'enjeu relationnel, CHOUVIER B. insiste sur le fait que l'objet médiateur demande à être investi aussi bien par le patient que par le soignant. Cet investissement va au-delà de son contenu et nécessite une conviction, une spontanéité, une envie et un plaisir dans son utilisation. L'objet médiateur doit susciter en lui une émotion afin d'étayer le patient dans sa structuration psychique chaque fois qu'il se trouve en présence de cet objet. D'où l'idée de ne pas nécessairement proposer une médiation sous prétexte de compétence. Un support nouveau investi à la fois par le thérapeute et le patient peut s'avérer plus bénéfiques pour les « enjeux psychiques spontanés qui sont et ne peuvent être qu'en correspondance avec une totale liberté de réalisation »⁸⁷. Cependant, l'intérêt du thérapeute pour la médiation ne doit pas dépasser celui du patient qui doit pouvoir se l'approprier sans pour autant « détruire » le thérapeute. C'est un équilibre à trouver. « Ce qui assure une fonction symbolisante et médiatrice c'est la croyance dans les vertus de l'objet et cette croyance a un double fondement : dans la psyché de l'autre et dans l'expérience du sujet. Aucune médiation n'est productrice d'effet de croissance psychique si elle n'est pas d'abord présentée par un sujet à un autre sujet et alors seulement inventée-crée par l'un et par l'autre dans cet accompagnement mutuel »⁸⁸. L'objectif devient ainsi de *trouver-crée* ensemble, de cheminer vers une voie commune, singulière, entre soi et l'autre.

⁸⁴ BRUN A., 2011, p.13

⁸⁵ CHOUVIER B., 2011, p.44

⁸⁶ Cf. *infra. Théorie (III.3.) p.73*

⁸⁷ CHOUVIER B., 2011, p.42

⁸⁸ KAËS R., 2002, p.27

Or les psychomotriciens travaillent dans ce même but de et s'appuient sur ce qu'ils nomment généralement les médiations corporelles, le corps étant leur principal outil de travail. Le corps du patient mais aussi celui du thérapeute sont engagés dans la relation.

La partie qui suit développe la vision des psychomotriciens concernant les thérapies à médiations, telles que j'ai pu la dégager au travers de mes quelques lectures, tout en sachant que les réflexions sur le sujet évoluent constamment.

III.2.2. Les médiations corporelles thérapeutiques : vision des psychomotriciens

Les médiations corporelles thérapeutiques rejoignent la notion de « technique du corps » du sociologue et de l'anthropologue Marcel MAUSS qui la définit comme la « façon dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps »⁸⁹. Cette définition s'applique aussi bien aux attitudes comme aux actions du corps (façons de manger, courir, nager, se laver, danser, sevrer un enfant, etc.). Le corps n'opère aucune médiation par lui-même. C'est l'intégration culturelle des techniques du corps présentées et guidées par d'autres qui nous permet de passer du mouvement au geste, de la sensation à la perception, de l'émotion à l'affect. Tous ces éléments nous construisent une identité. Ainsi, les médiations corporelles demeurent « des propositions offertes aux patient qui visent à les affecter au sens premier du terme, c'est-à-dire 'mettre dans une certaine disposition', afin d'activer ou réactiver des éprouvés corporels »⁹⁰. En proposant un ensemble d'expériences sensori-motrices, les médiations corporelles n'ont pas pour objectif d'amener à une performance mais plutôt d'expérimenter et de ressentir son corps dans sa spontanéité.

RODRIGUEZ M. rappelle que « le terme d'expression corporelle exclusivement utilisé jusque là va progressivement céder sa place à celui de médiation qui apparaît dans les années 90 »⁹¹. Comme les psychologues cliniciens, les psychomotriciens envisagent l'étude de la médiation sous l'angle d'un processus thérapeutique se jouant entre le patient et le thérapeute et en cohérence avec les pratiques corporelles. La psychomotricienne Catherine POTEL rappelle que « c'est la relation et la communication [...] qui vont être le

⁸⁹ MAUSS M., 1985, p.365

⁹⁰ RODRIGUEZ M., 2013, p.57

⁹¹ *Ibid.*, p.56

premier des objectifs. La médiation [...] n'est pas un alibi puisque ce qui est partagé compte 'pour de vrai' [...] la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation »⁹². Dans un étayage relationnel structurant, la médiation va permettre « d'aider à la transformation des éprouvés en représentations »⁹³ et favoriser les « possibilités de réouverture et de réactivation du processus de construction psychocorporel et identitaire »⁹⁴. Ainsi, POTEL C. voit la médiation comme un *espace transitionnel* où quelque chose est partagé avec l'autre et s'inscrit symboliquement dans l'espace permettant l'intégration psychique et la créativité.

RODRIGUEZ M. étudie les mécanismes de la médiation qui permettent justement le déploiement de l'activité représentative selon un processus thérapeutique singulier. Il insiste sur le fait de ne pas se laisser happer par la brillance de cet objet médiateur qui risquerait de devenir, comme l'*objet transitionnel*, un objet fétichisé. Le risque est de « confondre le représentant concret de la médiation pour la médiation, autrement dit le dispositif pour le processus »⁹⁵. RODRIGUEZ M. est conscient qu'en tant que psychomotricien, interroger les qualités de l'objet médiateur utilisé est indispensable. Ce processus même de la médiation se réalise dans le dispositif thérapeutique aménagé et pensé selon les caractéristiques propres du patient. C'est d'ailleurs ce qui fait la singularité des thérapies médiatrices. Mais il souhaite aller au delà en interrogeant et en s'attachant aux processus psychiques qu'il permet de déployer. Il identifie trois fonctions du processus de médiation

La première est la fonction d'*attracteur* de l'objet médiateur devenant « l'objet vers lesquels les regards convergent à l'image de l'objet d'attention conjointe caractéristique du jeune enfant »⁹⁶. Élément du cadre, il a pour but d'attirer le clinicien et le patient vers une direction. Pour ce faire, les deux parties doivent s'impliquer, ce qui reprend les idées de CHOUVIER B. et de KAËS R. sur l'importance d'un investissement commun authentique vis-à-vis de l'objet médiateur.

⁹² POTEL C., 2010, p.317

⁹³ *Ibid.*, p.367

⁹⁴ POTEL C. citée par RODRIGUEZ M. & BRUCHOT CHATAGNAT, 2010, p.83

⁹⁵ RODRIGUEZ M., 1998, p.154

⁹⁶ RODRIGUEZ M. & BRUCHOT CHATAGNAT, 2010, p.83

La deuxième fonction est celle de l'*appréhension* de l'objet médiateur. Faisant parti du dispositif, il permet « d'expérimenter, de symboliser l'expérience historique de la rencontre, parfois de la non rencontre avec l'autre »⁹⁷. A l'image d'un objet concret, le sujet peut l'utiliser, le manipuler et alors exercer sur lui l'empreinte de sa subjectivité. Les qualités d'écoute et l'engagement corporel du psychomotricien vont permettre de nouvelles expériences de symbolisation et stimuler la confiance en soi, l'affirmation de la place du patient en tant que sujet. Tout en se montrant disponible et créatif, le psychomotricien doit aussi accepter d'être utilisé par le patient.

Enfin, il qualifie la troisième fonction comme celle de l'*effacement* de l'objet médiateur. Le thérapeute accepte que le patient s'approprie pour lui-même le dispositif ainsi créé, et qui comprend cet objet médiateur. « La symbolisation, du moins dans ses formes primaires, a besoin d'objet, d'objets concrets, de motricité corporelle pour pouvoir se déployer »⁹⁸. Ces objets donnent une représentation concrète au patient et l'aident alors à « matérialiser, rendre perceptible et manipulable l'activité représentative »⁹⁹. Mais c'est au prix de l'effacement même de l'objet médiateur et de ce qu'il représente pour lui-même. « Tel est le paradoxe auquel nous convie la médiation, accepter de ne rien représenter par elle-même en s'effaçant devant l'altérité naissante du sujet »¹⁰⁰. Cette dernière fonction rejoint celle du *médium malléable* de ROUSSILLON R.

Ainsi, ces différentes fonctions corroborent celles des psychanalystes et des psychologues évoquées précédemment. Elles vont s'équilibrer et s'élaborer dans une construction personnelle et signifiante pour le sujet. La médiation permet la coexistence du corps réel et du corps imaginaire inclus dans le même espace et pouvant s'influencer.

Tous ces éléments confirment belle et bien que « l'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même indépendamment du cadre et du dispositif »¹⁰¹. Il s'inscrit au sein même de l'espace thérapeutique. Néanmoins, il ne répond pas car son but n'est pas de répondre à l'intégralité d'un projet thérapeutique. Analysons les éléments constitutifs justement le cadre et le dispositif.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ RODRIGUEZ M., 1998, p.158

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ RODRIGUEZ M. & BRUCHOT CHATAGNAT, 2010, p.85

¹⁰¹ BRUN A., 2011, p.16

III.3. L'importance du cadre-dispositif dans les médiations thérapeutiques

III.3.1. *Savoir amener l'objet médiateur, élément du dispositif, dans le cadre*

« Le cadre n'est rien d'autre qu'une coquille vide s'il n'est pas habité »¹⁰². La fonction des éléments du cadre, qui feront éventuellement médiation, c'est d'être éprouvée d'abord au niveau perceptivo-sensori-moteur. Ces éléments, rappelés par les cliniciens lors des débuts d'un accompagnement, sont par exemple les conditions matérielles, le lieu, l'horaire, la fréquence et la durée des séances, individuelles ou groupales. Quand au dispositif, il pourrait s'apparenter à une forme de cadre qui viendrait nourrir le fond à savoir le travail thérapeutique. Par exemple, les propriétés de l'objet médiateur, la disposition spatiale et relationnelle entre les sujets, l'identité donnée à un groupe font partie des éléments du dispositif pensés et structurés par les thérapeutes. Ainsi, il ne suffit pas juste d'utiliser la pâte à modeler pour enclencher un véritable processus thérapeutique. Il faut réfléchir au pourquoi et au comment s'en servir. Ceci rejoint l'idée de RODRIGUEZ M. sur le risque pour l'objet médiateur de devenir objet fétichisé. BRUN A. insiste sur l'importance de savoir choisir le moment opportun pour amener l'objet médiateur. Elle reprend la notion winnicottienne d'*object presenting* où la mère choisit le bon moment pour offrir l'objet à l'enfant. « Les thérapeutes ne doivent pas être interventionnistes, en indiquant par exemple prématurément au patient tel ou tel choix possible dans l'ensemble du matériel, ou en lui montrant de façon active telle ou telle technique, ou en proposant à chaque séance une consigne différente »¹⁰³. Dans la même idée, CHOUVIER B. mentionne que le thérapeute proposant l'objet médiateur se doit « d'optimiser l'utilisation du dispositif et du médium [...] les seuls encouragements donnés sont ceux à utiliser l'objet et à représenter » et ne pas faire « d'interprétations du contenu »¹⁰⁴. Il distingue deux sortes de médiations qui peuvent être proposées dans le dispositif à savoir l'*objet créé* et l'*objet à créer*¹⁰⁵.

¹⁰² CHOUVIER B., 2011, p.40

¹⁰³ BRUN A., 2013, p.100

¹⁰⁴ CHOUVIER B., 2011, p.33

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.38

III.3.2. L'objet créé et l'objet à créer

L'objet créé est *déjà là, trouvé, tout fait* comme, par exemple, le conte, les jouets, les images ou les photos. Il confronte « le sujet à sa capacité de réagir face à la présence de ces objets concrets »¹⁰⁶, manipulables, que CHOUVIER B. nomme des « embrayeurs d'imaginaire »¹⁰⁷ dans l'idée qu'il active des éléments représentatifs non accessibles par le sujet.

L'*objet à créer* est à construire et prend corps grâce aux matières premières proposées au sujet comme la peinture, les feutres ou les feuilles de papier avec lesquelles il peut réaliser quelque chose.

CHOUVIER B. précise que la créativité est mobilisée dans les deux cas mais de manière différente : soit de la façon dont sont mis en jeu les objets dans le dispositif, soit dans la réalisation d'un dessin, d'un collage, ou d'une peinture prenant la valeur d'objet. Dans le premier cas, l'objet est le point de départ du travail thérapeutique, dans le second cas, c'est le point d'arrivée. Cette différence est à prendre en compte car le travail psychique amené avec l'objet médiateur n'est pas le même. Selon l'état psychique du patient, partir de rien, d'une page blanche peut être source de profonde angoisse. D'où l'importance d'un dispositif rigoureux pour fournir des repères pour sécuriser le patient et ouvrir le champ créatif.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*

ELEMENTS DE DISCUSSION

En m'appuyant sur les séances partagées avec Sarah et Mr. O et sur d'autres vignettes cliniques ainsi que sur mes expériences corporelles vécues au cours de ma formation, j'ai décidé d'articuler cette partie en deux grands axes. Le premier aborde les rôles des objets médiateurs concrets c'est-à-dire les fonctions qu'ils peuvent potentiellement remplir dans l'espace de soin en lien avec leurs propriétés. Le second axe développe leurs apports au sein du dispositif thérapeutique suivant les applications des psychomotriciens que j'ai pu observer lors de mes stages. Je tente de rapprocher ces deux aspects avec la théorie sachant qu'ils se rejoignent et engendrent nécessairement des modalités interactionnelles entre le patient et le thérapeute. Ces dernières sont aussi analysées tout au long de ma discussion.

I. Les rôles potentiels des objets médiateurs concrets en psychomotricité

I.1. Des objets qui rapprochent mais qui différencient aussi de l'autre et de soi-même

Mr O. et le tissu

Avec du recul, j'ai le sentiment d'avoir été happée par la temporalité de Mr O. durant les premières séances. Lorsque nous proposons puis reprenons ensemble les mouvements créés avec nos tissus, la lenteur gestuelle de Mr O. me donnait instinctivement envie de ralentir ma propre vitesse de mouvement. J'avais même, par moments, du mal à me libérer complètement dans mes explorations gestuelles. En voulant m'adapter au rythme de Mr O., j'en oubliais presque le mien. Je sentais comme si ma maître de stage devait nous dynamiser l'un et l'autre. Je m'aperçois alors de toute la difficulté de moduler son propre rythme tout en s'adaptant à celui de l'autre, comme une construction conjointe et rythmique à trouver ensemble. Mais lors de la période de « l'emmêlement et du démêlage » des tissus où je suis en contact avec Mr O. par le biais du tissu, j'ai l'impression de retrouver davantage ma propre temporalité. Je me permets plus d'amplitude dans mes mouvements, des variations rythmiques,

des jeux avec les plans de l'espace, comme si le tissu, me donnait de l'élan et relançait ma propre tonicité. Je sens aussi que ces tissus nourrissent davantage les mouvements de Mr O. et lui permettent de se détacher de son propre corps pour se focaliser sur l'objet. Ceci rejoindrait la fonction d'*attracteur* évoquée par RODRIGUEZ M.¹⁰⁸. Comme je l'ai évoqué dans les éléments cliniques, il se déplace davantage dans l'espace et se permet quelques changements de niveaux : se baisser pour passer sous un tissu ou lui tourner autour. Il met ainsi à profit plus d'explorations sur le plan horizontal, si peu présentes dans sa gestuelle. « Être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps, c'est à travers son propre tonus ressentir celui de l'autre »¹⁰⁹. Pourrions-nous parler d'empathie tonique ressentie à travers cet échange corporel et ce dialogue avec les tissus ? De son côté, je perçois une volonté de Mr O. pour rester dans le mouvement et maintenir ce lien avec moi par l'entremise des tissus. Dans ce dialogue tonique, chacun donne et reçoit en même temps. C'est comme si ces tissus favorisaient un lien et une communication entre nous tout en conservant une distance à la fois physique et relationnelle. Cet objet médiateur utilisé constitue « un sujet d'intérêt partagé par le patient et le thérapeute, sujet qui les rapproche et les différencie aussi »¹¹⁰. Il remplit sa fonction d'objet tiers à la relation en réussissant à la fois à unifier et à séparer. Grâce à lui, je parviens à retrouver davantage une dynamique corporelle, me permettant d'aider Mr O. à chercher les ressources qui sont en lui pour se surpasser. Lors de « la danse des tissus », il parvient à mettre en œuvre des explorations gestuelles lorsque nous l'accompagnons physiquement et spatialement dans les mouvements. Mais lors des temps individuels, Mr O. se replie à nouveau. Sans la connexion avec le tissu, j'ai l'impression de m'éloigner des potentialités de Mr O. comme si, utilisé par tout seul, l'objet médiateur ne suffisait pas.

Mais ne serait-ce pas justement dangereux de trop s'appuyer sur cet objet médiateur ? N'y aurait-il pas un danger de déboucher sur une relation trop fusionnelle fondée sur une non différenciation entre le patient et le thérapeute ? Mr O. a tendance à reprendre des mouvements impulsés par ma maître de stage ou par moi-même dans les séances précédentes. Serait-ce une manière inconsciente pour lui d'intégrer les siens ? Au moment de la séparation du tissu dans l'espace, il dépose le sien physiquement près des nôtres, voire entre les deux nôtres, mais ne parvient plus à bien identifier son tissu sur les photos, bien qu'il lui ait donné une forme singulière. Comment amener plus de distanciation avec ce tissu et aider Mr O. à

¹⁰⁸ Cf. *supra*. *Théorie (III.2.2)*, p.71

¹⁰⁹ DEFIOLLES-PELTIER V., 2010, p.180

¹¹⁰ LIPPMAN MARTIN B. *citée par* RODRIGUEZ M., 2010, p.83

prendre davantage le contrôle de ses propres mouvements tout en gardant un cadre sécurisant ? Voici où en sont nos réflexions pendant et après les séances.

Sarah et le miroir

Dès que Sarah entre dans la salle, elle se regarde immédiatement dans le miroir, se met de profil, bouge ses lèvres, etc. Est-elle fascinée par sa propre image ? Serait-ce une manière de la manipuler pour s'assurer de sa propre existence ? Quand elle provoque la « rencontre des sacs » ou vient me toucher la main pour me dire bonjour, elle regarde le miroir et veut être témoin de l'action à travers lui. Comme s'il permettait le passage du contact imaginaire au contact réel, tel un sas de sécurité. De notre côté, nous nous nommons, nous la désignons, nous lui faisons « coucou » dans ce miroir et elle répond toujours à nos sollicitations. Notre présence semble l'aider à se définir à travers cette image, à confirmer que c'est elle qui se perçoit dans une unité cohérente. Rappelons que WINNICOTT D-W. place le visage de la mère comme précurseur du miroir¹¹¹. Selon lui, le bébé est actif dans l'échange mais a besoin d'un retour pour se voir. Si la mère ne lui renvoie rien, il ne peut pas se différencier. Malgré la vision divergente de LACAN J. à propos de l'expérience du miroir¹¹², le regard de l'autre est fondamental dans la quête identitaire pour les deux auteurs. Ainsi, ce miroir semble permettre de travailler l'image du corps par le biais de l'identification que Sarah projette sur elle-même et sur nous. En tant que psychomotriciennes, nous faisons partie des identifications permettant à Sarah de définir sa propre image spéculaire. Cet objet sert réellement de médiateur entre elle et nous. Grâce à lui, nous entrons en relation avec Sarah et il nous rapproche. En même temps il permet à Sarah une prise de distance avec elle-même et avec nous pour pouvoir mieux se différencier et s'identifier en tant que sujet.

¹¹¹ WINNICOTT D-W, 1971

¹¹² Cf. *supra*. *Théorie (II.4.)*, p.65

I.2. Des objets qui peuvent devenir objet de relation et remplir certaines de ses fonctions

Sarah et le sac lesté

Selon moi, le sac lesté a les qualités requises pour être un *objet de relation* et non un *objet transitionnel* comme je l'avais pensé au départ. En effet, je retrouve dans cet objet médiateur, certaines des fonctions théorisées par GIMENEZ G. *et al*¹¹³.

Tout d'abord, réel et externe, Sarah l'a *trouvé-crée* inopinément parmi les objets de la salle. Son attirance pour la sensorialité de l'objet (l'agiter, le retourner, le poser sur sa tête pour sentir son poids, etc.), le fait émerger du cadre, au milieu des autres. C'est le premier qui semble l'apaiser et avec lequel nous parvenons à entrer en relation avec elle après plusieurs séances de tâtonnements. Il résulte d'une expérience sensorielle partagée et d'une liaison qui peut enfin s'établir. C'est comme s'il figurait ce lien, en l'externalisant, et permettait en outre un co-investissement, en représentant notre rencontre. En s'appropriant cet objet, Sarah le transforme en une « personnification » de notre relation.

Le sac lesté devient également un *objet de partage* entre Sarah et nous. Nous pouvons jouer ensemble avec lui : nous dire bonjour par son intermédiaire, le mettre sur différentes parties de notre corps devant le miroir, l'envoyer dans un récipient chacune à son tour ou encore l'installer dans un parcours pour marcher dessus. Mais au fur et à mesure de l'avancée des séances, cet objet s'efface du cadre et la « rencontre des sacs » n'a plus besoin d'être réalisée comme action symbolique de notre entrée en relation. Il redevient un objet parmi les autres jouets avec lequel elle joue. Contrairement à l'objet transitionnel, il nous montre le côté éphémère de sa fonction.

Enfin, cet objet remplit sa fonction de dépositaire de mémoire. L'hospitalisation de Sarah un peu avant Noël entraîne une interruption des séances de trois semaines. Mais dès qu'elle revient et entre dans la salle, elle sort du placard le panier en osier contenant les sacs. Ces derniers permettent de nous retrouver comme une reprise perceptivo-motrice de l'objet

¹¹³ Cf. *supra*. *Théorie (II.2.)*, p.60

qui « en tant que trace et marque, permet au processus qui émerge dans la relation de ne pas se perdre et de l'inscrire »¹¹⁴. Il confirme le souvenir présent de son intégrité.

Même si le sac lesté ne représente pas un objet transitionnel, il pourrait avoir un point commun avec lui. En effet, la répétition sur plusieurs séances des sacs que nous allons chercher dans le placard, de nos deux sacs qui s'entrechoquent, de Sarah qui met son sac lesté sur sa tête devant le miroir, me font penser aux *phénomènes transitionnels* définis par WINNICOTT D-W. «[...] le gazouillis du nouveau-né, la manière dont l'enfant plus grand reprend, au moment de s'endormir, son répertoire de chansons et de mélodies, tous ces comportements interviennent dans l'aire intermédiaire en tant que phénomènes transitionnels »¹¹⁵. Dans cette espace intermédiaire qu'est la salle de psychomotricité, Sarah peut vivre ces phénomènes sans qu'ils soient remis en question.

Les fonctions remplies par le tissu en tant qu'objet médiateur présupposé

Dans les éléments théoriques, je pars du principe que l'*objet de relation* fait parti des objets médiateurs¹¹⁶. GIMENEZ G. établit pourtant une distinction. A la différence de l'objet de relation « trouvé-crée dans la surprise »¹¹⁷, l'objet médiateur est proposé par le clinicien dans un dispositif articulé autour de cet objet. Mais je dirais que tout dépend aussi de sa nature. L'objet de relation est forcément concret alors que l'objet médiateur englobe plusieurs entités (une technique, un objet culturel ou un objet concret). Effectivement, le patient peut-il trouver par lui-même une technique de relaxation ou un conte lors d'une séance ? Peut-être, mais plus difficilement qu'un objet concret. Cependant, en partant de l'idée de GIMENEZ G., le sac lesté de Sarah serait un objet de relation et le tissu de Mr O. plutôt un objet médiateur. En effet, rien ne prédisposait l'utilisation créative du sac lesté dans les séances avec Sarah. Quand au tissu, il est effectivement pré-investi par la psychomotricienne qui l'introduit dans le dispositif comme l'un des supports de travail pour tenter de répondre au projet thérapeutique de Mr O. Pourtant, cet élément est discutable. Souvenez vous que c'est Mr O. lui-même qui a choisi cet objet parmi cinq objets proposés lors de notre première rencontre. Mais, pour être un objet totalement *trouvé-crée* dans un mouvement de surprise, il aurait fallu laisser la salle entièrement disponible à Mr O. et voir si un objet de relation aurait pu émerger

¹¹⁴ GIMENEZ, G., 2002, p.95

¹¹⁵ WINNICOTT D-W., 1971, p.8

¹¹⁶ Cf. *supra*. *Théorie (III.1.)*, p.67

¹¹⁷ GIMENEZ, G., 2002, p.89

dans le cadre. Autant c'est possible avec un enfant de quatre ans, autant avec un adulte, cela me paraît plus compliqué. Mais à supposer que le tissu n'a pas le statut d'objet *trouvé-crée* et s'apparente à un objet médiateur, il témoigne, tout comme le sac lesté, des aspects interactionnels qui se jouent entre Mr O. et nous. C'est aussi un *objet de partage* du fait des multiples utilisations que nous avons traversées avec lui (dialogue tonique dans « l'emmêlement et le démêlage » des tissus, mouvements créés dans « la danse des tissus », photos comme support pour garder une trace visuelle et la revoir autrement, etc.).

Finalement, je dirais que l'objet médiateur concret est porteur de certaines des qualités propres à l'objet de relation. Ceci m'amène à vous parler d'une autre de ses fonctions établies par GIMENEZ *et al.*, celle de *mise en dépôt* que j'ai eu l'occasion de vivre dans un groupe.

Le groupe « expressivité » et les échanges de ballon

Intitulé « expressivité », ce groupe est encadré par deux psychomotriciennes au rythme d'une heure hebdomadaire dans l'une des salles d'un CMP. Il accueille quatre enfants entre huit et neuf ans. Certains souffrent d'une incapacité à jouer par inhibition et d'autres présentent des troubles du comportement relevant d'une instabilité psychomotrice. Dans ce dispositif, je reste observatrice et prends des notes durant la séance pour retranscrire ce qui s'y passe. L'objectif de ce groupe est de permettre la création d'un espace d'expression et de communication. A chaque séance, le groupe tente d'élaborer une histoire dans laquelle chacun détient un rôle. Les psychomotriciennes adaptent les supports pour nourrir l'imaginaire du groupe. La place de chacun y est travaillée avec les phénomènes d'inclusion, d'appartenance ou au contraire d'opposition et d'exclusion qui peuvent surgir dans un groupe.

Au début de chaque séance s'instaurent assez rapidement des échanges avec un ballon, jeu proposé par l'un des enfants du groupe. Celui qui le reçoit doit prononcer une phrase au choix, puis le lancer à un autre enfant ou à une psychomotricienne. Ce jeu définit le premier temps de la séance avant que ne démarre la construction de l'histoire. Les premières fois, les échanges tournent autour de sujets très archaïques (« pipi/caca », « j'aime/j'aime pas » les aliments, etc.), accompagnés de nombreuses insultes. Au fil des séances, le contenu des échanges s'enrichit. Le ballon devient lui-même source de jeux (mimes, trouver des mots commençant par la même lettre, le même son, etc.) au sein même des échanges, mais aussi contribue à l'initiation d'une histoire dans la salle. « L'objet de relation permet de déplacer au

dehors, sur un objet concret, ce qui se joue entre les protagonistes. Dans ce premier temps du travail clinique, l'objet de relation est un objet de dépôt d'un impensé [...] de sens et de décharge excitative sur et dans l'objet. Cette charge affective peut alors être seulement reçue (contention) ou bien également transformée, élaborée, liée »¹¹⁸. Ainsi, en toute neutralité, le ballon a permis à chacun de déposer leurs contenus émotionnels qui ont pu être éprouvés par le groupe. Cet objet n'aurait-il pas fait partie des éléments du dispositif permettant de transformer l'agressivité du groupe en quelque chose de plus pensé et de plus structuré ?

I.3. Des objets qui invitent une certaine dynamique corporelle et/ou relationnelle selon leur degré de malléabilité

Je me souviens d'un TD où nous devions toucher plusieurs objets les yeux fermés. J'ai pris conscience que selon sa forme et sa matière, mon appréhension différait d'un objet à l'autre. Certains ne m'éveillaient rien de particulier ou une sensation de froideur qui me donnait envie d'abrégier le contact. D'autres au contraire m'amenaient dans le mouvement, dans un véritable voyage et ravivaient des souvenirs. En prenant le temps d'explorer ces objets, je leur donnais un sens. Je pense alors à ROUSSILLON R. qui dit que le *médium malléable* n'apporte un intérêt que lorsqu'il est manié à travers ses diverses qualités sensorielles. Bien évidemment, la mémoire tactile de chacun ne conduit pas aux mêmes explorations et ne réveille pas les mêmes sensations. Après coup, je me suis aperçue que j'avais tendance à rester plus longtemps en contact avec les objets les plus moelleux, les plus compressibles et finalement les plus malléables. Auraient-ils des vertus particulières ou s'agirait-il simplement d'une affinité personnelle plus grande pour des objets plus déformables ?

A présent, je vous propose d'analyser les propriétés perceptivo-motrices de certains objets concrets que j'ai rencontrés durant mes stages cliniques et ma formation. En parallèle, je vous ferai part de mes réflexions concernant ce qu'ils peuvent générer dans la dynamique corporelle qu'elle soit vécue individuellement ou en groupe.

¹¹⁸ GIMENEZ G., 2002, p.95

Le tissu, objet malléable aux multiples sensorialités et aux multiples formes

Les tissus proposés dans les séances avec Mr O. diffèrent par la forme, la teinte et la nuance des couleurs, la présence ou l'absence de motifs, la texture plus ou moins rugueuse et le degré d'élasticité. Sans anticiper le choix, mon critère de sélection varie en fonction de ces différentes propriétés. Sur une séance, je peux avoir envie de prendre un tissu vert, ma couleur préférée. Une autre fois, j'aurai envie d'un tissu plus élastique m'offrant plus d'amplitude dans mes mouvements. Comparé à la pâte à modeler, « le tissu est aussi « malléable », il est saisissable, il a sa consistance propre mais il a aussi une, des textures, des couleurs particulières, il peut matérialiser d'autres formes de sensorialité »¹¹⁹. De mon point de vue, cet objet invite à la légèreté. Des verbes tels que « bercer », « danser », « voler », « tourner » reviennent souvent dans nos verbalisations et s'accompagnent, pour moi, d'images agréables, aériennes, dans une ambiance chaleureuse. Bien qu'il élabore peu dans ses ressentis, Mr O. semble apprécier ces moments et énonce des mots tels que « douceur », « joie », « agréable », « été ». Ainsi, nous nous laissons manipuler par les multiples sensorialités du tissu mais dans l'objectif d'« enrichir le flux de sensations pour qu'il module plus finement la réponse tonique et motrice »¹²⁰ de Mr O.

Lors de la période de la « danse des tissus », emportée par mes propres mouvements et ceux des autres, j'imaginai différentes fonctions du tissu : un oreiller contre lequel s'appuyer, une nappe que nous étendons sur une table, un drap suspendu séché par le vent, un châle dans lequel nous nous enveloppons, un foulard noué autour du cou, le lancement d'une boule, un fouet venant frapper au sol, etc. Ainsi, ce simple objet sollicite l'imaginaire par la multitude de formes qu'il peut prendre. Même lors des temps de mise en éveil corporelle et d'étirements où nous explorons le tissu sur nous, nous jouons déjà avec sa forme : d'une mise en boule avec le verbe « froter » à un dépliage total avec des enveloppements, nous passons par un dépliage partiel avec la consigne de le « faire glisser » sur les membres supérieurs et inférieurs. Au moment de déposer nos tissus dans un endroit de la salle, nous jouons toujours avec leurs formes mais que nous cristallisons et matérialisons, cette fois-ci, en dehors de notre espace propre. Ainsi, le tissu offre une grande *sensibilité* et « épouse, selon sa texture, les formes sur lesquelles on le place »¹²¹. Il se trouve à mi-chemin entre la forme primitive de

¹¹⁹ ROUSSILLON R., 2013, p.66

¹²⁰ LESAGE B, 2012, p.224

¹²¹ ROUSSILLON R., 2013, p.68

l'eau épousant d'emblée la forme du contenant qui l'entoure et la pâte à modeler qui conserve la forme par elle-même. Mais même si le tissu n'est pas transformable à l'infini, il nécessite moins d'effort que la pâte à modeler pour être métamorphosé. Il semble aider Mr O. à s'ouvrir et à enrichir sa palette gestuelle, tout du moins durant les moments d'actions communes où il se nourrit beaucoup de nos mouvements.

Le sac lesté, objet prévisible par sa sonorité et son poids

Sarah engage une véritable exploration sensori-motrice avec le sac lesté. De mon point de vue, le coté sonore et lourd de cet objet lui donne un caractère *fidèle* et permanent qui le rend *prévisible* : quand Sarah retourne le sac, elle reconnaît le bruit du sable qui tombe à l'intérieur ; quand elle le met sur sa tête devant le miroir, elle retrouve ses appuis et perçoit peut-être même l'intérieur de son corps (poids passif) ; quand elle marche dessus dans le parcours, l'objet lui procure une stimulation plantaire et lui permet de percevoir un rapport au poids provenant du sol (poids actif) et de prendre conscience de ses appuis et des transferts qu'elle réalise. Les propriétés perceptivo-motrices de cet objet éveillent vraiment le sentiment d'existence, la sensation d'un corps vivant et bien « lesté ». Juste avant de commencer mes séances avec Sarah, je me souviens d'avoir exploré un sac lesté les yeux fermés lors du TD évoqué précédemment. J'ai éprouvé du plaisir à jouer avec la sonorité et la rythmicité de l'objet. J'avais instinctivement envie de le faire rebondir dans ma main à intervalles plus ou moins réguliers, imaginant alors le bruit des pas sur des cailloux fins, dans des lieux qui m'étaient familiers. L'objet a activé ma mémoire auditive et visuelle et m'a plongé dans mes rêveries. Je me souviens d'avoir gardé longtemps le contact avec lui. Ce n'est peut-être pas finalement un hasard s'il est devenu un *objet de relation* entre Sarah et moi.

La corde, objet indestructible peu malléable mais symboliquement « liant »

Quand Sarah utilise la corde, elle semble en proie à une véritable angoisse comme si l'objet était son propre prolongement et qu'elle ne pouvait s'y différencier. Pourtant, c'est justement cette discontinuité entre le sujet et l'objet qui est recherché par le bébé. C'est cela que nous avons tenté de faire comprendre à Sarah en lui montrant les possibilités d'utilisation de cet objet *indestructible* et *saisissable*. Attachée quelque part ou reliée à l'autre, nous pouvons tirer dessus sans crainte, faire des nœuds, le tordre, jouer à l'accrocher à différentes hauteurs, etc. Mais à la différence du tissu, c'est un objet qui reste peu *sensible* car il est

brièvement affecté par la rencontre avec la main. Peu malléable, ses transformations sont vite limitées. Peut-être éveillerait-il moins la sensorialité chez Sarah que le sac lesté ? Ce constat expliquerait-il pourquoi il est plus difficile pour Sarah de se détacher d'un tel objet plus solide et de le différencier d'elle-même, en tenant compte de son histoire ? Même si elle parvient à davantage investir l'objet lors de la dernière séance, je sens chez elle une fébrilité et un besoin de s'accrocher fermement à lui et de s'enfermer avec. « [...] une utilisation excessive de la ficelle peut indiquer l'instauration d'un sentiment d'insécurité ou l'idée d'une absence de communication »¹²². C'est ce qui semble se produire pour Sarah.

Mais j'ai aussi été témoin d'une scène où l'objet symbolise clairement ce qui a permis de réunifier le groupe « expressivité », évoqué précédemment. Dès le début d'une séance, l'un des enfants se trouve en pleine crise d'auto et d'hétéro-agressivité. Il se perche sur le rebord interne de la fenêtre située au rez-de-chaussée et commence à se frapper la tête, à lancer pleins d'objets sur les autres, en les insultant. Le groupe tente alors de le ramener d'abord en criant très fort, puis en prononçant doucement les prénoms de chacun. Ensuite, un sauvetage avec la corde se crée : tout le monde tire de toutes ses forces pour le descendre de là où il se trouve. Ce passage *par l'acte* permet de le ramener dans le groupe et, par ailleurs, suscite chez les autres l'envie d'être « sauvés » à leur tour, comme une circulation dans les rôles.

Le ballon, objet réceptif et indéfiniment disponible

Yannick, sept ans, consulte le cabinet libéral pour un trouble des apprentissages. Il recherche constamment les limites de son corps et se met souvent en danger. Il questionne systématiquement le cadre et cherche en permanence les failles dans nos propositions. Sur une séance, la psychomotricienne lui propose de tenir en équilibre sur un gros ballon. Nous sommes chacune placées de chaque côté. Yannick nous demande si le ballon est facilement crevable. Nous lui expliquons qu'il est solide et qu'il ne va se percer. « Même avec une épine ? » demande-t-il. « Oui » lui répondons-nous. « Même avec mille épines ? ». Cette anecdote reflèterait chez Yannick le besoin de confirmer la solidité de ce ballon. Par la suite, il a souvent envie de dégonfler ce gros ballon en tentant de retirer le petit bouchon blanc par lequel l'air pénètre. Mais l'objet lui résiste. Yannick a besoin d'un objet tel que ce gros ballon solide, qui ne s'effondre pas et en même temps l'accueille, pour lui permettre de trouver une sécurité et de chercher l'équilibre dans son corps.

¹²² WINNICOTT D-W., 1971, p.31

De multiples actions donnent au ballon une certaine *indestructibilité* (du moins avec les moyens naturels disponibles pour un sujet) mais surtout une *réceptivité* : décharger son agressivité en tapant dessus, se mettre à plat ventre et se détendre par des bercements, initier des rebonds avec l'enfant assis dessus, le faire rebondir, faire des passes, etc. Il peut être écrasé sous la pression et résister à un mauvais traitement sans qu'il soit abîmé. Il existe même des balles qui donnent l'impression de *s'animer* comme la balle de squash. Cette dernière se chauffe par l'intermédiaire de la raquette et du mur. Au bout de quelques échanges, elle rebondit mieux, devient plus malléable et le match peut commencer !

Par ailleurs, le ballon du groupe « expressivité » est *indéfiniment disponible*. Il est toujours situé au même endroit, prêt à l'emploi pour faire des échanges et répondre aux sollicitations. Sa forme ronde renverrait à des images douces et harmonieuses et inciterait davantage à la relation que ne le ferait un bâton. La présence du ballon au sein du groupe n'aurait-elle pas, finalement, induit ces échanges ?

Le cerceau, le tapis : objets non malléables mais offrant un espace contenant

Alors que nous faisons des passes avec le gros ballon, Yannick ne cesse de se rapprocher de moi. Il bouge en permanence et ne parvient pas à sentir correctement ses appuis au sol. Afin de délimiter sa place, la psychomotricienne lui propose de se placer à l'intérieur du cerceau et de ne pas bouger pendant que nous poursuivons nos passes. Les échanges avec le ballon du groupe « expressivité » s'effectuent toujours avec ses participants assis sur des tapis situés au fond de la pièce. Utilisés toujours au même moment et placés au même endroit, ces tapis établissent une stabilité spatio-temporelle et font office de repères pour le groupe. Ces deux exemples montrent comment une délimitation physique entre un dedans et un dehors permet de créer un espace contenant et peut même offrir une sécurité interne pour le patient. Le rond est la première forme dessinée par l'enfant pour symboliser un dedans et un dehors de soi.

J'ajouterai que le tapis permet de jouer sur la polarité entre le dur et le mou. Mr G., dix-huit ans, hospitalisé suite à une tentative de suicide et soupçonné d'entrer dans la psychose, dégage une nonchalance et une apathie. En séance, nous avons envie de venir le réveiller. Il affiche une affinité pour les éléments mous et énonce des phrases telles que « J'aime le moelleux ! ». La psychomotricienne propose un travail sur les appuis et utilise le

tapis pour faire sentir la différence à Mr G. entre un sol doux et un sol dur. Dans son dispositif, elle essaye d'amener progressivement le contraste entre les deux de manière à lui faire vivre davantage le pôle du « dur » et l'aider à prendre conscience de ses appuis au sol.

Réfléchir le choix de son objet pour convoquer des schèmes de mouvements ?

L'analyse des propriétés de ces quelques objets fait ressortir des dynamiques corporelles spécifiques à chacun. « L'outil ou l'objet choisi en séance comme la médiation proposée est alors un point d'attache et un vecteur de sensations et de perceptions qui va aider le patient à élaborer la construction de son schéma corporel »¹²³.

Assis par terre, faisons rouler un ballon sur nous en faisant des va-et-vient du ventre jusqu'aux orteils, du ventre jusqu'aux doigts. Réalisons le même exercice avec un tissu. Les deux objets n'invitent pas aux mêmes sensations. Objet plus en lien avec la sensorialité, le tissu met en éveil nos récepteurs extéroceptifs (visuel, tactile, auditif, olfactif). Le ballon, objet plus dense, invite à ressentir la pression établie entre lui et notre corps et met davantage en jeu notre proprioception.

Deux personnes tiennent chacune avec la paume de leurs mains l'extrémité de deux bâtons et sont reliées par l'intermédiaire de l'objet. L'exercice consiste à bouger ensemble de manière à maintenir le lien avec l'objet sans le faire tomber. La situation engage plutôt des mouvements d'ouverture, des poussées vers l'autre et une sollicitation des muscles postéro-latéraux. Le même travail effectué avec une ficelle (extrémité attachée autour de l'index) qui doit rester la plus tendue possible, fait appel à des mouvements de fermetures, à la nécessité de tirer vers soi et aux muscles antéro-latéraux. Quant à « l'emmêlement et le démêlage » des tissus, expérimenté avec Mr O., ils invitent aux mouvements rotationnels et à l'exploration des niveaux.

Ainsi, le même type d'exercice réalisé avec deux objets différents peut modifier les perceptions et ne pas convoquer les mêmes schèmes de mouvements. Cette idée me fait également penser aux théories de LESAGE B. qui propose une appréhension des objets par catégories proprioceptives, c'est-à-dire, avec les *systèmes*. Par ce terme, il entend « les catégories de tissus du corps : os, articulations, peau, muscles, membranes, organes, liquides,

¹²³ CROSNIER M., 2009, p.175

glandes, systèmes nerveux...»¹²⁴. Un objet sollicite souvent le même *système* même s'il y a interdépendance entre eux. Ainsi, les objets plus durs (le bâton) font davantage appel à la charpente osseuse ; les objets doux (le tissu), à la peau et son enveloppe ; les objets plus élastiques (la corde), aux muscles et aux articulations.

I.4. Des objets qui permettent la réappropriation du corps et étayent le schéma corporel

Comment utiliser les objets médiateurs concrets pour venir éveiller quelque chose dans le corps et lui donner le sentiment d'exister ? Comment amener le réveil de la perception pour se réapproprier son corps et le rendre plus malléable ? Pour tenter de répondre à ces questions, les paragraphes suivants proposent des exemples d'applications avec des objets que j'ai pu moi-même expérimenter ou observer en stage.

Le ballon

Si un patient s'allonge sur le gros ballon et réalise des bercements, cet objet peut l'aider à ressentir l'enroulement et les rondeurs de son corps. Donnez maintenant une balle en mousse à un patient et demandez-lui de la serrer fort dans sa main puis de relâcher progressivement la pression jusqu'à ne plus en exercer du tout. Observez comment cette balle vient épouser progressivement la forme de la main jusqu'à reprendre sa forme initiale dans l'espace. Réveillant les mécanorécepteurs de la main, cette expérience donne l'impression de faire exister sa propre main et de prendre conscience de sa forme. Placez à présent un ballon en mousse entre le dos du patient et le mur et demandez-lui de plier ses genoux. Rien que ce simple exercice permet de mieux sentir ses appuis et son axe corporel.

Le bâton et le sabre

Invitez ensuite un patient à maintenir un bâton à la verticale avec la main droite. Proposez-lui d'avancer d'un pas en engageant tout son hémicorps droit puis de revenir en son centre, pieds parallèles. Répétez ce mouvement vers les quatre points cardinaux. A mon sens, la présence de l'objet permet de réellement faire vivre l'axialité de notre corps. Cet exercice

¹²⁴ LESABE B., 2012, p.223

m'a personnellement aidée à mieux ressentir mon équilibre ; un peu comme si le bâton représentait ma propre colonne vertébrale. Je percevais une propriété droite et directe du geste qui me procurait plus d'assise dans mes appuis, dès que je partais dans une direction. Le Tai-chi travaille aussi sur la recherche d'une verticalité et d'une stabilité dans son corps. Pratiquant cette discipline depuis quelques années, notre professeur nous enseigne depuis peu un enchaînement avec le sabre. Je m'aperçois que l'ajout de cet objet ayant une certaine taille, un certain poids et une certaine flexibilité nécessite un réajustement postural et un rééquilibrage corporel. C'est comme si je devais rendre mon corps plus malléable de manière à incorporer le sabre comme un prolongement de moi-même. L'objet devient ainsi un médiateur entre mon corps et ma propre motricité.

De sorte qu'entrer en contact avec un objet peut modifier des éléments intérieurs de nos corps. « On observe souvent en pathologie des défauts de mise en forme du corps, que ce soit dans le maniement des objets, l'ajustement du corps aux situations quotidiennes ou à la relation »¹²⁵. Réveiller des parties inhabitées ou peu activées par le patient permet de donner un champ possible pour l'expression. Le tissu tente d'informer Mr O. sur les possibilités de connecter les parties de son corps dans une attitude orientée favorisant une unité corporelle.

Mais pourrions-nous dire que plus un objet est malléable, plus il suscite une représentation et amène ainsi à la créativité ? Donner une forme à un tissu ou manipuler de la terre travaillerait-il davantage le processus de médiation qu'utiliser un bâton ou tirer sur une corde ? Une telle hypothèse ne serait-elle pas hasardeuse ?

¹²⁵ LESABE B., 2012, p.76

I.5. Des objets plus ou moins malléables qui invitent au déploiement de l'activité représentative et réhabilitent l'instinct ludique

Le tissu

Les formes données par Mr O. à son tissu refléteraient-elles son état psychique interne ? A plusieurs reprises, il lui confère une forme spiralée vers l'intérieur ou une boucle qui retracent cette intériorité qui lui est si caractéristique. Je retrouve l'idée de ROUSSILLON R. sur la fonction du *médium malléable* qui matérialise la *représentation de l'activité représentative*. Ce n'est que plus tard que Mr O. peut déplier davantage le tissu et lui donner des formes plus conformes à un dynamique d'ouverture. Serait-ce « la danse des tissus » qui l'a nourri et étayé dans ce travail de figuration ? En tout cas, il semble y accorder de l'importance en énonçant des mots comme « sublime », « magnifique », « artistique », « esthétique ». Je me souviens d'une fois précise où en prononçant l'un de ces mots, il nous montrait, sa main totalement ouverte, son tissu et sa forme acquise. Il affichait une certaine fierté. Sa vision sportive des séances aurait-elle évolué vers quelque chose de plus expressif et de plus créatif ? « Dans les thérapies à médiations, l'enjeu se décale de la compétence »¹²⁶. Par le biais de ces tissus et d'une exploration gestuelle, nous avons pu inscrire quelque chose ensemble dans l'espace et dans le temps. Peut-être ne nous activons-nous pas simplement pour renforcer nos muscles mais aussi pour ouvrir un espace de paroles et de rêveries ?

Le « ballon cerveau »

Un jour, le ballon du groupe « expressivité » se transforme en « ballon cerveau », terme trouvé par le groupe lui-même. Le bouchon permettant de retenir l'air à l'intérieur est usé et il suffit d'écraser un peu ce ballon pour qu'il se dégonfle et s'apparente à un cerveau, dû à la présence des pliures irrégulières. Mais dès que ce « ballon cerveau » est relâché, il se regonfle naturellement et reprend sa forme initiale. S'instaure alors un jeu où le « ballon cerveau » devient une bombe à retardement : celui qui l'a dans les mains au moment où il s'est entièrement regonflé a perdu. Des idées surgissent pour contourner la difficulté : par exemple se servir d'une poupée comme intermédiaire pour ne pas toucher ce ballon durant les

¹²⁶ POTEL C., 2010, p.317

passes. Ainsi, la malléabilité de l'objet, malgré lui, permet au groupe de créer ce jeu ! « L'objet médiateur, qu'il soit trouvé tel quel ou crée de toutes pièces, au sein d'une relation thérapeutique duelle ou groupale, ouvre l'aire potentielle du jeu, telle que l'a définie Winnicott. L'activité ludique se met en place grâce à une régression positive rendant possible l'instauration d'un espace ni interne ni externe, mais qui préserve l'expression de soi »¹²⁷.

La terre et l'exploration à deux d'un objet similaire

Lors de l'option « Toucher Terre », j'ai pu jouer avec la sensation procurée par le contact avec différentes terres proposées, et me laisser porter par ma créativité. Tout au long de l'exploration de cette terre, je n'avais qu'une envie : la transformer encore et encore. Sans anticiper ce que je voulais représenter avec elle, je me laissais porter par le mouvement de mes mains et les myriades de formes possibles. De ces dernières jaillissait un élément que je n'associais pas toujours à des images. En tout cas, le caractère modulable de la terre m'attirait. J'aimais l'idée de pouvoir la métamorphoser à l'infini sans savoir où elle m'amènerait !

Cette même option nous proposa à un autre moment de vivre l'exploration à deux d'un même objet (balle, ficelle, petite roue, etc.). La verbalisation du groupe révéla que certains binômes avaient des perceptions différentes de la fonctionnalité et de l'activité pouvant être menées ensemble avec l'objet. Pour d'autres duos, une sorte de logique imaginaire s'était instaurée avec cet objet. C'était comme si l'un servait de miroir à l'autre et lui permettait d'organiser ses propres contenus psychiques dont la teneur échappait pourtant à son partenaire. Cependant, une créativité singulière était partagée à cet instant entre les deux participants. Cette activité ludique a même pu se produire avec des objets peu malléables. Ce constat vient alors contredire ma propre hypothèse qui était de penser le déploiement de l'activité représentative et la créativité en lien avec une malléabilité plus importante de l'objet. CHOUVIER B. affirme qu'entre *l'objet créé* et *l'objet à créer*, la créativité est mobilisée¹²⁸. Finalement, tout dépend de la problématique du sujet et de la manière dont il appréhende un objet. Vouloir utiliser un objet et le penser au cœur du dispositif n'enclenche pas forcément un processus de médiation. Il convient de partir des besoins corporels et psychiques du sujet et de voir ce qui peut en émerger dans le dispositif, comme ont pu l'être l'évolution des

¹²⁷ CHOUVIER B., 2011, p.45

¹²⁸ Cf. *supra*. *Théorie (III.3.2)*, p.74

formes données par Mr O. à son tissu, la création d'un « ballon cerveau » ou l'utilisation d'une corde pour ramener l'un des enfants en crise dans le groupe « expressivité ».

I.6. Des objets qui peuvent aussi avoir certaines limites

La non rencontre avec l'objet

Un manque d'alchimie entre le patient et l'objet peut se produire, comme s'il s'agissait d'une rencontre manquée. Mme A., trente-cinq ans, est hospitalisée en psychiatrie adulte pour alcoolisme chronique. Son corps m'évoque la rondeur, la douceur et l'envie « d'aller la réconforter de l'intérieur ». La séance est sur le point de s'achever et voilà que le gros ballon tombe du haut du placard. La psychomotricienne profite de l'intrusion de l'objet et propose à Mme A. de « venir se déposer » sur ce gros ballon, et de sentir son poids. Je la sens mal à l'aise à cet instant. Cet objet paraît trop petit pour elle comme s'il ne l'entourait pas suffisamment et ne parvenait pas à la sécuriser, alors que l'objet était venu à elle et demandait à être exploré. Il a tenté sa chance !

Les dérives pathologiques avec l'objet

Farid, quatre ans, souffre d'un trouble du spectre autistique sévère. Au sein d'un groupe de trois enfants aux mêmes problématiques, il passe plusieurs séances collé au radiateur situé dans un coin de la pièce. Il s'enferme littéralement avec cet objet et se désintéresse totalement des autres et des jeux proposés. Il aime aussi beaucoup se regarder dans le miroir devant lequel il effectue toujours les mêmes mimiques et des gestes stéréotypés. Ces deux objets durs, pas directement manipulables, paraissent le couper de la relation. Joueraient-ils le rôle d'objets autistiques théorisés par TUSTIN F. ?¹²⁹ La fonctionnalité du médiateur est différente selon les sujets, et notamment lorsque ceux-ci souffrent de distorsions dans leur propre croissance psychique. BRUN A. souligne, par exemple, combien les enfants psychotiques sont dans l'incapacité d'utiliser le *médium malléable* comme un objet *trouvé/créé*. Mais ma propre clinique ne m'a pas permis d'approfondir ce sujet, dont il existe certainement de multiples réflexions menées par les psychomotriciens.

¹²⁹ Cf. *supra*. *Théorie (II.5)*, p.66

II. Quelques applications des objets médiateurs concrets et leurs apports dans le dispositif thérapeutique mise en œuvre par les psychomotriciens

« On ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet »¹³⁰. Même si chaque patient investit un objet à sa manière, nous avons vu dans cette première partie de discussion que les propriétés perceptivo-motrices de l'objet peuvent influencer certaines dynamiques corporelles et relationnelles. Ainsi, en tant que psychomotricien, il convient de réfléchir à la manière d'exploiter les objets médiateurs concrets classiquement utilisés en séance. Ils peuvent devenir des alliés précieux et font intégralement partie du dispositif même s'ils ne doivent pas le remplacer. Y compris la façon de les agencer dans la salle, peut amener un patient ainsi que le thérapeute à utiliser un objet plutôt qu'un autre.

Par conséquent, il me paraît intéressant de venir questionner certaines applications de ces objets médiateurs concrets réalisées par les psychomotriciens qui ont croisé ma route. Je ne prétends nullement affirmer des vérités, mais plutôt m'interroger sur les possibilités que nous octroient ces objets dans notre quotidien professionnel.

II.1. S'orienter vers un objet parmi plusieurs peut-il aider à mieux connaître le patient ?

Sa réceptivité, son envie d'échanger avec l'autre et son côté réfléchi n'expliqueraient-ils pas pourquoi Mr O. a choisi spontanément le tissu dès notre première rencontre parmi les cinq objets proposés (bâton, balle, tissu, élastique, corde) ? Cette intériorité qu'il affiche et la lenteur de ses gestes mais aussi ses affects et les souvenirs qu'ils portent en lui ne l'inciteraient-ils pas à utiliser un objet plus en lien avec la sensorialité ? Mais aurait-il pu s'orienter vers le bâton, objet plus dur qui amène plus de distance avec l'autre ? Rien ne me permet de l'affirmer. Mais ce choix pourrait malgré tout nous donner une information supplémentaire parmi l'ensemble des éléments à observer lors de l'examen psychomoteur du sujet. Il pourrait aider à mieux connaître le patient et ses envies. Néanmoins, l'objet médiateur ne doit en aucun cas remplacer la manière de construire le projet

¹³⁰ ROUSSILLON R., 2011, p.31

thérapeutique. Le tissu n'a pas été introduit dès les premières séances avec Mr O. mais a été pensé par la psychomotricienne en lien avec ses besoins qui étaient de l'aider à davantage fluidifier ses mouvements et articuler les différentes parties de son corps ainsi que de favoriser la relation. Lors de l'évaluation, le tissu apparaissait à ma maître de stage comme une médiation de la relation qui pouvait aider Mr O. à ce moment-là de la prise en charge.

II.2. Comment amener une séparation avec l'objet investi par le patient et lui donner un sens dans le dispositif ?

Une fois l'objet investi par le patient qu'il soit *trouvé/créé* dans la rencontre ou amené par le psychomotricien, une sorte d'épuisement ou d'enfermement dans l'exploitation de cet objet peut se produire aussi bien au sein même d'une séance que sur une période de la prise en charge. Un nouvel élan doit être trouvé pour relancer la dynamique interactionnelle. Mais amener la séparation avec un objet peut s'avérer délicat selon la problématique du patient. Il convient de lui donner un sens dans le dispositif.

Dans le cas de Sarah, il s'agit du miroir. Le fait de le recouvrir d'un drap au bout d'un temps dans la séance introduit plus d'échanges entre nous et la possibilité de réaliser un jeu ensemble du début à la fin. Mais effectuer cette action dès le début de la séance aurait pu heurter Sarah qui semblait avoir véritablement besoin de ce temps d'exploration devant le miroir pour se retrouver d'abord avec elle-même puis avec nous, même si lui retirer ultérieurement cet objet ne lui a généré aucune anxiété.

Pour Mr O., deux manières différentes de quitter chacun son tissu sont proposées selon les périodes : le déposer naturellement au sol au milieu du mouvement lors de la période de « l'emmêlement et du démêlage » des tissus ; le « placer où nous le souhaitons » et lui donner une forme pendant « la danse des tissus ». Dans le premier cas, l'action symbolise une sorte de lien grâce à la spontanéité d'une trace créée au sol, que la psychomotricienne propose de clore et cristalliser par une signature gestuelle dans l'espace. Dans le second cas, nous sommes acteurs dans cette double action de le poser quelque part en lui attribuant une forme précise. Cela nécessite plus d'engagement personnel pour venir se séparer de l'objet. Les premier temps, Mr O. semble avoir besoin d'être porté et accompagné dans cette action et la fois où il vient aligner son tissu entre les deux nôtres me paraît aussi très symbolique. Pour

autant, il lui donne sa propre forme et, selon moi, nous affirme ainsi son individualité. D'après ROUSSILLON R., les caractéristiques du *medium malléable* paraissent jouer comme des atténuateurs des angoisses de séparation et de différenciation. Mais quand la première fois, Mr O. nous demande s'il est possible de garder le tissu sur soi plutôt que de le placer dans la salle, il nous questionne sur la séparabilité de l'objet. Cette demande conduit la psychomotricienne à modifier la consigne à savoir « déposer le tissu n'importe où ».

De sorte que, suite à l'apparition d'une consigne, le sujet peut l'interpréter et l'appliquer d'une certaine manière. Ranger un matériel peut amener des nuances gestuelles selon l'action effectuée. Ce n'est pas pareil de demander à un enfant de poser lui-même l'objet dans la boîte, de le jeter dans la boîte ou de le confier à quelqu'un pour qu'il le range. Chez Sarah, la notion de « donner » et « partager » un objet est compliquée. Quand vient l'heure de ranger, elle s'empare immédiatement des jouets sortis et les replace au bon endroit dans le placard. Peut-être y aurait-il eu une piste de travail avec elle dans la manière de conduire ce rangement des objets ?

II.3. L'objet peut-il symboliser l'expérience historique des rencontres en trouvant sa place dans le dispositif ?

En me souvenant des échanges avec le ballon, je pense qu'il témoignait vraiment de l'état à ce moment-là des relations à l'intérieur du groupe et de la disponibilité de chacun. Selon moi, ce ballon prend véritablement corps dans l'espace et se déploie dans le temps. Il fait office d'élément unificateur en accord avec la temporalité et la spatialité du groupe. Avec du recul et grâce aux discussions avec mes maîtres de stage, j'ai pris conscience de l'importance de repérer et d'analyser la manière dont chacun des participants traite l'objet quand le groupe n'a pas encore trouvé son identité. Par la suite, le fonctionnement groupal lui-même a induit directement la manière d'utiliser l'objet et de l'impliquer au sein des relations interpersonnelles. Une créativité collective se produit autour de l'objet et les échanges de phrases archaïques du départ disparaissent. « Le dispositif du groupe thérapeutique à médiation demande à être co-construit. Il ne saurait s'imposer d'emblée, de façon rigide et intangible. Une certaine plasticité est nécessaire au départ pour que s'ajustent les psychés autour d'un objectif commun partagé. Cela suppose des adaptations tenant compte du caractère singulier de chaque groupe, des locaux et du matériel mis à disposition par

l'institution de soin, ainsi que des vicissitudes du moment »¹³¹. Ce ballon, faisant partie des éléments du cadre, a su progressivement trouver sa place, s'intégrer dans le dispositif et permettre de transformer du « brut » en quelque chose de construit qui se partage.

II.4. Un objet déjà créé peut-il devenir un objet à créer dans le dispositif ?

Par cette question, je pense une fois de plus au ballon du groupe « expressivité ». Sa mise en œuvre se traduit par des passes en début de séance avec lesquelles le groupe élabore progressivement des jeux (« ballon cerveau », mimes, etc). *Objet déjà créé*, il sert d'*embrayeur d'imaginaire* pour nourrir la créativité du groupe. Mais lorsque vient le temps de construire une histoire ensemble dans l'espace de la salle, il me paraît devenir un *objet à créer*. A plusieurs reprises, le groupe s'en empare pour bâtir une histoire, jouer une partie de basket organisée avec des règles et un arbitrage, ou bien se livrer au jeu du « chat balle » (une personne touche avec le ballon quelqu'un d'autre et vient prendre sa place). En suscitant la naissance du jeu, ce ballon jouerait le même rôle que les feutres, les crayons ou les feuilles blanches dans l'élaboration d'un dessin pour le patient.

Mais ce passage de *l'objet créé* vers *l'objet à créer* n'aurait pas pu se faire sans l'évolution psychique du groupe. Au cours des premières séances, les psychomotriciennes introduisent le jeu du « dixit » et proposent au groupe d'utiliser les images, *objets créés*, comme support à l'imaginaire pour inventer un récit dans l'espace. Par la suite, le groupe trouve ses assises pour construire lui-même sa propre l'histoire sans recourir à un support concret. Les matières premières ne seraient plus les images mais les imaginaires de chacun.

Concernant le tissu, je dirais qu'il est utilisé comme *objet créé* avec Mr O. Tout au long des séances, nous nous appuyons sur ses propriétés perceptivo-motrices pour éveiller notre propre imaginaire. Mais ne pourrait-il pas être intégré dans le dispositif comme un *objet à créer* ? Je me souviens lors de l'un de mes TD de jeu dramatique que nous devons incarner trois personnages différents à partir d'un tissu choisi parmi plusieurs. Selon les qualités du tissu, chacun se laissait porter par son imaginaire et utilisait l'objet de manière plus ou moins détournée pour s'inventer une situation.

¹³¹ CHOUVIER B., 2011, p.43

La différence entre *l'objet crée* et *l'objet à créer* ne serait-elle pas aussi en lien avec son degré d'inventivité? Par rapport à un ballon ou un tissu, les crayons, les feutres ou la peinture ouvrent la porte à une infinité de créations. Mais encore faut-il que le patient se sente prêt à créer à partir de rien. Une fois de plus, il convient d'adapter le choix de l'objet en fonction du vécu psychique du sujet.

III. Au delà de l'objet concret médiateur : l'engagement corporel du psychomotricien

Notre spécificité vient du fait de reconnaître le sérieux du jeu et de respecter cet espace-temps car il permet au sujet de faire l'expérience de la créativité. L'intervention du psychomotricien se fait par le regard, le geste, et l'étayage, et vient faire écho à l'action du patient. GIROMINI F. émet l'hypothèse que « c'est la *corporéité* du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre qui en est le médiateur »¹³². Quelles que soient les potentialités motrices du patient, le corps est utilisé comme médiateur lors de l'échange thérapeutique. C'est un intermédiaire à la relation de soi à soi et de soi à l'autre.

A travers mes explorations corporelles vécues dans la formation, j'ai réalisé que notre état de conscience, notre niveau de vigilance et nos émotions oscillent réellement selon notre disponibilité physiologique et psychique du moment (vécu, âge, motivation, désirs, etc.). D'où l'idée ne pas faire passer une médiation avant les besoins du patient mais au contraire de s'adapter à sa dynamique tout en amenant du nouveau dans le guidage de la séance. Cela nécessite une créativité intuitive et d'avoir soi-même suffisamment de pratiques. Je réalise alors toute la complexité mais aussi la richesse de notre futur travail de psychomotricien ! Je garde en tête que nous sommes dans une profession toujours en mouvement, avec plusieurs entrées possibles. Quelle que soit la médiation utilisée, nous sommes constamment dans la recherche, la compréhension et l'accordage avec l'autre en nous appuyant sur différents niveaux : tonique, sensoriel, spatial, temporel, affectif, représentationnel, énergétique, etc.

¹³² GIROMINI F., 2012, p.256

CONCLUSION

Sans objets médiateurs concrets, les psychomotriciens seraient vite limités dans leurs propositions. Mes rencontres avec mes maîtres de stage, Sarah, Mr O. et plusieurs autres sujets, m'ont permis de comprendre que ces objets constituent d'importants supports de travail aussi bien pour les psychomotriciens que pour les patients. Mais, j'ai aussi pris conscience que le sujet s'avère très vaste, comme nous pouvons le constater grâce à l'abondante bibliographie qui lui est consacrée. C'est pourquoi, je tiens à repréciser que mes éléments de discussion ne représentent en aucun cas les opinions de l'ensemble de la profession et que mes réflexions émanent de ce que j'ai pu observer au cours de mes stages et ressentir durant mes propres expériences corporelles.

Ainsi, je dirais que les objets, selon leur degré de malléabilité, dévoileraient une richesse sensorielle, perceptivo-motrice et proprioceptive. Leurs propriétés viendraient étayer le schéma corporel du patient, l'aider à s'appropriier ou à se réappropriier son corps et lui faire prendre conscience de sa solidité et de son unité. Elles seraient aussi une façon de relancer une dynamique de pensée en imprimant des choses au niveau corporel et représentationnel. Les objets s'animent et deviendraient médiateurs grâce à un processus de médiation. Leurs qualités pourraient également ouvrir le champ de la relation et favoriser un processus interactionnel entre les sujets dans lequel la gestualité, l'affectivité mais aussi la spatialité et la temporalité de chacun seraient mises en jeu. Paradoxalement, les objets médiateurs relieraient et différencieraient. Cette interdépendance permettrait une prise de recul entre soi et l'autre, entre soi et soi, de même qu'une possible rencontre entre soi et l'autre. Mais pour que cette rencontre et le processus de médiation puissent opérer, j'ai pris conscience qu'il est important de penser la question des propositions, pas seulement en partant du médiateur mais aussi en tenant compte de la problématique spécifique à chaque patient. Selon ce que nous connaissons de son parcours et de son fonctionnement psychomoteur et psychopathologique, il convient d'adapter le dispositif, en se donnant la liberté de le transformer à tout instant, afin que le patient puisse en bénéficier et y trouver du sens.

Pour conclure, je précise à nouveau que mes réflexions ont essentiellement été menées en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, domaines où j'ai effectué mes stages longs. Cependant, cette problématique aurait très bien pu s'appliquer à d'autres populations : sujets victimes d'un handicap moteur, d'une déficience sensorielle ou mentale, ou d'une démence (les personnes âgées par exemple). Dans ces cas, j'aurais certainement observé d'autres manières d'utiliser ces objets médiateurs concrets en fonction de la sensibilité du psychomotricien et de la problématique du patient. Aurais-je alors guidé différemment ma discussion et retrouvé des points communs ? Ce qui est certain, c'est que la diversité des champs d'application de la psychomotricité ouvre la porte aux objets médiateurs concrets et à la manière de les appréhender, de les investir et peut-être même de leur « donner une âme » !

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte : formation médicales et paramédicales*, Paris, Heures de France, 2013

ARISTOTE. (1993), *De l'âme*, trad. par BODEUS R., Paris, Flammarion

BENVENISTE E (1969), *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*. Tome 2 : Pouvoir, Droit, Religion, Paris, Editions de minuit, Collection Le sens commun

BOUTINAUD J. (2010) Le groupe en psychomotricité - INTERVIEW de Jean-Bernard CHAPELIER *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°163, pp. 4-19

BRUN A. (2011), *Introduction*. Dans BRUN A *et al.*, Les médiations thérapeutiques, Toulouse, Erès, 2014, pp.7-19

BRUN A. (2013), *Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin*. Dans BRUN A., CHOUVIER B., ROUSILLON R., Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod, pp.10-40

BRUN A. (2013), *Construction du cadre-dispositif en situation individuelle et groupale*. Dans BRUN A., CHOUVIER B., ROUSILLON R., Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod, pp.95-121

CHOUVIER B. (2011), *La médiation dans le champ psychopathologique*. Dans BRUN A. *et al.*, Les médiations thérapeutiques, Toulouse, Erès, 2014, pp.37-47

CLERET J-P. (1997), Utilisation des médiateurs avec adultes, *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°112, pp. 72-74

COLOGNE S. (2010), Corps, espace, mouvement...et bien dansons maintenant ! *Évolutions psychomotrices*, 22 (87), pp. 18-27

CROSNIER M. (2009), Le sujet dans sa dimension perceptive. *Evolutions psychomotrices*, 21 (86), pp. 172-178

DEFIOLLES-PELTIER V. (2000), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Grego, 2010.

GIROMINI F. (2012), *La médiation en psychomotricité*. Dans LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Paris, Eres, pp. 253-264

GIMENEZ G. (2002), *Les objets de relation*, Dans CHOUVIER B *et al.*, *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2012, pp. 81-102

GRAND ROBERT de la langue française (2005). Version électronique. 2^{ème} éd. dirigée par REY A.

KAËS R. (2002), *Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires*, dans CHOUVIER B *et al.*, *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2012, pp. 11-28

KANT E. (1781-1787), *Critique de la raison pure*, trad. fr. Alain Renaut, Paris, Garnier Flammarion, 2006

LABAN, R. (1950), *La maîtrise du mouvement*, Arles, 4^{ème} édition Actes Sud, 1994

LACAN J. (1938), *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, dans : *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001

LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Paris, Eres

MAUSS, M. (1985), *Les techniques du corps*, dans *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF

MILNER M. (1955), *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole*, trad. fr. dans *Revue de Psychanalyse*, 1979, n°5-6, p. 844-874

PIAGET J. (1937), *La construction du réel chez l'enfant*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1967

PONGE F. (1961), *Le soleil placé en abîme*. Dans *Le Grand Recueil. Pièces*, Paris, Gallimard

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Ramoville Saint-Agne, Erès

ROBERT-OUVRAY S.B (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer

RODRIGUEZ M. (1998), Médiation : réflexion théorico-clinique sur un processus à l'œuvre dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°114-115, pp. 154-159

RODRIGUEZ M., BRUCHON CHATAGNAT M. (2010), Post-face, *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°161, pp. 82-85

RODRIGUEZ M. (2013), Apport des médiations corporelles en psychomotricité, *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°173, pp. 54-57

ROUSSILLON R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF

ROUSSILLON R. (2011), *Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations*. Dans BRUN A *et al.*, Les médiations thérapeutiques, Toulouse, Erès, 2014, pp.23-35

ROUSSILLON R. (2013), *Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable*. Dans BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSILLON R., Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod, pp.41-69

ROUSSILLON R. (2013), *La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme*. Dans BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSILLON R., Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod, pp.188-202

TOURVIEILLE. (1997), Les objets médiateurs dans les psychothérapies et dans les thérapies à médiation, *Thérapie Psychomotrice -et Recherches*, n°112, pp. 12-16

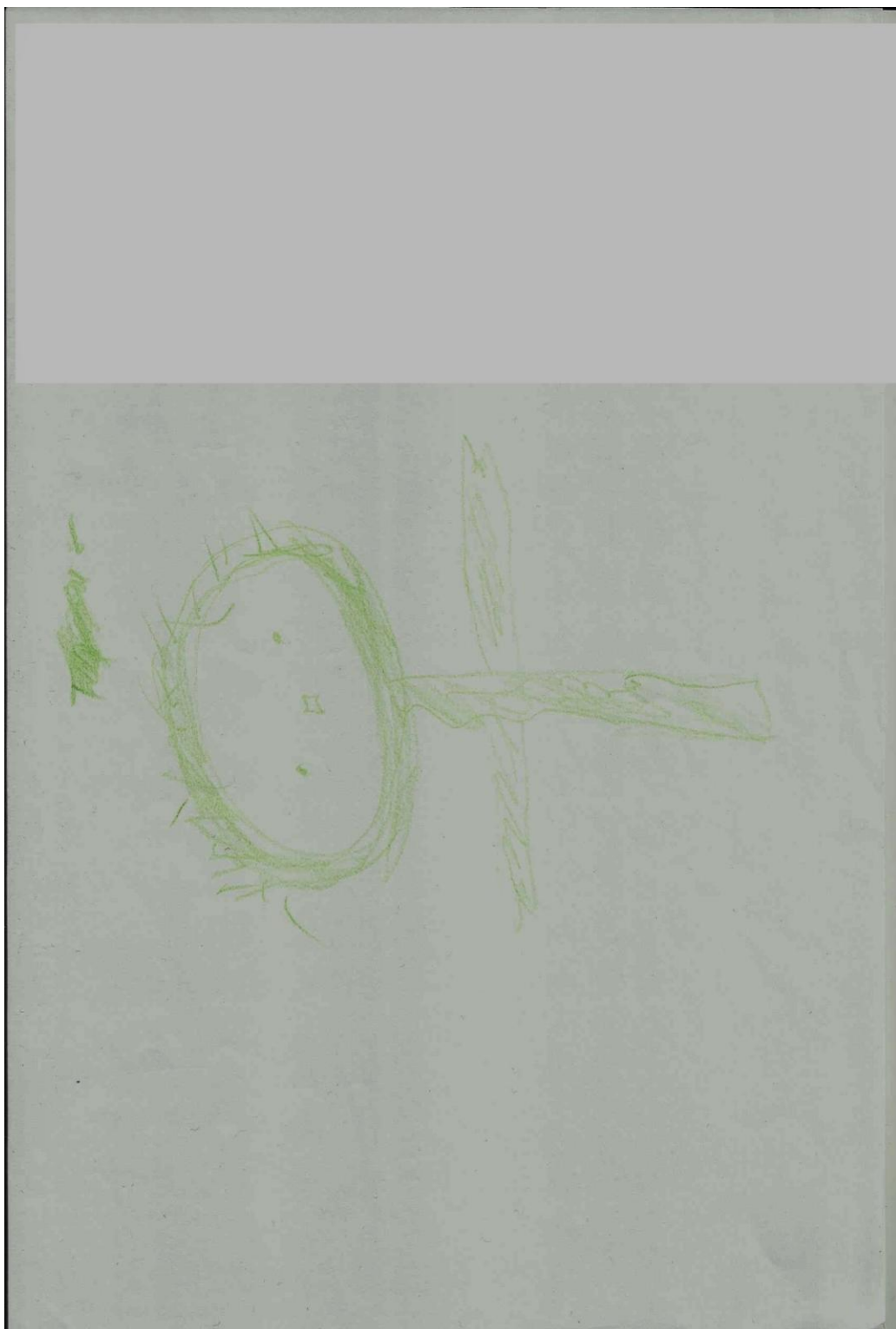
TUSTIN F. (1986). *Le Trou noir de la psyché*, Paris, Seuil, 1989

WINNICOTT D-W. (1967), *Conversations ordinaires*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1988

WINNICOTT D-W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr., Paris, Petite bibliothèque Payot, 1975

WINNICOTT D-W. (1971), *Jeu et réalité*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1975

ANNEXE



Dessin du bonhomme de Mr O., le 13/11/14

Résumé

Dans leurs pratiques, les psychomotriciens s'appuient nécessairement sur des objets médiateurs concrets : ballons, cerceaux, sacs lestés, tapis, etc. Mais comment les exploitent-ils pour répondre à un projet thérapeutique ? Décident-ils toujours du choix d'un objet ou le patient peut-il être l'acteur unique de sa découverte ?

L'étude de deux patients effectuée dans deux environnements très différents et des vignettes cliniques me permettront de dégager des pistes de réflexion concernant les apports psychomoteurs des objets médiateurs concrets. Nous verrons comment leurs contributions dépendraient de leurs propriétés et des applications effectuées par certains psychomotriciens au sein de leur dispositif thérapeutique. En tant qu'intermédiaires entre le thérapeute et le patient, leurs présences permettraient de générer certaines dynamiques corporelles, de médiatiser la relation et de créer une activité représentative selon un processus de médiation.

Mots-clés : objets médiateurs concrets, apports psychomoteurs, dispositif thérapeutique, intermédiaires à la relation, dynamique corporelle, processus de médiation

Abstract

In their practices, psychomotor therapists always rely on concrete mediatory objects: balls, hoops, beanbags, rugs, etc. But how do they use them to fit into a therapeutic project? Do they always decide the choice of an object or can the patient be the main and only actor of its discovery?

The study of two patients evolving in two very different environments and of clinical vignettes will enable me to draw reflection tracks about psychomotor contributions of concrete mediatory objects. Thus, their contributions would depend on their properties and on the applications carried out by some psychomotor therapists in their therapeutic device. As mediators between the therapist and the patient, their presence would allow to generate some body dynamics, to act as a mediation in the relationship and to create a representative activity according to a mediation process.

Keywords: concrete mediatory objects, psychomotor contributions, therapeutic device, relationship's mediators, body dynamics, mediation process