



HAL
open science

La distance dans la relation en psychomotricité : rencontre avec l'autre en relaxation

Cécile Pineau

► **To cite this version:**

Cécile Pineau. La distance dans la relation en psychomotricité : rencontre avec l'autre en relaxation. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340495

HAL Id: dumas-01340495

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340495>

Submitted on 1 Jul 2016

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La distance dans la relation en
psychomotricité :
Rencontre avec l'autre en relaxation

Pineau Cécile

Née le 19 décembre 1994 à Mont-de-Marsan (40)

Nom du directeur de Mémoire : Mme Annie Reuff

Juin 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire.

Je tiens tout particulièrement à remercier Annie Reuff, ma maître de mémoire qui m'a aiguillée au cours de cette année, qui a été totalement disponible et à l'écoute de mes questionnements et qui a su me faire confiance lors de mon stage.

Je remercie également mes deux lectrices Carole Bergoignan et Hélène Pineau pour leurs remarques toujours pertinentes qui m'ont aidée à avancer dans ma réflexion.

Merci à toutes mes maîtres de stage qui ont pu me donner matière à réfléchir sur la psychomotricité et me faire découvrir leur pratique dans une grande générosité et une idée de partage. Je remercie particulièrement ma première maître de stage Morgane Guérin qui, par ses retours de stage, m'a donné l'idée de ce mémoire.

Merci aux différents professionnels rencontrés sur mes différents lieux de stage pour le partage de leurs expériences et la place qu'ils ont su me faire au sein de l'équipe.

Je remercie également mes professeurs de l'institut de formation de psychomotricité de Bordeaux pour leurs enseignements de qualité ainsi que mes camarades de promotion avec qui j'ai vécu une belle expérience durant trois années.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction.....	3
I. La construction des relations d'un point de vue développemental et l'adaptation de la distance dans la relation.....	5
La création d'un lien chez le bébé	6
L'enjeu relationnel de l'enfance	14
Le remaniement psychocorporel de l'adolescence	23
La relation chez les adultes.....	27
II. Adapter la distance dans la relation en psychomotricité.....	32
Construction d'une relation thérapeutique.....	32
Création d'une relation de confiance	40
Une relation de confiance qui potentialise les capacités de Tom	44
Une distance à ajuster dans la relation	53
III. Rencontre avec l'autre en relaxation psychomotrice	58
Les prémices de la relaxation	58
La relaxation, une médiation en psychomotricité.....	64
Les limites de la relation thérapeutique en relaxation.....	81
Conclusion générale	85
Bibliographie	86
Annexes	89
Table des matières.....	92

INTRODUCTION

J'ai effectué mon premier stage en psychomotricité en hôpital de jour et en intra hospitalier auprès d'adultes psychotiques. Il en est ressorti que je devais travailler mon positionnement thérapeutique ainsi que la distance relationnelle auprès des patients. Je me suis beaucoup interrogée sur la « juste » distance à adopter avec les patients. L'élaboration de ce mémoire a fait naître de nombreux questionnements. Comment être dans une relation de soin sans y mettre de sa personnalité ? Doit-on seulement occulter notre personnalité pour bien soigner ? Comment être dans le soin tout en gardant une distance avec le patient ? Comment adapter la distance relationnelle, être disponible pour accueillir le patient avec toute sa souffrance sans se « blinder » ? Peut-on être thérapeutique sans se mettre de barrières dans la relation ?

Je me questionne également sur la distance que peut installer le patient dans la relation avec le psychomotricien. La relation ne peut pas être thérapeutique sans un engagement du patient. Dans la rencontre en psychomotricité, le patient est co-acteur de sa prise en soin mais il peut également instaurer une distance dans la relation, qu'il faut accueillir et comprendre.

Chacune des personnes que j'ai eu l'occasion de rencontrer en stage m'a touchée, m'a interpellée et chacune de ces rencontres a été l'objet d'un ajustement de ma posture professionnelle. Cela a notamment été le cas lors de mes stages de dernière année en Institut Médico Pédagogique (IMP) et en service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). L'IMP a pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle. Je me suis interrogée sur l'établissement d'une alliance thérapeutique avec un enfant déficient intellectuel, comment la relation devient-elle thérapeutique ?

Je me suis également intéressée à la question de la relation et de la distance en relaxation. La relaxation est une médiation qui met en jeu l'intimité qui nécessite une confiance en l'autre pour pouvoir se détendre, la distance relationnelle est donc au premier plan dans cette médiation. Elle nécessite de comprendre l'autre et de se comprendre soi-même, de connaître ses propres limites, d'apprendre à reconnaître ses mécanismes de défense. Dans la construction d'une relation, il ne faut pas brûler les étapes. Il faut appréhender l'autre à l'instant présent, le comprendre, s'assurer qu'il nous comprenne pour pouvoir commencer un travail ensemble.

La problématique que je souhaite aborder est : *quelle est la spécificité du psychomotricien pour rencontrer l'autre, en relaxation, et comment adapter la distance dans la relation thérapeutique ?*

Je souhaite traiter dans ce mémoire de la rencontre avec l'autre en relaxation et de la distance dans la relation en psychomotricité. Pour comprendre ce qui est en jeu dans la relation entre un patient et un psychomotricien, je commencerai par la construction de la relation d'un point de vue développemental. Je me questionnerai sur le lien entre la construction de la relation aux autres et la compréhension de l'environnement, la relation que l'individu a au monde qui l'entoure.

Je poursuivrai en détaillant ma réflexion sur la distance dans la relation psychomotrice. Je m'intéresserai à la création de la relation thérapeutique avec Tom, dans le cadre de mon stage en IMP.

Je terminerai enfin avec la rencontre avec l'autre en relaxation psychomotrice et l'ajustement de la distance dans cette rencontre, je compléterai mes propos avec l'étude de la relation construite avec M.F dans le cadre du service de MPR.

I. LA CONSTRUCTION DES RELATIONS D'UN POINT DE VUE DEVELOPPEMENTAL ET L'ADAPTATION DE LA DISTANCE DANS LA RELATION

Pour traiter la question de la distance dans la relation en psychomotricité, il me semble nécessaire de comprendre comment se crée la relation d'un point de vue développemental et comment l'individu peut adapter la distance aux autres dans la relation.

Selon le dictionnaire Larousse, le terme de relation est défini comme « *le lien existant entre deux choses ; rapport* ». Pour qu'une relation humaine émerge, il faut donc que deux individus se rencontrent. De manière progressive dans le développement psychomoteur, les premières rencontres du bébé avec son entourage sont d'abord humaines et émotionnelles avant d'être objectales.

D'un point de vue développemental, la première relation du fœtus avec autrui est celle qui le lie à sa mère. La célèbre affirmation de Donald W. Winnicott « *Un bébé, ça n'existe pas* » sous-entend pour un certain nombre d'auteurs qu'« *un bébé seul, ça n'existe pas* » et notamment pour Catherine Audibert, « *il fait nécessairement partie du couple mère-bébé, car le petit d'homme ne peut survivre par lui-même, il est fondamentalement dépendant de son environnement.* »¹. J'extrapole cette citation à l'ensemble de la vie de l'individu. Pour survivre, l'homme est fondamentalement dépendant de son environnement. Nous existons au travers de la relation aux autres.

¹ WINNICOTT Donald W, La capacité d'être seul, Petite bibliothèque Payot, 2012, p.12

La création d'un lien chez le bébé

Le développement psychomoteur est « *la résultante d'interactions circulaires entre compétences perceptives présentes très précocement d'une part et sollicitation de l'environnement et productions motrices ultérieures d'autre part. Le développement est perceptivo-moteur* »². Pour qu'une relation se crée, l'enfant doit avoir un bagage permettant l'interaction avec son environnement, celui-ci doit être apte à accueillir, donner sens et répondre aux sollicitations de l'enfant.

A- AU COMMENCEMENT, LA PREMIERE RELATION DU FŒTUS SE CONSTRUIT.

La première relation du fœtus à l'environnement se construit par le biais du ventre de sa mère dans lequel les premiers processus d'attachement s'organisent. A partir de 6 mois, le fœtus se colle là où l'on a touché le ventre de la mère, ce qui suscite de l'émotion pour celui qui touche. Le corps est le support des premières interactions avec l'environnement. Une relation peut s'établir avec le monde extérieur grâce à ces interactions précoces. Le fœtus possède des capacités innées qui, grâce notamment à la maturation neurologique, lui permettent de percevoir et de ressentir les informations sensorielles provenant de l'extérieur et de l'intérieur du ventre de sa mère. Il se nourrit de l'affectivité en interaction avec ses compétences sensorielles comme support de la relation. A 7 mois in utero, il peut capter la lumière, entendre les vibrations de la voix de sa mère et la différencier de celle du père. Ses capteurs sensoriels sont assez développés pour sentir les caresses au travers de la paroi utérine. En fonction de ces perceptions, le fœtus est actif, il communique déjà à sa manière en donnant des coups de pieds lorsqu'il est agité, en étant calme lors des périodes de repos. Le fœtus manifeste des états émotionnels par le biais de son tonus et de son corps à travers le corps de sa mère. Celle-ci à l'écoute de ses sensations pourra interpréter les réactions de son enfant et y donner du sens. Les premiers échanges se créent alors, la mère peut réagir aux signaux corporels de son enfant par des caresses, par la douceur de sa voix, par la verbalisation de ses ressentis. La première relation du bébé est en train de naître in utero et va se poursuivre après la naissance.

² BENOIS-MAROUANI, JOVER Marianne Céline, MIERMON Annabelle, Chap 2 : le développement psychomoteur. In : ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe. Manuel d'enseignement de psychomotricité, de boeck solal, 2011, p 28

B- LA NAISSANCE D'UN PETIT ETRE DEPENDANT

La venue au monde de l'enfant est corrélée à une première mise à distance physique nécessaire avec le corps de sa mère. Cette défusion des corps n'enlève rien à l'attachement commencé entre la mère et son enfant, la fusion mère-enfant doit se prolonger après la naissance car l'enfant a besoin de sa mère pour survivre. *«Si le cordon ombilical qui relie le bébé à sa maman est effectivement coupé, il perdure, psychiquement et symboliquement, par l'allaitement mais aussi par tous les soins maternels, qui vont donner peu à peu à l'enfant le sentiment de sa propre existence»*.³ Même si psychiquement et symboliquement la fusion se poursuit, on ne peut nier que l'accouchement permet à l'enfant de devenir un corps différencié de celui de sa mère. Le nourrisson est déjà une personne qui possède des **compétences innées**.

Je m'appuierai sur le manuel d'enseignement en psychomotricité⁴ concernant les âges de développement cités ci-après.

A sa naissance le nourrisson voit, entend, et reconnaît les odeurs. Le nouveau-né a des préférences gustatives et olfactives, observables par ses mimiques de rejet ou de plaisir. Il reconnaît sa mère par son odeur et son sein par le goût du lait. A 3 jours, il reconnaît la voix maternelle. A partir d'un mois, la vision augmente et à 6 mois il peut suivre le visage d'une personne.

Il est également pourvu de **réflexes archaïques** indispensables pour son bon développement psychomoteur. Ces réflexes nous renseignent sur la maturation du système nerveux central de l'enfant. Ils apparaissent in utero et disparaissent généralement dans les trois premiers mois. Certains favorisent l'attachement notamment le grasping reflexe. La stimulation de la paume de la main de l'enfant entraîne une flexion des doigts et un agrippement. La mère interprète ce geste réflexe comme un geste intentionnel de tendresse, ce qui favorise le processus d'attachement. Selon John Bowlby, *« l'attachement dont est capable le nourrisson n'est pas le résultat d'un apprentissage, il est une réaction primaire, une manifestation de sa structure instinctuelle de petit d'homme »*⁵.

Henri Wallon définit le bébé comme néoténique, c'est-à-dire qu'il ne peut pas se suffire à lui-même pendant de longues années, contrairement à certaines espèces animales qui peuvent se nourrir seules dès la naissance. Dans les premiers mois de sa vie, il a besoin d'être assisté pour s'alimenter, pour être sorti d'une immobilité pénible, pour être changé, bercé, *« pour obtenir la satisfaction de ses exigences les*

³ RUFO Marcel. Détache-moi ! Se séparer pour grandir. Essai. Anne Carrière, Paris, 2005, p19

⁴ ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité, de boeck solal, 2011

⁵ RUFO Marcel, op.cit. p27

plus élémentaires et les plus urgentes »⁶. Le nouveau-né est donc un être dépendant, d'où l'importance des **comportements d'attachement** qui ont pour conséquence de maintenir la proximité avec la mère ou le père. Selon Bowlby, le comportement d'attachement « *consiste en n'importe quel type de comportement permettant à un individu de se rapprocher ou de rester à proximité d'un tiers clairement identifié, considéré comme mieux à même de faire face au monde extérieur.* »⁷ Il ne concerne donc pas seulement la mère mais une figure d'attachement qui a pour rôle de procurer l'attachement c'est-à-dire « *un fort sentiment de quiétude globale, encourageant ainsi à valoriser cette relation et à la préserver.* »⁸

Bowlby décrit l'attachement comme un besoin primaire, on comprend mieux que les enfants qui en sont privés se développent anormalement. En 1945, René Spitz décrit le **syndrome d'hospitalisme**, et prouve que le bébé a des besoins vitaux comme être lavé et nourri mais il a également des besoins affectifs qui sont tout aussi importants comme être aimé, bercé, câliné, sollicité.

Dans la relation entre le bébé et son environnement, le bébé ne reçoit pas passivement les stimulations, il est véritablement acteur de l'échange. Selon le dictionnaire Larousse, **une interaction** est une « *réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre* », dans l'interaction bébé-environnement, une relation s'installe grâce à la réciprocité des échanges. L'enfant peut s'exprimer par des états calmes ou de tensions, des comportements de signal (sourire, gazouillis, regard, élévation des bras, grimaces) ou des conduites innées (besoin de succion, d'étreinte, de cri) qui seront reçus par l'environnement, généralement par la mère. Les appels de l'enfant deviennent donc des éléments structurants si l'environnement réussit à les interpréter, à y donner du sens et y répondre de manière adéquate. L'environnement a donc un rôle primordial dans le développement harmonieux du bébé.

⁶ WALLON Henri. L'étude psychologique et sociologique de l'enfant. Enfance, 1959, vol. 12, n ° 3 - 4, Psychologie et Education de l'Enfance p307

⁷ BOWLBY John. Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent. Bibliothèque Albin Michel Idées, 2011, p47

⁸ Loc.cit.

C- LES INTERACTIONS QUI STRUCTURENT LE BEBE

Serge Lebovici, Martine Lamour et Philippe Mazet, à partir de leurs travaux sur les interactions précoces, ont défini trois niveaux d'interaction où l'enfant se développe, la parentalité se construit et les liens se tissent.⁹ L'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et d'échanges.

- Les interactions comportementales

Elles désignent la manière dont les comportements de l'enfant s'harmonisent avec sa mère, elles comprennent les interactions corporelles, visuelles et vocales. Le terme de « mère » sera utilisé au cours de ce mémoire comme synonyme de la figure maternelle.

- Les interactions corporelles

Pour Winnicott, le **holding** est la façon d'être porté physiquement et psychiquement, qui permet au sujet de naître et de se construire. Le **handling** est la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, qui lui permet de se constituer une intériorité et des limites corporelles. Au départ le bébé est dans une dépendance absolue à la mère, il n'a pas conscience de son unicité « *La mère suffisamment bonne (good enough mother), celle qui « est » plus qu'elle ne « fait », s'offre à lui comme support pour compenser son immaturité* »¹⁰. Cependant la mère ne doit pas chercher à être parfaite, selon Winnicott, c'est aussi cette imperfection qui permet à l'enfant de grandir « *en développant ses propres capacités de réparation et de dépassement des petites défaillances de l'environnement* »¹¹. Les soins prodigués à l'enfant lui permettent d'être contenu, d'habiter son corps, d'avoir le sentiment d'être un être à part. Une fois qu'il se sent suffisamment sécurisé, il pourra prendre de la distance car son environnement est constant.

Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel qui permet des ajustements interactifs entre la mère et son enfant. Cette interaction passe par le biais des regards, des sourires, des vibrations, des mimiques, du tonus musculaire. Elle permet le dialogue entre la mère et son enfant et la création d'une relation entre eux qui s'inscrit dans un espace et un temps donnés. L'enfant communique des messages corporellement, le parent décrypte cet aspect émotionnel de l'enfant, un ajustement postural pourra être observé. En tenant dans les bras un enfant hypertonique, des

⁹ BLOSSIER Christian. Hypertonie et difficultés d'ajustement postural comme révélateurs des troubles des interactions précoces chez le jeune enfant. In : Thérapie psychomotrice et recherches n°157, 2009

¹⁰ WINNICOTT Donald D, Op. cit. p14

¹¹ Loc. cit.

sentiments d'anxiété, d'incompréhension, de rejet peuvent émerger chez la personne qui le porte. La culpabilité peut également être ressentie, se sentir coupable de ne pas pouvoir calmer cet enfant. Le même sentiment de malaise peut être senti avec un bébé hypotonique qui file entre les bras, cela peut entraîner un rejet, un dégoût face à cet enfant qui ne cherche pas la relation. Le tonus est donc un élément important dans la relation. L'enfant qui cherche le regard, qui capte les informations de son environnement, qui est vif engendrera des affects positifs et agréables de la part de son entourage qui sera plus à même d'interagir avec lui. « *La tonicité se sent, se ressent, se transmet* ». ¹² Cette citation pourrait résumer le dialogue tonico-émotionnel, il y a une véritable interaction tonique entre le porté et le porteur. Le parent cherche à comprendre ce que vit l'enfant et à s'y ajuster.

Suzanne Robert-Ouvray parle de **holding psychomoteur** qui sert à satisfaire les besoins primaires psychiques ou physiques de l'enfant. Ce serait un mode de communication, « *un dialogue tonique qui a pour fonction de réduire à un minimum les empiètements auxquels l'enfant doit réagir* » ¹³. A travers les échanges corporels et psychiques, un sentiment de sécurité s'installe et participe au bon développement de l'enfant ce qui lui garantit une sécurité interne, s'écarter il pourra s'ouvrir sur le monde extérieur.

➤ Les interactions visuelles

La rencontre des regards est un des modes de communication privilégiés entre la mère et son enfant. Le nouveau-né peut voir à une distance de 20cm, celle qui correspond au visage de celui qui le porte. C'est dans le regard de sa mère que le bébé se construit, il se sent soutenu. Etre regardé signifie également pouvoir être regardable, pouvoir être le centre des regards, « *on me regarde, c'est que j'ai de l'intérêt* », ce qui renforce l'estime de soi. Le regard renforce au fil du temps le sentiment d'identité.

➤ Les interactions vocales

Les cris et les pleurs constituent le premier langage verbal du bébé. La mère met en mots ce qu'elle perçoit de son enfant, petit à petit les réponses de la mère permettront au bébé d'exprimer ses désirs. En effet, si le bébé pleure, la mère va lui dire « *je vois que tu as faim* », elle répondra à ses pleurs en lui donnant le biberon par exemple, en fonction des réponses de la mère, l'enfant comprendra qu'en pleurant,

¹² SERVANT-LAVAL Agnès, ROBERT-OUVRAY Suzanne. Chap 5 : Le tonus et la tonicité. In : ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe. Manuel d'enseignement de psychomotricité, de boeck solal, 2011, p158

¹³ ROBERT-OUVRAY Suzanne. Porter un enfant c'est un savoir être. Métiers de la petite enfance, Revue psychologie, 2000, n°59, p17

sa mère répond de façon adaptée à ses besoins. C'est ce que Bion¹⁴ appelle la « *fonction alpha* », cette fonction permet de détoxifier le vécu de l'enfant. Le parent dans un premier temps accueille les « *éléments bêtas* » de l'enfant qui sont des éléments corporels qui n'ont pas encore de sens pour l'enfant (la faim, la douleur, le froid...). Il expulse ces éléments à l'extérieur en pleurant, en criant, par des manifestations motrices. La mère essaie de comprendre ces manifestations, elle apprend à décrypter les manifestations de son enfant, à y donner du sens et à s'ajuster au mieux à ses besoins, elle a un rôle de « *pare-excitation* ». Elle transforme les « *éléments bêtas* » en éléments pensables pour son enfant. La réponse de la mère avec du sens est appelée la « *fonction alpha* ». Cet ajustement des réponses n'est pas immédiat, il faut un temps d'adaptation pour que la mère sache ce que veut l'enfant, le plus important est que l'entourage soit présent et à l'écoute pour l'enfant. Bion parle de « *fonction de transformation* », le bébé est transformé puisqu'il passe d'un état de malaise à celui de satisfaction lié à la réponse du parent. Le parent est lui aussi transformé car il apprend à décoder et s'ajuster aux signes du bébé, à mieux comprendre son enfant, ses besoins et sa manière d'exprimer tel ou tel besoin.

Pour Bowlby, les interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement comme une sorte de « *cordon ombilical acoustique* », il favorise le rapprochement spatial mère-bébé. Du côté de la mère, on note une modification de la prosodie lorsqu'elle s'adresse au bébé, le timbre de voix est plus aigu, plus chantant.

La qualité des échanges bébé-environnement conditionne la qualité du développement de l'enfant. En fonction de l'ajustement entre le bébé et son environnement, l'interaction sera plus ou moins harmonieuse.

- Les interactions affectives

Daniel Stern développe la notion « *d'accordage affectif* » ou « *d'harmonisation affective* », ce sont les influences réciproques qu'il peut y avoir entre la vie émotionnelle du bébé et celle de la mère. Ces échanges permettent à l'enfant de percevoir des sentiments de plaisir/déplaisir, de tristesse, d'excitation, d'ennui. Il y a l'idée d'un partage affectif. Les interactions affectives évoluent, en partant des sentiments de plaisir/déplaisir liés à ses états de tension pour évoluer vers le sourire social vers 2 mois. La mère a un souci de s'ajuster, de communiquer avec son enfant. Le bébé se sent compris et accompagné dans ses émotions. C'est vers 9 mois que l'accordage affectif est pleinement développé, c'est vers cet âge que les bébés

¹⁴ <http://www.psychos-ressources.com/bibli/appareil-a-penser.html>

« découvrent qu'ils ont une psyché et que d'autres personnes ont des psychés séparées »¹⁵, il s'aperçoit ainsi qu'il est différent de l'autre.

- Les interactions fantasmatiques

C'est « l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients que fantasmatiques, inconscients »¹⁶. Pendant la grossesse, la mère imagine son enfant, à sa naissance, la mère doit faire le deuil de l'enfant fantasmatique, imaginé qui est parfois très éloigné de l'enfant réel, notamment dans les situations de handicap. La naissance est une confrontation nécessaire entre l'enfant imaginé et l'enfant réel.

La mère, par la qualité de ses réponses dans ses trois niveaux d'interaction structure psychiquement son bébé qui pourra ainsi se construire un **sentiment de continuité** interne, d'existence propre. Les réponses fiables et ajustées permettent à l'enfant de s'organiser, cependant Marcelli¹⁷ souligne l'importance d'introduire des petits imprévus dans la relation. Pour lui les « *micro-rythmes* » seraient un préalable à l'émergence de la pensée. L'imprévu peut être un jeu de chatouilles pendant le change, ce qui permet à l'enfant d'être dans quelque chose de différent de la continuité qu'il connaît, la mère ne répond pas immédiatement à ses besoins. Cela amènerait une nourriture psychique en dehors des besoins vitaux. Les « *macro-rythmes* » correspondent au retour régulier des soins, ils favorisent l'anticipation, la prévisibilité, le sentiment de continuité, les micro-rythmes sont le produit du ludique, de l'aléatoire, de la surprise. Les macro-rythmes permettent à l'enfant de supporter l'attente, de développer son propre univers psychique, d'explorer car il s'occupe sans se désorganiser, quand l'environnement n'est pas encore disponible. Cela va soutenir sa **capacité à être seul**.

Avant d'être en relation avec l'autre il faut pouvoir être en relation avec soi. Pour cela il faut avoir acquis la capacité d'être, être un être unifié, et reconnu. Pour que l'enfant intègre cette capacité d'unité de son être, il doit s'émanciper de sa mère. Progressivement, il va devoir faire l'expérience d'être seul en présence d'elle. Selon

¹⁵ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/devPSMobs.pdf>

¹⁶ BEKIER Séverine, GUINOT Michèle. Chap 3, équipement et compétences du nourrisson. In : ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe. Manuel d'enseignement de psychomotricité, de boeck solal, 2011, p 96

¹⁷ http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.bilheran_a&part=126936

Winnicott¹⁸, cette expérience permet à l'enfant « *d'atteindre une relation au moi, un sentiment d'unité et d'omnipotence, tout simplement un sentiment d'être.* »

La fusion si essentielle des premières semaines entre la mère et son enfant doit prendre fin. Il est important que la relation se distancie pour que le sujet puisse advenir et qu'il accède à une certaine autonomie, qu'il construise l'espace de son propre corps. Quand il naît, il ne se voit pas comme un corps unifié, en découvrant progressivement les différentes parties de son corps comme siennes, le bébé va évoluer dans une position plus subjective qu'est la **conscience d'être un corps**. L'enfant découvre le monde par l'expérience, ce qui réactualise la conscience qu'il a de lui. A travers les éprouvés du corps, il va explorer différents champs spatiaux et progressivement aller à la conquête des espaces plus lointains. D'une dépendance absolue au début de la vie, l'enfant passe à une dépendance relative.

Progressivement le couple mère-bébé va apprendre à se séparer notamment grâce au « **tiers séparateur** » qu'est le père, sous-entendu la figure paternelle. Le père triangule la relation et crée un espace de différenciation. Il va pouvoir aider la mère et l'enfant à se séparer sans que la mère ait l'impression d'abandonner son enfant et sans que celui-ci ne se sente abandonné. Le bébé aura toujours besoin de l'affectif de sa mère, mais cela sera moins dans le corps à corps et l'indifférenciation. Parce que le père est différent de la mère, par la texture de la peau, la prosodie de la voix, la façon de porter, de nourrir l'enfant ou de le bercer, l'enfant perçoit qu'entre sa mère et lui il y a du tiers, du pareil et du différent. Cela va l'aider à sortir de cette fusion avec la mère et de s'ouvrir au monde qui l'entoure. Pour permettre au père d'entrer dans la relation fusionnelle mère-bébé, la mère doit lui offrir une place, c'est elle qui fait comprendre à l'enfant le rôle du père, elle ne doit pas le dénigrer, le dévaloriser, sinon il perdra son rôle de tiers séparateur. Le père est un homme, il offre par ce facteur biologique du « différent » de la mère, il offre également la possibilité à l'enfant de l'identifier au genre masculin. Dans la construction de l'identité de l'enfant, le père joue un rôle de différenciation, il favorise le sentiment de l'enfant d'être un individu distinct de sa mère.

Dans la littérature, je n'ai pas trouvé de distinction stricte pour distinguer le bébé de l'enfant. Je choisis donc de parler « d'enfant » à partir du moment où le bébé prend de la distance avec sa figure maternelle.

¹⁸ WINNICOTT Donal, op. cit. p35

L'enjeu relationnel de l'enfance

En grandissant, grâce à l'attachement suffisamment sécure, l'enfant pourra se détacher physiquement et psychiquement de sa mère et acquérir la permanence de l'objet, c'est-à-dire qu'il doit se rendre compte qu'un objet qui n'est plus sous contrôle perceptif existe encore, qu'il peut le retrouver.

A- LA PERMANENCE DE L'OBJET

La permanence de l'objet apparaît au début de l'angoisse du 8^{ème} mois. Spitz décrit la **peur de l'étranger** vers 8-9 mois. C'est l'angoisse de l'étrange, l'enfant ne repère pas le visage comme un autre différent mais il reconnaît que ce n'est pas un visage familier. L'enfant prend conscience de son environnement habituel, de ses figures d'attachement, il les reconnaît. Il éprouve du plaisir quand il voit sa mère par exemple et du déplaisir quand il ne la retrouve pas, il éprouve de l'inquiétude face à une personne qu'il ne reconnaît pas. C'est la peur de s'éloigner de ses figures d'attachement. *« C'est une période de vulnérabilité dans la construction de son identité. La distinction entre personnes familières et non familières repose [...] sur la stabilité de la représentation des figures d'attachement »*¹⁹ Quand les mécanismes d'identification et de différenciation sont suffisamment solides, l'enfant n'est plus contraint de s'appuyer sur sa figure d'attachement dans la réalité. Si l'enfant ne voit plus sa mère, cela ne veut pas dire qu'elle a disparu, il peut y penser sans qu'elle soit présente, il peut se la représenter. L'enfant pourra se détacher sans pour autant se replier sur lui-même et s'isoler. La mère commence à avoir une réalité pour elle-même, l'enfant commence lui-même à d'avantage se différencier d'elle. Il va diversifier ses capacités à reconnaître d'autres types d'attachement secondaires qui seront sécures en s'appuyant sur ses figures d'attachement qui doivent être solides. En comprenant que sa tante par exemple est familière à ses parents, il pourra aller dans ses bras sans angoisse. L'enfant sort de la peur de l'étranger à partir du moment où les deux étapes de la permanence de l'objet sont acquises : l'objet existe pour lui-même et cet objet est fiable c'est-à-dire que l'enfant retrouve le même objet que celui qu'il avait quitté, l'objet ne s'est pas modifié en son absence.

¹⁹ DELION Pierre, VASSEUR Roger. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, Erès, collection 1001 BB, 2015, p133

J'ai souvent fait l'expérience de sourire à un petit enfant dans le tramway. Systématiquement, l'enfant me regarde de manière intriguée et ne répond pas immédiatement à mon sourire. Il cherche d'abord l'approbation de la personne qui l'accompagne, souvent sa mère, il la regarde comme pour obtenir la confirmation que je ne suis pas dangereuse pour lui. Une fois que la mère croise mon regard et me sourit, l'enfant me sourit également, peut alors débiter une relation d'échanges de sourires et de mimiques faciales avec l'enfant, qui ne durent que le temps du trajet. Je mets en lien mon expérience du tramway avec cette étape de peur de l'étranger qui est dépassée, en effet l'enfant peut prendre appui sur sa figure d'attachement pour engager l'échange. Il peut maintenant trouver fiables tous les objets fiables de son objet fiable (sa figure d'attachement).

Marie Ainsworth et ses collègues démontrent un lien étroit entre le système d'attachement et celui de l'exploration, plus l'enfant a un attachement fort et est certain de la « *disponibilité, de la réceptivité ou de l'aide de son parent* »²⁰, plus il pourra se détacher et explorer facilement. Au travers de ses expériences notamment la « *strange situation* », elle décrit plusieurs types d'attachement dont celui de « *sécure* ». L'enfant utilise le « *caregiver* », c'est-à-dire celui qui prend soin, comme base de sécurité pour l'exploration. Le caregiver répond de façon appropriée rapide et cohérente aux besoins de l'enfant. Grâce à cette cohérence des réponses, l'enfant est plus susceptible de développer un sentiment de soi, et d'anticiper les réactions de la part d'autrui. La qualité de l'attachement est donc liée à la qualité de l'exploration.

Selon Suzanne Robert-Ouvray dans la même période que la peur de l'étranger « *qui reflète l'accès à la différenciation affective et la possibilité de penser l'action d'autrui* »²¹, vers 6-8 mois, les bébés s'intéressent aux autres enfants dans la crèche. L'enfant se sent donc assez soutenu pour pouvoir explorer des espaces lointains, des univers inconnus. L'organisation motrice de l'enfant s'organise pour plus de mobilité, elle va soutenir l'exploration du monde.

²⁰ BOWLBY John. Op. cit. p188

²¹ ROBERT-OUVRAY Suzanne, Op. cit. p15

B- L'ACQUISITION DE LA MARCHÉ : UN PAS VERS L'AUTONOMIE

A partir de la maturation de ses capacités sur les plans neurologique et cognitif, l'enfant va pouvoir s'éloigner physiquement et construire une distance avec sa mère. Le cheminement vers la marche est soumis à des variabilités interindividuelles (tout comme les âges d'acquisition cités ci-dessous). Il résulte à la fois du niveau de développement de l'enfant, des facteurs environnementaux tant matériels (la possibilité pour l'enfant d'y prendre appuis pour se hisser debout par exemple) qu'humains (la sécurité qu'ils peuvent garantir).

Le développement psychomoteur suit deux lois générales : la loi céphalo-caudale (la maturation se fait à partir de la tête et en direction des pieds) et la loi proximo-distale (la maturation se fait à partir de la tête et du tronc vers les épaules, les bras, les mains et les doigts, la même progression est observée pour les membres inférieurs). Le bébé contrôle les muscles de son visage, de sa tête (vers 3 mois), de son tronc (vers 7 mois ½) avant ceux de ses membres inférieurs (vers 11 mois). Il faut donc toute une maturation neurologique et musculaire pour pouvoir marcher :

- le contrôle de la tête (2-3 mois),
- la station assise (entre 5 mois et demi et 10 mois et demi),
- la station debout (11 mois).

La reptation (vers 6 mois) et la marche quadrupède (autour de 7 mois) ne sont pas observées chez tous les enfants. Grâce à la verticalisation, l'enfant peut se mettre debout seul, c'est une étape indispensable aux premiers pas, cette étape est symboliquement importante, en effet l'enfant contribue lui-même au mouvement de séparation avec la mère.

Grâce à sa mobilité, l'enfant élargit son espace de découverte, il peut escalader, descendre et franchir les obstacles. Il doit pour cela avoir une certaine sécurité affective pour dépasser ses peurs. L'entourage doit être sécurisant et doit le pousser dans ses acquisitions. En expérimentant, l'enfant ressent le plaisir de l'adulte à le voir faire, ce qui le soutient dans son exploration du monde. **Sa motivation** à se déplacer dépend directement de son environnement, si les parents amènent tous les objets à l'enfant avant même qu'il en ait besoin, il n'éprouvera pas le besoin d'aller chercher ailleurs ce qu'il pourrait désirer.

L'environnement a donc un rôle important à tenir pour l'acquisition de l'autonomie de l'enfant. La marche avec soutien apparaît vers 9 mois. Progressivement, en passant par le cabotage (une marche sur le côté avec un appui sur un support) et la recherche d'appuis stables, l'enfant acquiert une locomotion autonome (à 17 mois pour la

majorité des enfants). Ceci est une étape importante pour l'entourage : l'enfant s'éloigne, n'est plus dépendant de ses parents pour partir à la découverte du monde. Les parents doivent laisser partir leur enfant et accepter que leur enfant ne leur appartienne pas. Marcel Rufo²² compare la petite enfance à un château fort « où l'on fait le plein de sensations rassurantes qui aident à se sentir plus fort ». Il compare les parents à un pont-levis qui ferait le lien entre l'endroit chaud du château avec le monde. « On doit faire confiance [à l'enfant] et l'assurer qu'il pourra revenir au château aussi souvent qu'il le désirera. On ne doit pas craindre qu'il ne revienne pas et nous oublie, parce que nul ne se débarrasse jamais de son enfance ». L'enfant doit acquérir une certaine maturité affective pour pouvoir s'éloigner. Il a besoin de se détacher de ses parents en sentant qu'il peut revenir se ressourcer. Il faut qu'il puisse explorer le monde en s'appuyant sur sa mère mais en s'en séparant. L'objet transitionnel, souvent matérialisé par le doudou, apparaît vers 6 mois et est choisi par l'enfant. Il lui permet d'être suffisamment confiant pour faire ses propres expériences. Il représente la continuité de la mère.

C- LA TOUTE-UISSANCE DE L'ENFANT

Les premiers pas de l'enfant sont corrélés au **sentiment de toute puissance**. Grâce à la marche, l'enfant prend possession de sa verticalité, il jubile de pouvoir découvrir cet espace dans lequel il peut s'ériger, se déplacer.

Ce sentiment de toute-puissance est engendré par des acquisitions successives comme la possibilité de préhension, de se tenir debout, de marcher et d'aller là où bon lui semble, la découverte de nouvelles sensations et le plaisir de l'exploration. L'enfant jubile dans un premier temps de pouvoir réaliser ces activités motrices, se rajoute ensuite **l'intentionnalité** car prendre un objet se transforme de la jubilation à être capable de prendre un objet à la possibilité de saisir cet objet qui l'intéresse. De la même manière, selon Delion et Vasseur, marcher devient « l'opportunité de faire savoir que je suis d'accord ou non avec ce que l'on me propose »²³. L'enfant fait ses propres choix, de sujet à part entière. C'est à cette occasion qu'il va devoir être limité dans ses comportements lorsqu'ils ne deviennent plus socialement acceptables. C'est le rôle des parents de dire ce qui est permis, ou non, d'interdire. C'est en respectant les règles d'une société qu'on y prend part. L'enfant doit comprendre que tout n'est pas permis, qu'il n'est pas tout-puissant. Ces limites sont très importantes car autant il faut soutenir l'enfant dans ses découvertes, autant il faut le limiter dans sa toute-puissance. Il faut qu'il rencontre le « non », on ne peut pas totalement se différencier

²² RUFO Marcel. Op. cit. p 15

²³ DELION Pierre, VASSEUR Roger, op.cit. p 184

et s'individuer si tout est possible. La notion d'un cadre avec ses limites est structurante pour l'enfant.

Grâce à cette limitation de sa toute-puissance, l'enfant intègre les interdits, peut différer son plaisir, supporter les frustrations, chercher des stratégies pour composer avec les limites qu'on lui a mises. Il n'est plus seulement dans l'action, il commence à élaborer, c'est le début de la représentation mentale, de la fonction symbolique.

D- LE LANGAGE, UN EXTRAORDINAIRE SEPARATEUR

Après un certain nombre d'essais et d'erreurs, l'enfant arrive vers un an à prononcer « papa », « maman », ce n'est que vers 3 ans, que le langage est en place, l'enfant pourra s'éloigner petit à petit du pointage proto-impératif pour se faire comprendre. Les premiers mots coïncident souvent avec le début de la marche vers 12 mois.

« En apprenant à parler, l'enfant prend du champ par rapport à ses parents ; désormais, entre eux, il y a les mots par lesquels le petit s'éloigne, en disant « non » notamment, mais aussi en disant « moi », puis « je ». »²⁴ Le « non » marque l'entrée dans une phase d'opposition où l'enfant s'affirme en tant qu'être autonome, il met ainsi une distance dans la relation avec ses parents. C'est une manière de se détacher et c'est un signe d'évolution et de maturation. « Vivre, c'est se séparer pour grandir et s'autonomiser. »²⁵. L'attachement sécurisé est nécessaire pour se séparer, grandir, s'autonomiser, explorer le monde et pouvoir ensuite investir de nouvelles relations, s'attacher à nouveaux et se détacher.

²⁴ RUFO Marcel. Op.cit. p22

²⁵ Ibid. p 33

E- L'ENTREE DANS UN LIEU DE SOCIALISATION

L'institution joue un rôle de tiers séparateur dans la relation enfant-parents. Comme vu précédemment, la séparation est nécessaire pour que l'enfant devienne un sujet différencié. Cependant, cette séparation doit se faire progressivement.

Lors de mon stage en crèche, j'ai pu observer que ce principe était complètement intégré, la séparation parents-enfant se réalise en douceur. Lors de l'entrée en crèche de l'enfant, les parents sont invités à rester quelques heures avec lui, petit à petit l'enfant reste seul, une demi-journée, puis une journée. Ce système permet à l'enfant et aux parents de se quitter progressivement sans angoisse d'abandon mutuel.

La crèche est la première structure sociale que peut fréquenter l'enfant. Il va élargir son réseau social notamment grâce à la locomotion. En se déplaçant, l'enfant peut en rencontrer un autre et interagir avec.

En entrant en collectivité, l'enfant comprend très vite qu'il y a des interdits et des codes sociaux. Hubert Montagner a réalisé de nombreuses observations d'enfants en crèche. Selon lui, entre 0 et 1 an, les interactions entre les enfants sont peu fréquentes, ils jouent les uns à côté des autres. Entre 1 et 2 ans, les interactions sont plus fréquentes avec des situations de « *rituel de menace* » (avec des conflits possibles) et de « *rituel d'apaisement sous forme d'offrande* ». Il s'agit de l'inclinaison de la tête sur l'épaule, et parfois du tronc, accompagnée ou non d'éléments posturaux, de gestes, de mimiques (sourire). Cette posture peut déclencher l'offrande dans 60% des cas observés, elle est efficace pour établir un lien avec l'autre enfant, pour déclencher un échange verbal ou l'offrande d'un objet. Le sujet a une posture qui lui sert à établir des liens étroits avec les autres, à solliciter et obtenir leur attention, leur offrande sans manifester d'agression.

Dans les travaux de Montagner entre 2-3 ans, la posture de sollicitation n'a pas de sens au départ, mais lorsque l'enfant voit l'effet que cela produit sur l'autre, il va utiliser cette posture pour avoir une réponse de l'autre, cela devient un comportement significatif. Selon Montagner, l'enfant doit pouvoir évoluer au sein d'un groupe réduit d'enfants du même âge. Cela permet aux enfants « *d'établir puis de retrouver des repères sociaux avec des partenaires qui sont au même niveau de développement et qui ont le même registre de compétence* »²⁶. Etre en relation groupale, permet à l'enfant de s'épanouir dans le **maintien et le renforcement de ses acquisitions**. A 18-20 mois, les enfants peuvent déjà manifester des conduites

²⁶ MONTAGNER Hubert. Chap : L'aménagement des espaces de vie pour les tout-petits. In : CLERGET Joël. L'accueil des tout-petits. Erès, collection 1001BB, 2013, p30

d'entraide, selon les observations de Montagner, l'enfant à cet âge peut aider son camarade à remonter sur une plate-forme par exemple. Entre 24 et 30 mois, les enfants créent des activités symboliques et développent des jeux de rôle.

Pierre Marie Baudonnière et Jacqueline Nadel ont mis en place un dispositif expérimental en partant de l'hypothèse selon laquelle l'imitation serait un « *instrument de dialogue entre enfant du même âge* »²⁷ à partir de la troisième année. Les enfants ne sont pas placés en situation de compétition car il y a autant d'objets que d'enfants, ils sont filmés à leur insu pour qu'il n'y ait pas d'influence de l'adulte dans les échanges entre les enfants. Dans tous les groupes d'enfants étudiés, le contact social s'établit par le moyen de l'imitation (des imitations dans les prises et abandons d'objets, des imitations d'attitudes). Les enfants entrent dans un processus d'attention conjointe et d'interaction imitative qui sont des éléments de la communication non verbale. L'imitation, le faire semblant et l'attention conjointe préparent au développement ultérieur de la communication verbale et de la sociabilité. Ce serait donc l'imitation qui permettrait à 3 ans d'établir et de maintenir un dialogue avec ses pairs. Il s'instaurerait un « *dialogue imité-être imité* ».

Entre 2 et 3 ans, les rituels s'enrichissent avec des **rituels territoriaux** car les enfants prennent conscience de l'espace autour d'eux. On voit alors apparaître des enfants dominants et des dominés. Les leaders dominants apaisants viennent d'un milieu familial « sécuritaire » avec peu de stress, peu de violence et beaucoup de communication où ils auront pu développer de meilleures performances sensorielles. Après 3 ans, les codes non verbaux et les rituels posturaux diminuent pour faire place au langage.

Vers 3 ans, Wallon décrit la « *crise de personnalité* »²⁸ c'est-à-dire que l'enfant dit « non » systématiquement à tout ce qui vient d'autrui, il utilise le « je » et le « moi » à tout moment et apprend la distinction du mien et du tien. L'enfant s'individualise à partir de ses expériences et grâce aux interactions satisfaisantes et organisatrices de son entourage. Il s'affirme comme un individu à part entière.

Tous les enfants ne vont pas en crèche, mais l'école est obligatoire pour tous les enfants à partir de 6 ans. Cette étape coupe le sentiment de toute-puissance de l'enfant. Il est maintenant en collectivité, il doit respecter des règles au risque d'être rejeté, puni ou mis de côté. Les autres vont devenir de nouveaux modèles identificatoires, une ouverture sur l'extérieur, un terrain pour enrichir ses expériences.

²⁷ NADEL Jacqueline, BAUDONNIERE Pierre-Marie. L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année, Collection Enfance, 1980, volume 33, n°1, pp 77-88

²⁸ WALLON Henri. Op. cit. pp304.308

Selon Wallon, entre deux et six ans, l'enfant différencie moi et autrui, il acquiert son sentiment d'être un individu parmi d'autres et différencié des autres. Entre six et onze ans, il a accès une représentation abstraite. Il passe de l'égoïsme à l'objectivité, il reconnaît à l'autre des compétences communes, alors se mettent en place des rapports d'équivalence et de réciprocité. A partir de onze ans, il achève la construction de sa personnalité.

F- LES COPAINS

Au fur et à mesure de son avancée dans la vie, l'enfant va élargir son cercle relationnel. L'entrée en école maternelle, en école primaire, au collège, au lycée va à chaque fois lui ouvrir de nouvelles possibilités de relations. Il devra s'adapter à différents lieux, se faire des amis.

Le monde des copains est celui des apprentissages : de partage, de tendresse, de secrets, de trahisons, de violence. Les copains ont un rôle primordial dans la construction psychique et dans l'intégration sociale. Ces « *relations interpersonnelles nous nourrissent et nous exposent, nous rendent à la fois plus forts et plus vulnérables, plus grands et plus dépendants* »²⁹ L'amitié est une aventure humaine qui comporte des risques. Très vite l'enfant fait la distinction entre « ami » et « copain ». L'ami est sûr, il sera toujours présent dans les moments difficiles, l'enfant partage tout avec lui. Avec le copain, « *on n'est jamais vraiment sûr* », l'enfant peut partager des moments précis dans des lieux précis (école, sport...) avec lui mais les liens d'amitié ne sont pas assez forts pour se livrer à lui. Donc dès la crèche, les enfants se cherchent, restent avec certains enfants plutôt que d'autres. Progressivement, l'enfant peut hiérarchiser des liens d'amitié en classant, de façon plus ou moins consciente les enfants dans la case « copain » ou « ami ». Très jeunes, certains enfants peuvent élire un « *meilleur ami, dans une relation plus proche d'un étayage (indispensable pour entrer dans le monde de la socialisation de l'école) que d'un véritable échange d'égal à égal* ». ³⁰ Le meilleur ami peut faire tiers dans la relation parents-enfant.

En primaire, l'amitié est plus de l'ordre du partage, partage d'un jeu à la récréation, un échange de cartes de collection, de billes, de secrets... La relation ressemble plus à une réciprocité d'égal à égal sans notion de compétition. L'enfant expérimente qu'il peut compter sur l'autre, ils réalisent ensemble de nouvelles expériences, des bêtises à faire ensemble et le secret à garder.

²⁹ CEBULA Jean-Claude, GUILBERT Danièle, RAYNAUD. Les copains : liens d'amitié entre enfants et entre adolescents. *Enfances & Psy* 2, 2006, n°31, pp. 6-8

³⁰ GRAINDORGE Catherine. Amis ou copains, l'amitié chez les petits. *Enfances & Psy* 2, 2006, n°31, pp.29-35

Ces liens d'amitié sont définis géographiquement et peuvent s'étioler lors de déménagement ou de changement de lieu scolaire. Les séparations sont parfois nécessaires pour avancer. Lors de l'entrée dans la période adolescente, le jeune adolescent devra se séparer de ses parents pour acquérir de nouvelles relations et de nouvelles compétences.

Le remaniement psychocorporel de l'adolescence

L'Organisation Mondiale de la Santé³¹ considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre les âges de 10 et 19 ans. L'adolescence est une période de transition entre les âges enfant et adulte. C'est une période de remaniement corporel et psychique.

A- LE PASSAGE DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE

Il est corrélé à la puberté qui est le début de l'activité des glandes reproductrices et la manifestation des caractères sexuels secondaires. La puberté et l'adolescence induisent une réorganisation psychocorporelle avec un remaniement de l'estime de soi et de l'image du corps. La puberté est un phénomène physiologique qui s'accompagne de phénomènes psychologiques (l'adolescence).

Le repérage dans l'espace se modifie, de même que l'image du corps. Le corps évolue, l'adolescent doit se le réapproprier. Cette réappropriation est progressive, ce n'est pas rare que l'adolescent soit décrit comme maladroit, n'arrétant pas de se cogner. La puberté déclenche une modification du corps par sa taille, son poids, ses proportions, le corps devient « *un corps non familier et instable, un corps d'adulte que l'adolescent n'est pas encore* »³². Cette adaptation nécessaire aux nouvelles mensurations du corps demande d'appréhender de nouvelles limites corporelles. L'adolescent doit apprendre à recomposer au niveau postural et gestuel. Il faut se réapproprier ce corps qui change et qui devient de plus en plus porteur d'une identité sexuelle.

Non seulement le corps se transforme en celui d'un adulte, mais l'adolescence est également une période importante d'autonomisation psychique. L'individu se cherche au sein d'un groupe, il s'appuie sur des nouveaux modèles identificatoires, il prend de la distance par rapport à sa famille, il appréhende l'environnement de manière différente de ce qu'il a connu jusqu'à présent.

Sur le plan cognitif, l'adolescence est l'accès à l'abstraction, à de nouvelles formes de raisonnement qui favorisent l'ouverture d'esprit, les interrogations nouvelles sur soi, sur la signification de l'univers en général, sur l'avenir. Sur le plan identitaire, l'individu cherche à se construire, à trouver sa place dans la société. Sur le plan social, l'adolescent ouvre son cercle relationnel en dehors du cercle familial, l'univers social évolue. Les interactions avec les autres individus se complexifient et se diversifient. Le

³¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

³² BENOIS-MAROUANI, JOVER Marianne Céline, MIERMON Annabelle. Op.cit. p59

groupe des pairs occupe un rôle de plus en plus important dans l'univers social et personnel. L'adolescent passe moins de temps avec ses parents au profit d'interactions avec des personnes extérieures à la famille. L'adolescence coïncide avec l'entrée au collège, ce qui offre un environnement social plus élargi.

B- LA SEPARATION D'AVEC LES PARENTS : DE NOUVEAUX MODELES IDENTIFICATOIRES

L'adolescent prend une autonomie psychique par rapport à ses parents. Il instaure une distance avec eux car il a besoin de s'en distinguer par tous les moyens, il peut adopter des tenues extravagantes pour se montrer différent de l'adulte et de ses parents, inventer un langage pour se couper de sa langue maternelle. L'adolescence est une période singulière de rupture avec le passé, avec l'enfance. « *L'attachement au premier objet d'amour se transforme pour laisser la place à de nouveaux investissements affectifs et amoureux.* »³³

Lors de ma formation, nous avons soulevé un paradoxe pour l'adolescent. Effectivement, il doit se séparer de ses objets parentaux qui étaient jusque-là source de sécurité. Il est donc en insécurité et doit faire le **deuil du refuge parental**. Ce deuil n'est pas voulu, il n'apparaît donc pas comme libérateur mais plutôt comme un abandon réciproque. Se séparer de ses parents est douloureux car ils sont la source de notre existence. Même si les parents restent encore un soutien notamment financier pour les adolescents, la mise à distance entre eux est source de souffrance pour les adolescents et leurs parents. Pour compenser ce deuil, l'adolescent va investir de nouveaux modèles identificatoires qui vont l'aider à s'autonomiser par rapport aux modèles parentaux. Il va investir une amitié très exclusive, généralement du même sexe. Il représente le modèle identificatoire idéal à atteindre et l'investissement narcissique de soi. Le meilleur ami fait office de tiers séparateur vis-à-vis des parents selon Rufo, l'adolescent se détache de ses parents et de manière paradoxale, il s'attache à la famille de son meilleur ami qui devient une « *famille de comparaison et de référence* »³⁴. Toujours selon Rufo, le « *meilleur ami fonctionne comme un révélateur des qualités qui sont propres à l'adolescent* », c'est-à-dire qu'une fois que l'adolescent est assez construit, sûr de ses compétences, il devrait abandonner le meilleur ami car il n'en a plus besoin.

³³ RUFO Marcel, op.cit. p.191

³⁴ Ibid, p.204

C- LA CRISE D'ADOLESCENCE

La séparation avec les parents peut être douloureuse, dans le langage populaire, on parle de « crise d'ado » qui peut être nécessaire pour prendre du champ par rapport à l'autorité parentale. Cette crise touche toutes les catégories sociales, elle est différente entre chacun des individus et plus particulièrement entre garçon et fille. Les garçons sont plutôt tournés vers des expressions spectaculaires comme la conduite dangereuse, alors que les filles ont généralement des manifestations de mal-être plus tournées vers le corps (anorexie, boulimie). L'école est un refuge, il peut être le baromètre qui doit alerter les proches. On ne peut cependant pas systématiser les choses, si tout se passe bien à l'école, cela ne signifie pas forcément que tout se passe bien pour le jeune adolescent. L'adolescence peut être une période difficile d'isolement, de timidité, d'anxiété, de repli social et de solitude.

D- LE GROUPE, CREATION DE NOUVELLES RELATIONS

A l'adolescence, l'univers social s'élargit, l'adolescent se construit un univers social propre et crée de nouvelles relations. Une relation est source d'émotions positives (la joie d'être ensemble) ou négatives (la tristesse de la séparation). Il y a des différences fondamentales entre la relation parentale et amicale. En effet on ne choisit pas sa famille mais on choisit ses amis, le lien qui nous lie à nos parents est éternel, celui qui nous lie à nos amis est plus éphémère. La relation avec nos amis est symétrique, d'égal à égal alors qu'avec la famille, elle est asymétrique, il y a un lien de hiérarchie entre enfant et parents, les parents s'occupent de l'enfant, et celui-ci doit se plier aux règles familiales.

Durant l'enfance, le cercle social est déterminé géographiquement, l'enfant se fait des copains à l'école, au sport, dans son voisinage. Les parents ont un certain contrôle sur les relations de leur enfant, ils peuvent choisir d'inscrire l'enfant dans une école bien fréquentée, de ne pas inviter tel enfant aux anniversaires... A l'adolescence, les parents ont moins d'emprise sur les relations de leur enfant. Celui-ci construit son propre univers social qui n'est plus déterminé géographiquement. L'adolescent va forger sa propre identité notamment au sein d'un groupe. Le groupe a une fonction de protection, « *on est plus fort ensemble* », être plus fort contre l'ordre établi, contre l'autorité parentale, contre l'autorité scolaire. Le sentiment d'appartenance au groupe est vecteur de connaissance et de reconnaissance de soi à travers le regard de ses pairs.

« Ultime rempart du monde de l'enfance, bulle protectrice, la bande devient le théâtre des émois, des interrogations, des débordements, des transgressions, des

jeux de ces adolescents. »³⁵. L'adolescence est la période où le jeune veut être grand, être pris au sérieux et ne plus être un enfant, avoir les explications du fameux « *tu comprendras quand tu seras grand* ». L'adolescence est également la période d'ouverture d'esprit, l'adolescent se pose des questions sur l'univers qui l'entoure, sur son avenir. Il peut trouver du réconfort dans la bande, qui regroupe d'autres jeunes qui se posent les mêmes questions. Ensemble, ils se comprennent, ils ont les mêmes codes de communication. Mais parce qu'ils ne sont pas encore adultes, les jeunes de la bande transgressent les règles, se lancent des défis et bravent l'autorité jusqu'à parfois se mettre en danger. Ils peuvent transgresser les codes légaux de la vie en société et paradoxalement être très loyaux quant à leurs règles du groupe, personne ne déroge aux principes et valeurs du groupe de peur d'être rejeté par celui-ci.

Il y aura un double enjeu dans cette bande, l'adolescent participe à la vie en collectivité et doit en même temps affirmer son individualité. La socialisation et l'individuation sont intimement liées « *c'est au sein des relations significativement établies avec autrui que les personnes affirment leur individualité* »³⁶. Le groupe a un rôle de protection, rôle dans la construction identitaire et dans la socialisation de la personne. L'adolescent reste avec ses amis, progressivement se mettent en place les relations avec l'autre sexe. L'adolescent devra donc passer d'une relation de groupe à cette relation duelle qui peut être effrayante. Le partenaire amoureux deviendra la figure centrale en matière d'intimité et d'attachement.

E- PASSAGE DE L'ADOLESCENCE AU MONDE ADULTE

Affirmer son autonomie est un signe majeur de l'accès à la maturité adulte. L'adolescence est la période des nouvelles expériences, ce qui implique des prises de risque, par l'expérience et l'acquisition de nouvelles capacités, l'adolescent apprend à évaluer les risques et leurs conséquences. Le besoin de prise de risque participe à l'individuation et l'autonomisation de l'adolescent mais ce n'est pas toujours maîtrisé.

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte signe l'acquisition de compétences de raisonnement, des capacités à planifier, à organiser et à anticiper les conséquences de ses actes. C'est habituellement une amélioration du contrôle des affects, l'adulte est généralement moins impulsif que l'adolescent.

³⁵ LE RUN Jean-Louis. La bande à l'adolescence. *Enfances & Psy* 2, 2006, n°31, pp. 56-66.

³⁶ CLAES Michel. L'univers social des adolescents, paramètres, Les presses de l'Université de Montréal, 2003

La relation chez les adultes

A- LES RELATIONS SOCIALES

Pour comprendre les relations sociales, je m'appuierai sur les travaux de Bronfenbrenner de 1979, repris dans les travaux universitaires de Michel Claes³⁷ et de Claire Malo³⁸, chercheurs à l'Université de Montréal.

Dans le modèle écologique du développement humain, le développement est le résultat des interactions continues et réciproques entre l'organisme et son environnement. Les deux s'influencent mutuellement et constamment, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre. L'approche écologique développée par Bronfenbrenner permet de mieux saisir la complexité des rapports qui relient les diverses instances sociales et de voir comment ces rapports affectent le cours du développement humain. Bronfenbrenner envisage l'environnement social comme une série de structures successives.

- Le microsystème

C'est le contexte, le lieu, les personnes et objets qu'il contient dans lequel l'individu a une participation active et directe (la famille, le travail, le club sportif). L'enfant n'a souvent qu'un seul microsystème mais en grandissant il entre dans de nouveaux microsystèmes. C'est une relation de personne à personne.

- Le mésosystème

C'est l'ensemble des liens et processus qui prennent place entre deux ou plusieurs microsystèmes (par exemple, la rencontre entre le conjoint et les collègues de travail).

- L'exosystème

Il s'agit du lieu ou contexte dans lequel l'individu n'est pas directement impliqué mais qui influence cependant sa vie (par exemple les médias). Les exosystèmes n'agissent pas directement sur l'individu mais plutôt de façon indirecte sur les sous-systèmes. On réfère aux lieux physiques, aux personnes et objets qu'ils contiennent, aux activités et rôles qui s'y déroulent et aux décisions qui s'y prennent.

³⁷ CLAES Michel. Op. cit.

³⁸ <http://patrickjdaganaud.com/9-SUR%20DEMANDE/z-%20LA%20FAMILLE/1-ESSENTIEL/0-BRONFENBRENNER-ELE%20MIL-GEN%207647.pdf>

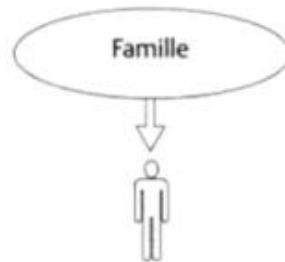
- Le macrosystème

C'est l'ensemble des croyances, idéologies, valeurs, façons de vivre d'une culture (par exemple la valorisation de la compétition, du racisme ou du sexisme). C'est la toile de fond qui englobe et influence tous les autres niveaux systémiques.

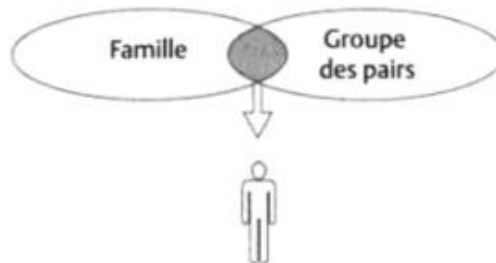
Les cercles représentent les différentes entités sociales et les flèches le jeu des influences

Les différents systèmes sociaux

Microsystème



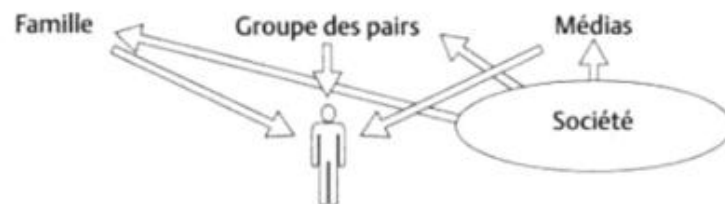
Mésosystème



Exosystème



Macrosystème



Source : Bronfenbrenner, 1979.

Lors de notre rencontre avec un patient, nous avons à faire à ce modèle écologique, nous devons tenir compte des relations qu'entretient la personne avec son environnement, comment il articule ces relations sociales.

B- L'ESPACE DANS LES RELATIONS SOCIALES

Les relations sociales sont corrélées à la notion d'espace. En effet dans une relation humaine, les deux interlocuteurs interagissent dans un espace donné. L'approche **proxémique** s'intéresse aux concepts d'espace et de lieux à partir de l'étude des interactions entre les individus. Edward T. Hall³⁹, explique comment l'espace est organisé dans les sociétés humaines selon les facteurs culturels. L'espace est organisé en fonction de notre perception du monde, de notre culture. Sa thèse essentielle est que la façon qu'a l'homme d'utiliser l'espace fait partie des dimensions inconscientes, "cachées", de notre expérience.

La distance se définit comme un intervalle qui sépare deux points ou deux personnes. D'après Hall la variation des distances entre les individus participerait à la régulation de leurs comportements. Une distance trop rapprochée favorise les comportements agressifs par exemple. Il décrit quatre types de distance pour les cultures latines, selon deux modes de distance : proche et éloigné.

- Distance intime

La présence de l'autre s'impose et peut devenir envahissante par son impact sur le système perceptif.

En mode proche, cela est la distance du corps à corps, de l'acte sexuel, de l'acte affectif intime et de la lutte. La communication non verbale prend le pas sur la communication verbale.

Hall décrit la distance en mode éloigné, de 15 à 40 cm entre deux individus, comme la distance imposée par la foule. Cette sphère n'est pas pénétrée dans un espace social public sans stress ou gêne. La présence de l'autre qui n'appartient pas aux relations amoureuses ou familiales peut devenir envahissante. Dans ce cas, on ne cherche pas le contact mais plutôt une mise à distance pour protéger son espace vital, son propre espace de sécurité.

- Distance personnelle

Elle sépare les membres des espèces sans contact, c'est la distance mise en place lorsque la personne a un besoin de s'isoler. Elle marque l'affectivité et la proximité quotidienne des individus dans leur vie publique.

³⁹ HALL Edward T. La dimension cachée. Editions du seuil. 1966, pp 147-157

En mode proche (45-75cm), les contacts marquent l'intimité et l'affectivité des personnes en public, l'autre peut encore être saisi ou attrapé. C'est la zone de la confiance ou de la relation amicale.

En mode éloigné (75 cm – 1m25), c'est la limite de l'emprise physique sur autrui, c'est la distance des discussions personnelles entre amis.

- Distance sociale

C'est la « *limite du pouvoir sur autrui* ».

En mode proche (1m25- 2m10), les relations sont interpersonnelles entre personnes se connaissant et se côtoyant sur un projet commun. C'est la limite de la portée de la voix sans effort, il n'y a plus de contact physique, c'est donc la distance des rapports de travail.

Le mode éloigné (2m10 – 3m60) peut servir à isoler ou séparer des individus, sans être ni intime, ni amical, il donne un caractère formel. Ce sont les relations interpersonnelles formalisées comme les entretiens ou les rapports hiérarchiques.

- Distance publique

La prise de parole est hiérarchisée. Les intervenants ont un statut d'orateur face à un public.

En mode proche (3m60 – 7m50), c'est la distance des orateurs, elle permet la fuite ou l'organisation de la défense. La voix est soutenue, les contacts visuels sont imprécis.

Le mode éloigné (à partir de 7m50), est la distance imposée par les personnages officiels importants. Elle est liée à la mise en pouvoir et à la mise en sécurité.

La distance qui sépare deux individus influe sur les relations qui peuvent se mettre en place. Chaque personne se fixe inconsciemment une bulle autour d'elle, physique ou psychique, cette bulle est un espace de protection. Si cet espace est franchi, la personne ne se sent plus en sécurité, son intégrité physique et/ou psychique est mise à mal. La personne peut alors manifester des comportements de défense, de retrait, elle va par exemple s'éloigner d'un interlocuteur trop proche, prendre sur elle ou devenir agressive.

Dans une relation humaine, chaque partenaire de la relation entre dans la bulle de l'autre et accepte que l'autre s'immisce dans sa propre bulle. Ce contact des deux bulles sera plus ou moins toléré ou rejeté en fonction de la construction de la personnalité de chacun, du contexte de l'interaction et de la culture.

Dans notre société actuelle, la question de la distance à l'autre est liée à la question de la relation à l'autre. Cette relation varie en fonction des époques, des cultures, du sexe, du lieu, du contexte et de l'âge. Nous allons maintenant étudier ce qui se joue dans la relation à l'autre et la distance à l'autre dans un contexte de soin, dans la relation thérapeutique en psychomotricité.

II. ADAPTER LA DISTANCE DANS LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITE

La relation en psychomotricité se construit dans un lien de confiance entre le psychomotricien et son patient. Nous sommes dans un métier de soin qui est avant tout relationnel, nous ne pouvons pas soigner sans une complète collaboration avec l'autre.

La relation s'inscrit dans un espace et un temps donnés, nous traiterons dans un premier temps la construction de la relation thérapeutique, puis nous nous attarderons au nécessaire ajustement de la distance dans cette relation. J'illustrerai mes propos avec l'étude de la relation qui s'est créée entre Tom et moi.

Construction d'une relation thérapeutique

A- DANS QUELLES MESURES LA RELATION EST THERAPEUTIQUE ?

- Un symptôme à reconnaître

« *Il n'y a pas de relation thérapeutique sans symptôme [...] elle n'existe que parce que quelqu'un souffre, et qu'il souffre effectivement, sur un mode précis* »⁴⁰. Le symptôme doit donc être reconnu et déclaré comme tel. Il est important de croire la parole du patient pour qu'il conçoive que sa plainte est entendue et comprise, ce qui pourra l'amener à avoir une certaine confiance au thérapeute. Il faut véritablement entendre sa plainte, si le patient l'exprime, c'est qu'il sent en nous la capacité de la comprendre et de l'aider. Il serait incohérent d'essayer de se mettre à la place de l'autre et de penser pour lui. Si la personne est en souffrance, nous devons tout mettre en œuvre pour l'aider, et cela commence par valider ses propos. La personne doit avoir confiance en nous pour que nous puissions évoluer ensemble.

La première condition requise pour commencer un travail ensemble est que le sujet manifeste un désir de changement qui parvienne à s'exprimer dans une demande.

⁴⁰ BONNET Gérard. Les mots pour guérir. Nouvelles édition revue et argumentée, petite bibliothèque Payot, 2011, p.36

- L'émergence d'une demande

Cette demande ne peut pas toujours s'exprimer de façon claire et consciente. Il est important d'aider à la faire émerger pour que le patient adhère à sa prise en soin. Si celui-ci a été orienté vers nous par un tiers et qu'il n'en comprend pas la raison, qu'il ne comprend pas ce que la psychomotricité peut lui apporter, la création d'une relation thérapeutique sera compliquée.

« Tout le problème [...] est que le patient puisse formuler une véritable demande, et que celle-ci mobilise un véritable désir élaboré dans son rapport à l'autre. [...] Il faut parfois beaucoup de temps à certains patients pour qu'ils parviennent à localiser leur problème et à le dire.»⁴¹ C'est donc dans le lien à l'autre que la demande peut émerger. Il est essentiel que le patient sache qu'il peut s'appuyer sur nous. La psychomotricité n'est pas une profession de l'urgence, nous avons le privilège de pouvoir prendre le temps.

La demande est à réfléchir tout le long de la prise en soins, notre rôle n'est pas de forcer la personne à venir en séance. Il faut être vigilant à ce que ce ne soit pas le professionnel qui devienne demandeur.

Dans l'idéal, il est très important de prendre le temps pour créer une relation thérapeutique, cependant, je ne pense pas que le temps soit un élément indispensable pour créer une relation de qualité entre le psychomotricien et le patient. Je suis actuellement en stage dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Les patients sont accueillis pour de la rééducation sur un court séjour (une dizaine de journées). Il est nécessaire d'apprendre à connaître certains éléments de leur parcours de vie pour adapter le travail mais une relation thérapeutique peut très bien se créer sur du court terme. Il est important de faire l'effort de créer une relation de confiance pour assurer à la personne qu'elle pourra revenir dans le service même après le temps prévu de son séjour. Ce n'est pas rare de retravailler avec certains patients des mois voire des années après leur premier séjour.

Une relation devient également thérapeutique en fonction du cadre établi.

⁴¹ Ibid. p. 215

B- LE CADRE COMME PREALABLE A LA RELATION THERAPEUTIQUE

Selon Catherine Potel, «*le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps ou dans une pensée*»⁴². Il n'est pas réduit à un ensemble de règles mais il est mis en actes par le psychomotricien, celui-ci l'incarne par sa posture et son savoir-être. Le cadre thérapeutique s'appuie sur des règles fixes, il n'en est pourtant pas rigide puisque le psychomotricien s'ajuste à chaque patient dans chaque rencontre. Le cadre a donc une dimension fixe et une dimension malléable. Il est fixe par ce qu'incarne le thérapeute et il est malléable par ce qu'apporte le patient et ce qu'il peut supporter. Le cadre thérapeutique doit être à la fois souple, fiable, solide sans être rigide pour laisser une place à la rencontre, à la créativité, à ce que chacun des partenaires peut amener dans la séance. C'est en cela qu'il est thérapeutique, en laissant un espace-temps ajustable à chaque patient, permettant les interactions.

Selon Gérard Bonnet, «*le cadre est fait pour que les deux protagonistes de la relation y trouvent une place précise et bien délimitée. [...] Il est parfois à lui seul source de bien-être ou d'amélioration*»⁴³. Le cadre doit être contenant pour permettre de structurer et de donner des limites à un patient qui en serait déficitaire. La sécurité des interactions est assurée par le psychomotricien qui doit au préalable de la relation, penser la mise en œuvre du cadre dans des conditions optimales.

- Un socle commun à toute rencontre

Je m'appuierai sur les réflexions de Françoise Giromini⁴⁴ pour le reste de cette partie.

Sur le plan institutionnel, il est important de ne pas désavouer nos conditions de travail qui respectent des règles de déontologie du cadre professionnel. Le psychomotricien s'appuie sur un ensemble de règles.

Sur le plan spatial, dans la thérapie psychomotrice, il est fondamental d'avoir un espace de travail réservé à cet usage, dans l'idéal une salle de psychomotricité. C'est un espace protégé, il est donc préférable qu'il soit fermé pour qu'il n'y ait pas d'irruption inopinée. Le lieu doit être invariant, il permet une réappropriation d'un espace à soi. Par sa stabilité, le cadre offre un espace sécurisant, le patient peut le tester pour vérifier sa fiabilité. Il pourra alors s'appuyer sur cette stabilité pour

⁴² POTEL Catherine. Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir. Editions Eres, 2013, p. 321

⁴³ BONNET Gérard. Op. Cit. p. 43

⁴⁴ GIROMINI Françoise. Psychomotricité : les concepts fondamentaux. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2003 <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/PSMfonda.pdf>

renforcer progressivement sa sécurité interne. L'espace est un premier repère pour le patient. Il évolue au fur et à mesure de l'évolution de la société et des pathologies des patients. En effet, il y a quelques années, l'espace était plutôt conçu pour être attrayant pour favoriser la levée des inhibitions, le cadre a maintenant une tendance à devoir être hypo-stimulant pour accueillir et contenir les débordements et excitations du patient. Cet espace permet les expériences sensori-motrices, le plaisir du mouvement et de la découverte de son corps.

Concernant les règles temporelles, les séances sont régulières pour qu'elles s'intègrent comme des repères : même jour, même heure, même durée.

Françoise Giromini nous parle également du devoir de parole qui consiste à rendre compte de son travail en réunion suivant des objectifs de prise en soin définis et savoir dire que la psychomotricité « *n'est pas bonne ni utile* » pour tout le monde.

Le cadre doit être continu dans le temps, l'espace et l'action. Cette continuité d'action est un fil conducteur de la prise en soin qui permet de ne pas avoir l'impression de tout recommencer à chaque séance. Cela s'intègre dans les objectifs de prise en charge.

- Un cadre à l'image du psychomotricien et du patient

Le psychomotricien a ce rôle d'incarner le cadre. Cela signifie donc qu'il doit être au clair avec les règles qu'il se fixe, les objectifs de la prise en soin et sa propre façon d'être. Je pense qu'il est essentiel de se remettre en question, de se questionner sur l'évolution et la pertinence de la prise en soin et de régulièrement se poser la question « pourquoi ? ». Pourquoi l'enfant choisit tel jeu, pourquoi il est pertinent de le laisser choisir, pourquoi il réagit par tel comportement... Les réponses à ces « pourquoi » seront uniques pour chaque patient, il est donc nécessaire que le psychomotricien fasse l'effort de se poser ces questions pour être au plus près des problématiques de son patient.

Sur le plan personnel, Françoise Giromini nous rappelle qu'il est nécessaire de mettre à jour et compléter sa formation par des formations théoriques, cliniques et pratiques ainsi que participer à des activités de réflexion sur son travail. Il s'agit donc de bien se connaître. Notre formation est un prélude à la connaissance de soi, il est indispensable de continuer à réfléchir sur soi-même, sur sa pratique, sur les limites de son cadre pendant toute notre carrière.

Nos postulats théoriques aident à mettre du sens sur ce qui se joue pendant la séance, afin de permettre au patient d'accéder à une symbolisation et une « *mise en*

pensée du corps »⁴⁵. C'est le psychomotricien qui incarne le cadre et qui garantit sa contenance et sa sécurité. Par sa capacité d'adaptation, le psychomotricien adapte ce cadre à ce que le patient peut supporter.

Sur le plan relationnel, il s'agit de « *poser les limites et interdits corporels et de conduire les patients vers une symbolisation nécessaire dans le respect de soi-même et d'autrui* ». Cela signifie qu'il ne faut pas amener le patient sur des terrains que l'on ne maîtrise pas et qui pourraient le mettre en grande difficulté. Notre rôle est d'accompagner la personne vers un devenir sujet en favorisant ses expériences et en l'amenant vers la représentation.

Le cadre doit donc être suffisamment sécurisant pour que les patients puissent explorer et découvrir de nouvelles expériences sensori-motrices, cognitives et même affectives. C'est un dispositif relationnel à l'intérieur duquel le patient peut faire des expériences positives qui seront mises en sens par le psychomotricien.

Selon Ballouard « *un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* »⁴⁶. Il est ici question d'un ajustement nécessaire en fonction du patient, la question de la distance à adapter entre le psychomotricien et le patient sera traitée plus loin.

Le cadre appartient donc au patient et au psychomotricien, il contient la pensée de chacun, c'est une garantie qui permet au patient de trouver une place dans cet espace-temps qui lui est réservé. Le cadre thérapeutique permet au psychomotricien de laisser la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu. Ce cadre est garant d'une permanence, il contient les angoisses, ce qui permet aux deux partenaires de la relation thérapeutique de s'impliquer dans la prise en soin.

La relation thérapeutique est spécifique, le thérapeute, dont le psychomotricien rencontre la personne comme elle est, là où elle en est. C'est par la sécurité que le cadre apporte et qu'incarne le thérapeute que la relation va devenir thérapeutique.

⁴⁵ POTEL Catherine. Op. cit. p. 324

⁴⁶ BALLOUARD Christian. Le travail du psychomotricien. Collection psychothérapies, Dunod, 2006

C- UNE RENCONTRE SPECIFIQUE EN PSYCHOMOTRICITE

- La rencontre par le corps

La rencontre est le fondement de la relation thérapeutique, c'est ce qui fait notre originalité et notre spécificité. Nous ne pouvons pas définir la psychomotricité tant par une technique mais par un mode de rencontre.

Le psychomotricien s'intéresse au corps en relation du sujet, de la façon dont il le perçoit, le représente, l'investit, l'exprime et comment il entre en relation avec. Dans la relation à l'autre, le psychomotricien s'engage corporellement, il propose des expériences sensorimotrices pour amener la personne à penser son corps, s'instaure alors un dialogue tonico-émotionnel.

Nous sommes à même d'être attentifs à la communication non verbale du patient, à ce qu'il dégage et à nous y ajuster pour être le plus juste dans la relation. Notre position est une attitude d'accueil, de disponibilité, d'écoute attentive. Nous devons être présents tant physiquement que psychiquement. Certains patients peuvent créer en nous un certain vide psychique, une incapacité à penser, il faut donc faire l'effort de rester mobilisé psychiquement dans la rencontre et rester créatif. Certains patients peuvent se rendre compte que l'on n'est pas présent et ainsi désinvestir la relation. L'ajustement entre parent/bébé comme entre patient/soignant conduira peu à peu à une expérience de rencontre dans et par une compréhension partagée. La relation évolue en parallèle de la distance à adapter.

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien s'engage corporellement, il utilise « *son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre* »⁴⁷. Il est à la fois acteur de la relation et doit prendre de la distance pour pouvoir analyser ce qui se joue dans cette relation et apporter les réponses adéquates aux besoins exprimés par le patient. La relation thérapeutique s'établit dans le langage du corps. Il y a deux corps, celui du patient et celui du thérapeute, qui sont mis en interactions directes. Ce sont deux corps, deux façons de percevoir, de s'exprimer, de se mouvoir, d'investir l'autre qui se rencontrent sous différentes formes, par différentes médiations.

Nous existons au travers de nos relations aux autres. Pour qu'il y ait relation, il faut la rencontre de deux subjectivités, de deux désirs, celui de soigner qui appartient à l'entité soignante que représente le psychomotricien et celui de guérir qui appartient à l'entité du patient. Le désir de guérir est à travailler dans l'émergence d'une demande, dès la première rencontre.

⁴⁷ GIROMINI Françoise. Op. cit.

- L'importance de la première rencontre

Cette première rencontre est conditionnée par la demande du patient. Nous devons nous assurer que la personne comprend l'intérêt de venir en séance pour qu'elle puisse y adhérer. Le premier contact avec le patient est essentiel pour la qualité de la prise en soin à venir, il est indissociable de l'alliance thérapeutique. Il ne faut donc pas le négliger. Il est important d'adapter une bonne distance dans ce premier échange avec le patient pour ne pas le mettre en difficulté, il ne faut donc pas être trop intrusif ni trop distant, il sera sinon compliqué de créer une relation de confiance.

La première rencontre est également conditionnée par notre cadre de travail, elle sera différente si elle se déroule en cabinet libéral ou en institution par exemple. Le psychomotricien doit faire preuve d'une capacité d'adaptation et trouver des stratégies pour recueillir les informations utiles pour son travail futur : interroger les parents, regarder dans le dossier médical, contacter les autres professionnels s'occupant de ce patient...

Lors de cette première rencontre, nous recevons la personne avec son histoire, sa culture, elle n'est pas forcément vierge de toute prise en soins. Nous devons l'accueillir avec tout son parcours de soin et les conséquences qu'il a pu engendrer. Elle peut ne plus avoir confiance dans le système de santé qui l'a déçue en lui donnant l'impression d'être mal soignée par exemple et a ainsi pu mettre en place des mécanismes de défense. Il est donc important de nous adapter à ce qui se joue pour le patient.

- Le bilan psychomoteur

Ce bilan est un de nos outils spécifiques. Il met en évidence par des tests étalonnés et des observations, les difficultés et capacités du patient à un instant donné. Il nous permet ensuite de créer un projet thérapeutique adapté avec des axes de travail précis. Lors du bilan, le psychomotricien cherche des éléments précis de la construction psychocorporelle du sujet, il est donc dans une attitude directive. Le moment du bilan pose néanmoins les jalons de l'alliance thérapeutique.

Le psychomotricien doit avoir l'honnêteté de refuser une prise en soin si les conclusions du bilan ne permettent pas de l'engager ou de la poursuivre. Le bilan peut varier sur sa forme mais il est nécessaire de prendre contact avec la personne avant de commencer une prise en soin pour se fixer des objectifs précis, des axes de travail et de tenir compte des attentes du patient.

Le projet thérapeutique s'élabore en tenant compte de ces éléments. Le début des séances de psychomotricité ne se fixe pas seulement par le thérapeute. Le patient doit lui aussi s'engager dans sa prise en soin, il s'engage donc à venir aux séances.

La relation entre le patient et le psychomotricien devient thérapeutique par une collaboration qui s'établit entre eux, par la création d'une alliance thérapeutique qui favorise l'issue de la prise en soin.

Création d'une relation de confiance

A- L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Il y a un paradoxe dans cette notion d'alliance thérapeutique, il est étonnant de se dire que pour être thérapeutique il faut qu'il y ait une alliance thérapeutique c'est-à-dire que nous sommes thérapeutiques tant dans la relation avec le patient que par une compétence technique.

L'alliance thérapeutique est un mode relationnel qui doit être interactif et collaboratif. Le thérapeute doit être convaincu de l'efficacité de sa démarche, il doit croire en ses compétences et repérer des compétences chez le patient. En trouvant des ressources accessibles chez le patient, le thérapeute va être dynamisé, le patient va percevoir cette bonne dynamique et cela renforce l'alliance thérapeutique. En faisant comprendre au patient qu'il est acteur de sa prise en soin, il va mobiliser des affects positifs du type « *il y a au moins une personne (le thérapeute) qui me considère capable de m'en sortir* ».

Le patient doit percevoir notre volonté d'aide par notre attitude et notre posture. Rogers⁴⁸ a défini **l'engagement** comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité avec des buts communs pour le patient et le soignant. L'alliance thérapeutique mêle la confiance du patient en notre capacité à l'aider et son implication dans sa prise en soin.

Dans la relation thérapeutique, nous accueillons le patient avec son histoire, avec notre façon d'être, notre vécu. Il est néanmoins important que le thérapeute ait une attitude spécifique afin que la relation s'instaure et qu'elle soit bénéfique.

⁴⁸ psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc

B- L'ATTITUDE ET LES ROLES DU THERAPEUTE

Le thérapeute doit tenir plusieurs rôles qui sont en lien étroit avec les fonctions du cadre. Le cadre doit être le contenant de ce que nous livre le patient de manière consciente ou non. Le psychomotricien est attentif à toute la communication non verbale, à tout ce que le patient révèle sur lui au fur et à mesure de la construction de l'alliance thérapeutique. La sécurité du cadre est la toile de fond de la qualité de la relation thérapeutique. Le psychomotricien accueille ce que livre le patient sans jugement, dans une attitude bienveillante, authentique et avec empathie, il a plusieurs rôles à tenir.

- Bienveillance

Selon Michel Terestchenko, la bienveillance « *est la disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui* »⁴⁹. Il faut être vigilant avec cette notion, parfois en voulant faire du mieux possible, on peut devenir étouffant, envahissant, faire à la place de. Il est important de laisser la personne en place de sujet, capable de désirs, de pensées spécifiques. Il faut garder en tête la subjectivité de chacun, le fonctionnement psychique de chacun, l'unicité des désirs et envies de chacun. Il serait dangereux de considérer que tous les patients veulent la même chose et ont les mêmes besoins que nous, l'altérité de l'autre est à prendre en considération. Dans la définition de Terestchenko, il y a la notion d'affect, toute relation humaine est empreinte d'affectif. Dans la relation thérapeutique, il faut cependant mettre à distance cette dimension affective pour pouvoir évoluer dans la prise en soin. Il est important d'être conscient de cette dimension affective mais elle ne doit pas être au premier plan, elle doit être contenue pour que la relation soit thérapeutique.

- Empathie

L'empathie est une traduction du mot allemand *Einfühlung* qui renvoie à la « *capacité de ressentir l'autre de l'intérieur* »⁵⁰ Nous pouvons ainsi comprendre les émotions de l'autre en restant nous-mêmes. L'empathie se retrouve dans toute interaction et permet la connaissance d'autrui .

C'est une notion avec laquelle nous devons rester vigilant concernant le domaine du soin, certes il est nécessaire de faire preuve d'empathie mais sans s'écrouler avec le patient. Il faut garder une juste distance, de soutien et d'appui pour le patient, avoir un ancrage fort pour que le patient sache qu'il peut compter sur nous, sans que nous nous effondrions avec lui. Nous sommes avant tout des êtres sensibles, et

⁴⁹ <http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/04/pour-une-ethique-de-la-bienveillance.html>

⁵⁰ RICARD Matthieu. Plaidoyer pour l'altruisme, la force de la bienveillance. Nil éditions, 2003. P.48

heureusement que certains événements nous touchent, il faut cependant réussir à garder un certain contrôle de nos émotions et réfléchir à comment et pourquoi ces événements nous affectent. Il est question ici de contre-transfert, notion tirée de la psychanalyse et développée par Freud que je traiterai plus tard.

- Fonction de rêverie maternelle

Un parallèle peut être mis en évidence entre le rôle du psychomotricien avec son patient et la fonction de rêverie maternelle que décrit Bion. Le psychomotricien accueille ce que livre le patient à l'état brut, les identifications projectives bonnes ou mauvaises à l'instar de la mère avec son enfant et les renvoie en éléments alphas détoxifiés. Le psychomotricien, par son attitude et ses verbalisations, renvoie au patient des éléments pensables sur lesquels travailler, c'est une première forme de travail de représentation. Il transforme donc les éléments bêtas du patient en éléments alphas plus acceptables. Petit à petit, le patient pourra lui-même transformer ses éléments et s'autonomiser psychiquement, il pourra ainsi contrôler ses émotions et ses angoisses débordantes grâce à un cadre suffisamment sécurisant.

Le psychomotricien a pour rôle de favoriser l'expression du patient qu'elle soit verbale ou non verbale pour mettre en mot et en sens ses cognitions et ses émotions. Il doit être vigilant à ce que la pensée du patient puisse s'exprimer jusqu'au bout. Le psychomotricien a au préalable créé un cadre, un espace qui rende possible l'expression libre.

- Fonction de contenance

Le psychomotricien a également une fonction contenante de **holding** au sens winnicottien. Cette fonction désigne la façon dont le patient est porté sur le plan psychique et corporel. C'est la qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante qui apporte un sentiment de fiabilité et de sécurité. Le psychomotricien s'assure de la sécurité du cadre pour permettre au patient de réaliser ses propres expérimentations, il délimite l'espace pour contenir une pensée. Le psychomotricien doit être « suffisamment bon » pour être un support étayant au patient mais pas parfait pour l'aider à faire ses propres expériences, comme la mère avec son enfant.

Bowlby, compare lui aussi le rôle du thérapeute à celui de la mère qui doit servir au patient de « **base sécuritaire** » à partir de laquelle le patient peut explorer et exprimer ses pensées et ses émotions. Bowlby recommande que le thérapeute soit « *fiable, attentif, et compatissant vis-à-vis des investigations de son patient* »⁵¹.

⁵¹ BOWLBY John. Op. cit. p.211 à 213

Le patient peut tester les limites du cadre, le psychomotricien doit donc être solide pour maintenir ce cadre. Par sa **capacité de contenance**, le psychomotricien contient « *ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique* »⁵². Par cette fonction, le psychomotricien doit être vigilant à la distance physique et psychique instaurée avec le patient et au maintien de son cadre thérapeutique. Petit à petit, le patient s'identifie au thérapeute et s'en détache, il faut le laisser partir, comme la mère, le psychomotricien a ce travail à réaliser de laisser partir le patient explorer seul, de favoriser son autonomisation.

La psychomotricité ne peut être réduite à une façon de faire, elle est une façon d'être. Il n'y a pas de mode d'emploi pour entrer en relation car chaque relation est singulière et nourrie de la personnalité de chaque partenaire. Lors de notre formation, nous développons notre conscience corporelle pour être au plus près des besoins de chaque patient. Les fonctions du cadre et celles du psychomotricien sont complémentaires et ont pour objectif de donner des repères au patient pour lui garantir une sécurité interne, l'aidant à advenir sujet. Le psychomotricien se caractérise par son action contenante de ce qui se passe en séance et en relation avec le patient jusqu'à ce que le patient se sente capable de contenir et d'investir ailleurs ce qui se passe en séance.

⁵² POTEL Catherine. Op. cit. P. 324

Une relation de confiance qui potentialise les capacités de Tom

Je rencontre Tom, 10 ans et demi, 45 minutes une fois par semaine durant mon stage en IMP.

A- PRESENTATION DU CONTEXTE D'ACCUEIL

L'IMP accueille des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle, de profonde à moyenne (polyhandicap, Troubles du Spectre Austistique, anomalies génétiques...). Cette déficience intellectuelle peut s'accompagner de différents troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles moteurs et sensoriels, des troubles graves de la communication... L'IMP comprend une équipe pluridisciplinaire (psychologue, orthophoniste, médecin psychiatre, éducateurs, aides médico-psychologiques, aides-soignantes, psychomotricienne, ergothérapeute) qui a pour mission de dispenser une éducation et des soins spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation.

La psychomotricienne apporte un regard complémentaire à l'équipe par un bilan psychomoteur à chaque nouvelle entrée et son observation clinique. Elle assiste aux réunions de synthèse et de supervision pour étayer la compréhension par l'équipe pluridisciplinaire de certains fonctionnements psychiques des enfants qu'elle suit en prise en soin individuelle ou groupale.

B- PRESENTATION DE TOM

Tom est né le 28 février 2005, il a 10 ans et demi lors de nos premières rencontres. C'est un garçon plus petit et plus fort que les enfants de son âge. (42 kg pour 129 cm). Il est le seul enfant du couple d'une famille recomposée. Le père a une fille de 23 ans, la mère en a deux de 20 et 18 ans.

- Anamnèse

Pendant la grossesse, les médecins ont repéré une épaisseur nucale à l'échographie ; un syndrome polymalformatif s'est révélé à la naissance avec présence d'une macrocranie (+ 5 Déviation Standard), une proéminence occipitale importante ainsi qu'une dysmorphie. Le père est porteur sain de ce gène du syndrome de brugada (maladie génétique rare).

Tom est né à terme à 39 semaines d'aménorrhée par césarienne. A sa naissance, il avait des infections ORL à répétition, des difficultés de succion, une forte hypotonie axiale ainsi que des difficultés de régulation thermique qui perdurent encore aujourd'hui. Son alimentation était difficile, il pleurait beaucoup petit et avait de nombreux troubles du sommeil en lien avec son épilepsie. Sa première crise épileptique généralisée a eu lieu en 2006. Son traitement l'a stabilisé pendant un an, il n'y a pas eu de récurrences en dehors de clonies audiogènes présentes depuis la naissance. Une épilepsie à POCS (sensibilité électrique pendant le sommeil), apparaît en 2013. En mai 2015, Tom fait une crise généralisée, son corps reste bloqué 3 minutes, il reste inanimé 20 minutes ce qui a engendré une forte inquiétude chez les parents qui se sont sentis démunis. Le traitement a été augmenté et modifié cette année, les crises nocturnes ont recommencé. La famille note de possibles absences pendant le repas, Tom a le regard dans le vide. Nous pouvons observer ce regard dans le vide ou un clignement des yeux plus prononcé lors des séances de psychomotricité.

Tom a un retard psychomoteur global, il a acquis la station assise à 2 ans, la propreté à 4 ans et a marché à 6 ans et demi.

- Son parcours institutionnel

En septembre 2007, il a été orienté dans un jardin d'enfants spécialisé puis il a été retiré par ses parents en juin 2012 pour causes conflictuelles avec les professionnels. Pendant deux ans, la mère de Tom a arrêté de travailler pour s'en occuper mais celui-ci « jouait le tyran à la maison ». Les parents se sont donc relancés dans une demande d'institutionnalisation. A l'entrée de Tom, l'équipe pluridisciplinaire avait donc une certaine appréhension quant à la qualité du contact avec les parents. Cette appréhension s'est rapidement estompée grâce à l'équipe qui a su rassurer les parents.

Tom a suivi une scolarité adaptée en maternelle en 2013 : il était en grande section de maternelle une demi-journée tous les jours avec la présence permanente d'une auxiliaire de vie scolaire.

En 2014, il a effectué un bilan au Centre Ressources Autisme qui n'a pas diagnostiqué d'autisme. Jusqu'en 2012 il était suivi en psychomotricité au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce pour un retard de développement ; il en est ressorti que les progrès moteurs étaient très lents.

Avant son entrée à l'IMP, Tom était suivi en orthophonie pour travailler sur la méthode de communication Makaton, et en kinésithérapie. La méthode Makaton est un programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire

fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Cette méthode améliore ainsi la compréhension et facilite l'expression. Elle s'adresse également à l'entourage de Tom.

Tom est à l'IMP depuis le 8 juin 2015, il arrive et repart en taxi tous les jours de la semaine, comme la plupart des enfants. Cela implique une rupture singulière inscrite sur la journée dans la relation avec ses parents qui l'accompagnent depuis le début de son handicap. Une visite de l'IMP avant l'inscription de Tom dans l'établissement avait été effectuée par Tom et ses parents pour découvrir le fonctionnement de l'institution. Cette visite de l'IMP a rassuré les parents concernant la qualité de présence des professionnels auprès des enfants accueillis.

Tom est actuellement suivi par un neurologue. Il a passé des examens au centre de génétique de Lyon début décembre mais il n'y a pas encore de diagnostic établi.

Un travail en orthophonie est poursuivi au sein de l'IMP pour travailler son retard de langage qui concerne de façon relativement homogène les deux versants expression et compréhension. La méthode Makaton est encouragée à l'IMP mais Tom n'investit pas les pictogrammes.

Le bilan psychologique de 2014 met en évidence un retard global de développement chez Tom, ses performances sont comparables à un enfant âgé de 1an 4mois à 2ans 1mois. Un atelier transvasement a été mis en place avec Tom et un autre enfant de son âge co-animé par la psychologue et la psychomotricienne. C'est une proposition d'expériences sensori-motrices et relationnelles variées favorisant l'épanouissement de ses potentialités et l'accès à de nouveaux apprentissages. Tom va jusqu'au bout de l'exploration du matériel, il est minutieux. Il met en place des stratégies pour inventer des systèmes (construction de tuyaux à semoule pour la mettre dans un autre récipient). Cet atelier transvasement met en jeu les questions du dedans/ dehors, de contenance, de rétention pour expliquer à l'enfant ce qui se passe dans son corps et construire un sentiment d'être un corps.

C- LA PRISE EN SOIN EN PSYCHOMOTRICITE

- Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est réalisé à l'IMP en octobre 2015, je n'y assiste pas. Tom a 10 ans et demi. Je ne présenterai ici que les conclusions du bilan qui seront pertinentes pour la suite de mon propos, le reste du bilan peut être retrouvé en annexe.

Tom participe volontiers aux différentes propositions, il montre une certaine euphorie dans les activités polysensorielles. Il a tendance à s'enfermer dans une recherche sensorielle (lumière, son). Il joue peu, il aime les choses qui tournent, coulent (comme l'eau du robinet), glissent (le sable, semoule) qui lui procurent une autostimulation.

Le maintien du contact visuel est difficile (difficultés de fixation du regard et de poursuite oculaire). Tom a une vision périphérique (balayage) qui ne l'empêche pas de réaliser une action précisément. Il est hypersensible aux bruits forts, il présente une réponse d'alerte aux bruits soudains. Le maintien de son équilibre est précaire, entravé par les coques qui corrigent sa morphologie des membres inférieurs (pieds plats en valgus et un varum des genoux).

Concernant le schéma corporel, Tom est conscient des parties du corps sur soi et sur autrui, il porte son regard sur la partie du corps désignée et montre les parties du corps sur l'examineur.

Au niveau des praxies, Tom est un enfant adroit et minutieux, il aime les activités fines, manuelles.

Sur le plan relationnel, Tom est un garçon joyeux et affectueux qui s'adapte facilement aux situations proposées. Il présente une bonne attention à l'autre, les échanges sont riches, des moments d'attention conjointe sont possibles. Les échanges avec les adultes sont essentiellement dans un comportement de type demande (d'objet, d'action ou d'aide), il ne l'invite pas à partager un jeu. Malgré son absence de langage, il a un bon niveau d'interaction sociale.

En conclusion, l'objectif de prise en soin en psychomotricité sera de soutenir les explorations psychomotrices de Tom en tenant compte de sa fatigabilité et de son niveau d'élaboration.

Nous avons également des informations sur le comportement de Tom grâce au « Manuel de compréhension primaire de Tom », réalisé par les parents. Ceux-ci ont le souci que leur fils soit compris, ils décrivent donc la traduction des onomatopées de Tom (« lo » pour boire, « pampam » n'aime pas les couleurs dans son assiette). Ils donnent également des indications sur le comportement de Tom et sur les effets délétères qu'ils pourraient engendrer sur les autres enfants, comme s'ils voulaient limiter le rejet de leur enfant par les autres. Nous pouvons donc lire « attention, il est

affectueux, adore les autres enfants, ne sait pas les enlacer doucement, il peut faire mal en serrant le cou. Il souffle sur la figure ce qui peut être mal vécu par celui qui se fait souffler dessus. ». De même les parents craignent le rejet de leur fils par les professionnels, les parents donnent des conseils au professionnel pour bien se placer et ne pas se « *faire arroser* » lors de la toilette.

- La première rencontre avec Tom

Je vais chercher Tom sur son groupe de vie accompagnée de ma maître de stage qui me présente à lui. Celle-ci tient par la main une autre petite fille du groupe, Célia, qui va nous accompagner pour la séance. J'accompagne alors Tom qui est de suite très proche de moi, dans un certain collage. Il essaie de « m'amadouer » par un câlin qui me pousse vers la salle snoezelen plutôt qu'en séance, salle qui est sur le chemin menant à la salle de psychomotricité. Il a déjà investi la salle snoezelen qui est très stimulante sur le plan sensoriel. Tom et les autres enfants y ont accès pendant les temps libres après le repas. Je recadre donc Tom en lui expliquant que je comprenais bien qu'il aimait cette salle mais que là ce n'était pas le moment d'y aller. J'ai perçu cette situation comme une façon pour Tom de tester la fiabilité du cadre, en voyant si j'allais dire « non » ou si j'allais aller dans sa proposition. Le cadre temporel est compliqué à gérer pour Tom, les fins de séance sont toujours difficiles. Il semble sourd au moment d'arrêter la séance et continue son activité. De même, il ne sera pas rare qu'il nous tire par la main en direction de la salle de psychomotricité s'il nous croise dans les couloirs le matin alors que sa prise en charge se déroule en fin d'après-midi. Le repérage temporel ne semble pas encore intégré.

Cette première séance avec Tom est un groupe d'imitation. La psychomotricienne avait choisi la forme groupale de la prise en soin pour les débuts de Tom dans l'IMP pour impulser une dynamique d'échange avec Célia. Celle-ci ne parle pas et n'explore pas. Célia et Tom se compensent niveau caractère, Tom est très expressif alors que Célia est dans sa bulle et ne semble pas nous voir. Entre eux se trouve un bac avec des objets en double stimulant sensoriellement. Cette caisse de jouets a pour but une interaction entre les deux enfants par le biais de la double imitation. Jacqueline Nadel, a mis en évidence la double imitation chez les enfants autistes comme communication non verbale. Tom est explorateur, il s'attarde sur les objets pour les découvrir de toutes les manières possibles. Il nargue Célia comme pour dire « *j'ai l'objet rigolo et pas toi* ». Pour reprendre les termes de Jacqueline Nadel⁵³, cela pourrait être une incitation pour entrer en contact et dire « *tu m'intéresses* ». Or la répondante « *tu m'intéresses aussi* » n'est pas encore accessible chez Célia qui jette les objets. Tom après plusieurs tentatives de rapprochement avec Célia se détourne et explore le reste des objets sensoriels.

⁵³ <http://pacherie.free.fr/COURS/DEC/Nadel-pourlascience.pdf>

- Le ballon

Je verrai Tom en prise en soin individuelle dans les autres séances. Il continue en parallèle un groupe transvasement. Tom a besoin d'aller au bout de ses expérimentations avec un objet. En effet, nous avons passé plusieurs séances autour du ballon de baudruche : le gonfler, le dégonfler en faisant du bruit, le lancer. Le ballon a des propriétés physiques attirantes pour l'enfant présentant des déficiences au niveau sensoriel. C'est une sphère, un objet qui n'a pas de bord et peut provoquer des sensations. Tom n'arrive pas à le gonfler mais n'est pas pour autant agacé. Il essaie de trouver une autre solution en essayant de prendre mon ballon ou celui de ma maître de stage. Il n'a pas encore différencié ses propres capacités de la fonctionnalité de l'objet. Il pense encore que s'il n'arrive pas à gonfler son ballon c'est qu'il est cassé, il faut donc prendre celui qui peut être gonflé, celui de l'autre. Ma maître de stage lui passe son ballon, Tom essaie de souffler mais n'a pas assez de tonicité dans les joues pour le gonfler.

Sur plusieurs séances, il essaiera de prendre notre ballon, nous travaillons sur la différenciation « à moi »/ « à toi », pour qu'il construise son propre Je différencié de l'autre. La différenciation moi/non-moi, ou encore dedans-dehors, permet que se réalise l'individuation, pour que Tom se constitue comme sujet ayant une existence à part entière bien distincte de celle de l'objet. « *C'est par l'appropriation subjective de son corps – avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité – que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes, qu'il devient sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé* »⁵⁴. Nous soutenons les explorations sensori-motrices qu'il vit et éprouve dans son corps et qui plus tard, construiront son psychisme.

Il explore toutes les fonctionnalités du ballon en mettant sa main sous l'embout lors du dégonflage, en entendant le bruit très aigu du ballon, il manifeste une décharge d'excitations entre peur et plaisir des sensations qu'il ressent à ce moment-là. Il peut anticiper le bruit : quand je mets le ballon en position, il commence à se crispier, attendant le bruit aigu pour rire aux éclats. Les débuts de séances restent très axés sur la découverte sensorielle mais des échanges relationnels sont possibles. Tom est curieux et ouvert aux propositions que je peux lui faire comme mettre sa main sur le ballon pendant que je le gonfle par exemple. Cela crée une sensation différente sur la pulpe des doigts. Il mettra sa main de lui-même sur le ballon la séance suivante. Il agit donc avec prudence et précaution dans ses explorations.

⁵⁴ POTEL Catherine. Op. cit. P 79

- Se faire comprendre

Tom ne parle pas au début de la prise en soin mais sait se faire comprendre en me prenant par la main et en m'amenant devant le placard des ballons. Il n'est pas encore sûr de lui pour explorer la salle seul, il a besoin de l'appui de l'adulte. Il me demande d'ouvrir tous les placards en m'amenant devant et en pointant du doigt. Je m'exécute et fais mine de ne pas comprendre qu'il cherche le ballon. Il prend alors un ballon de baudruche déjà gonflé, le met à la bouche et souffle. Tom est donc capable de trouver des stratégies de contournement pour se faire comprendre. Il a également accès à la théorie de l'esprit qui prend racine dans l'empathie. Il comprend d'une part que l'autre a des pensées différentes des siennes et d'autre part, il y a accès. Il a accès au fait que je n'ai pas compris sa requête : il peut identifier ce que l'adulte exprime, par la parole mais aussi par les mimiques et les expressions du visage...

- Changement d'activités

Après avoir passé plusieurs séances sur le ballon de baudruche, nous proposons de diversifier la séance en faisant virevolter les ballons au-dessus de la toile de parachute. Il s'assoit et se place en spectateur comme pour signifier que cela ne l'intéresse pas. Au moment de quitter la séance, il fait le sourd et prend un bout du parachute pour faire voler les balles. Il n'a peut-être pas acquis la notion de temporalité, le déroulement du temps, la succession des événements : ce n'est pas parce qu'il se décide à être actif que la séance va continuer et ce n'est pas parce qu'il est passif qu'on arrête la séance mais parce que c'est l'heure. Il y a comme un sentiment de toute-puissance, « *si on arrête maintenant c'est à cause de moi* », une pensée égocentrée qui ne prend pas en compte les contraintes temporelles du cadre de la séance.

C'est finalement le manque de matériel qui nous contraint à passer à une autre activité, en effet tous les ballons de baudruche sont percés. Tom continue tout de même à en mettre un à la bouche, il mettra le ballon en bouche dans toutes les autres séances. Cette accroche sensorielle semble le sécuriser. Tom en a peut-être besoin pour pouvoir investir la séance.

Nous allons dans la piscine à balle, Tom est particulièrement fatigué ce jour-là. La piscine est un endroit contenant, étroit, avec des coussins. Il s'allonge de lui-même et m'imité en lançant les balles contre le mur. Ce jeu sera reproduit la séance suivante où il initie enfin un jeu. Il prend de lui-même un chapeau (un contenant) et un pompon et le mélange, procurant ainsi une stimulation visuelle et sonore. Il transvase ensuite les balles dans le chapeau, je les renverse dans la piscine et il remplit de

nouveau le chapeau. Un échange dans le jeu est désormais possible, chacun apportant sa contribution pour le créer.

- Vers une autonomie

Tom s'approprié la salle et investit progressivement sa prise en soin en psychomotricité. Il est maintenant capable de se détacher du ballon de baudruche et de choisir un jeu totalement différent. Les questions de dedans / dehors se structurent avec cette fois-ci un jeu d'encastrement (des petits personnages à mettre dans leur cheminée respective de la maison). Tom explore, fait des expériences, tire des conclusions de ses échecs et retente jusqu'à comprendre le fonctionnement du jeu. Une histoire peut se construire en imitation : j'anime les petits personnages et je verbalise une histoire. Tom est acteur du jeu et repousse la porte de la maisonnette sur mon personnage quand j'essaie de l'en faire sortir, comme pour boucher les trous de la maison. Les questions de contenance, de dedans/ dehors de la maison sont en jeu. Tom investit maintenant un vrai jeu au sens du Playing de Winnicott. Il est attentif à ce jeu et acteur, il reste concentré. La fin de séance est matérialisée dans le jeu de la maison, la séance sera moins compliquée à arrêter, Tom entend qu'il faut retourner sur son groupe et nous suit sans difficulté.

Un autre jeu moteur s'installe dans la séance qui suit avec le même jeu de lancer les balles de la piscine contre le mur. Les questions de dedans/dehors sont encore en jeu, Tom lance les balles hors de la piscine, nous installons un réceptacle pour qu'il les lance à l'intérieur. Une fois le contenant rempli, je le verse dans la piscine. Ce jeu se transforme en bataille, chacun se lançant les balles sur l'autre. Un réel plaisir naît de ce jeu. La créativité du psychomotricien permet de structurer le jeu et de structurer une pensée avec différentes étapes à construire dans ce jeu.

Je n'ai pas vu Tom depuis 3 semaines pour des raisons diverses, j'appréhendais cette rupture de contact. Tom a pris un ballon de baudruche et l'a mis en bouche, comme pour se rassurer et retrouver des repères. Pour la première fois, Tom se saisit seul d'un objet. Il a passé le stade de l'exploration simple, il construit un système complexe avec un assemblage de tuyaux emboîtés pour faire rouler des billes à l'intérieur. Nous sommes maintenant dans un vrai jeu avec un plaisir de jouer et un partage. Il accepte mon intrusion dans son système. Nous travaillons le lien et l'échange en se faisant rouler les billes d'un bout du tuyau à l'autre. Il jubile quand il retrouve la bille. Il peut transposer ses découvertes de l'atelier transvasement dans la séance. Il se sent maintenant suffisamment en sécurité dans la salle de psychomotricité pour pouvoir explorer librement et créer.

- Évolutions de la relation et du jeu

Tom a de nombreuses compétences malgré son absence de langage, il arrive à communiquer, à se faire comprendre, à manifester des émotions. C'est un garçon qui privilégie le canal sensoriel. Il faut cependant être vigilant à lui proposer différents supports pour ne pas qu'il s'enferme dans une stimulation autosensorielle et qu'il se mette en marge de la relation. J'ai eu la chance de pouvoir suivre Tom dans ses débuts de prise en soin. Il est passé d'une activité sensorielle simple à l'élaboration d'une construction dans le jeu. Il a pu évoluer dans sa structuration du jeu en parallèle avec la construction d'une relation avec nous. En moins d'un an de prise en soins en psychomotricité, l'évolution des acquisitions de Tom est positive. Le cadre sécurisant, la relation de confiance qu'il a instaurée avec nous, ont été soutenant dans l'évolution de son développement psychomoteur. Les transvasements, les encastresments, le dedans/dehors sont des informations concrètes pour que l'enfant organise une connaissance de lui-même et de son corps. La psychomotricienne a permis un étayage important dans la structuration psychique de l'enfant de par son implication corporelle, sa créativité et ses réponses adaptées aux besoins de Tom.

Une distance à ajuster dans la relation

Balint introduit la notion de « *remède médecin* » et met en garde sur le fait qu'il « *n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel* » et qu'on ne connaît pas « *les effets secondaires indésirables du médicament* »⁵⁵. Chaque patient réagit différemment au travail avec tel ou tel professionnel. Il est donc essentiel d'user de prudence dans la construction d'une nouvelle relation thérapeutique, une distance est à adapter dans chaque relation et à tout moment de la relation.

A- EXISTE-T-IL UNE DISTANCE THERAPEUTIQUE ?

Hall parle de distance intime, personnelle, sociale et publique. La relation professionnelle s'inscrit dans la distance sociale qui sépare les individus de 1m25 à 3m60, or en psychomotricité, ces distances ne peuvent être respectées. En effet la psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Les corps du patient et du psychomotricien sont proches, c'est notamment grâce au dialogue tonico-émotionnel que nous travaillons. Peut-il donc y avoir une distance qui soit thérapeutique et spécifique à notre profession ?

La distance thérapeutique serait « *l'écart nécessaire et suffisant entre le patient et le psychomotricien* », selon Pauline Cluzeau⁵⁶ qui a réfléchi à la question. Cette distance permet de définir distinctement la place de chacun, leurs rôles et d'engager une relation qui soit ainsi thérapeutique. Le psychomotricien doit être suffisamment disponible pour recevoir, interpréter et répondre aux signes du patient sans être intrusif. Il doit être capable de s'ajuster à ce que le patient peut supporter.

Dans la relation, le psychomotricien doit faire l'effort de se mettre à distance, de cette relation duelle pour pouvoir analyser ce qui se joue et ainsi se réajuster dans ses propositions. Il a donc un double rôle, il doit être en relation et en même temps, il doit s'inscrire un peu à l'extérieur de l'expérience, se mettre en position de tiers pour avoir aussi une vue de ce qui se passe entre le patient et lui-même.

Il est nécessaire de se remettre en question dans sa pratique, en fonction des réactions du patient, se demander si nous sommes à la bonne distance au moment présent, tant dans nos manifestations corporelles (un regard vécu comme persécutant par exemple) que verbalement dans notre mise en sens. La distance

⁵⁵ BALINT Michaël. Le médecin, son malade et la maladie. Bibliothèque Scientifique Payot, 1996. P.9

⁵⁶ CLUZEAU Pauline. Mémoire : Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique.

évolue dans le temps corrélativement à la relation thérapeutique. Elle peut être une manière de se protéger, tant pour le patient que le psychomotricien.

B- TRANSFERT ET CONTRE TRANSFERT

- En psychanalyse

La notion de transfert, qui est un processus inconscient, recouvre l'ensemble des sentiments positifs et négatifs ressentis par le patient envers son thérapeute. Ils sont la transposition d'une relation ancienne. L'ensemble des éléments est reporté sur le thérapeute de manière ambivalente, oscillant entre l'amour et la haine.

Le contre-transfert est une réaction inconsciente du thérapeute envers son patient. Il intervient en réaction au transfert, il interfère dans la relation au patient.

- En psychomotricité

Nous rencontrons l'autre par le corps, les notions transférentielles en sont donc modifiées. Le corps est le support de l'expression des manifestations émotionnelles.

*« Comme dans tout cadre thérapeutique, le transfert du patient et le contre transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. »*⁵⁷ La relation thérapeutique en psychomotricité permet au patient de s'appuyer sur le thérapeute, de projeter sur lui ce qui est difficile dans sa relation avec l'environnement. Cela fait écho chez le psychomotricien, qui se questionne sur comment cela l'a touché pour pouvoir apporter une réponse adéquate. Dans la relation thérapeutique, chacun des partenaires est touché par l'autre et le touche par tout ce qu'il peut renvoyer, par sa communication non verbale.

J'ai été touchée en stage dans un service de gériatrie par une dame, me faisant penser, par son physique et son caractère à ma grand-mère. Nous l'avons aidée à marcher le vendredi. Nous la retrouvons le lundi dans un syndrome de glissement, verbalisant qu'elle souhaitait mourir. Je voulais absolument la convaincre de continuer de vivre, projetant sur elle mes affects de petite-fille.

Cependant chaque patient est différent, il faut être attentif à ce qu'il nous renvoie et à ce qu'on peut lui apporter dans un ajustement de la distance thérapeutique. Dans cette situation, j'ai dû prendre de la distance avec cette dame pour continuer à être thérapeutique sans être embrumée par mes émotions qui pouvaient entraver ma réflexion. Dans cette situation, j'ai accueilli les angoisses de cette dame, j'ai su

⁵⁷ ROBERT-OUVRAY Suzanne <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>

qu'il ne fallait pas s'obstiner à la faire marcher, ce n'était pas ce dont elle avait besoin à ce moment-là.

Le psychomotricien doit être attentif dans l'observation de la relation établie entre lui et son patient, notre rôle est d'accueillir les manifestations corporelles et émotionnelles du patient et d'y répondre de manière adéquate.

C- LE PATIENT QUI MET A DISTANCE

La séance de psychomotricité est co-construite avec le patient. Si celui-ci ne veut pas travailler avec nous, il est inutile de persévérer. Par son comportement, le patient peut consciemment ou non nous mettre à distance en s'attaquant au cadre établi. En institution, il est indispensable de communiquer en équipe, d'analyser les pratiques de chacun pour essayer de comprendre le problème et le fonctionnement du patient, d'essayer une autre approche.

Il faut également être attentif à ce que nous renvoie le patient. En MPR, j'ai accueilli une patiente pour un premier entretien, je l'ai saluée, l'ai invitée à s'asseoir. Cette dame ne m'a pas adressée la parole, elle ne m'a pas regardée. Elle n'a réagi qu'à l'invitation de ma maître de stage et ne s'est adressée qu'à elle durant tout l'entretien, j'étais en position d'observatrice. Je me suis questionnée sur ce comportement, peut-être qu'elle me trouvait trop jeune pour daigner m'adresser la parole. Cette patiente, d'apparence stricte et sévère me renvoyait des sentiments négatifs. A la fin de l'entretien, elle m'a saluée, j'ai enfin compris le problème, tout était question de positionnement, au début de l'entretien, je me situais à sa gauche, à la fin, je lui ai ouvert la porte du côté droit, cette dame présente une hémignégligence à gauche.

Cette situation montre bien l'importance de se questionner sur nos mauvaises impressions et notre contre-transfert. En psychomotricité, nous avons appris à faire confiance à nos sensations et nos perceptions, il est important de se faire confiance sur ce que l'on perçoit de l'autre et de se questionner si quelque chose dans la rencontre nous paraît étrange.

Cette situation soulève également la question du **dossier médical**, je n'avais pas pris connaissance de son dossier avant l'entretien. Il aurait sûrement été préférable que je le consulte pour ne pas passer les 30 minutes de l'entretien à me demander pourquoi cette dame m'avait ignorée mais pour être plus attentive à ce qu'elle livrait en entretien. La prise de connaissance du dossier avant la rencontre avec la personne n'est pas systématique. Il peut être intéressant de le consulter pour

comprendre le parcours de la personne, de le comparer avec ce qu'elle en dit et d'orienter le premier entretien par exemple. Il peut également nous influencer sur la personne avant même de la rencontrer or nous ne travaillons pas avec le dossier médical mais bel et bien avec la personne.

Cette mise à distance peut être un mécanisme de défense. Le patient peut-être distant par ses paroles, son attitude. Par la distance, le patient peut se protéger de révéler des éléments douloureux de son parcours ou encore chercher à dominer la relation. Les mécanismes de défense ont un rôle de protection, il est dangereux pour l'équilibre de la personne de chercher à les abaisser brutalement. Il est important de les respecter, d'accueillir la personne avec son vécu, de jouer le rôle de réceptacle de ce que nous offre le patient par ses comportements, ses paroles, ses regards, etc.

Balint nous met en garde : *«si l'équilibre de la balance n'est pas suffisamment rétabli, le patient ne peut manquer de se sentir dépouillé, volé ou trompé. Il peut ensuite dévaloriser ou retirer ce qu'il a donné à son médecin, ou le rejeter avec indignation, humiliation et même de la haine»*⁵⁸. Une alliance thérapeutique doit donc être suffisamment solide pour que le patient ne se sente pas « trompé » par le thérapeute. Il y a un équilibre à trouver entre accompagner le patient mais se protéger de ce qui pourrait nous atteindre. Certes le cadre thérapeutique est garant de la qualité du soin et de la protection des deux partenaires de la relation mais il est nécessaire que le psychomotricien ajuste la distance relationnelle avec son patient.

D- LE THERAPEUTE QUI MET A DISTANCE

Certains patients peuvent mettre à mal le cadre thérapeutique, ce qui peut déstabiliser le psychomotricien. Celui-ci doit garantir une sécurité au patient qui passe par une bonne distance à adopter avec lui. Cette distance est autant physique que psychique pour permettre au patient d'évoluer dans les meilleures conditions.

Certains patients, consciemment ou non, peuvent mettre à mal notre intégrité, par un regard persécuteur, des attitudes déplacées ou une non-évolution de la prise en soin par exemple. Il est important de prendre conscience de ce que cela renvoie chez nous et d'analyser ce contre-transfert. Les transmissions à l'équipe permettent de mettre en mots le contenu de la séance, de poser sur papier ce qui s'est joué au niveau relationnel. Ces échanges assurent une vision pluridisciplinaire de l'actualité de la prise en soins et garantissent un souci de cohérence par réajustement du projet de

⁵⁸ BALINT Michaël. Op. cit. p. 147

soin. Des groupes d'analyse de pratiques ou de régulation peuvent aider à prendre du recul sur la situation, à la comprendre et à réajuster notre posture.

Nous ne pouvons pas travailler avec toutes les populations ou toutes sortes d'institutions de la même manière, il est important de connaître ses limites pour ne pas entraîner le patient sur un terrain que l'on ne maîtrise pas. Notre conscience corporelle travaillée durant notre formation et affinée par les expériences ultérieures, nous donne une base narcissique solide et stable. Elle nous permet de connaître nos limites dans une relation et d'ajuster la distance avec le patient pour continuer à être disponibles dans le soin sans installer de mécanismes de défense nous éloignant des préoccupations du patient.

Nous accueillons le patient avec ce que nous sommes, notre état du moment et toutes nos problématiques personnelles. Il est judicieux de faire l'effort de mettre au dehors de la séance nos soucis pour se concentrer sur notre patient, être disponibles tant physiquement que psychiquement. La séance de psychomotricité se construit à deux, cependant le psychomotricien impulse une certaine dynamique par sa créativité notamment, celle-ci peut être en déclin dans un élan de lassitude ou de vide psychique que peut nous renvoyer un patient.

La distance thérapeutique n'est pas figée, elle évolue en parallèle de la relation thérapeutique dans une influence réciproque. Elle est un mode de communication à part entière, qu'il faut analyser et comprendre. Elle est unique à chaque rencontre, il n'y a donc pas de « juste distance », à appliquer dans chaque cas, elle est à adapter aux besoins du patient. Le psychomotricien doit donc faire preuve de créativité et d'adaptation dans chacune de ses rencontres.

Je vais maintenant m'intéresser plus spécifiquement à la rencontre entre le patient et le psychomotricien à travers la médiation relaxation. J'étayerai mes propos à l'aide de mon expérience de stage dans un service hospitalier de médecine physique et réadaptation (prises en charge en hospitalisation complète ou de jour).

III. RENCONTRE AVEC L'AUTRE EN RELAXATION PSYCHOMOTRICE

En premier lieu, il me semble important de comprendre d'où plongent les racines de la relaxation utilisée en psychomotricité. Je m'intéresserai dans un second temps à ce qui se joue spécifiquement dans cette rencontre entre le patient et le psychomotricien au travers de cette médiation ainsi que la distance à adapter, puis je conclurai sur les limites de la relation thérapeutique.

Les prémices de la relaxation

A- RAPPEL HISTORIQUE

Je m'appuie sur les cours de Marc Guiose⁵⁹ concernant ce rappel historique.

Etymologiquement, le sens de relaxer signifie « remettre en liberté », il est notamment utilisé dans le domaine judiciaire (relaxer un prisonnier). C'est au XVI^e siècle qu'il arrive dans le vocabulaire médical. Il est utilisé pour évaluer des états musculaires ; les muscles en tension, contractés et les muscles relâchés, relaxés.

Au XX^e siècle, son usage s'étend au domaine de la personne toute entière, indiquant qu'elle se relaxe tant physiquement que psychiquement. A cette même période, sont étudiés les impacts négatifs des mécanismes du stress sur la santé. Les neuropsychiatres mettent en place des méthodes non médicamenteuses pour soulager leurs patients. Charcot, notamment utilisait la méthode d'hypnose avec les patients hystériques. Peu avant 1900, Oskar Vogt décrit **l'auto- hypnose**. Lorsque le patient se sent en grande difficulté psychique, il peut délibérément provoquer et induire un état de détente par cette technique. Il peut ainsi maîtriser seul ses débordements émotionnels.

Robert Durand de Bousingen définit les méthodes de relaxation comme « *des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées, codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base de détente physique et psychique.* »⁶⁰ Il distingue deux voies, l'une à point de départ physiologique et l'autre psychologique.

⁵⁹ GUIOSE Marc. Cours « Fondements théoriques et techniques de la relaxation » chups.jussieu.fr

⁶⁰ DURAND De BOUSINGEN Robert. La relaxation, collection « que sais-je ? », sixième édition, P.U.F., 1980, p 4

B- LA VOIE DU PSYCHOLOGIQUE

L'apport de O. Vogt a été déterminant pour la mise au point du « **training autogène** » développée par Schultz, c'est une méthode d'auto hypnose basée sur un apprentissage permettant d'acquérir une capacité de relaxation physiologique. Elle consiste en une modification autosuggérée de la tonicité musculaire pour obtenir une sensation de calme intérieur et un état de décontraction musculaire. C'est une technique codifiée d'exercices précis comportant deux cycles. Le cycle inférieur est très utilisé en Europe, il met en jeu six systèmes : musculaire (exercice de pesanteur), vasculaire (exercice de chaleur), cardiaque (perception des battements cardiaques), respiratoire (rythme respiratoire naturel), abdominal (exercice de chaleur abdominale) et céphalique (fraîcheur du front). Le cycle supérieur est une psychothérapie. Cette méthode de training autogène est une cure allant de quelques mois à quelques années.

C- LA VOIE DU PHYSIOLOGIQUE

Dans les années 30, Jacobson met au point la **relaxation progressive** sur un modèle neurophysiologique. C'est une méthode dissociative, segment par segment, qui a pour but de ramener vers une sensation de globalité des ressentis corporels. Cette méthode vise à obtenir l'apaisement de l'activité psychique parallèle à la suppression de toute activité musculaire. L'induction de cette relaxation s'appuie sur une prise de conscience des sensations proprioceptives de la contraction et du relâchement musculaire des membres supérieurs, puis inférieurs, du tronc et enfin du visage. Le patient concentre son attention tout d'abord sur les états de tension qu'il provoque par la contraction musculaire puis il tourne son attention sur les nouvelles sensations provoquées par le relâchement.

Ces deux méthodes ont en commun le relâchement du tonus musculaire, elles cherchent un abaissement des tensions musculaires afin de créer une détente psychique. Un certain nombre de méthodes actuelles sont le prolongement de la relaxation progressive et du training autogène. Elles diffèrent par leurs buts et leurs applications. Je ne développerai que la méthode de relaxation à induction variable de Michel Sapir, qui a inspiré la méthode de relaxation utilisée lors de mon stage au service de MPR. La dimension relationnelle y est favorisée ainsi que la verbalisation des éprouvés physiques et psychiques.

D- LA RELAXATION A INDUCTION VARIABLE (RIV) DE SAPIR

Michel Sapis s'est inspiré du training autogène de Schultz, cependant sa méthode s'en démarque par la variabilité des inductions et des touchers. Certains éléments du training autogène sont conservés tels que le poids du corps, la chaleur, les rythmes cardiaque et respiratoire ; les inductions peuvent être complétées par la peau comme enveloppe, lieu d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, les surfaces du corps, ses volumes et sa densité, la respiration comme lien entre le dedans et le dehors...

Sapis est parti de l'idée que si quelqu'un n'arrive pas à se détendre, ce n'est pas parce que son corps fonctionne mal, mais c'est parce que son système relationnel à soi et à autrui parasite son système tonique. A travers la question de la détente, Sapis travaille sur ce qui se passe en soi dans la rencontre avec l'autre. L'idée dans ces séances de relaxation est de susciter des éprouvés. La relation soignant-soigné y est au premier plan, il met en évidence le rôle que jouent les éléments transférentiels, la régression et l'émergence de fantasmes archaïques dans la relaxation. Selon Michel Dreyfus, « *la relaxation à induction variable est une psychothérapie analytique qui tente, à travers la médiation du corps, de mettre à jour les conflits inconscients* ». ⁶¹

Cette méthode de relaxation se divise en deux parties, un temps de relaxation et un temps de parole. Le temps de relaxation est divisé en quatre séquences : une première induction concernant le corps dans sa réalité anatomo-physiologique, un temps de silence, une deuxième induction tactile, un deuxième silence. Cette méthode peut elle aussi constituer une psychothérapie à médiation corporelle ou déboucher sur une cure analytique ou toute autre thérapie verbale.

- Le temps des inductions, une implication entière du thérapeute

Le relaxé est allongé confortablement, il est invité à fermer les yeux, à se laisser aller dans son corps et se laisser guider par les inductions. « *Ces inductions s'originent, non pas dans une méthode pré-établie, mais à chaque instant, dans la relation transféro-contre-transférentielle* ». ⁶² Le sujet est sollicité à être attentif au discours du relaxateur, aux inductions verbales et tactiles. Les inductions varient dans leurs formes, et le contenu d'une séance à l'autre, d'un patient à l'autre, elles peuvent être brèves ou longues, s'appuyant sur des formes concrètes ou métaphoriques du corps

⁶¹ DREYFUS Michel. Chap : La technique de la relaxation à induction variable. In : MEYER Monique, LONDICHE Monique, DREYFUS Michel. Entre mots et toucher le corps en transfert. Relaxation psychanalytique méthode Sapis. Editions la pensée sauvage, 2005

⁶² Ibid. P 90

dans sa globalité ou s'appuyant sur différentes parties du corps. La voix du relaxateur peut également varier dans son intonation, son rythme ou son volume. « *C'est la liberté d'association et de création du thérapeute qui permet la richesse des inductions* »⁶³. Cette méthode n'est donc pas stricte et figée mais évolue en parallèle de la relation entre le patient et son thérapeute.

Sapir, dans une lettre à Dreyfus, indique que l'« *on [peut] commencer aussi bien par la respiration que par le cœur. Tout cela [dépend] essentiellement de ce que l'on [ressent] de la relation et de l'attente du sujet.* »⁶⁴ Le relaxateur doit donc être présent et à l'écoute de ce qu'il perçoit du patient, à sa communication non verbale (mouvements de gêne, soupirs, respiration profonde...) pour ajuster son discours dans la relaxation.

Le toucher utilisé dans cette méthode n'a pas pour rôle de contrôler la détente musculaire, c'est une proposition qui est elle aussi diversifiée. Elle varie dans l'intensité des appuis (léger ou fort), la nature (pression, effleurement), le rythme (court ou prolongé), sur des parties du corps spécifiques ou de manière plus globale. Le thérapeute est à l'écoute des ressentis du patient et est impliqué par son propre corps lors du toucher.

Lors du temps de silence, le patient est invité à laisser venir les sensations, les images et pensées par rapport à ce qu'il vient de vivre. Ce temps précède le temps de reprise qui se fait spontanément par le patient ou induit par le thérapeute.

- Le temps de parole, une mise en sens

Dans une deuxième phase, après la reprise, le temps de parole est important pour élaborer à partir des ressentis corporels. Le patient est invité à parler de ce qu'il a ressenti dans sa séance et des associations qu'il a pu faire à partir de ses sensations. Le thérapeute est à l'écoute de ce que livre le patient et lui permet un travail d'élaboration, de donner sens à ce que le patient verbalise de ce qu'il a vécu dans sa séance.

La RIV n'est pas tant un apprentissage de la détente qu'une analyse du vécu corporel. Il y a des allers-retours incessants entre ce que le thérapeute perçoit de son patient, et ce qu'il lui renvoie par ses inductions et la manière dont le patient reçoit ces inductions. Nous verrons plus loin la distance à ajuster dans cette relation.

⁶³ Loc. cit.

⁶⁴ SAPIR Michel. Chap : Lettre de Michel Sapir à Michel Dreyfus sur la naissance de la relaxation à induction variable. In : MEYER Monique, LONDICHE Monique, DREYFUS Michel. Entre mots et toucher le corps en transfert. Relaxation psychanalytique méthode Sapir. Editions la pensée sauvage, 2005

Je m'intéresse également à la notion de toucher dans la relaxation. J'exposerai brièvement ce qui se joue par le toucher. Le paramètre du corps se surajoute dans la question de la distance. Même si l'ajustement de la distance est sans cesse à questionner lors de l'utilisation du toucher avec les patients, je ne développerai pas cette notion. En effet cette question pourrait faire l'objet d'un travail plus approfondi qui n'est pas l'objet de ce mémoire.

E- LE TOUCHER EN RELAXATION

Comme le souligne Merleau-Ponty, en touchant l'autre, on est touché soi-même. Le toucher implique corporellement le thérapeute, il y a une réciprocité par ce contact physique, par le dialogue tonico-émotionnel, une émotion se partage entre le thérapeute et son patient.

Toucher l'autre induit de faire ressentir son propre corps à l'autre. Didier Austry⁶⁵ parle de « *doublitude du toucher* », il s'intéresse à la distinction qu'opère Husserl en parlant de corps objet (Körper) et le corps que je vis comme mon propre corps (Leib). En touchant, le corps objet physique devient un corps vécu. Il y a une dimension relationnelle dans le toucher. En psychomotricité, l'intention dans le toucher n'est pas tournée vers le symptôme. Le toucher relève plutôt d'un « *toucher de relation [qui] commence quand le soignant dépasse l'aspect technique de son geste pour prendre en compte son patient* »⁶⁶. Ce toucher prend en compte le sujet dans sa dimension physique mais également psychique. Le thérapeute doit être extrêmement vigilant dans sa posture et son attitude, dans sa prise de contact, chaque individu a un rapport particulier avec le toucher. Un effleurement peut être vécu comme douloureux, il peut être vécu comme intrusif et agressif s'il est trop appuyé ou au contraire trop léger. Le thérapeute doit donc être extrêmement réceptif à la communication non verbale du patient. Le contact avec le patient renvoie également le thérapeute à son propre rapport au toucher et au corps.

Il est important de « *gérer l'approche tactile avec une mise à distance verbale qui accompagne ce toucher intime pour le rendre social. Le toucher est alors professionnel et vécu comme non dangereux* »⁶⁷. Le toucher a une dimension intime qui est distanciée par les verbalisations. Il est primordial d'avoir l'accord du patient avant de pouvoir le toucher afin que cet acte ne soit pas vécu comme une intrusion, ce qui mettrait à mal la relation thérapeutique. Il est également important de prévenir

⁶⁵ AUSTRY Didier. Article « Le touchant touché- exploration phénoménologique du toucher thérapeutique », 2007

⁶⁶ Loc. cit.

⁶⁷ GAUCHER- HAMOUDI Odile, GUIOSE Marc. Soins palliatifs et psychomotricité. Editions Heures De France, 2007. P 95

avant de toucher. Le thérapeute doit adapter son attitude dans cette relation de réciprocité tout comme dans la relaxation.

La relaxation n'est pas praticable par tout le monde et pour tout le monde. Il est nécessaire d'être formé avant de la pratiquer. Le psychomotricien peut utiliser cette médiation à des fins spécifiques.

La relaxation, une médiation en psychomotricité

A- LA MEDIATION, UNE MISE A DISTANCE RELATIONNELLE

La médiation est un outil de travail en psychomotricité, elle met en jeu le corps comme moyen d'expression et de communication.

Selon Marc Rodriguez, « *les dispositifs à médiation corporelle en psychomotricité sont en définitive des propositions offertes aux patients 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* ». ⁶⁸ La relaxation met le patient dans une « disposition » de régression (par la position allongée, la voix du thérapeute, la lumière douce) afin d'affiner la conscience corporelle. Le patient est allongé, immobile, dans une position passive qui induit un certain état de dépendance. Cette régression n'est pas le but de la relaxation mais elle peut émerger chez le relaxé et être vécue comme un moment d'angoisse favorisant la mise en place de résistances. Le thérapeute est donc garant du respect et de la fiabilité de la relation thérapeutique. Par la médiation corporelle, le psychomotricien donne à vivre et à ressentir au patient des expériences ; par son corps, le patient exprime des émotions et des sensations. Le psychomotricien laisse venir les associations faites par le patient sans chercher à les interpréter.

Selon Fabien Joly, « *l'expérience vécue ou revécue dans son corps, et singulièrement dans l'expérience intersubjective et psychisante du corps-en-relation permet, dans le meilleur des cas, de retravailler la liaison entre la matière première psychique et la chaîne des représentations*. »⁶⁹

J'illustrerai cette citation par un exemple tiré de la clinique. M.N est hospitalisé la semaine depuis six mois, date à laquelle il a eu un accident de voiture. M.N était entraîneur de football, il est maintenant en fauteuil roulant électrique, sa vie depuis six mois est rythmée entre les scanners et l'attente de leurs résultats.

Lors d'une séance, sur le temps de parole, il décrit les images qu'il a associées aux inductions : « *je suis en chemise blanche, comme du vide mais il y a une table et des gens qui ne bougent pas. Il ne se passe rien.* » Ma maître de stage lui fait remarquer le parallèle de ce qu'il a vécu dans la séance avec sa situation actuelle qui n'avance pas comme il le souhaiterait. M.N se saisit de cette comparaison

⁶⁸ RODRIGUEZ Marc. Chap : Les médiations corporelles en psychomotricité : l'évolution des idées. In : Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique. Editions in press. 2014

⁶⁹ JOLY Fabien. Chap : Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques. In : loc. cit.

comme si elle lui avait fait un déclic pour comprendre le lien entre ses ressentis et sa situation de vie.

La psychomotricienne donne une valeur aux éprouvés corporels, elle est à l'écoute des ressentis du patient et des associations entre les sensations physiques et les vécus psychiques. Le thérapeute donne matière à réfléchir au patient pour qu'il puisse faire des liens dans ses ressentis.

F. Joly parle de « *médiatif* » comme une expérience sollicitant le corps, l'éprouvé, la mise en expérience du corps en relation. C'est une expérience qui se vit dans l'ici et le maintenant. Elle est le prélude du « *travail du médium* » qui est une appropriation subjective, un travail de symbolisation, accompagné par le psychomotricien. Les expériences vécues dans la relaxation vont pouvoir prendre sens dans l'interrelation avec le thérapeute. Il s'agit de rendre signifiants les sensations, les vécus corporels, de donner une valeur aux éprouvés. Petit à petit, les sensations pourront se transformer en émotions.

Selon F. Joly, le thérapeute doit être pensé comme un « *interlocuteur transitionnel* ». Le psychomotricien n'est pas hors relation, il participe activement à l'expérience qui se joue dans la médiation relaxation, il est en même temps « *objet pour symboliser l'expérience* ». C'est ce que j'avais évoqué en deuxième partie, le psychomotricien est à la fois acteur de la relation et doit également prendre du recul pour analyser ce qui se joue dans la relation et amener matière au patient à symboliser son expérience vécue. Le psychomotricien doit cependant ajuster en permanence sa distance à l'autre dans la médiation.

B- CE QUI SE JOUE DE LA RELATION EN RELAXATION

La relaxation est beaucoup plus qu'une simple détente du corps. L'utilisation de la relaxation en psychomotricité s'appuie sur les liens qui existent entre le niveau du tonus musculaire et la vie émotionnelle. Acquérir un contrôle du tonus musculaire permet la possibilité d'une détente psychique.

- Le tonus musculaire

Le tonus musculaire de base est la contraction minimale ou la légère excitation d'un muscle au repos. Il est nécessaire pour lutter contre la gravité et maintenir l'équilibre, il a également la fonction de positionnement directionnel c'est-à-dire de repositionner le corps par rapport à un stimulus environnemental. Il a un rôle déterminant dans l'instauration de la communication, celle du nourrisson avec sa mère (hypertonie d'appel, hypotonie de réplétion) mais aussi entre le patient et son thérapeute.

Le tonus diminue dans les états de relaxation. Par enregistrement électromyogramme, les chercheurs ont remarqué une diminution du voltage des faisceaux musculaires en état de relaxation. La relaxation abaisse donc le tonus musculaire, mais cette médiation doit être pratiquée avec prudence car elle touche également la sphère psychique du patient. En effet, le tonus musculaire est au carrefour entre le physiologique et l'affectif. Il est certes la toile de fond du fonctionnement musculaire, mais il est également l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet. L'état tonique influence l'activité émotionnelle du sujet et inversement. Chez l'adulte, il reste une voie d'expression des émotions complétant le canal verbal ; il peut s'élever en situation de stress ou de gêne par exemple, la personne pourra alors manifester des réactions de prestance. Le tonus est à comprendre dans une dimension de communication, il est considéré comme le mode d'expression de la personne dans sa totalité somato-psychique. Chez les patients douloureux, par exemple, la tension peut être un moyen de se protéger de la douleur : la contraction musculaire amenuise les sensations nociceptives.

Le sujet se construit en interaction avec l'environnement. Pour Reich, il se construit en élaborant des mécanismes de défense, sur un double versant : caractériel et musculaire, qu'il nomme « cuirasse ». Le nouveau-né est au départ nu de toute défense et va les construire au fur et à mesure de son histoire, de ses expériences. Par exemple, si l'enfant frôle de justesse l'accident de voiture, il n'aura pas de séquelles physiques sur l'instant mais il pourra avoir une contracture quelque temps après l'accident. La cuirasse se construit au niveau de la personnalité et du tonus, suite à ces différents traumatismes et stress. Reich dit ainsi que « *chacune des rigidités*

musculaires qui construit cette cuirasse contient l'histoire et la signification de son origine »⁷⁰.

La relaxation vise à atténuer les tensions, selon Reich, « *la dissolution d'une rigidité musculaire non seulement libère l'énergie mais ramène à la mémoire la situation infantile à l'origine de la tension musculaire* ». Il est donc nécessaire d'user d'une grande prudence pour accueillir ce qui pourrait être « ramené à la surface » au niveau émotionnel lors de la décontraction musculaire induite par la relaxation. Le psychomotricien doit doser ce qui est supportable pour son patient, il est nécessaire d'aller doucement et progressivement dans le travail de relaxation.

- Le dialogue tonico-émotionnel entre relaxant et relaxateur : une distance à ajuster

Wallon a mis en évidence ce lien entre le tonus et les émotions, qui est selon lui, au centre de la compréhension du sujet et de son développement. Ajuriaguerra développe le rôle du tonus dans le développement et met en avant la notion de dialogue tonico-émotionnel qui s'installe dans les premières semaines de la vie entre la mère et son enfant. Ce dialogue tonico-émotionnel se retrouve également entre le thérapeute et son patient et entre le relaxateur et le relaxé. Un parallèle peut être fait entre la compréhension par la mère des manifestations toniques de son nourrisson et la compréhension par le relaxateur des manifestations toniques du relaxé.

Le patient réagit à la voix, aux mots et au toucher du thérapeute, par un abaissement du tonus, une régulation de la respiration ou au contraire par une crispation et une respiration haute. Réciproquement, le thérapeute est attentif à ce qu'il ressent de l'état du patient. Il s'ajuste au vécu tonique du patient, comme la mère le fait avec son enfant dans un dialogue tonico-émotionnel. « *Le thérapeute pendant la séance se trouve dans un centrage intérieur, dans un état « méditatif » à la fois alerte et détendu, attentif à ressentir en lui-même ses propres inductions qui doivent être « incarnées » pour être recevables et justes, assimilables dans le sens de ce que Bion nomme la fonction alpha* ». ⁷¹ Nos propres inductions nous mettent dans un état de détente et il est nécessaire d'être dans un état de concentration, de présence pour pouvoir transmettre cette détente dans nos inductions et être à l'écoute du corps de l'autre. Le relaxateur peut être lui-même détendu par ce qu'il perçoit du patient ou ressentir à l'inverse, un malaise, une angoisse. Il est important que le thérapeute

⁷⁰ <http://www.somapsy.fr/index.php/ru/texte-et-references/auteurs-referents/79-auteurs-referents/113-wihlem-reich?tmpl=component>

⁷¹ LOCKHART Isabelle. Chap : « C'est toujours pareil ! »... variations toniques en relaxation. In : Thérapie psychomotrice et recherches n°157, 2009

sache maîtriser ses ressentis et ne pas s'en laisser déborder, pour ne pas induire de mouvements négatifs envers son patient. Quelquefois, le relaxateur peut se sentir démuni face à un patient qui ne semble pas entrer dans la proposition et peut combler le vide par une abondance d'inductions, un débit de paroles trop rapide par exemple. Il faut être attentif à ce que les besoins du thérapeute ne l'emportent pas sur ceux du patient.

Selon Monique de Hadjetlaché⁷², nous pouvons distinguer deux aspects de l'induction : la dimension contenant et la dimension créatrice.

- L'aspect contenant de l'induction

La disposition interne du thérapeute est proche de la « *préoccupation maternelle primaire* » développée par Winnicott. C'est la disposition normale permettant aux mères de décoder les signes de leur nourrisson afin de répondre au mieux à leurs besoins. Ce parallèle peut être fait avec le relaxateur qui tente de décoder les signes que le patient donne à voir et à s'y adapter. La voix y joue un grand rôle. Il n'est pas rare d'entendre les patients dirent « *je n'écoutais plus vos paroles mais je me laissais porter par votre voix.* ».

Les inductions émanent du corps du thérapeute et de celui du patient. Le thérapeute est attentif à ce qu'il perçoit du patient pour proposer ses inductions. Il faut cependant ajuster la distance relationnelle par rapport à ce que nous pouvons ressentir du patient.

Dans une dimension contre-transférentielle, le thérapeute dit les inductions par rapport à ce qu'il ressent du patient au moment présent, en fonction de l'histoire qu'il connaît du patient et des retours que celui-ci a pu faire les séances précédentes. Cependant, nous pouvons supposer que les inductions seront différentes pour le même patient en fonction du thérapeute. Il n'y a donc pas d'inductions parfaites. Tout d'abord, l'histoire que nous connaissons du patient est basée sur ce qu'il a bien voulu nous en dire, deuxièmement, nous accueillons ce que le patient renvoie en fonction de notre propre histoire, de la façon dont nous nous sommes construits. Dans cette rencontre, une relation unique s'est créée. Le thérapeute doit être attentif à son propre contre-transfert, et au transfert du patient. Il est attentif à l'écho que lui renvoient les ressentis du patient, comment ce qu'il perçoit du patient fait écho en lui et comment le thérapeute adapte ses inductions.

⁷² HADJETLACHE Monique. Chap : L'induction, espace potentiel. In : MEYER Monique, LONDICHE Monique, DREYFUS Michel. Entre mots et toucher le corps en transfert. Relaxation psychanalytique méthode Sapir. Editions la pensée sauvage, 2005 p 107.

La notion d'empathie est également en jeu. Nos inductions doivent être fondées sur ce que nous percevons du patient et non pas sur ce que nous trouverions de mieux à la place du patient. Nous ne sommes pas à la place du patient, nous ne pouvons pas connaître ses ressentis. Les retours qu'il pourra faire dans le temps de parole seront donc essentiels pour nous ajuster à ses besoins.

Une induction peut être ressentie par le relaxant comme intrusive, il s'agit pour le relaxateur d'aider à mettre en mots ce ressenti et de se réadapter les séances suivantes, cela fait appel à la fonction alpha de Bion. « *Certaines pathologies ou certains vécus paralysent ou angoissent non seulement le relaxant, mais aussi le relaxateur, inhibant totalement sa capacité de penser, et donc de contenir* »⁷³ Il est alors essentiel pour le thérapeute de mettre à distance ces ressentis corporels et psychiques, et de les travailler pour qu'ils ne paralysent pas le travail de relaxation.

- L'induction comme création

Le temps de silence peut devenir une création, une ouverture à la représentation. Le patient est invité à laisser venir ses sensations, des images ou des pensées. Cela se rapproche de ce que Winnicott nomme « *la capacité d'être seul* ». Petit à petit, le patient acquiert cette capacité à se détacher des inductions et à être seul, toujours en présence, du thérapeute ou de la mère pour le petit enfant. En effet cette capacité d'être seul s'acquiert toujours dans la relation. Elle ouvre ensuite la voie à l'autonomisation.

- Les différents effets physiologiques de la relaxation

Le tonus musculaire n'est pas le seul facteur physiologique à être modifié. En effet lors de l'état de relaxation, une diminution de la fréquence du rythme cardiaque peut être repérée, ainsi qu'une régularisation des tracés électroencéphalogrammes. L'état de relaxation amène une modification du fonctionnement du système nerveux.

Les patients témoignent d'une détente en profondeur dont les effets se prolongent même après la séance, une amélioration de la qualité du sommeil, une atténuation voire disparition de certaines douleurs, la maîtrise des émotions, un meilleur contrôle de soi, une meilleure capacité à affronter le stress, une revalorisation narcissique... Les notions d'images du corps et de schéma corporel sont

⁷³ Ibid. p 108

également en jeu lors des séances de relaxation, je fais le choix de ne pas les développer pour ne pas alourdir mon propos.

La relaxation est une présence à soi-même, elle implique une modification des états de conscience accompagnée par le psychomotricien. Le psychomotricien garantit un cadre permettant au patient de vivre des expériences en toute sécurité. Le thérapeute n'a pas pour but d'interpréter ce que livre le patient. Nous n'entamons pas une cure psychanalytique.

Cette médiation relaxation a été utilisée lors de mon stage en service hospitalier de Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Je vais maintenant présenter le service, l'utilisation de la relaxation ainsi que la relation créée avec M. F lors des séances de psychomotricité.

C- UNE RELAXATION EN SERVICE MPR

- Cadre institutionnel

Je présenterai succinctement le cadre institutionnel de mon stage de troisième année. Le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) a été créé pour mieux guérir, limiter ou compenser le handicap physique. Les ordonnances des médecins permettent de « *doser l'intervention des intervenants en fonction d'un bilan diagnostique et d'une évaluation régulière du résultat* »⁷⁴. Le service de MPR est scindé en deux unités dépendantes mais distinctes qui sont une unité d'hospitalisation conventionnelle et une unité d'hospitalisation de jour (qui permet une moindre rupture avec le milieu de vie que la première unité).

La capacité d'accueil de l'hôpital de jour est de 16 places par jour ce qui représente un roulement hebdomadaire de 50 patients, ceux-ci viennent entre 2 et 3 jours par semaine. Différents types de pathologies sont pris en charge : douleurs chroniques (rachialgies, fibromyalgies), pathologies neurologiques (séquelles d'accident vasculaire cérébral, myopathie, infirmité motrice cérébrale, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...), amputation des membres inférieurs ou perte d'autonomie sans pathologie particulière. La durée des séjours varie selon les pathologies, de quelques semaines pour les douleurs chroniques, à plusieurs mois voire années pour les atteintes neurologiques.

Les patients sont accueillis dans le service soit à leur demande personnelle, soit par une orientation par leur médecin traitant. Dans les deux cas, une consultation avec le médecin MPR est nécessaire pour vérifier l'adéquation entre le problème présenté et les capacités du service.

L'équipe est pluridisciplinaire, elle se compose d'une équipe médicale (avec des médecins MPR, un assistant de médecine générale), une psychologue, une équipe paramédicale (secrétaire médicale, infirmières, aides-soignantes, masseurs-kinésithérapeutes, aides plateau technique dont un spécialisé en balnéothérapie, ergothérapeutes, podologues, orthophoniste, psychomotricienne), une éducatrice en activités physiques adaptées ainsi que des agents hôteliers. Une diététicienne et une assistante sociale interviennent à la demande de l'équipe. Chaque intervenant joue un rôle complémentaire dans la prise en soin globale du patient. Les soignants échangent autour du patient lors des réunions de synthèse une fois par semaine ou de manière informelle dans les échanges au quotidien.

⁷⁴ Notes du médecin référent du service de MPR

- La psychomotricité dans le service MPR

La présence de la psychomotricienne dans le service permet de mettre en place un moyen supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés, douloureux et souffrants. La psychomotricienne intervient en tant que relaxatrice. Elle s'inspire de la relaxation à inductions variables de Michel Sapir pour accompagner les patients. Cette médiation trouve sa place dans l'équipe par sa complémentarité apportée à la rééducation physique pure. Elle est très appréciée par les patients qui trouvent ainsi un espace de parenthèse où ils peuvent se ressourcer. Le programme journalier des patients est parfois chargé, même s'il est construit en fonction de la fatigabilité de chacun, la relaxation permet de « *prendre un moment pour soi, de souffler un peu* »⁷⁵.

L'indication en relaxation est posée par le médecin MPR. Tous les patients douloureux chroniques ont une prescription de relaxation. Comme le dit justement Annie Reuff, « *la douleur chronique s'accompagne souvent d'un état anxieux et/ou dépressif, et d'une crispation qui augmente l'angoisse, faisant entrer le patient dans un cercle vicieux émotion-contraction-douleur. La relaxation va permettre d'ouvrir une brèche dans ces tensions.* »⁷⁶ L'hypertonie peut être une « cuirasse » protectrice, qu'il faut respecter comme vu précédemment. Il est donc primordial de s'ajuster au patient, à ce qui est supportable pour lui, à tous les signaux qu'il peut nous envoyer. Certaines personnes ne peuvent pas lâcher prise, ce « lâcher » est très angoissant car c'est la tension qui tient le corps ou la situation de vie qui oblige à ne rien lâcher, si la relaxation tend à assouplir cette tension, la personne peut totalement s'effondrer. Il est donc nécessaire d'adapter une bonne attitude.

La relation dans les séances n'est pas celle d'un maître qui apprendrait à l'élève à se détendre. Il s'agit d'une co-construction. Le but des séances est l'autonomisation du patient, apprendre à trouver le chemin pour se détendre soi-même. Certains patients veulent aller mieux tout de suite, il faut leur faire comprendre que le travail de relaxation est un travail, c'est-à-dire que ce ne sera pas à la première séance que la douleur par exemple diminuera.

Je me suis questionnée sur la place de la psychomotricité dans un service où les séjours sont souvent courts. Comment créer une alliance thérapeutique sur une dizaine de jours ?

⁷⁵ Paroles de patients

⁷⁶ REUFF Annie. Des maux aux mots... Quelle place pour la relaxation psychothérapique dans un service d'hospitalisation de jour en Médecine Physique et Réadaptation ? Mémoire pour le diplôme universitaire de relaxation psychothérapique. Année 2005-2006

- Cadre des séances en psychomotricité

Suite à la prescription du médecin du service, les patients rencontrent la psychomotricienne pour un premier entretien qui consiste à faire un état des lieux du ressenti de la personne sur sa pathologie, sa situation, son entrée dans le service, savoir si la personne est de nature anxieuse et dissiper les ambiguïtés que le mot relaxation peut entraîner.

La décision d'entamer un travail de relaxation se prend par le thérapeute en accord avec le patient. Les patients ne viennent pas en rééducation pour faire spécifiquement de la relaxation, la plupart ne connaît d'ailleurs pas cette médiation. L'entretien servira également à exposer le travail qui peut être engagé ensemble.

Les séances de relaxation proposées s'appuient sur un travail de conscience corporelle comprenant des éléments comme la pesanteur, la respiration, le rythme cardiaque, la chaleur, l'enveloppe de la peau. Les inductions sont variables à chaque patient, et à chaque séance. Elles amènent à une prise de conscience des tensions, un travail de verbalisation est proposé à la fin de la séance. La psychomotricienne amène ainsi le patient à faire des liens entre ce qu'il a ressenti dans son corps et son état psychique, les images qui ont pu être associées. Grâce à la confiance de la relation et à la qualité d'écoute, le patient peut verbaliser si quelque chose ne lui convient pas. On doit laisser un espace ouvert et disponible pour que le patient puisse se permettre de dire les choses et se sente suffisamment en confiance pour les dire, qu'il ne sente pas de jugement peser sur lui. Le thérapeute peut être déstabilisé si une méthode ne fonctionne pas et le prendre personnellement à cœur comme un échec personnel. Il faut passer au-delà de cela et réfléchir avec le patient sur les causes des freins, si elles peuvent être levées ou pas, si une autre porte d'entrée peut être ouverte ou si le travail doit être arrêté.

La relaxation est interactive, c'est-à-dire qu'elle est modulée d'une séance à une autre, en fonction des retours que pourra nous faire le patient. Il est important de se questionner sur la façon dont le patient vit nos inductions, si cela est ressenti comme bienveillant ou au contraire sur un mode hostile. En fonction du fond tonique propre à chacun, chaque personne réagit différemment aux méthodes proposées. Il est important de réaliser une première séance après un entretien préalable nous permettant de comprendre le mode de fonctionnement du patient en face de nous. La première séance est généralement courte pour ne pas mettre en difficultés le patient. Cette médiation corporelle amène le patient dans une forme de dépendance à l'autre ce qui peut être très mal vécu. Il est donc primordial d'être attentif aux signaux que peut nous renvoyer le patient.

La psychomotricienne a fait le choix de ne pas utiliser le toucher-massage dans cette relaxation, le cadre institutionnel ne le permettant pas. Je vous présenterai alors la rencontre avec M. F, lors d'un travail qui a été réalisé à partir d'inductions verbales.

D- LE TRAVAIL ELABORE AVEC M. F

- Le premier entretien, préalable à l'alliance thérapeutique

Lors du premier entretien, le déroulement des séances est présenté, c'est un premier temps de rencontre, pour faire plus ample connaissance avec M. F. Nous l'interrogeons sur sa venue dans le service, sur la façon dont il le vit, comment il se sent par rapport à cette situation. Nous accueillons ses propos dans une attitude bienveillante au sens de non jugeante.

M. F est un homme de 65 ans. C'est un ancien directeur de lycée, ce qui selon ses dires lui mettait une grande pression, il a pris sa retraite il y a 5 ans. D'après son dossier médical il souffre de lombosciatiques chroniques et est hypocondriaque. L'objectif de son projet de soin est à visée antalgique et une réassurance par rapport à l'anxiété généralisée générée par la survenue des douleurs.

Physiquement, il a une poignée de main très forte, qui fait mal, les mains sèches, les ongles rongés, un eczéma sur le crâne. Pendant l'entretien, il se contient beaucoup les mains, il se ronge les ongles. M.F paraît très anxieux, il est hypertonique avec présence de tremblements de tout le corps.

Il a trois enfants qui se sont éloignés géographiquement (entre 500 et 800 km de la maison familiale). Or pendant 4 ans, M. F faisait des allers-retours dans le week-end pour aller les voir, et faire des travaux notamment chez son fils. M. F semble quelque peu envahissant. Il se dit novice en matière de gros travaux comme la maçonnerie, et a fait des « *erreurs de débutant* » en voulant aider son fils. C'est d'ailleurs lors de ces travaux de maçonnerie que ses douleurs rachidiennes sont apparues en septembre 2014.

M. F a été alité quelques semaines en raison de ses douleurs, ce qui a dû être compliqué à gérer pour cet homme toujours en mouvement. Les douleurs sont aujourd'hui moins intenses mais M. F est kinésiophobique, il vit toujours dans la hantise que ses douleurs reviennent comme la première fois.

Il nous exprime que sa femme lui renvoie ses défauts lors de leurs disputes ; qu'il doit lâcher prise, qu'ils n'ont plus de loisirs depuis trop longtemps, que les petites bricoles qu'il veut faire immédiatement (même pendant la nuit) ne sont pas urgentes, qu'il

peut les réaliser plus tard surtout qu'il est maintenant à la retraite... Il réalise tout dans l'urgence, il n'a pas de loisirs car il considère que c'est une perte de temps. Quand il réalise une activité comme regarder une émission par exemple, il fait systématiquement autre chose à côté (lecture, mots-croisés). Il n'a jamais regardé un film en entier sauf pour le concours de directeur au cas où l'examineur lui poserait une question de culture générale. Il pense toujours au pire, pour lui et pour son entourage. Il pense souvent à la maladie, à la mort. A 23 ans, il pensait tous les jours que ce serait le dernier, ce qui l'angoissait terriblement.

Il dit ne pas savoir respirer, selon lui « *ça bloque* ». En tant que directeur au lycée, il faisait régulièrement des crises d'angoisses se manifestant par le souffle coupé, des douleurs ventrales. Il gérait ses crises par la prise de médicaments, 4 minutes après (très précisément), il se sentait mieux. Puis il reprenait conscience de la réalité du phénomène, une prise de conscience que le médicament n'avait pas pu agir aussi vite, puis il refaisait une autre crise d'angoisse.

Durant l'entretien, il peut nous dire qu'il a été suivi par un psychologue durant quatre années. M. F a conscience de ses problèmes, il a une bonne analyse de sa situation, un bon niveau d'élaboration et est capable de prise de conscience mais le travail avec la psychologue n'a pas tout résolu, il est toujours très anxieux.

Suite à la question de ce qui est le plus difficile pour lui aujourd'hui, il nous répond « *la vie* ». Dans sa situation actuelle, il a l'impression qu'il ne peut plus rien faire, qu'il ne pourra plus être utile. Un des objectifs de la relaxation pourra être une restauration narcissique, prendre conscience qu'il peut faire des choses.

A la suite de cet entretien, nous décidons ensemble de poursuivre avec une première séance la semaine suivante. La relaxation est tout à fait indiquée dans les cas d'anxiété, même si selon lui, se détendre ne va pas toujours de soi. Cependant, ma maître de stage et moi-même avons quelques doutes sur la faisabilité du travail sachant que toutes les activités que M. F réalise doivent être utiles et créatrices. Il aime beaucoup le bricolage par exemple, car il construit pour que cela serve à quelque chose. M. F est d'accord pour essayer les séances mais nous avons des incertitudes sur sa capacité à se poser. L'inactivité apparente de la relaxation peut être angoissante. Aura-t-il l'impression de perdre son temps ? La position allongée sera-t-elle supportable ?

- Le déroulement des séances

La tension artérielle de chaque patient est systématiquement prise au début de la journée par l'infirmière. Celle de M. F sera toujours un peu plus élevée qu'à son habitude (13/4). Même si sa tension artérielle reste dans la normale (inférieure à 14/9), il reste inquiet et doit lutter pour ne pas se focaliser dessus. Il explique sa montée de tension par la vue des blouses blanches qui est pour lui connotée très négativement ou par l'endroit inconnu.

Lors des séances, M. F est invité à s'allonger, à fermer les yeux pour se mettre à l'écoute de son propre corps. Il s'installe toujours en décubitus dorsal.

Je n'assiste pas à la première séance, je rapporterai ici, seulement les séances auxquelles j'ai été présente.

Lors des premières séances, un travail sur l'ancrage du corps est proposé. Le discours de la psychomotricienne s'appuie sur ce qu'elle sait de l'histoire du patient, sur ce qu'elle ressent du patient au moment présent. L'induction se construit dans l'ici et le maintenant. Avec des personnes très anxieuses, il est préférable d'appuyer les inductions sur des choses très concrètes pour ne pas laisser le patient dans un vide angoissant. Ma maître de stage lui propose donc une prise de conscience sur les différentes parties du corps qui prennent appui sur le matelas et celles au contraire qui sont creusées.

La séance se poursuit avec l'observation passive de la respiration, afin qu'il ressente son rythme naturel de respiration. Puis il lui est demandé de forcer sa respiration, de l'augmenter le plus possible, qu'il sente le dur de la respiration trouver l'appui sur ses viscères. M. F est attentif et présent à ce qu'il fait, il suit rigoureusement les propositions de la séance. Puis il doit reprendre un rythme naturel de respiration. Sa respiration est profonde, ample, avec un temps de silence entre l'expiration et l'inspiration, signe d'une certaine détente. Je remarque que le rythme de cette respiration peut être modifié lors de la déglutition. Elle devient alors plus rapide, de faible amplitude. Il alterne ensuite entre grandes et petites respirations comme s'il avait pensé à une autre chose (déglutition), qui l'a angoissé (respiration de faible amplitude et rapide). Il a dégluti trois fois, sa respiration s'est donc modifiée elle aussi trois fois. Lors de la première déglutition, ma maître de stage a repris l'induction, comme pour « recapter » l'attention de M. F et le remettre dans la proposition. Lors des deux autres déglutitions, M. F a pu gérer seul sa respiration, qui s'est calmée progressivement. J'en fais retour à la fin de la séance à ma maître de stage qui n'avait pas remarqué la corrélation entre son induction et la respiration rapide de M. F. Je fais l'hypothèse d'une accordance relationnelle entre les besoins du

patient à ce moment précis et l'action de la psychomotricienne. Ce phénomène s'est réalisé inconsciemment mais montre la qualité d'écoute du thérapeute.

La séance s'est poursuivie avec une phase de décontraction qui est une prise de conscience des différentes parties du corps de la tête jusqu'aux pieds puis du corps comme une unité. C'est une détente neuromusculaire à partir d'inductions variables liées aux notions de pesanteur, de densité et de consistance.

Un temps de silence est laissé au patient afin qu'il fasse l'expérience de ses nouvelles sensations et qu'il laisse venir tout ce qu'il peut y associer. Le temps de silence du début n'est pas long, surtout avec une personne comme M. F qui est de nature à être angoissée. Il faut être prudent à ce que ce silence ne soit pas vécu comme un vide et une attente angoissante d'inductions. Lors de ce silence, la respiration de M. F était calme. Il a attendu patiemment les inductions de la psychomotricienne pour faire sa reprise, qui est un retour actif à l'état habituel.

Un temps de parole est pris pour pouvoir mettre en mots les ressentis corporels, le patient peut parler de son vécu de la séance, les sensations, les images qui ont pu s'associer aux inductions du thérapeute. M. F dit qu'ici, il apprend à respirer. Dès les premières séances, il constate un changement dans son cycle respiratoire, lui qui ne « savait pas » respirer. Il est même étonné d'y arriver rapidement grâce aux inductions.

Rapidement M. F constate une différence entre les séances. Il rapporte qu'il part moins « *dans son monde, dans ses pensées* ». Il est présent et attentif aux inductions. Il a l'impression d'avoir des « *capteurs reliés aux inductions* ». *D'habitude on me dit de me détendre et j'ai conscience d'être tendu mais je n'y arrive pas, mais amené comme ça, séquencé, j'y arrive* ». Le séquençage des parties du corps l'aide à prendre conscience de ses tensions et à les relâcher.

Je réalise les séances suivantes avec M. F. Pour ma première séance avec lui, j'appréhendais que ses angoisses m'envahissent et que « je perde mes moyens », d'aller trop vite, de ne pas trouver mes mots, d'être envahie par ses angoisses et donc d'augmenter son anxiété. Finalement, j'ai pu prendre le temps de m'installer confortablement, de me mettre moi-même en état d'abaissement des tensions, de réguler mon rythme respiratoire et la séance s'est bien passée. M. F est toujours très attentif aux inductions, il est impliqué dans ses prises en soins, il me fait l'effet du « bon élève de la classe ».

- Tensions dans le corps :

Il a une perception très fine de ses ressentis, il peut verbaliser qu'il se sent crispé en haut du corps et qu'il n'arrive pas à lâcher tout son poids dans le matelas. C'est donc un point qui sera plus appuyé les séances suivantes. Au fur et à mesure des séances, une détente visible peut être remarquée avec un abaissement des épaules notamment. Cette détente physique induit une détente psychique, le patient peut nous dire lors d'une séance qu'il était à la limite du sommeil, « *je suis avant le sommeil et puis il y a l'inconscient qui reprend le dessus* ».

Prendre conscience de l'état de son corps, de ses tensions, incite à écouter son corps, ce qui peut également être inquiétant ou gênant. M. F a ainsi pu dire qu'il lui était insupportable d'entendre ses boyaux. Cela signifie également une bonne circulation interne. La respiration a un rôle fondamental dans la digestion.

Au fil des séances, la détente est plus rapide à venir, c'est maintenant « naturel », il se pose seul, il n'a plus besoin du détail partie par partie pour pouvoir descendre ses épaules, il le fait spontanément en début d'induction. Cela fait partie de l'autonomisation du patient qui est véritablement acteur de sa prise en soins.

- Respiration

Dans les premiers temps, j'insiste particulièrement sur la notion de plaisir dans la respiration, sur des sensations de facilité, d'une respiration sans effort. Je ne veux pas d'emblée le mettre en difficulté sur la respiration, lui qui dit ne pas savoir respirer. Petit à petit, j'induis le trajet de l'air du nez jusqu'aux poumons. Dans les retours, il prend conscience de ce qui se passe dans sa respiration.

- Retour du patient

Il verbalise au fil des séances qu'il arrive à ne plus du tout penser à autre chose que ce qui se joue dans l'instant présent, à lâcher prise et à se laisser guider. Ses pensées envahissantes disparaissent rapidement en début de séance. Il est même étonné de ses progrès, il ne les pensait pas possibles. Penser à un endroit agréable l'aide à « *garder le cap* », il pense à la nature et à ses petits-enfants sans avoir de pensées négatives qui reviennent. Entendre les inductions l'aide à ne pas penser à ce qui se passe en dehors de la séance, cependant il n'est pas angoissé par les moments de silence, « *c'est professionnel de mettre des temps de silence* », c'est-à-dire que ces moments de silence arrivent au bon endroit et sont bénéfiques.

Il dit qu'il va mettre à profit la relaxation chez lui-même après le séjour car il en tire «*bénéfice*» et ne le considère plus comme une perte de temps. Il en parle même au dehors du service, avec sa belle-fille notamment qui elle aussi fait de la relaxation. Il échange avec elle sur le bien-être qu'il peut ressentir en séances. Il peut verbaliser que c'est efficace.

Je constate qu'au fur et à mesure de notre travail, sa poignée de main est moins forte à la fin de la séance qu'en début. Ses angoisses n'ont pas disparu, il peut être angoissé de voir des scintillements au coin de son œil par exemple, même un jour après (jour de la séance de relaxation). Cependant ses angoisses sont relativisées, il se rassure car il a un rendez-vous chez l'ophtalmologue le mois suivant. Il relativise également sa situation par rapport aux événements d'actualité (un car renversé la veille a fait la une des informations), «*on ne va pas se plaindre de nos petits bobos quand on voit ce qui se passe ailleurs*». Il n'est pas toujours centré sur ses propres problèmes. Même si M. F souffre d'hypocondrie, il n'est pas envahi par ses pensées obsessionnelles, il peut, le temps de la relaxation penser à autre chose, il peut même dire «*j'arrive à mieux relâcher, mettre à distance ce qui pollue. Je croyais qu'on ne pouvait jamais arrêter de penser, je me rends compte que là, j'ai l'impression de faire le vide.*»

- Conclusions

Une nette progression est constatée au cours du travail de relaxation, au début des séances, il reprenait de lui-même un état de conscience éveillée, à la fin, la reprise était plus longue. Une approche segmentée des parties du corps lui était nécessaire pour relâcher ses tensions, au fur et à mesure, il a appris à trouver les moyens de se détendre de lui-même avec notamment des images agréables et positives. La relaxation lui a permis de découvrir un nouveau potentiel participant à une revalorisation narcissique «*je ne pensais pas avant de venir ici que je pouvais faire ça.*». Selon le compte rendu psychologique d'entrée dans le service, M. F ne s'autorise pas à se poser (caractère issu de son éducation), ne supporte pas ne rien faire, a besoin de tout contrôler et en même temps doute de lui, ne se fait pas confiance. Au fil des séances, nous remarquons que ces axes ont été améliorés.

Le travail en psychomotricité s'inscrit dans un programme de soins global. C'est la complémentarité pluridisciplinaire qui aide le patient à cheminer dans sa pathologie. M.F prend maintenant le temps de mettre en application à domicile ce qui lui a été proposé dans le service de MPR (les exercices de relaxation et d'activités physiques adaptées par exemple). Un des objectifs communs du service a été l'autonomisation de M. F. La synthèse de l'équipe pluridisciplinaire conclut que la prise en charge a été

très bénéfique, que M. F a beaucoup plus confiance en lui, sa kinésiophobie s'est atténuée, il ose maintenant marcher 45-60 minutes par jour. Certains patients ont du mal à quitter leur statut d'autorité (de père, de directeur) et il faut les recadrer. M. F arrive à ne pas être le chef, à écouter ce qu'on lui dit et prendre les conseils qui lui sont promulgués. Il a pris un réel plaisir de se mettre à l'écoute de son corps autrement que dans la crainte d'une maladie. Lors de sa dernière séance de relaxation, il rapporte qu'il a mal aux cervicales (travaillées avec la kinésithérapeute juste avant la séance) mais qu'il n'est pas gêné pour s'investir dans sa séance, aucune pensée ne l'envahit, « *cette séance a les conditions idéales pour que ça se passe bien* ».

Je mets en corrélation la détente des épaules avec le possible lâcher-prise. M. F est un patient qui ne « lâchait » rien, comme si la tension le faisait tenir, grâce à l'alliance thérapeutique créée et le travail effectué, il a pu petit à petit trouver un espace sécurisant pour progressivement se laisser aller. L'alliance thérapeutique ne dépend pas de la durée de prise en soin mais du savoir-être du psychomotricien, dans une attitude empathique, qui accueille sans juger, où le patient se sent soutenu dans ses différents vécus corporels.

Les limites de la relation thérapeutique en relaxation

La relation thérapeutique peut ne pas émerger de la rencontre entre thérapeute et patient. La prise en soin peut ne pas commencer en psychomotricité, ou alors elle doit être arrêtée.

A- QUAND LA PRISE EN SOIN NE PEUT PAS COMMENCER

Dans les règles déontologiques, le psychomotricien ne doit pas prendre en soins les membres de sa famille en raison des règles de confidentialité et des conflits d'intérêts qui peuvent orienter la relation patient-thérapeute. En prenant en soins les membres d'une même famille, la dynamique familiale est plus facile à appréhender mais ne laisse pas beaucoup de place à la part d'ombre du sujet, aux secrets qu'il choisit de ne pas divulguer. Le cadre en psychomotricité est co-construit avec le patient et lui permet de se livrer en toute sécurité sans appréhension de comparer les séances avec un autre membre de sa famille par exemple.

Les conclusions du bilan peuvent ne pas aboutir à un travail en psychomotricité. Le thérapeute doit avoir l'honnêteté de reconnaître que la problématique du patient n'est pas dans son champ de compétences. Dans ce cas, il peut renvoyer le patient vers un confrère. Le psychomotricien doit s'autoriser à refuser une indication posée par le prescripteur. Les contre-indications pour des séances de relaxation sont par exemple la non-compréhension des consignes (en cas de déficiences, de démences...), certains cas d'épilepsie, des problèmes majeurs de respiration...

B- QUAND LA PRISE EN SOIN DOIT PRENDRE FIN

La fin de prise en charge doit être pensée dans le cadre. Le psychomotricien ne peut pas mettre fin à un travail à son bon vouloir. Elle doit être discutée avec le patient.

- En raison du cadre institutionnel

Le cadre est constant, la prise en soin peut s'arrêter pour des contraintes institutionnelles comme sur le service de court séjour où les patients ne sont là que pour une dizaine de jours. S'ils veulent continuer le travail, le psychomotricien peut les renvoyer vers un autre professionnel. Le patient peut revenir pour un court séjour, il est donc important d'arrêter la prise en soins sur de bonnes bases, pour laisser la possibilité d'entamer un nouveau travail ultérieurement.

- La non-implication du patient

Lorsque l'alliance thérapeutique ne peut pas être mise en place, que le patient n'est pas prêt à évoluer, la prise en soin peut s'arrêter. La motivation détermine en grande partie l'alliance thérapeutique, si un patient n'a pas envie d'évoluer, ou n'est pas prêt, une relation thérapeutique ne peut pas s'établir.

« *Certains auteurs interprètent les résistances du patient en relaxation comme une réponse à la violence ressentie par la mise en situation du corps en relaxation et le vécu d'une sensorialité nouvelle non retenue, non canalisée* »⁷⁷ Le patient peut vivre l'induction comme intrusive, le psychomotricien reconnaît ce qui peut mettre en échec le patient et s'y adapte. Cette adaptation peut passer par une symbolisation des ressentis pour essayer de comprendre avec le patient ce qui le met en difficultés. Lorsqu'il y a de trop grandes résistances du patient, un travail psychologique peut être envisagé en amont.

Le passage à l'acte est à considérer comme « *une tentative désespérée de communication du patient. Passer à l'acte pour le patient, c'est remplacer l'élaboration par un acte* »⁷⁸ comme abandonner la thérapie sans explication, manquer les rendez-vous, arriver en retard constamment, etc. Ces actes montrent une résistance à avancer. Les résistances du patient peuvent toucher une limite chez le thérapeute. Il est donc important d'avoir une vision claire entre la résistance et la

⁷⁷ MEYER Meyer. Op. cit. p28

⁷⁸ DELBROUK Michel. Article « afin que la relation ne dérape pas... si on parlait d'éthique. Rôle de l'érotisation subjective dans la relation de soins ».

fragilité du patient mais également connaître les siennes pour ne pas poursuivre un travail qui serait destructeur. Le thérapeute doit se mettre à distance de cette relation pour voir si le travail a atteint ses limites et ne pas « *[s'enfermer] dans sa propre vision de l'objet idéal de relaxation* »⁷⁹.

- Limites du psychomotricien

Le thérapeute doit avoir l'honnêteté de reconnaître les limites de ses propres compétences. Dans la relation, une certaine confiance se crée, le patient a construit une confiance en nous. Lorsque la prise en soins n'avance pas, elle peut être adaptée, arrêtée sur quelque temps ou complètement lorsque l'on n'a pas les capacités à faire évoluer positivement la situation.

L'implication du psychomotricien n'est pas neutre dans la relation mais le psychomotricien est engagé dans la relation thérapeutique, ce qui n'est pas sans risque. Utilisant notre propre sensibilité, tonique, émotionnelle, affective et sensorielle, nous devons mettre en place un cadre thérapeutique dans le respect du patient et de nous-mêmes. Transfert et contre-transfert, dont nous avons parlé auparavant, peuvent représenter une limite à la relation thérapeutique. Dans le sens où ce que l'un renvoie à l'autre peut ne pas être supportable ou dérangeant. Le patient peut ne pas accepter la relation, ne pas l'autoriser. Si elle ne lui convient pas, la prise en soin n'aura pas lieu. De même, pour le psychomotricien, certaines choses peuvent être difficiles à accepter, selon son histoire, son vécu. « *Chaque thérapeute, quelle que soit l'ampleur de son champ relationnel, reste limité par son appartenance à un réseau particulier et, en conséquence, par le caractère restreint de son aptitude à se modifier sous la pression du non-familier.* »⁸⁰ Les réunions de régulation ou de supervision sont des appuis pour le psychomotricien pour réfléchir à ce qui peut le mettre en difficultés, et ainsi répondre adéquatement à la situation problématique.

Le cadre que l'on pose a un rôle de pare-excitation, pour protéger patient et psychomotricien. Le psychomotricien doit connaître et respecter ses propres limites. Selon G. Bonnet, « *le plus grand risque qui menace la relation thérapeutique, quelles qu'en soient les modalités, est qu'elle se prenne au sérieux et cède à l'idéal de toute-puissance. Du côté du thérapeute comme du côté du patient* »⁸¹. Il est important que

⁷⁹ REVERCHON Madou. Chap : Les résistances dans la cure. In : MEYER Monique, LONDICHE Monique, DREYFUS Michel. Entre mots et toucher le corps en transfert. Relaxation psychanalytique méthode Sapir. Editions la pensée sauvage, 2005, p 119

⁸⁰ ROUSTANG François. Influence. Les éditions de minuit, 2014

⁸¹ BONNET Gérard. Les mots pour guérir. Nouvelle édition revue et argumentée, petite bibliothèque payot, 2011, p 213

le thérapeute n'exerce pas d'emprise sur le patient, qu'il le laisse sujet de lui-même et de ses pensées. Sans cette règle déontologique, le thérapeute deviendrait un gourou. Dans le cadre des séances, le patient confie ses forces mais également ses faiblesses, il accorde sa confiance au thérapeute, celui-ci doit donc être vigilant à ce que le supposé-savoir que lui prête son patient ne soit pas servi à des fins manipulatoires. Il est important que le psychomotricien reconnaisse qu'il ne peut pas tout faire, il ne doit pas non plus le promettre au patient. Chaque thérapeute est limité au niveau de ses compétences, il est donc important de borner la toute-puissance supposée.

Un autre risque dans cette relation psychomotricien-patient serait une trop grande implication du psychomotricien, amenant au burn-out. « *Un thérapeute a le droit de donner, mais non de s'épuiser à essayer de donner. Je pense que des thérapeutes différents ont des limites différentes : certains peuvent donner beaucoup sans vraiment se faire mal et d'autres trouvent cela difficile* »⁸² Le risque de résonance affective entre la souffrance du patient et la souffrance refoulée du thérapeute est présent dans la relation thérapeutique. Ce que le patient livre peut avoir une résonance dans la vie du thérapeute et peut évoquer des situations analogues à ce que le thérapeute a vécu dans sa vie. Dans ce cas, l'institution peut faire tiers dans la relation. Le travail en équipe est alors primordial pour trouver le soutien nécessaire à la poursuite du travail en psychomotricité, de même qu'une analyse des pratiques.

⁸² Baldwin Michèle, Stora Nicole, Ducroux-Biass Françoise, « Entretien avec Carl Rogers sur l'utilisation du self en thérapie. », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* 2/2009 (n° 10) , p. 5-15

CONCLUSION GENERALE

L'enfant naît dépendant de son entourage et plus particulièrement de la mère dans un premier temps. Petit à petit, grâce à un étayage suffisant, un espace sécurisant, il acquiert une certaine autonomie et part à la conquête de nouveaux horizons. Cette dimension développementale peut servir de base de compréhension dans la création d'une relation thérapeutique. Le patient, grâce à un cadre suffisamment sûr et à la relation de confiance qu'il entretient avec le psychomotricien, va pouvoir lui aussi s'autonomiser et partir à la découverte de sa propre sensorialité toujours en relation à l'autre pour progressivement tendre vers la représentation de ses ressentis. Le psychomotricien est attentif aux besoins et angoisses du patient, comme la mère avec son nourrisson. Il laisse explorer le patient tout en lui offrant des limites sécurisantes.

En relaxation, la relation touche l'intimité, le patient, en position de régression doit avoir confiance en son thérapeute pour pouvoir évoluer avec lui. Le psychomotricien s'investit en restant authentique, avec empathie et bienveillance, il est à l'écoute de ce qu'il perçoit du patient pour ajuster sa posture au fil de la relation. Une distance est à ajuster dans cette médiation qui touche tant les sphères toniques qu'affectives et émotionnelles. C'est l'adaptation de la distance qui participe au processus soignant. Celle-ci évolue en parallèle de la relation thérapeutique, il est donc important de questionner notre posture professionnelle à tout moment dans cette relation. Nous ne pouvons pas parler de « juste » distance. Il n'y a pas de règles inscrites pour établir la bonne distance dans la relation. En effet, chaque relation est unique et au sein d'une même relation, il existe une variabilité, la relation n'est pas identique entre le début et la fin de séance, d'un jour à l'autre, en fonction de l'état psychique de chacun... Le cadre thérapeutique, la formation théorico-pratique du psychomotricien, son savoir-faire et son savoir-être, la pluridisciplinarité, l'institution, l'analyse de pratique, sont des éléments d'appui pour le psychomotricien concernant l'adaptation de la distance relationnelle avec son patient.

Ce mémoire m'a donné à réfléchir et m'a ouvert à de nouveaux questionnements, notamment sur la distance relationnelle au travers du toucher. Comment adapter l'implication corporelle entre le psychomotricien et son patient ? Qu'est-ce qui se joue de la relation thérapeutique à travers cette médiation ? Ces thèmes pourraient faire l'objet d'un travail de réflexion plus approfondi.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe. Manuel d'enseignement de psychomotricité, de boeck solal, 2011

AUSTRY Didier. « Le touchant touché- exploration phénoménologique du toucher thérapeutique », 2007

BALDWIN Michèle, STORA Nicole, DUCROUX-BIASS Françoise, « Entretien avec Carl Rogers sur l'utilisation du self en thérapie. », Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2/2009 (n° 10)

BALINT Michaël. Le médecin, son malade et la maladie. Bibliothèque Scientifique Payot, 1996.

BALLOUARD Christian. Le travail du psychomotricien. Collection psychothérapies, Dunod, 2006

BLOSSIER Christian. Hypertonie et difficultés d'ajustement postural comme révélateurs des troubles des interactions précoces chez le jeune enfant. Thérapie psychomotrice et recherches n°157, 2009

BONNET Gérard. Les mots pour guérir. Nouvelles édition revue et argumentée, petite bibliothèque Payot, 2011

BOUTINAUD Jérôme, JOLY Fabien, MOYANO Olivier, RODRIGUEZ Marc. Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique. Editions in press. 2014

BOWLBY John. Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent. Bibliothèque Albin Michel Idées, 2011

CEBULA Jean-Claude, GUILBERT Danièle, RAYNAUD. Les copains : liens d'amitié entre enfants et entre adolescents. Enfances & Psy 2, 2006, n°31

CLAES Michel. L'univers social des adolescents, paramètres. Les presses de l'Université de Montréal, 2003

CLERGET Joël. L'accueil des tout-petits. Erès, collection 1001BB, 2013

CLUZEAU Pauline. Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique. Mémoire en vue du diplôme d'état de psychomotricien. 2014

DELBROUK Michel. « Afin que la relation ne dérape pas... si on parlait d'éthique. Rôle de l'érotisation subjective dans la relation de soins ».

DELION Pierre, VASSEUR Roger. Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, Erès, collection 1001 BB, 2015

BRACONNIER Alain, MARCELLI Daniel. L'adolescence aux mille visages. Nouvelle édition revue et argumentée, édition Odile Jacob, 1998

DREYFUS Michel, LONDICHE Monique MEYER, Monique. Entre mots et toucher le corps en transfert. Relaxation psychanalytique méthode Sapir. Editions la pensée sauvage, 2005

DURAND DE BOUSINGEN Robert. La relaxation. Collection «que sais-je ? », sixième édition, P.U.F., 1980

GAUCHER- HAMOUDI Odile, GUIOSE Marc. Soins palliatifs et psychomotricité. Editions Heures De France, 2007.

GIROMINI Françoise. « Psychomotricité : les concepts fondamentaux », 2003.
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/PSMfonda.pdf>

GRAINDORGE Catherine. Amis ou copains, l'amitié chez les petits. Enfances & Psy 2, n°31, 2006

GUIOSE Marc. « Fondements théoriques et techniques de la relaxation »
chups.jussieu.fr

HALL Edward T. La dimension cachée. Editions du seuil, 1966

LE RUN Jean-Louis. La bande à l'adolescence. Enfances & Psy 2, 2006, n°31

LOCKHART Isabelle. « C'est toujours pareil ! »... variations toniques en relaxation. Thérapie psychomotrice et recherches n°157, 2009

NADEL Jacqueline, BAUDONNIERE Pierre-Marie. L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année, Collection Enfance, 1980, volume 33, n°1

<http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/04/pour-une-ethique-de-la-bienveillance.html>

<http://pacherie.free.fr/COURS/DEC/Nadel-pourlascience.pdf>

<http://patrickjdaganaud.com/9-SUR%20DEMANDE/z-%20LA%20FAMILLE/1-ESSENTIEL/0-BRONFENBRENNER-ELE%20MIL-GEN%207647.pdf>

http://psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc

http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.bilheran_a&part=126936

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/devPSMobs.pdf>

<http://www.psycho-ressources.com/bibli/appareil-a-penser.html>

<http://www.somapsy.fr/index.php/ru/texte-et-references/auteurs-referents/79-auteurs-referents/113-wihlem-reich?tmpl=component>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

POTEL Catherine. Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir. Editions Eres, 2013

REUFF Annie. Des maux aux mots... Quelle place pour la relaxation psychothérapique dans un service d'hospitalisation de jour en Médecine Physique et Réadaptation ? Mémoire pour le diplôme universitaire de relaxation psychothérapique. Année 2005-2006

RICARD Matthieu. Plaidoyer pour l'altruisme, la force de la bienveillance. Nil éditions, 2003.

ROBERT-OUVRAY Suzanne. Porter un enfant c'est un savoir être. Métiers de la petite enfance, Revue psychologie, 2000, n°59

ROBERT-OUVRAY Suzanne <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>

RUFO Marcel. Détache-moi ! Se séparer pour grandir. Essai. Anne Carrière, Paris, 2005

WALLON Henri. L'étude psychologique et sociologique de l'enfant. Enfance, 1959, vol. 12, n ° 3 - 4, Psychologie et Education de l'Enfance

WINNICOTT Donald W, La capacité d'être seul, Petite bibliothèque Payot, 2012

ANNEXES

Bilan psychomoteur de Tom.

Le bilan psychomoteur est passé à l'IMP en octobre 2015, je n'y assiste pas. Tom a 10 ans et demi. Il ressort que Tom a un retard global de développement.

Au niveau sensoriel :

- Le maintien du contact visuel est difficile (difficultés de fixation du regard et de poursuite oculaire, il papillonne). Le contact oculaire est de bonne qualité dans les moments de contentement. Il a une vision périphérique (balayage) mais il arrive quand même à atteindre son but, à réaliser une action précisément.
- Tom montre une certaine euphorie dans les activités polysensorielles. Il a tendance à s'enfermer dans une recherche sensorielle (lumière, son)
- Il est hypersensible aux bruits forts, il présente une réponse d'alerte aux bruits soudains. S'il y a beaucoup de bruit, il peut se boucher les oreilles. Dans ses premières semaines de vie, les bruits pouvaient déclencher des clonies.

Modalités vestibulaires : lors des changements de situations du corps dans l'espace, Tom recherche l'équilibre mais peut le perdre. Cette recherche d'équilibre est compliquée par la morphologie des membres inférieurs de Tom. Celui-ci porte des coques dans ses chaussures ce qui peut freiner le mouvement car il a les pieds plats en valgus et un varum des genoux. Son polygone de sustentation s'écarte pour maintenir l'équilibre, des mouvements légers de balancements compensatoires dans l'équilibre peuvent être remarqués.

Concernant la mobilité, Tom n'alterne pas encore les jambes pour monter ou descendre un escalier, il a cependant conscience des obstacles et de la pente, il se relève du couché-assis et du assis-debout. Il a acquis le 4 pattes, la marche autonome (à 6 ans et demi), la course n'est pas encore acquise de même que les sauts même s'il sont tentés sur le trampoline.

D'un point de vue tonique, Tom est hypotonique, il a une bonne extensibilité, ses mouvements sont spontanés et harmonieux.

Au niveau de la communication et du relationnel :

- Il utilisait le makaton avant son arrivée à l'IMP, il réagit aux gestes renforçateurs de parole, il essaie d'en produire par imitation, mais n'en a pas d'utilisation spontanée

- Il accepte facilement de venir en séance ainsi que la situation de test. Il est coopérant, participe volontiers aux activités, il communique facilement. C'est un garçon joyeux et affectueux qui s'adapte facilement aux situations proposées.
- Il a une bonne attention à l'autre, les échanges sont riches, des moments d'attention conjointe sont possibles. Les échanges avec les adultes sont essentiellement dans un comportement de type demande (d'objet, d'action ou d'aide) : pointer un objet pour l'obtenir, prend la main de l'adulte pour se faire comprendre, il n'a pas le langage mais sait faire appel à l'adulte quand il est en difficulté mais il ne l'invite pas à partager un jeu
- On note une bonne réaction au langage : il est capable de s'orienter vers le son de différents objets utilisés par l'examinatrice, il réagit à son prénom. Il ne dit pas « je » ni son prénom.
- Il comprend très bien les consignes simples et décomposées (une seule demande à la fois), il peut désigner l'objet nommé.
- Les échanges avec Tom sont possibles et nombreux, malgré son absence de langage, il est dans la relation, il a de nombreuses expressions du visage, utilisées à bon escient. Il a un bon niveau d'interaction sociale.
- Tom aime le contact physique, s'adapte très facilement dans un groupe d'enfants mais il peut parfois être envahissant avec les personnes proches.

Respiration : superficielle et plutôt haute, n'arrive pas à gonfler un ballon de baudruche mais peut former des bulles de savon avec son souffle.

Schéma corporel : Tom est conscient des parties du corps sur soi et sur autrui, il porte son regard sur la partie du corps désignée et montre les parties du corps sur l'examineur.

Il peut reproduire des activités simples comme boire, se coiffer, lever les bras, applaudir et les gestes nouveaux. Face au miroir, il a des réactions normales, peut s'y désigner et désigner l'autre.

Praxies : il présente des difficultés praxiques pour l'habillage mais il participe. Bonne habileté en motricité fine (visser, dévisser appuyer, coordinations bimanuelles, croisement de l'axe médian, pince pouce/index de bonne qualité). La prise de l'outil scripteur s'effectue à droite, il utilise toute la surface de la feuille pour l'écriture et fait attention aux limites de la feuille. Il est encore à la phase de gribouillage mais peut tracer des ronds. Tom est un enfant adroit et minutieux, il aime les activités fines, manuelles.

Tom est curieux, observateur, peut prendre de l'assurance et se mettre en danger mais il aime qu'on lui confie des tâches. Il joue peu, il aime les choses qui tournent, coulent

(comme l'eau du robinet), glisse (le sable, semoule) qui lui procurent une autostimulation.

Repères temporo-spatiaux : il est repéré dans l'institution, il sait aller seul dans la salle de psychomotricité.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction.....	3
I. La construction des relations d'un point de vue développemental et l'adaptation de la distance dans la relation.....	5
La création d'un lien chez le bébé	6
A- Au commencement, la première relation du fœtus se construit.	6
B- La naissance d'un petit être dépendant	7
C- Les interactions qui structurent le bébé.....	9
• Les interactions comportementales.....	9
• Les interactions affectives	11
• Les interactions fantasmatiques.....	12
L'enjeu relationnel de l'enfance	14
A- La permanence de l'objet.....	14
B- L'acquisition de la marche : un pas vers l'autonomie.....	16
C- La toute-puissance de l'enfant	17
D- Le langage, un extraordinaire séparateur	18
E- L'entrée dans un lieu de socialisation.....	19
F- Les copains.....	21
Le remaniement psychocorporel de l'adolescence	23
A- Le passage de l'enfance à l'adolescence	23
B- La séparation d'avec les parents : de nouveaux modèles identificatoires.....	24
C- La crise d'adolescence	25
D- Le groupe, création de nouvelles relations.....	25
E- Passage de l'adolescence au monde adulte.....	26
La relation chez les adultes.....	27
a- Les relations sociales.....	27
• Le microsystème.....	27
• Le mésosystème.....	27

•	L'exosystème.....	27
•	Le macrosystème.....	28
b-	L'espace dans les relations sociales	29
•	Distance intime.....	29
•	Distance personnelle	29
•	Distance sociale.....	30
•	Distance publique	30
II.	Adapter la distance dans la relation en psychomotricité.....	32
	Construction d'une relation thérapeutique	32
A-	Dans quelles mesures la relation est thérapeutique ?.....	32
•	Un symptôme à reconnaître.....	32
•	L'émergence d'une demande.....	33
B-	Le cadre comme préalable à la relation thérapeutique	34
•	Un socle commun à toute rencontre.....	34
C-	Une rencontre spécifique en psychomotricité	37
•	La rencontre par le corps	37
•	L'importance de la première rencontre.....	38
•	Le bilan psychomoteur	38
	Création d'une relation de confiance	40
A-	L'alliance thérapeutique	40
B-	L'attitude et les rôles du thérapeute.....	41
•	Bienveillance	41
•	Empathie	41
•	Fonction de rêverie maternelle	42
•	Fonction de contenance.....	42
	Une relation de confiance qui potentialise les capacités de Tom	44
A-	Présentation du contexte d'accueil.....	44
B-	Présentation de Tom.....	44
•	Anamnèse	44
•	Son parcours institutionnel.....	45
C-	La prise en soin en psychomotricité	47

• Bilan psychomoteur	47
• La première rencontre avec Tom	48
• Le ballon	49
• Se faire comprendre	50
• Changement d'activités.....	50
• Vers une autonomie	51
• Évolutions de la relation et du jeu	52
Une distance à ajuster dans la relation	53
A- Existe-t-il une distance thérapeutique ?.....	53
B- Transfert et contre transfert.....	54
• En psychanalyse	54
• En psychomotricité	54
C- Le patient qui met à distance	55
D- Le thérapeute qui met à distance	56
III. Rencontre avec l'autre en relaxation psychomotrice	58
Les prémices de la relaxation	58
A- Rappel Historique.....	58
B- La voie du psychologique	59
C- La voie du physiologique	59
D- La relaxation a induction variable (RIV) de sapir.....	60
• Le temps des inductions, une implication entière du thérapeute	60
• Le temps de parole, une mise en sens	61
E- Le toucher en relaxation.....	62
La relaxation, une médiation en psychomotricité.....	64
A- La médiation, une mise a distance relationnelle	64
B- Ce qui se joue de la relation en relaxation.....	66
• Le tonus musculaire	66
• Le dialogue tonico-émotionnel entre relaxant et relaxateur : une distance à ajuster ..	67
• L'aspect contenant de l'induction.....	68
• L'induction comme création	69
• Les différents effets physiologiques de la relaxation	69

C- Une relaxation en service mpr	71
• Cadre institutionnel	71
• La psychomotricité dans le service MPR.....	72
• Cadre des séances en psychomotricité	73
D- Le travail élaboré avec M. F.....	74
• Le premier entretien, préalable à l'alliance thérapeutique	74
• Le déroulement des séances	76
• Tensions dans le corps :	78
• Respiration	78
• Retour du patient.....	78
• Conclusions.....	79
Les limites de la relation thérapeutique en relaxation	81
A- Quand la prise en soin ne peut pas commencer	81
B- Quand la prise en soin doit prendre fin	82
• En raison du cadre institutionnel	82
• La non-implication du patient.....	82
• Limites du psychomotricien.....	83
Conclusion générale	85
Bibliographie	86
Annexes	89
Table des matières.....	92