

“ La mise en acte du corps ” : réflexion sur le chemin du psychomotricien dans la thérapie psychomotrice

Pierrick Santier

► **To cite this version:**

Pierrick Santier. “ La mise en acte du corps ” : réflexion sur le chemin du psychomotricien dans la thérapie psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078747

HAL Id: dumas-02078747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078747>

Submitted on 25 Mar 2019

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

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

Faculté de Médecine Sorbonne Université

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75634 Paris Cedex 14



« La mise en acte du corps »

Réflexion sur le chemin du psychomotricien dans la thérapie psychomotrice

Mémoire présenté par Pierrick SANTIER

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

Référent de mémoire :

Agnès BOUCRIS

Session Juin 2018

REMERCIEMENTS

À mon dernier pas j'embrassais la terre entière.
Le sommet mit fin au voyage, je me sentais au cœur sauvage,
La vallée fit fondre la montagne en rivière.
Entre deux cieux le jour fumait à la fenêtre.
Buvant le bleu du paysage, j'eus pour frère aîné un nuage,
Le vent nous portait d'ailleurs l'amour et les lettres.

Je tiens en premier lieu à remercier Agnès Boucris pour son encadrement et son aide édifiante durant la concrétisation de ce projet. Merci infiniment.

Je remercie Tiphaine Ruppert pour ses relectures précieuses.

Merci à Joelle Dubois pour sa disponibilité et ses compétences en anglais.

Je pense à tout les professionnels qui m'ont pris sous leur aile le temps d'un stage. Chaque expérience que vous m'avez permis de vivre est un cadeau inestimable. Merci pour la confiance et bienveillance portée à mon égard.

Merci à mes parents pour leur immense soutien, leur énergie et leurs nombreuses invitations. Merci aussi à ma sœur. Merci pour mon enfance, toutes nos disputes et retrouvailles, qui participent à ce que je suis. Merci, je vous aime.

Merci aux enseignants et intervenants de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière pour m'avoir emmené à la rencontre de mon « thérapeute intérieur ».

Merci à Nolwen Vouiller, chère amie et « secrétaire » durant ces trois ans.

Merci à mes amis : amis de toujours, amis d'un jour - à mes amis tout court.

Merci au merle dans la cour, qui par son chant raillait miraculeusement la pudeur du monde pour l'en soulager.

Merci à la belle qui me faisait relever fièrement la tête. J'étais comme une fleur sous un rayon de soleil - dévouée à se faire cueillir.

Merci à la patience qui, encore et toujours, nous fait compter et recompter les pas pour mieux apprendre la danse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I. PRESENTATION CLINIQUE : Rencontre et suivi d'Yvan.....	7
1. Le premier aperçu.....	7
2. Le cadre de la consultation	7
3. Premières séances.....	9
4. L'apport du Qi-Gong	13
5. Du Qi-Gong à la lutte	21
6. De la lutte à la relaxation.....	26
II. ÉLÉMENTS THÉORIQUES FONDAMENTAUX	30
1. Du processus d'individuation	32
2. Du rapport entre corps et esprit, entre acte et pensée.	38
3. De l'espace, le lien entre le patient et le thérapeute	39
4. Des processus d'interactions adaptatives.....	41
5. De l'importance du cadre thérapeutique	44
III. DISCUSSION	47
1. Expériences cliniques mémorables.....	47
2. Axes de soin et émergence d'hypothèses cliniques	53
• La thérapie psychomotrice : intrication entre jeu symbolique et mise en acte du corps	53
• Le soignant et le patient : faire place aux deux sujets	57
○ Co-construction et plaisir partagé	57
○ Continuité et solidité	59
3. Le thérapeute en thérapie psychomotrice.....	61
• La posture du psychomotricien en tant que thérapeute	61
○ Éléments préalables.....	61
○ La capacité d'écoute et mise en acte ajusté.....	63
• Cheminement et construction du thérapeute	65

- La formation au Diplôme d'État66
- Les expériences personnelles : du temps à soi, du temps pour soi.68

CONCLUSION72

BIBLIOGRAPHIE74

« L'action la plus réussie se produit quand le sujet se libère de lui-même, de sa volonté, de son attente, de son passé. Elle consiste alors en une absorption dans l'acte lui-même »

(BARROIS Claude, 1993, p.240)

INTRODUCTION

Depuis mon engagement dans le cursus de formation, il m'a plusieurs fois été demandé ce qu'était la psychomotricité. Mes expériences à la fois d'étudiant durant les travaux dirigés de conscience corporelle, expressivité du corps et relaxation notamment, ainsi que de stagiaire dans diverses structures de soin ont contribué à nourrir ma conception de cette pratique thérapeutique. La psychomotricité s'appuie sur un vaste domaine de compétences, une multitude de champs d'action et de lieux d'exercice. Les différents maîtres de stages qui m'ont accueilli ont tous présenté des particularités dans leurs prises en charge. Chacun a sa texture corporelle, sa manière d'engager la séance et d'entrer en relation avec le patient. J'ai vite compris que donner une définition générale de notre métier s'avérait un exercice à la fois délicat et dangereux. C'est comme si la psychomotricité ne pouvait pas se présenter en dehors de l'action.

La qualité d'exercice propre à chaque thérapeute semble être une étoffe brodée à partir de son parcours personnel, des caractères de sa personnalité et des connaissances théoriques sur lesquelles il s'appuie. Mais n'oublions pas la valeur de l'action ! Dans certaines situations, il m'est arrivé d'agir sans mesurer toute la portée de mon acte, comme instinctivement. Pour autant, ces moments-là ne sont pas des moments d'égarements, des temps perdus qu'il aurait fallu éviter. La qualité relationnelle nourrit la mise en acte. Selon la relation établie avec le patient, le thérapeute va agir et réagir différemment. Chaque séance ouvre sur un jeu nouveau d'ajustement et d'adaptation. Il me semble inconcevable que le psychomotricien puisse prétendre à la maîtrise parfaite de sa prestation soignante à partir du fait qu'il s'engage dans un partage interactif avec le patient, engagé lui aussi. Et si, justement, la puissance thérapeutique d'une prise en charge s'appuyait sur la nature non maîtrisable de ces actes ?

La rencontre avec le patient met en jeu divers éléments qui influencent la qualité de la relation, quels sont-ils ? Comment le psychomotricien peut-il s'appuyer sur des axes de soin qu'il instaure sans en chercher la maîtrise totale ? Quels moyens participent à la construction, la formation du thérapeute ?

Pour répondre à ces interrogations, je vais en premier lieu présenter le suivi d'un patient, le déroulé de sa prise en charge. J'apporterai ensuite des notions théoriques qui viendront soutenir notre discussion, où s'élaborera notre réflexion.

I. PRESENTATION CLINIQUE : Rencontre et suivi d'Yvan

1. Le premier aperçu

Yvan est un jeune homme de douze ans à l'époque où je le rencontre. En passant devant la porte ouverte de la salle d'attente, je l'aperçois pour la première fois. Il est assis les mains posées sur les cuisses, les jambes décroisées, avec les fesses au bord du fauteuil ce qui exacerbe la rondeur de son ventre. Un visage d'enfant, la douceur de la peau encore perceptible, joufflu au point d'avoir les yeux presque semi-fermés. Je me souviens de son regard, porté vers le sol, obscurci par une mine figée sans la moindre apparence de gaieté, qui laissait peine à savoir s'il était contrarié ou si la profondeur de ses pensées n'avalait la source de sa vitalité lumineuse. Il est habillé en jogging gris, avec des baskets noires aux pieds, comme s'il venait faire du sport : peut-être était-il dans un état d'extrême concentration comme un champion avant d'entrer dans l'arène ? À ses côtés se tient sa maman, une petite femme à l'allure rondelette qui papote au téléphone. Elle porte soigneusement son sac à main sur ses genoux, et ses cheveux frisés, son manteau coloré, ses joues maquillées, ses bracelets, ses bagues, sa montre, lui donnent une apparence plutôt coquette, dans un contraste saisissant avec l'allure avachie de son fils. Me vient alors cette image des mères dont l'énergie débordante de projets tire par la main leur progéniture en leur reprochant déjà de devoir tout faire à leur place.

2. Le cadre de la consultation

Yvan est né trois semaines avant le terme, par césarienne. Suite à une maltraitance à l'école primaire (le maître l'humiliait devant les autres élèves), il a commencé à faire des crises de boulimie et est devenu encoprétique. Il est suivi par un nutritionniste ainsi que par un gastro-entérologue depuis janvier 2017, mais il cache de la nourriture dans sa chambre et ne parvient pas à gérer ses crises. Les parents se sont séparés en janvier 2017, Yvan vit chez sa maman à Paris 16^e, il voit son père une fois par mois environ dans une maison de vacances en Eure-et-Loir. Les liens parentaux ont commencé à se distendre depuis quelques années. Une tension familiale qui a peut-être participé à l'apparition de la boulimie.

Yvan a peu d'amis. Il est actuellement au collège, scolarisé en classe ULIS TSLA (« Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire » pour élèves présentant des « Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages »). Après avoir redoublé sa 6^e, le voilà en 5^e cette année, mais il se montre désintéressé par l'école, affirmant qu'il n'aime pas écrire ni travailler. Il manifeste cependant un intérêt pour les matières scientifiques. La coordinatrice de l'ULIS a demandé un bilan cognitif afin de mieux comprendre son fonctionnement, réalisé début mai 2017. Les résultats au W.I.S.C. IV montrent qu'Yvan est dans la norme de sa tranche d'âge pour chaque échelle d'évaluation : compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail, vitesse de traitement. Cependant, des scores très hétérogènes en raisonnement perceptif (traitement spatial et intégration visuo-motrice) rendent le QI global incalculable, et éveillent une suspicion de dyspraxie. Aussi, un bilan psychomoteur est prescrit. Ce bilan est effectué fin mai 2017 par Audrey, psychomotricienne en cabinet libéral, dont je serai le stagiaire quelques mois plus tard. Yvan présente un équilibre un peu précaire (sur pointe des pieds, sur un pied, et marche avec polygone de sustentation resserré notamment), ainsi que quelques difficultés dans les automatisations gestuelles globales et dans les dissociations gestuelles, mais il a de bonnes capacités au niveau des différentes praxies (idéatoires et idéomotrices), de sa motricité fine, et de son organisation spatio-temporelle. Audrey remarque des réactions de prestance et tonico-émotionnelles importantes durant la passation, qui n'entravent cependant pas ses capacités. Notons qu'il se montre coopératif et volontaire durant les bilans.

Yvan est pris en charge en psychomotricité avec Audrey, à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine. Le projet thérapeutique est centré autour de son image du corps, il semble connaître son corps mais ne l'investit que très peu dans sa relation à l'autre. La psychomotricité, par une richesse d'expériences corporelles et un travail de détente psycho-corporelle, soutient l'élaboration psychique de certaines angoisses sous-jacentes, et pourrait ainsi intervenir dans la gestion des crises de boulimie et de l'encoprésie.

La salle de psychomotricité où Yvan est reçu n'est pas très grande, je dirais un rectangle de quinze mètres de surface environ. La porte d'entrée se situe dans un angle de la pièce. En entrant, on peut longer le mur à droite sans obstacle pour atteindre l'unique fenêtre qui se trouve en face de la porte. Contre le mur, côté fenêtre, est installé le bureau, ainsi qu'un fauteuil confortable qu'Yvan apprécie particulièrement. Un long placard occupe le mur à gauche quand on entre, qui

contient tout le matériel : jeux de société, pâtes à modeler, ballons, tapis, poupées, etc. Un petit hall d'entrée relie la salle d'attente et les cabinets de l'ostéopathe, du psychologue et de la psychomotricienne.

3. Premières séances

Lors des premiers temps, ne connaissant pas la façon de travailler de ma maître de stage, je reste plutôt en retrait, dans l'observation, tout en répondant à ses sollicitations ou celles des patients. En tant que stagiaire, il me semble intéressant de ne pas trop m'avancer en premier lieu afin de voir la place que le sujet souhaiterait me donner dans la séance, la curiosité ou non que je peux susciter chez lui, et comment il adopte ma présence. Pour autant, il ne s'agit pas là de timidité ou de réserve, mais bien de l'accueillir dans une qualité de présence rassurante, qui ouvre des possibilités de relation et d'interaction, en vue de répondre au mieux à ses envies, besoins, invitations ou incitations.

Audrey est au seuil de la salle d'attente, elle raccompagne auprès de sa maman le patient dont la séance vient de s'achever, et invite le suivant à entrer en séance. Je suis alors debout, dans la salle de psychomotricité, prêt à le saluer. Après quelques échanges de courtoisie qui me sont à peine audibles, je vois pour la première fois Yvan arriver en séance. Ses mains rangées dans la poche ventrale de son survêtement, il arbore un large sourire qui occulte à merveille le visage fermé que j'avais aperçu peu de temps avant. Audrey nous présente et je tends la main en souriant à mon tour, Yvan se montre ravi de ma présence.

Je remarque rapidement qu'il ne se tient pas droit, son dos a tendance à se courber et il cherche sans arrêt à s'appuyer contre le mur, sur le bureau ou dans le fauteuil. Il renvoie l'image d'un « nounours » face auquel il faudrait user de ruse et de matériels divers pour parvenir à le faire tenir en une position redressée, la mollesse de son corps l'empêchant de s'ériger pleinement. Pendant un premier temps de discussion avec Audrey, où ils échangent sur ce qui s'est passé depuis leur dernière rencontre et son quotidien à l'école, je me place entre les deux protagonistes, afin de former comme un triangle, un rapport équilibré des distances où chacun peut se voir et s'entendre ; je ne veux pas être l'ombre de ma maître de stage ni celle du patient. Yvan est dos posé contre le mur, les mains superposées au niveau des lombaires. J'observe durant l'échange plusieurs mouvements de rebonds, comme s'il se repoussait du mur mais qu'une force

irrésistible l'attirait inévitablement vers celui-ci. Des réactions tonico-émotionnelles traduisent une certaine anxiété dans la relation, qu'il disperse derrière des propos animés de plaisanteries et sourires en quête de complicité rassurante. Yvan m'interpelle plusieurs fois indirectement, ma présence l'interroge mais sa curiosité se tourne vers Audrey, elle lui rappelle qu'il peut aussi s'adresser directement à moi. Je réponds en m'adressant au jeune, ce qui l'incite à en faire autant. Je commence alors à exister dans la séance en tant que Pierrick et me détache du nom de « stagiaire », je sors de l'ombre d'Audrey. Yvan se montre très curieux, et lorsqu'il interroge ma vie privée je prends soin de répondre sans répondre : je lui renvoie la question ou j'use de cette formule : « À ton avis ? », invitant l'imaginaire à la discussion. Il m'est arrivé, devant ses insistances, de lui expliquer simplement que cela ne le concernait pas et que je tenais à ne pas lui révéler ma vie personnelle. Je marque ainsi une certaine distanciation : Yvan comprend que je ne suis pas son ami mais un élément de son cadre thérapeutique.

Il évoque soudainement une crainte de casser le mur. Effectivement, il s'agit d'un mur de fine épaisseur qui peut faire ressentir une légère déformation lorsqu'on s'appuie fortement dessus. Audrey se montre rassurante et explique que le mur peut supporter bien plus que ça. Une fois sur ses propres appuis, Yvan se dirige vers le placard pour prendre une petite boîte métallique et en sortir une étrange pâte bleue. Il est appuyé sur le bureau, après avoir précisé qu'il espérait que celui-ci ne casserait pas, et il malaxe la matière caoutchouteuse. Il éprouve un vif intérêt pour cette pâte, qu'il comprime dans le poing, relâche, admire la forme et les empreintes qu'elle retient, et malaxe encore pour en refaire une boule, puis comprime encore, etc. Je me lasse vite de le voir répéter en boucle sa séquence gestuelle. Il me rappelle les agrippements à une stimulation sensorielle que l'on observe fréquemment dans l'autisme, pourtant Yvan n'est pas autiste. J'essaye de l'inviter à varier ses productions, en demandant ce qu'il saurait modeler, représenter avec cette matière. Mais il continue à reproduire les mêmes empreintes internes de sa main et m'explique que cela pourrait être une poignée de moto, que les motards auraient besoin d'une poignée à la forme de leur main pour mieux maîtriser leur véhicule. Je note l'effort d'imagination, qui reste limité cependant.

Ma maître de stage lui présente deux bacs contenant chacun un sable cinétique (une matière chimique particulière composée à 99% de sablon, qui lui confère une certaine cohésion mais pas suffisamment pour préserver une forme),

l'un de couleur rose et l'autre de couleur verte à la consistance légèrement plus meuble. Yvan est alors debout au bureau et découvre ce nouveau matériau. Il passe son temps à malaxer le sable, compare le rose et le vert, en engouffrant ses mains dans les bacs sans la moindre appréhension. Ses yeux brillent, des rires surprenants crient sa jubilation et ses mains s'affairaient à dévorer le contenu dans un ressac sans fin, comme un pirate avare savourerait le trésor recherché toute sa vie durant. Il retourne ensuite le bac de matière verte sur une planche qu'Audrey avait précautionneusement déposé là, puis demande une fourchette et un couteau pour découper le pâté de sable en tranches. Yvan associe des idées gastronomiques, et parle de nourriture tout en répétant l'alternance de la découpe et de l'agglutinement. La séance se déroule ainsi, rien ne s'engage corporellement d'autre que ces gestes répétés avec la matière malléable. J'essaie de m'intéresser à son activité, j'aimerais l'aider à élaborer ce qui se joue là pour lui. Je questionne ses productions, et progressivement le jeune parle de diverses choses, sans toutefois abandonner son lien avec le sable. J'ai l'impression qu'il se présente à moi à travers ça, comme si son agrippement lui permettait de se recentrer et de mieux gérer sa relation avec l'autre. Il semble très intéressé par la science, la physique notamment, nous parlons de diverses matières ou objets scientifiques. Il rationalise beaucoup et l'imaginaire a peu de place.

Ma maître de stage sort la physio-balle du placard et lui propose de s'asseoir dessus. Elle vient l'aider à débarrasser le bureau, pour mieux l'accompagner dans la séparation de l'objet, puis lui explique ce qu'elle attend de lui. Il articule premièrement une sorte d'incompréhension, regrette de devoir ranger les sables, mais je suis surpris qu'il ne témoigne pas plus de frustration. Il se tourne vers la physio-balle et Audrey fait une démonstration d'équilibre. Il rigole en la voyant, ne semble pas certain de réussir l'exercice proposé, et questionne sur l'utilité de « ce truc ». Nous nous portons à ses côtés pour le rassurer, et Audrey lui explique que cette proposition vise à améliorer son équilibre. Au vu de l'intérêt d'Yvan pour les sciences, je me permets d'apporter quelques éléments plus techniques, notamment des notions anatomiques qui j'espère participeront à la compréhension et l'investissement de son corps. Il apprécie le travail d'équilibre proposé, mais ne bouge pas tellement, ne se risque pas beaucoup. La pauvreté de son activité spontanée sur le ballon m'inquiète, ne sait-il pas s'amuser ? Audrey propose la planche d'équilibre circulaire. Yvan se met debout dessus en se tenant à nous. L'exercice s'avère compliqué. Il rit beaucoup, mais ne semble pas rassuré : il nous prévient que s'il se fait mal ce sera de notre faute et répète plusieurs fois qu'il va

finir par casser la planche ou par tomber. La séance prend fin et je me sens plutôt perplexe face à ce qui s'est joué. Le plaisir qu'il trouve à malaxer la matière malléable prend beaucoup de place et l'investissement du corps dans la relation ou dans les propositions est très pauvre. Je retiens cette espèce d'angoisse qui survient lorsqu'il s'appuie sur le mur, le bureau ou sur la planche d'équilibre, cette peur de tout casser, de ne pouvoir être supporté. Je prends mes notes de la séance tandis qu'Audrey raccompagne Yvan en salle d'attente. Il a pris soigneusement le temps de me dire au revoir et de s'enquérir de ma présence la semaine prochaine. Je ne comprends pas comment il a pu passer autant de temps avec ce sable.

Les séances qui suivirent se passèrent globalement de la même façon : Yvan se saisit de la pâte bleue ou de la pâte à modeler, qu'il malaxe inlassablement. L'investissement corporel est difficile. Audrey use de son imagination pour mettre le jeune dans diverses situations. Ainsi, les jeux d'équilibres avec la physio-balle, le ballon plat (qu'il appelle « la galette »), ou encore la planche d'équilibre se répètent sans que je remarque de réels progrès pour Yvan. Nous jouons assis au sol aux « Dés dingues », un jeu où il s'agit de ramasser le plus rapidement possible, avant les autres joueurs, les dés de sa couleur. Il ne présente aucun trouble pratique ou visuo-spatial, et comprend parfaitement les règles du jeu. Je constate pendant le jeu une hypertonie des membres supérieurs, tandis que sa posture assise est « tassée », le buste semble s'écraser sur lui-même. Nous faisons parfois des courses sur les fesses qui ont tendance à l'épuiser très rapidement. Il interrompt régulièrement le jeu pour poser des questions, comme « à quoi ça sert ? », « franchement vous me faites faire n'importe quoi là, non ? », sa nervosité se traduit en rires incontrôlés. Je me saisis de cette proposition pour lui parler un peu plus de son corps, en reliant ses sensations pendant la course à des notions anatomiques : il découvre la dureté saillante de ses ischions. Cependant, il se détourne rapidement de mes propos, la question du corps est encore difficilement abordable.

Il ne s'oppose jamais aux propositions qui lui sont faites, mais ne semble pas toujours intéressé ou pris au jeu. Il agit toujours avec du recul et s'élance dans l'action en s'excusant déjà de ne pas y arriver ou en demandant quel intérêt cela peut avoir pour nous comme pour lui. Très vite, la notion de plaisir devient un objectif : Yvan mentalise beaucoup, aidons-le à lâcher prise, amusons-nous ! J'apprends, durant ces premières rencontres, de nombreux éléments de sa vie, il se raconte avec de plus en plus d'aisance. Aussi, je me familiarise à la pratique de

ma maître de stage, qui ne manque jamais d'imagination et de créativité dans ses propositions, mais dont les transitions entre celles-ci me semblent parfois brutales, limitant, selon moi, le caractère progressif et continu du déroulé de la séance. L'investissement corporel du patient ne dépend-il pas de la manière dont celui-ci est engagé dans chacune des suggestions qui lui sont faites ? Comment inviter Yvan à davantage d'engagement corporel à partir de son habituel agrippement aux pâtes ?

« Dans "envie" il y a "vie". J'avais envie, j'étais en vie. »¹

4. L'apport du Qi-Gong

Au sortir d'une séance comme tant d'autres - où les paroles s'activent à suppléer l'impuissance d'un corps traîné comme un fardeau -, je rencontre la maman d'Yvan. Bavarde, elle avait pour habitude de discuter avec Audrey jusqu'à l'arrivée de la patiente suivante qui était toujours en retard d'un quart d'heure. Cette fois-ci, la mère ne s'est pas privée d'avancer au seuil de la salle de psychomotricité, comme empressée de papoter. Elle se montre curieuse de ce qu'on fait en séance, me rapporte qu'Yvan lui a parlé de moi, qu'il apprécie venir ici et que c'est d'ailleurs à peu près le seul endroit où il est motivé à venir. Elle raconte qu'il passe son temps sur son téléphone ou l'ordinateur à jouer ou à regarder des vidéos, d'ailleurs son meilleur ami est un ami qu'il a rencontré en jouant en ligne. Elle lui reproche aussi de n'en faire qu'à sa tête, de ne faire aucun effort, de se comporter comme un bébé, etc. Si elle s'exprime plutôt sur un ton de légèreté, elle traduit clairement une certaine détresse. Elle ne comprend pas qu'à son âge il ne soit pas capable de venir seul en séance, qu'elle ait besoin de l'accompagner tout le temps, alors que le trajet en bus est direct. Elle se plaint ensuite de ses résultats scolaires, et ajoute en le regardant d'un air sévère qu'il est capable de mieux que ça. Yvan rigole et surenchérit en disant qu'il veut avoir l'appréciation « apathique » en gym, se défendant au passage de tout caractère infantile que pourrait lui attribuer sa maman puisqu'il est « volontairement mauvais ». Sur un ton railleur, elle lui demande alors « mais qu'est-ce qu'on va faire de toi ? », puis « tu sais ce que tu veux faire plus tard ? », ce à quoi il répond spontanément d'un ton plaisantin « je veux être moine ! ». Devant cette scène,

¹ Jean-Paul BELMONDO, *Pierrot le fou*, réalisé par Jean-Luc GODARD, produit par Georges de BEAUREGARD pour Rome-Paris Films, 1965. Cette citation apparaît à la onzième minute du film.

j'ai l'impression d'assister à un spectacle de théâtre, où deux comédiens jouent une scène de ménage qu'ils ont répétée déjà maintes fois.

« Je veux être moine »... Eurêka !

Yvan est en permanence sur un versant hypotonique, qui se traduit par des difficultés à se tenir dans son axe et par une recherche perpétuelle de points d'appuis pour se dresser. Dans la relation, il manque d'assurance et présente des réactions tonico-émotionnelles qui peuvent induire une hypertonie des membres supérieurs notamment et nuire ainsi à sa gestion de l'équilibre. Suite à l'échange avec sa mère, et au vu de ses difficultés, j'ai l'idée de proposer à Yvan des mouvements inspirés de Qi-Gong. Le Qi-Gong est une pratique corporelle chinoise d'origine Taoïste datant de plus de cinq mille ans, considérée par de nombreux pratiquants modernes comme une méthode qui permettrait d'améliorer la longévité. Ce n'est pas un art martial, puisqu'il n'y a aucune allusion au combat, pour autant, ses bienfaits sont fondamentaux pour les arts martiaux. Cela consiste à réaliser des mouvements lents, en alliant des images inspirées des éléments naturels, de la faune et de la flore. Chaque séquence gestuelle peut être coordonnée sur le rythme respiratoire, visant alors une harmonisation globale du corps et de l'esprit. Des notions énergétiques sont associées, puisque le Qi-Gong fait partie de la médecine traditionnelle chinoise, il est en lien direct avec les méridiens et centres d'énergie que l'on retrouve en acupuncture. Une pratique régulière aurait des vertus sur les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, viscéral et immunitaire. Je pense m'inspirer de cette pratique pour le travail de conscience corporelle qu'il peut offrir et ne suis pas en mesure d'aborder l'aspect énergétique qui, de toute façon, me paraît être dispensable dans cette prise en charge. Cette proposition apporterait à Yvan des expériences toniques et sensorielles susceptibles de nourrir sa proprioception, l'élaboration de son axe corporel et améliorer la gestion et l'harmonisation tonique de son corps. J'aimerais également soutenir l'activité de l'imaginaire en associant diverses images à la gestuelle. Audrey est ravie de ce projet.

La semaine suivante, Yvan arrive avec enthousiasme en séance, et s'adosse contre le mur après avoir retiré ses chaussures mal serrées d'un coup d'orteil. À nouveau, il pense qu'il va casser le mur. Tandis qu'il discute de sa semaine et de son désintérêt pour certains cours, notamment la gym, je lui rappelle ses paroles de la dernière fois : « de toute façon pour être moine tu n'as pas besoin d'être bon en gym, si ? Enfin, ça dépend de quel type de moine tu voulais parler ». Il dit ne

pas se souvenir avoir prononcé le souhait d'être moine. Cela le fait bien rire, puis il m'interroge : « parce que ça existe vraiment des moines qui font des enchaînements de gym qui n'servent à rien ? ». Je sais qu'il a en tête l'image des moines médiévaux religieusement reclus dans leur monastère à lire des textes sacrés à longueur de journée, alors je lui évoque les moines du temple de Shaolin. Yvan rigole encore, surpris peut-être de ne pas y avoir pensé plus tôt. Pour lui, ça n'a rien à voir avec les galipettes que son maître lui demande de faire en cours de gym, il a vu des vidéos et ces « moines » sont à ses yeux de véritables ninjas ! Je prends l'exemple du bébé qui passe par un long processus de développement avant d'arriver à marcher, pour expliquer le lien entre une simple galipette et des acrobaties de Kung-fu. J'en viens alors là où je souhaitais progressivement amener Yvan : Je lui parle du Qi-Gong, que je présente en quelques mots, et lui explique que j'aimerais qu'on en fasse ensemble. Nous parlons du également du Taïchi, qui est un art martial, contrairement au Qi-Gong. Nous échangeons sur ce qu'est un art martial, et il se montre opposé à l'idée de se battre. De plus, il a regardé des vidéos de Taïchi et c'est très lent, c'est trop facile à faire et ennuyeux. Je le rassure, il n'est pas question de se bagarrer, l'intérêt premier des arts martiaux est avant tout d'accéder à une maîtrise de soi et de son rapport à l'autre. Assez parlé ! Je le sens peu convaincu mais les mots n'y changeront rien, je lui propose alors qu'on commence par réaliser ensemble quelques mouvements de Qi-Gong. J'ajoute que si la vidéo était ennuyeuse à regarder, l'expérience de la mise en mouvement pourrait être beaucoup plus sensationnelle et l'invite ainsi à essayer.

Yvan est encore adossé au mur, mais je ne me décourage pas. Il souhaiterait poursuivre la discussion, et m'interroge sur ma pratique de Qi-Gong : depuis combien de temps ? Pourquoi ? Comment ? Où ? Je dois argumenter mon choix, lorsqu'il me demande « à quoi ça me sert de faire ça ? ». Je viens me placer face à lui, à la distance maximale que la largeur de la salle nous laisse, suffisante pour se voir des pieds à la tête. Je me mets en position, genoux déverrouillés, et je commence quelques mouvements de transferts d'appuis gauche-droite, en même temps que je réponds brièvement à ses questions. Je lui propose de se mettre dans la même position que moi. Je n'ai pas à insister pour qu'il se décolle du mur, et je prends un premier temps pour vérifier avec lui sa posture. Ses genoux sont verrouillés et il n'arrive pas à les relâcher. Il n'a pas l'air à l'aise lorsqu'il se tient debout par lui-même. Les tensions se dessinaient dans la raideur de ses jambes, de son buste, jusqu'à la nuque qui surplombait le marbre de ses épaules vissées à bloc. Je prends un premier temps pour préciser que le Qi-gong est un temps pour

soi, qu'il ne s'agit jamais de forcer ou de se faire du mal, juste de s'approprier à sa façon les mouvements proposés. Nous commençons par des mouvements très simples, je lui demande d'abord de reproduire le transfert de poids d'un pied à l'autre que je suis en train de réaliser. Les membres supérieurs ne sont pas encore évoqués, j'essaye à ce moment de mobiliser les chevilles, les genoux, la ceinture pelvienne et les hanches, dans l'espoir d'une détente des membres inférieurs et, progressivement, du buste. J'initie des rotations, à partir des chevilles, puis des hanches, comme si on dessinait des cercles avec la poitrine. Je propose enfin de faire des cercles avec les épaules, pour replacer les omoplates dans le dos. Je le sens de plus en plus attentif à ses ressentis. Je ne cesse de l'accompagner verbalement pour qu'il porte son attention à ses omoplates et son dos. Yvan tient mieux son axe. Je complexifie le mouvement : lorsque le poids passe d'un côté nous orientons le regard de ce côté en privilégiant la torsion du tronc, puis basculons le poids de l'autre côté et effectuons la torsion inverse. La dissociation des ceintures est difficile en premier lieu, mais, par mimétisme et une qualité d'écoute de ses ressentis que je n'avais osé espérer, il trouve son rythme et parvient à s'approprier le mouvement. Je n'ai à aucun moment évoqué la question de la respiration, pour ne pas compliquer davantage l'exercice. J'engage ensuite les membres supérieurs dans le mouvement du corps. Les gestes varient dans les différents plans de l'espace, nécessitant une qualité de coordination et d'attention importante. Il reconnaît rapidement la difficulté de la lenteur et effectue généralement des gestes saccadés, ou trop rapides, que l'hypertonie des épaules génère. Je viens plusieurs fois à son contact pour lui faire sentir ses os, je pose mes mains notamment sur sa colonne vertébrale comme pour matérialiser sa verticalité, ainsi que sur ses omoplates pour qu'il en ressente le glissement lors d'un mouvement de bras. Je viens effectuer des pressions sur ses épaules, ses hanches, ses chevilles, pour l'aider à ressentir son ancrage. Je le sens stable, plus solide sur son axe qu'aux premiers mouvements effectués. Je tiens à lui faire ressentir cette solidité : je me place face à lui, lui saisis les épaules et lui demande d'en faire de même. J'ai amorcé un jeu de poussées et repoussées dont Yvan se saisit avec plaisir ! D'abord j'initie quelques mouvements de transferts d'appuis latéraux puis dans le plan sagittal, mais très vite le jeune s'empare de la situation pour m'embarquer dans un rapport de force. « Enfin ! », me dis-je, il se lâche un peu et engage quelque chose de tout son corps ! Cependant, si le buste s'assouplit de mieux en mieux, la raideur des bras ne s'améliore pas. J'invite ma maître de stage, restée assise depuis tout ce temps à contempler la scène, à se joindre à

nous pour faire un exercice à trois : Audrey et moi portons chacun un bras de Yvan, qui est invité à les relâcher complètement. Nous prenons le temps et il parvient à se confier à nous. Nous commençons à mobiliser ses bras, l'idée est qu'il se laisse porter. Nous constatons quelques crispations au niveau des épaules surtout et quelques rares diffusions toniques comme s'il fallait que ses deux bras effectuent le même mouvement. Nous inversons les rôles, Yvan prend son rôle très au sérieux et se montre respectueux du partenaire qu'il mobilise. Nous avons ensuite, pour reprendre sa proposition du jeu de force, fait un jeu de contact où le jeune est au centre de nous trois, et nous venons le compresser de chaque côté en donnant notre poids sur lui, parfois lui-même vient donner son poids sur moi. Une sorte de danse contact s'élabore, nous laissons le contact des autres guider nos mouvements, le poids du groupe se transfère d'un côté à l'autre, rappelant les transferts d'appuis du Qi-Gong précédent. Au début je ne sentais pas son poids sur moi, il se penchait sans vraiment se poser, je fléchis alors mes genoux et courbe le dos pour rendre le contact plus dur, plus solide, et ainsi l'inviter à descendre plus bas, il finit par s'affaler sur mon dos. Je le porte ainsi et je joue comme un ressort à me redresser puis m'enrouler. Je sens qu'il se laisse faire, je le sens attentif à ce qui se passe. Il semble se délecter des écrasements que le poids de son propre corps lui fait ressentir, sous les flux gravitaires que je modulais selon mes redressements ou mes enroulements, - j'ai l'impression de malaxer une pâte, de la comprimer, décompresser, je la sens qui s'assouplit progressivement, et se prépare à prendre forme. La séance se termine ainsi. J'étais vraiment ravi de voir Yvan aussi présent et investir vraiment une proposition corporelle. Audrey était satisfaite également et nous constatons une meilleure tonicité de son axe corporel. À sa sortie sa mère lui fait d'ailleurs remarquer qu'il semble « grandi ». Après coup, j'ai fait le lien entre cette expérience où il se laisse porter, me donne son poids, sa confiance, avec ces moments où il craint de casser le mur ou la planche d'équilibre : il constate qu'il peut être porté, supporté, que je ne m'effondre pas sous son corps (le mur et la planche non plus).

La séance suivante, Yvan est très contrarié, suite à une discussion sa maman a confisqué son téléphone pour la semaine. Il entre dans la salle alors qu'Audrey est encore en salle d'attente à essayer d'écouter et d'écourter les paroles de la mère qui explique la sanction. Yvan ferme la porte, laissant sa psychomotricienne bloquée à l'extérieur : je l'ignorais encore jusque là, mais la porte est équipée d'un code qui bloque l'ouverture depuis l'extérieur. Audrey nous supplie de lui ouvrir, je laisse le jeune gérer la situation. Il savoure ce moment, puis ouvre la

porte et affirme alors que c'est moi qui ai voulu l'enfermer dehors ! Nous rions et je salue l'humour dont il fait preuve. Il devient plus à l'aise dans son rapport aux autres. Yvan se saisit de la pâte bleue. Audrey la prend à son tour de manière subtile durant la discussion de début de séance. Elle lui propose de refaire du Qi-Gong avec moi. Il exprime sa déception d'un large « Oh non ! », je lui rappelle alors qu'il avait eu la même appréhension la dernière fois, mais que finalement ça s'était bien passé. Je n'insiste pas plus, il vient se situer face à moi. Je ne peux m'empêcher de penser qu'il s'oppose pour le plaisir que cela procure, mais qu'il s'attendait à refaire du Qi-Gong aujourd'hui et qu'il était prêt pour ça. Je remarque qu'il se tient mieux que lors du début de séance dernière, les épaules sont moins crispées, l'axe est mieux soutenu, ses genoux sont toujours verrouillés cependant. Je lui dis ce que je vois, nous faisons la lecture de notre posture. Je le sens participatif, de bonne volonté, mais je sens aussi qu'il n'est pas bien aujourd'hui. J'ai l'impression de retrouver ce jeune encore inconnu que j'avais entrevu dans la salle d'attente auparavant, dont le corps inexpressif semblait résonner comme une coquille vide. Je rappelle que cette pratique est un temps pour soi, l'objectif est de se faire du bien. J'accentue légèrement ma respiration, je respire lentement et profondément comme pour l'inviter à en faire autant, sans verbaliser le geste respiratoire qui peut être difficile à coordonner sur certains mouvements, je préfère qu'il ne l'intellectualise pas et que cela vienne naturellement se poser sur le rythme du mouvement, ou réciproquement. J'oriente la pratique différemment que lors de la séance précédente : je ne focalise pas le travail sur l'importance des appuis pour ériger l'axe corporel, mais sur la détente de l'espace thoracique avant, zone siège des émotions. Je vise, comme un travail de relaxation, une détente psycho-corporelle pour aider Yvan à relâcher les tensions internes que les émotions du moment (colère et tristesse) génèrent. En Qi-Gong, on parle du « sourire intérieur », voilà ce que j'aimerais offrir au patient sur cette séance. Je propose un premier temps de « regard interne ». Lorsque je lui demande comment il se sent à cet instant précis Yvan répond sèchement : « mal », comme pour abrégé une introspection trop difficile. Je l'invite alors à se concentrer sur ses sensations, sans avoir initié de mouvement, juste dans cette position verticale. Je soutiens cet exercice verbalement en orientant son attention sur chaque membre ou articulation de son corps. Au niveau des chevilles, il demande qu'on fasse « les cercles comme l'autre fois », il avait apprécié cette proposition, je me réjouis de son intérêt mais aussi du fait qu'il se souvienne très bien de ce que l'on avait fait. Nous terminons la progression du « regard interne »,

puis reprenons, à sa demande, les mouvements circulaires à partir des chevilles, puis des hanches. Les genoux restent verrouillés, mais je ne viens pas l'embêter avec ça, pour ne pas le contrarier davantage. Je propose des mouvements de bascule du poids sur l'avant puis l'arrière du pied, en espérant résoudre sans l'aborder frontalement le verrouillage des genoux. Il va jusqu'à lever les talons ou le bout des orteils, et les genoux restent tendus. J'invite à moins d'amplitude, puis à ralentir le mouvement. J'évoque l'image d'une vague qui nous traverserait de bas en haut comme se propage une onde à la surface de l'eau, nous faisant basculer d'avant en arrière : le bassin suit l'appui des pieds, la ceinture scapulaire suit le mouvement du bassin, la tête suit le sternum, dans une ondulation lente, souple et perpétuelle. Yvan se montre très attentif à ses sensations et j'observe une ondulation de la colonne vertébrale de plus en plus fluide. Ses genoux restent raides et la tête ne suit pas la ceinture scapulaire qui semble tendue également. Cependant, j'observe une certaine détente générale, le souffle d'Yvan est plus profond et appuyé. Pour aider au relâchement de ses épaules, je viens mobiliser ses bras un à un, dont il me confie et le poids et la mobilité, en reprenant ce que nous avons fait lors de la précédente séance avec Audrey. Je lui demande, par l'intention, de visualiser « l'ouverture », l'espace au niveau du sternum que certains mouvements d'écartement du bras peuvent apporter. Je lui propose de mémoriser cette sensation, pour préserver au maximum cette « ouverture » lorsque je ramène le bras dans le plan sagittal. Yvan est très attentif, concentré. Je lui parle du mouvement des clavicules, que je viens tâter pour qu'il en ressente et la forme et la taille, et il tâte sur moi. Il se montre curieux des notions anatomiques, j'ai l'impression qu'une appétence à découvrir son corps apparaît progressivement. Je décris le manubrium ainsi que la triple articulation de l'épaule, puis par le contact je délimite ses omoplates et je mets en évidence leurs mouvements (en sonnette, élévation et rapprochement) par pressions dessus tandis qu'Yvan bouge ses bras lentement dans toutes les directions. Maintenant qu'il se représente un peu mieux sa ceinture scapulaire, j'invite Audrey à nous rejoindre pour faire un nouvel exercice par trois. Celui au milieu va devoir se pencher vers l'avant en cherchant à étendre l'espace entre le menton et la pointe du sternum, sans déplacer ses appuis, sans casser la nuque, sans creuser les lombaires. Pour cela, les deux autres participants vont apporter un soutien au niveau du bras, sous les aisselles, pour rassurer celui au centre et éviter une éventuelle chute en avant. Il s'agit vraiment, par l'intention, de trouver cette sensation d'ouverture. Je fais une première démonstration. En me penchant vers l'avant, je parle du soupir de

satisfaction, ce « Haaaa ! » qui permet une détente et ainsi de trouver cette « ouverture ». Je baille amplement, témoignant de la réussite de mon essai. Yvan essaye à son tour. Il a tendance à tirer ses bras vers l'arrière, mais ne se laisse pas soutenir. Je retrouve cette difficulté à se laisser porter par l'autre qu'il avait montrée précédemment déjà, mais que le jeu de repoussées avait permis d'apaiser. Il propose à Audrey de le faire, mais celle-ci refuse, précisant qu'elle n'est pas à l'aise avec ce genre de propositions. Yvan s'en saisit pour demander à faire autre chose. Je suis déjà très satisfait de son avancée durant ce temps, mais je propose qu'on refasse quelques mouvements de Qi-Gong pour clore cette activité. Je reprends la vague effectuée plus tôt, cette fois j'incorpore ce soupir de satisfaction sur le mouvement, pour accentuer l'inspiration, insuffler cette détente au niveau du sternum et maintenir l'intention de « l'ouverture » malgré un mouvement d'enroulement de la colonne. Le Qi-Gong étant fini, Audrey sort le jeu ABALONE sur le bureau et invite Yvan à faire une partie.

La séance suivante, le jeune prend à nouveau la pâte bleue dès son arrivée. Ce sont les vacances, mais il n'a pas l'air d'en profiter vraiment, il « ne fait rien », à part jouer sur ordinateur ou regarder des vidéos. S'ensuit une sorte de conflit générationnel où Audrey évoque ses vieux souvenirs de vacances à jouer à Colin Maillard avec des amis, tandis qu'Yvan n'y voit aucun intérêt, plutôt que regarder des vidéos. Quand il pose la question de ce qu'il va faire aujourd'hui, ma maître de stage lui subtilise la matière qu'il malaxe depuis déjà dix bonnes minutes et lui dit « Qi-Gong avec Pierrick ! ». Il exprime à nouveau une déception, mais cette fois il faut insister pour qu'il se lève du fauteuil et vienne se mettre en position, ce qui pouvait le mettre mal à l'aise et moi aussi. Le jeune ne s'investit plus de la même manière et je peine à lui donner l'envie de participer. Il n'est pas attentif, se déconcentre, se détourne de mes propositions et très vite je sens que ce temps n'a pas lieu d'être aujourd'hui. À trois, je propose de faire le jeu du balancier, où celui du milieu doit se pencher en avant jusqu'à ressentir l'appui de son partenaire face à lui qui le repousse vers l'arrière jusqu'à l'appui sur le partenaire situé derrière lui, qui le repousse à son tour, etc. Yvan apprécie fortement cette proposition, le revoilà à nouveau dans un temps de plaisir, qui me revitalise également. Nous inversons les rôles, Audrey se prête au jeu avec beaucoup de précautions, elle n'aime pas trop ce type d'engagement et n'est pas rassurée par le portage, mais Yvan se montre exemplaire : communicatif, rassurant et solidement stable dans son soutien ! Lorsque je suis au centre, je me montre très confiant envers Yvan et Audrey. Nous répétons l'exercice avec le bandeau sur les

yeux. Yvan prend de plus en plus d'assurance. La séance se termine sur un temps plus calme, où Audrey passe la balle à picots sur le dos du jeune tandis qu'il malaxe à nouveau la pâte. Il est calme et silencieux. Il aurait aimé que la séance dure plus longtemps, je me permets de lui demander ce qu'il aurait voulu faire s'il avait eu un quart d'heure de plus, ce à quoi il répond : « j'aurais joué avec la pâte ».

La tournure impérative donnée au Qi-Gong en début de séance a fait perdre son sens à cet engagement. Yvan a pu verbaliser que l'activité lui plaisait mais que la répétition systématique de celle-ci l'embêtait. J'ai pu en discuter avec ma maître de stage et je ne fais désormais plus de Qi-Gong systématiquement avec lui. Nous en referons peut-être si l'envie nous prend, mais je ne tiens pas à prévoir cette intervention. Le Qi-Gong « à tout prix » était le meilleur moyen de perdre l'intérêt du patient. Lors des séances qui suivent, Yvan participe volontiers aux activités qu'Audrey lui propose (assemblage d'une figurine anatomique ou du découpage de parties de corps dans les magazines pour les recoller et inventer un personnage, etc.).

Par un travail centré sur les appuis et la tonification de l'axe corporel, le Qi-Gong a participé à l'amélioration des postures d'Yvan. Cette proposition initiale a permis un toucher étayant le ressenti de l'ossature, d'un corps dur, stable, qui tient et peut repousser l'autre. Nous sommes enfin arrivés à des propositions corporelles où nous jouons et partageons du plaisir tous ensemble. Le Qi-Gong a permis d'amener progressivement des activités corporelles plaisantes que le patient a pu s'approprier et redemander par la suite. L'apparition de cette appétence, de cette envie de jouer de son corps, s'est faite dans un déroulé continu, par du toucher d'abord, des poussées ensuite, des appuis enfin. Il a pu se saisir de cette dimension relationnelle du corps qui lui faisait défaut et sur laquelle nous pouvons à présent nous appuyer durant les séances.

5. Du Qi-Gong à la lutte

La mère d'Yvan ne cesse de nous témoigner l'intérêt et le plaisir qu'il a à venir en séance. Celui-ci confirme qu'il aime venir ici et à chaque fois que nous nous disons « au revoir » il se plaint un peu plus que le temps passe trop vite. Nous constatons en tout cas qu'il investit de mieux en mieux son temps de prise en charge, notamment qu'il ose avec plus d'aisance se prononcer sur l'activité qu'il

veut faire. Son rapport aux pâtes se poursuit comme un rituel, mais ne dure plus éternellement. Yvan sait s'en séparer pour proposer d'autres jeux. Le plaisir n'appartient plus seulement au malaxage des pâtes, mais aussi au partage d'expériences corporelles, comme le jeu du balancier ou du transfert de poids l'un sur l'autre (inspiré de la danse contact), ou encore les jeux d'équilibre (avec la physio-balle ou la planche) dans lesquels je peux à présent venir dynamiser et complexifier la proposition (en jouant à celui qui tient le plus longtemps ; en essayant de le faire tomber sans le toucher ; en le faisant rebondir par pressions sur la physio-balle ; en mobilisant celle-ci sur laquelle il s'appuie dans toutes les directions, etc.). Le jeune m'investit beaucoup. À la fois il me projette une bonne image, de celui avec qui on s'amuse et rigole, qui fait confiance, qui s'intéresse à la science, celui qu'on sollicite dans les activités de « corps à corps ». Mais je remarque aussi qu'il prend un malin plaisir à me donner le rôle du persécuteur (je veux le tuer lorsque je menace de le faire tomber pendant nos jeux d'équilibre, je veux encore sa mort lorsque je retarde volontairement ma réception quand il se penche en faisant le balancier, je veux lui trouer la main lorsqu'il se plante maladroitement la fine pointe de mon stylo dans la paume en voulant le refermer) ou du persécuté (j'ai voulu enfermer Audrey dehors quand celle-ci demande qui est l'auteur de cette plaisanterie, je dis des gros mots lorsque certains lui échappent et j'ai une coiffure affreuse). Je prends ces rôles très au sérieux, je me dis qu'Yvan rejoue ses vécus de persécution, que par cela il apprend à s'en guérir. Je prends beaucoup de plaisir à sur-jouer ces personnages qu'il m'attribue. J'encourage ainsi le jeune à décharger son angoisse.

Face à cet investissement du patient à mon égard, Audrey me laisse de plus en plus carte blanche. Il arrive parfois qu'elle me laisse faire toute la séance seul avec Yvan. La première fois que cela arrive, c'est comme une nouvelle rencontre entre le patient et moi, puisque je suis référent du cadre en l'absence de ma maître de stage. Lorsqu'elle annonce qu'elle nous laisse seuls pour la séance, je sens l'effet de surprise résonner dans la salle.

Yvan est déjà affalé dans le fauteuil avec quelque chose dans les mains, une balle en plastique cette fois-ci. Je vais fermer la porte et viens m'accroupir au centre de la salle. Je prends un temps pour placer mon « sourire intérieur ». J'allonge mon expiration et dans l'énergie de l'inspiration, j'obtiens la vigueur nécessaire pour accueillir toute la misère du monde sur mes petites épaules. La séance commence. C'est un temps nouveau, qu'il me faut animer comme un

printemps redonne, dans une mouvance paisible, couleur et vitalité à un espace gelé.

J'aimerais savoir ce qu'Yvan veut faire, ce qu'il proposerait, lui offrir la liberté de choisir et voir s'il s'en saisit ou non. Je ne propose donc rien en première intention, je laisse le temps nous rassembler subtilement dans une élaboration commune. Je suis toujours au sol, au milieu de la pièce, face à lui. Je demande alors : « Qu'est-ce qu'on ferait aujourd'hui ? ». Il répond : « Je ne sais pas. » Puis dans un second temps, précipité comme s'il rattrapait des mots qu'il ne devait surtout pas laisser s'échapper : « Pas le Qi-Gong ! ». Je lui réponds que j'entends sa demande, pas de Qi-Gong aujourd'hui. Je l'interroge sur ses attentes, qu'espérait-il de cette séance avant d'arriver ici ? Il dit : « Bah rien », en continuant à malaxer sa balle. Je questionne encore : « Ok, alors tu resterais assis dans le fauteuil toute la séance à jouer avec la balle ? », il acquiesce. Je me redresse alors, calmement et j'extirpe la physio-balle du placard. Sans rien dire, je m'assieds dessus, au centre de la salle. Je commence à jouer tout seul, à essayer de tenir en équilibre. Yvan me regarde et dit : « Ah oui on pourrait jouer à ça ! ». Je lui dis « très bien » et fais rouler la balle jusqu'à lui, sans rien proposer, attendant de voir ce qu'il en fera. Le jeune lâche d'abord sa petite balle pour appuyer ses mains sur la physio-balle. Il la cale sous ses pieds et le voilà qui se pavane dans son fauteuil, avec un air provocateur. Il s'exclame alors : « Oh c'est trop confortable comme ça ! ». Je lui dis en fronçant les sourcils que je pensais qu'on jouerait ensemble et que si c'était pour faire ça je l'aurais gardée pour jouer avec. Il me regarde en souriant, je comprends dans son regard qu'il s'est saisi de ma « jalousie » et je sens qu'il m'interpelle pour engager un jeu. Aussitôt, je m'avance avec mon costume d'envieux colérique pour venir à ses pieds lui subtiliser l'objet de convoitise. Je joue l'effort physique de traction pour prendre le ballon, veillant à faire durer la confrontation et il appuie autant qu'il peut avec ses pieds pour m'empêcher de le prendre. Yvan s'amuse de la situation, il rit aux éclats, et j'oscille entre sourcils froncés et rires complices. Je finis par prendre mon butin, que je place précautionneusement dans l'angle opposé de la pièce. Je provoque à mon tour le jeune : s'il veut récupérer la physio-balle, il n'a qu'à venir la chercher. À ce moment là, je sors un tapis que je déploie au sol, prévenant la « bagarre » à venir. Le patient se lève du fauteuil, et s'avance vers moi. En approchant, il se tourne vers le placard entrouvert où il trouve Prospère, une poupée chevelue, en texture de peluche, habillée d'une salopette bleue. Il la saisit et la déshabille violemment. Yvan éclate de rire quand il voit qu'il s'agit d'une

poupée sexuée, masculine. La présence du sexe l'a surpris et étonné. Il se met ensuite à la frapper. J'interviens immédiatement et lui retire l'objet martyrisé des mains, de peur qu'il ne l'abîme. Je lui parle du cadre de la séance et évoque les trois règles à respecter : « Je ne me fais pas mal, je ne fais pas mal à l'autre, je n'abîme pas le matériel ». Pour autant, je ne veux pas interrompre la lancée sur laquelle nous étions et je présente Prospère comme mon ami, je le protégerai si quiconque lui veut du mal. Je lui propose de frapper dans mes paumes de mains (nous n'avons pas de gants de boxes et la construction d'un punching-ball s'avère laborieuse). Nous voilà engagés dans un jeu où je mets mes mains dans mon dos et lorsque je présente une paume il doit taper dedans le plus rapidement possible. Il rigole bien mais s'engage timidement, il a peur de me faire mal. Je l'encourage à frapper un peu plus fort, suffisamment pour que ses gestes soient francs et plus précis, le rassurant au passage que s'il me fait mal je le lui dirai. Je constate qu'il tient très bien son axe, présente une bonne régulation tonique, et ajuste ses coups. Ce jeu lui plaît beaucoup et je prends également du plaisir à varier mon rythme et les positions de mes mains dans l'espace, pour le surprendre et le pousser à être particulièrement attentif. Je m'avoue vaincu et lui offre la physio-balle en récompense. Yvan s'installe dessus, et commence à jouer des équilibres. Je lui propose de me mettre derrière lui, pour mobiliser la balle comme nous avons pu déjà le faire dans des séances précédentes. Il répond en souriant : « Non, vous allez encore me faire tomber ! ». Était-ce là sa façon de dire oui et me signifier qu'il espérait qu'on rejoue à ce jeu ? Je prends sa réponse pour une négation et je me dis qu'il est temps d'amener de la nouveauté dans nos jeux d'équilibre. Je sors alors un drap du placard et le passe dans le dos du patient, en prenant soin d'envelopper la balle aussi. Je suis assis sur mes talons face à lui, et je tiens fermement les bouts du drap pour le contenir. Je lui propose de se laisser porter, de partir en arrière et de sentir l'appui que le tissu lui offre. Le jeune rigole beaucoup. À la fois il se montre méfiant en répétant dans un sourire amusé « mais vous allez me faire tomber ! », à la fois il se relâche progressivement et me montre de moins en moins de résistance. Il semble trouver un certain confort et se laisse aller davantage en arrière. Je le fais bouger dans diverses directions. Les inclinaisons latérales lui demandent un recrutement tonique plus important pour résister à l'appel de la chute. Je joue avec lui, jusqu'où pouvons-nous aller avant la chute ? Je finis par amener suffisamment d'amplitude d'inclinaison pour créer son déséquilibre. Je veille à l'accompagner dans la chute, le tissu me permet de le retenir et de le faire tomber délicatement au sol. Allongé au sol, il rie aux éclats :

« je le savais ! Mais vous voulez me faire mal ! ». Il s'installe à nouveau sur la physio-balle et m'invite ainsi à recommencer le jeu. Il maintient cette fois un pied à terre. À fur et à mesure, je sens qu'il résiste de plus en plus à mes mobilisations. Soudain, il se met à pousser du pied en me disant « haha vous n'allez pas pouvoir me tenir longtemps ! », et un jeu de repoussés s'installe entre nous. Il pousse fort vers l'arrière et je le retiens grâce au tissu qui l'enveloppe. Yvan teste les limites. Je l'amène plusieurs fois au sol en l'accompagnant délicatement et nous répétons l'expérience. Il rigole et prend beaucoup de plaisir dans ce jeu d'opposition. Une idée me vient alors : j'évoque le rapport de force qui nous lie depuis tout ce temps et ajoute qu'il faut en découdre, affrontons-nous ! Puisqu'Yvan semble apprécier les jeux de poussée-retenue-tirée, je propose que nous fassions de la lutte. Je précise les règles du jeu : pas le droit de donner des coups (juste se pousser ou se tirer), autorisation d'utiliser la physio-balle, le gagnant est celui qui sort des limites du tapis les deux épaules et l'intégrité du bassin de son adversaire, c'est Prospère qui arbitre. J'en profite pour rappeler le cadre de la séance : je ne me fais pas mal, je ne fais pas mal à l'autre, je n'abîme pas le matériel. J'installe l'arbitre en position assise sur le fauteuil, le salue et invite Yvan à faire de même. Il salue alors Prospère d'une tape sur la joue, je le reprends et lui demande de respecter l'arbitre. Nous voilà à genoux sur le tapis, la physio-balle posée entre nous deux, les mains prêtes à s'en emparer. Par mes talents de ventriloque, Prospère déclare le début du combat d'un magnifique « Hajimé ! ». Et nous voilà dans un jeu de lutte, ensemble. Je pousse la physio-balle contre mon adversaire, afin de le déséquilibrer. Yvan tient son équilibre et résiste à mes poussées. Très vite, nous nous empoignons par les épaules, les bras ou le torse. Dès que le patient est allongé au sol je m'empare de la physio-balle pour l'écraser avec. Parfois je viens le compresser en m'allongeant directement sur lui. Je m'étale aussi parfois, en cédant à ses poussées, à la fois pour l'encourager à continuer, mais surtout pour différer la fin du round et prolonger le plaisir de jouer ensemble. Nous nous amusons beaucoup. Le jeune semble particulièrement apprécier les temps où je l'écrase, j'ai parfois l'impression qu'il s'étend exprès sur le tapis. Je propose des poussées de plus en plus intenses, ce qui l'invite à s'impliquer de plus en plus franchement. Il a de la force et je valorise ses capacités. Il invente des noms de techniques, comme la « technique du Wrap » lorsqu'on roule sur le tapis, ou encore la « technique de la crêpe » qui consiste à s'allonger au sol pour ne pas se faire déséquilibrer. Il va jusqu'à verbaliser « technique de la crêpe ! Ca y est je suis ancré tu ne pourras pas me bouger de là ! ». Effectivement je peine à le retourner

lorsqu'il emploie cette technique, et il s'amuse de me voir utiliser la « technique de décollage de la crêpe ! » pour y parvenir. Yvan me provoque : « Oh t'es pas un vrai Breton, tu ne sais même pas retourner une crêpe, t'es un Normand ! », et je sur-joue la colère et la rage. Nous nous amusons et je suis ravi de voir à quel point le jeune est engagé dans le jeu. Nous jouerons trois rounds, dont il sortira vainqueur deux fois. Nous transpirons, faisons des pauses régulièrement pour reprendre notre souffle, rigolons souvent. À l'issue des trois rounds, Yvan souhaite montrer ses talents de lutteur à Audrey, qu'il s'empresse d'aller chercher dans la cuisine. À peine est-elle entrée dans l'arène, que le jeune la défie pour un combat. Je répète les règles du jeu, le cadre de la séance et demande aux joueurs de saluer l'arbitre. Prospère crie « Hajimé ! » et le combat commence, et se termine aussitôt. Audrey a sorti Yvan d'un mouvement de hanches. Le perdant est surpris, mais le vainqueur aussi, qui se plaint du manque d'engagement de la part de son adversaire. Celui-ci demande sa revanche sans plus attendre. Le second combat dure exactement cinq secondes. Nouvelle victoire de ma maître de stage, qui ne fait pas semblant. Yvan me demande de la défier. Je gagne le combat. Et nous expliquons au patient que peut-être il s'engage moins contre elle, qu'il n'ose pas montrer tout ce dont il est capable. Nous nous affrontons à nouveau, je sens un engagement plus lâche, peut-être que le regard d'Audrey perturbe mon adversaire. Après avoir suffisamment différé la fin du round, je finis par l'emporter. Yvan est essoufflé, épuisé. Et ça me fait un bien fou de le voir comme ça. Son souffle et la rougeur de ses joues laissent transparaitre le tumulte d'un cœur qui dansait, tambour battant, plus vivant que jamais.

6. De la lutte à la relaxation

Cette séance a ouvert un espace précieux au patient. C'est comme si une porte s'était ouverte et qu'un nouvel horizon s'offrait à lui.

Il arrive régulièrement qu'Yvan demande à « faire un round », soit d'entrée de séance, soit après une partie de jeux de société ou une activité manuelle qu'Audrey avait initiée. En fait, il ne demande pas seulement, il se lève et installe lui-même le cadre de la séance : le tapis au sol, la physio-balle et même Prospère, qu'il continue toutefois à maltraiter ! La lutte permet au jeune de comparer nos corps. Je suis plutôt maigre, lui plutôt rond. Il me fait souvent des remarques sur la dureté de mon ventre ou de mes bras. Je m'en saisis alors pour aborder quelques

notions anatomiques et nous tâtons l'un sur l'autre nos muscles. Je prends soin de délimiter par le toucher son biceps, son mollet, ses trapèzes et appuie en pince pour qu'il en ressente la dureté à la contraction. Yvan découvre qu'il est musclé aussi !

Lors d'un round, je l'attrape pour lui faire un « petit paquet », c'est-à-dire placer mon torse contre son dos, attraper ses tibias, et serrer pour le comprimer en position enroulée. Il appelle cela la « technique du samoussa ». Il est pris d'un grand rire la première fois que je lui fais, disant que « c'est bien et ce n'est pas bien à la fois, on se sent compact ». La verbalisation des ressentis est toujours difficile pour Yvan, qui peine à trouver ses mots mais étrangement ne semble pas tout à fait les chercher.

Lors du jeu de lutte, je me sers beaucoup de la physio-balle pour l'écraser et repasser les contours de son corps. Aussi, quand le jeune demande des « entractes » (temps de pause pour reprendre son souffle) en restant allongé sur le tapis, il m'invite à lui rouler le ballon dessus. Il nous arrive ainsi de commencer une séance par de la lutte et de la terminer par un temps de relâchement, un temps calme, où l'immobilité procure un contraste saisissant avec les mouvements fluides internes et la pulsation du cœur. Nous avons pu entamer un travail de relaxation, qui clôt souvent nos séances. Yvan alterne à chaque fois son choix du thérapeute pour ce temps. Audrey emploie l'huile de massage et propose un toucher plutôt lisse, intéressant la continuité de l'enveloppe corporelle. Je propose un toucher plus appuyé, par pressions, qui vient contacter la structure interne du corps, musculaire ou osseuse. Yvan s'allonge toujours les bras le long du corps, parfois sur le dos, parfois sur le ventre, la tête tournée en direction de la fenêtre. Il a toujours ce regard à l'intensité mystérieuse, qui connecte sans vaciller la lumière du jour extérieur et la sombre énigme que ses sensations internes lui posent. Il est très réceptif aux propositions de relaxation que nous lui faisons. Il semble parfois même comme revenu d'un au-delà, un peu perdu par le retour à la verticalité et à la réalité. Les temps de verbalisation sont très brefs. Ses réponses courtes se résument à « oui », « non », « bien », « ça va », ce qui nous procure parfois le sentiment qu'il n'est pas encore revenu à lui.

Un jour, Audrey n'est pas en forme et s'allonge sur le tapis dès l'entame de séance. Elle demande à Yvan de lui faire la relaxation. Je suis un peu stupéfait. Vaut-il oser, comment ? Le jeune ne s'y attendait pas, pas plus que moi, et ne parvient pas à dissimuler son stress. Il se tourne alors vers moi pour me solliciter comme

« acolyte », et ajoute en riant que je serai chargé de lui faire le café. La touche d'humour vient apaiser un peu la situation. J'accepte volontiers. Je l'encourage et m'engage à suivre ses propositions. Nous convenons qu'il se charge de l'hémicorps droit, je m'occupe du gauche. Tandis qu'Audrey fait la « poupée de chiffon », confortablement installée, Yvan vient mobiliser son bras. Il rit en même temps qu'il agit, il peine à canaliser ses émotions. Je suis tout ce qu'il fait, mais ne plaisante pas, ne rie pas avec lui. Je prends à cœur mon rôle de thérapeute, et j'espère amener le patient dans le même état que moi. C'est vraiment une situation étrange, où les rôles s'échangent, c'est le patient qui soigne son thérapeute. Les gestes du jeune sont trop précipités, il n'arrive pas à se poser. Audrey lui demande de s'appliquer un peu plus. Je l'invite à prendre le temps de bien placer ses appuis, trouver une posture confortable pour lui et, ensuite, à réaliser calmement les mobilisations. Il passe beaucoup de temps sur les mains, puis les doigts. Il fait le ballant des bras en les suspendant par la main ou par deux doigts. À l'issue de cette relaxation, nous discutons longuement, notamment du rapport entre soigné et soignant. Il faut prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre. Yvan était trop excité pour inviter son patient à la détente. Le rapport avec le corps de femme a peut-être été gênant ou inquiétant pour lui. Je lui explique que le toucher n'est pas toujours nécessaire dans un travail de relaxation. Ainsi, je clos la séance en lui proposant la relaxation progressive de Jacobson.

La prise en charge d'Yvan se déroule par des alternances de moments à niveau tonique élevé et des temps de relaxation. Pour ce qui est des débuts de séance, nous jouons à des jeux de société, jeux d'équilibres ou à la lutte, ou encore le judo que nous avons essayé pour changer. Nous avons aussi pu jouer au foot, alors qu'auparavant il prétendait détester ce sport. Audrey le provoque parfois, pour qu'il s'énerve un peu, pour qu'il s'oppose à elle, qu'il dise « non » avec conviction. Je me souviens de ce moment où elle essayait de le faire crier. Effectivement, nous en avons discuté tous les deux et nous souhaitions le voir user de sa voix avec force. Audrey trouve le cri intéressant peut-être plus pour l'aspect « affirmation de soi », tandis que moi je pense davantage aux sensations vibratoires que cela procure. Ma maître de stage est alors en train de le provoquer, lui faire des picotements, le bousculer, etc. Yvan rit et la repousse, mais ne donne pas de la voix. Dans son conflit avec Audrey, il me tourne soudain le dos. Je m'empresse de venir lui tapoter dans le dos avec la paume de ma main. Son souffle fait comme un hoquet à chaque fois que je tape, et il se met alors à sortir un son continu : « Haaa-a-a-a-a-a-a-a ». Ainsi, il répète ces sons entre ses larges rires qui

résonnent encore entre les murs. Je ne m'arrête pas de jouer mes percussions, en variant mes rythmes, et lui demande de chanter plus fort ! Yvan se lâche complètement. Il suffisait de taper dans son dos pour le faire craquer. À fur et à mesure, le jeune s'allonge, et se détend. La puissance vibratoire a ouvert la résonance de son corps.

Plusieurs changements sont observables aujourd'hui dans les comportements d'Yvan. Ses postures sont plus saines et ergonomiques. Il s'est progressivement détaché des pâtes, qu'il ne saisit plus systématiquement en arrivant en séance. Il est désormais capable de venir en séance et de repartir tout seul, sa mère ne l'accompagne plus dans tous ses trajets extérieurs. Il montre une plus grande assurance dans son rapport aux autres, il n'a pas peur de s'opposer aux autres. Il est plus sûr de lui donc plus compréhensible, plus clair dans ses propos. Il investit son corps dans la relation et dans le jeu. Il s'intéresse à celui-ci comme à un instrument complexe. Il arrive à partager du plaisir dans l'engagement corporel - les écrans ne sont plus l'unique source de plaisir. Sa note en sport a été multipliée par 30, avec un 15/20 en escalade au second trimestre - inespéré quand on sait qu'il a eu 0.5/20 en gym au premier trimestre et qu'il visait l'appréciation « apathique ». Il questionne son avenir, en abordant des sujets de professions, de voyages, etc. Enfin, Yvan voit parfois des amis pendant ses vacances.

Cependant, l'imaginaire et la créativité restent limités, la boulimie et l'encoprésie persistent. La prise en charge continue pour poursuivre la mise en jeu de certaines angoisses.

II. ÉLÉMENTS THÉORIQUES FONDAMENTAUX

« Durant la plus longue période de l'histoire humaine - on l'appelle la préhistoire - on jugeait de la valeur et de la non valeur d'un acte d'après ses conséquences. L'acte, par lui-même, entraînait tout aussi peu en considération que son origine. [...] l'effet rétroactif du succès ou de l'insuccès poussait les hommes à penser bien ou mal d'une action. Appelons cette période la période *prémorale* de l'humanité. L'impératif « connais-toi toi-même » était alors encore inconnu. Mais, durant les derniers dix mille ans, on en est venu, peu à peu, sur quelques grandes régions du globe, à ne plus considérer les conséquences d'un acte comme décisives au point de vue de la valeur de cet acte, mais seulement son origine. C'est, dans son ensemble, un événement considérable qui a amené un grand affinement du regard et de la mesure, effet inconscient du règne des valeurs aristocratiques et de la croyance à l' « origine », signe d'une période que l'on peut appeler au sens plus étroit, la période *morale* : ainsi s'effectue la première tentative pour arriver à la connaissance de soi-même. Au lieu des conséquences, l'origine. Quel renversement de la perspective ! Certes, renversement obtenu seulement après de longues luttes et des hésitations prolongées ! Il est vrai que, par là, une nouvelle superstition néfaste, une singulière étroitesse de l'interprétation, se mirent à dominer. Car on interpréta l'origine d'un acte, dans le sens le plus précis, comme dérivant d'une *intention*, on s'entendit pour croire que la valeur d'un acte réside dans la valeur de l'intention. L'intention serait toute l'origine, toute l'histoire d'une action. C'est sous l'empire de ce préjugé qu'on se mit à louer et à blâmer, à juger et aussi à philosopher, au point de vue moral, presque jusqu'à nos jours. - Ne serions-nous pas arrivés, aujourd'hui, à la nécessité de nous éclairer encore une fois au sujet du renversement et du déplacement général des valeurs, grâce à un nouveau retour sur soi-même, à un nouvel approfondissement de l'homme ? Ne serions-nous pas au seuil d'une période qu'il faudrait, dans un premier temps, dénommer négativement période *extra-morale* ? Aussi bien, nous autres immoralistes, soupçonnons-nous aujourd'hui que c'est précisément ce qu'il y a de *non intentionnel* dans un acte qui lui prête une valeur décisive et que tout ce qui y paraît prémédité, tout ce que l'on peut voir, savoir, tout ce qui vient à la « conscience », fait encore partie de sa surface, de sa « peau », qui, comme toute peau, *cache* bien plus de choses qu'elle n'en révèle. Bref, nous croyons que l'intention n'est qu'un signe et un symptôme qui a besoin d'interprétation et que ce signe possède des sens trop différents pour signifier quelque chose par lui-même. Nous croyons encore que la morale, telle qu'on l'a entendue jusqu'à présent, dans le sens de morale d'intention, a été un préjugé, une chose hâtive et provisoire peut-être, à mettre au rang de l'astrologie et de l'alchimie, en tous les cas quelque chose qui doit être surmonté. » (NIETZSCHE Friedrich (1886), 2016, p.104-105)

Des nombreuses définitions du terme « acte », je retiens particulièrement celles-ci (d'après Larousse.fr) : manifestation concrète de l'activité volontaire de quelqu'un, considérée en tant que fait objectif et accompli ; toute action humaine adaptée à une fin, de caractère volontaire ou involontaire, attitude ou disposition d'esprit à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose ; (Philosophie) chez Aristote, notion opposée à celle de puissance et qui consiste dans la réalisation d'une activité jusque-là restée potentielle². L'acte se résumerait en l'expression vivante de l'être humain, volontaire ou non, qui ouvre l'accès à la fois au monde environnant et à soi-même.

La réflexion de F. Nietzsche en introduction m'intéresse sur plusieurs plans. En premier lieu, la valeur de l'acte renseignerait sur la santé, ou du moins sur la capacité d'adaptation de celui qui agit. Le jugement de cette valeur, selon l'intention qui est à l'origine de l'acte, a apporté à l'homme un premier regard sur lui-même. La « période morale » est marquée par l'appétence de la connaissance de soi. Cependant, résumer l'acte à son intention originelle ne semble pas en mesure de nous apporter cette connaissance, seulement une image superficielle de celle-ci. L'essentiel est peut-être dissimulé dans la part non-intentionnelle de l'acte. Si notre « agir » nous définit, ne sommes-nous pas un tout : à la fois l'intention originelle, consciente et/ou inconsciente, les conséquences (perçues ou non) de l'acte et l'art et la manière de tout ce que nous nous voyons faire et de tout ce qui nous échappe, au moment même de la réalisation de notre acte ?

S'affairer sur l'origine ou sur les conséquences de l'acte, c'est s'interroger sur le *pourquoi* de l'acte. Or il semblerait que nous devions davantage nous intéresser au *comment* de l'acte. Voilà peut-être le message que je perçois dans ces mots du philosophe allemand. En psychomotricité, nous nous intéressons à l'individu dans tout ce qu'il est, par ce *comment* : comment se sent-il ? Comment se présente-t-il ? Comment se vit-il, qu'est-ce qui le caractérise, lui particulièrement ? Comment vit-il son handicap ou sa pathologie ? Comment habite-t-il son corps ? Comment nous investit-il ? Comment l'accueillons-nous, quelle présence a-t-il pour nous et laquelle avons-nous pour lui ? Etc.

Mais alors, comment pouvons-nous savoir ce *comment* ? F. Nietzsche nous évoque la nécessité d'un « nouveau retour à soi-même ». Qu'est-ce que cela signifie concrètement ? Certains auteurs viennent nous éclairer sur ce sujet.

² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acte/878?q=acte#873>

1. Du processus d'individuation

Le retour à soi implique en premier lieu de connaître quels processus de développement nous forgent en tant qu'individu.

Dans le ventre de la mère, le fœtus grandit confortablement. Les eaux maternelles le contiennent, le soutiennent et le protègent. Il est en état fusionnel avec sa maman, dont il partage l'oxygène et les nutriments via le cordon ombilical. Dès le troisième mois de grossesse, les premiers organes sensoriels deviennent fonctionnels (mis à part la vision qui ne le sera qu'après la naissance). Le fœtus devient un être sensible, tant aux stimuli internes (odeur, goût, sons, etc.) qu'externes (lumières, sons, chocs). Il va ainsi pouvoir se montrer réactif aux flux sensoriels de son environnement. Apparaît alors une première forme d'acte, non intentionnel, qui ancre le petit être en devenir dans une relation fondamentale avec le milieu humain. À la naissance, l'enfant émerge au monde aérien après neuf mois de vie intra-utérine. C'est un changement brutal pour le nouveau-né qui affronte soudainement les forces de la gravité et doit mettre en œuvre ses mécanismes respiratoires. Heureusement, dans tout ce chaos bouleversant, il peut compter sur la présence maternelle, qui aussitôt le porte contre elle et le rassure. Il retrouve l'odeur de sa maman, sa voix, sa contenance et son indispensable amour. Le bébé n'est pas perdu, il s'avance un peu plus dans la grande histoire des hommes.

La mère, dans les premiers mois qui suivent l'accouchement, va répondre aux besoins immédiats de son enfant. Elle lui est totalement dévouée. « L'identification primaire », décrite par D.W. Winnicott, permet à la mère de se mettre à la place de son enfant pour le comprendre, identifier ses besoins et y répondre : « L'identification primaire, d'abord fusionnelle, permet au bébé d'exister en tant qu'être humain » (WINNICOTT Donald Wood (1996), 2006, p.22). C'est par ce jeu de besoin/satisfaction que le bébé va élaborer une première forme du *moi*, un *moi* d'abord tout puissant. La mère « suffisamment bonne » va s'adapter au développement de son enfant : « L'établissement du Moi doit reposer sur un « sentiment continu d'exister » suffisant » (WINNICOTT D. W. (1996), 2006, p.45). Progressivement, elle va différer la satisfaction de l'enfant, en laissant place à la frustration et aux fantasmes, sans pour autant le soumettre aux angoisses d'annihilation : « La mère suffisamment bonne, comme je l'ai dit, commence par s'adapter presque totalement aux besoins de l'enfant : à mesure que le temps passe, progressivement elle s'adapte de moins en moins étroitement, suivant la capacité

croissante qu'acquiert l'enfant de s'accommoder de cette défaillance maternelle » (WINNICOTT D. W., 2010, p.51 à 52). Du ventre de la mère sans frustration puisque tout besoin est comblé instantanément, le nouveau-né passe à un rapport au couple frustration/satisfaction. Par sa bipolarité tonique il va manifester ses besoins pour que sa mère vienne l'apaiser. Puis, les absences répétées de la mère vont ouvrir un espace de fantasmes, où la mère devient objet de désir à la fois extérieur (puisque absent) et intériorisé (puisque fantasmé comme source de satisfaction). Ainsi, le besoin devenant désir, il s'instaure une différenciation progressive entre le bébé et sa maman. L'enfant se construit petit à petit comme un être à part, singulier.

« Le moi est une création individuelle qui donne à chacun une identité unique mais les structures de base qui ont permis son émergence appartiennent au répertoire psychomoteur humain » (ROBERT-OUVRAY Suzanne, 1996, p.63).

L'émergence du *moi* repose sur des bases biologique (maturation du système nerveux), affective (milieu humain) et expérimentale (réactions à l'environnement et investissement de celui-ci). En d'autres termes, l'individuation se forme à partir du corps en relation avec l'environnement matériel et humain. L'être humain est un être relationnel : « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre » (AJURIAGUERRA Julian De, 1970, p.28). Pour Henri Wallon l'émotion est indissociable de l'expression tonique, les interactions mère-nourrisson traduisent une *relation tonico-affective* (WALLON H., 1934). En effet, la mère donne sens aux modifications toniques et posturales de son bébé, qui prennent alors une dimension expressive. L'interprétation de ses expériences sensori-toniques permet à l'enfant d'incarner son corps. Ses manifestations toniques ne sont plus seulement des alertes de besoin physiologique mais deviennent de véritables appels affectifs : « Nous avons tous besoin de baigner dans cette langue maternelle, dans ces mots et gestes, dans ces émotions pour vivre. Mais pour exister, il nous faut nous défaire de ce langage fondateur pour trouver notre propre discours et notre propre mode d'expression » (ROBERT-OUVRAY Suzanne B., 2015).

Le corps est l'instrument de la *communion affective* du bébé, il soutient le *dialogue tonique*, communication infra-verbale à expression tonique et motrice (AJURIAGUERRA Julian De, 1962). Le dialogue tonique relie les deux partenaires dans des éprouvés corporels qui prennent un sens commun. Julian De Ajuriaguerra à partir des réactions tonico-émotionnelles de Henri Wallon, caractérise le lien entre tonus et émotion sur fond de relation pour décrire le *dialogue tonico-*

émotionnel. Ce dialogue infra verbal permet à la mère et au bébé de partager une émotion commune. Les moments de portage et de partage offrent à l'enfant une sécurité affective propice à son bon développement psychique. Ce *holding* (WINNICOTT D.W. (1996), 2006) participe à la contenance psychique et corporelle, l'enfant se sent unifié et ancré dans son corps. Il se découvre comme un corps propre, différencié et aimé des autres. Didier Anzieu, dans sa théorie du *moi-peau*, nous dit d'ailleurs : « Le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même, comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (ANZIEU D., 1985, p.61).

D'un fonctionnement en tout ou rien (hypertonie d'insatisfaction et hypotonie de satisfaction), une ambivalence tonique va apparaître. Les dimensions humaine (relationnelle), physique (stimulations) et biologique (systèmes sensori-moteurs) en étroite relation forment l'*équilibre sensori-tonique* du bébé. Par l'accumulation d'expériences vécues, la formation d'habitudes et d'anticipations, cette surface d'équilibre va progressivement s'élargir et permettre à l'enfant de tolérer et s'adapter de mieux en mieux aux variations de son environnement, sans se désorganiser (BULLINGER André (2004), 2015). La mère n'est plus indispensable dans sa fonction pare-excitatrice. Suzanne Robert-Ouvray nous évoque un étayage psychomoteur en quatre niveaux d'organisation : tonique, sensoriel, affectif et représentatif³. Les variations toniques et sensorielles procurent des vécus émotionnels et affectifs (satisfaction/insatisfaction), que le bébé se représente ensuite comme bon ou mauvais objet - bonne ou mauvaise mère. Au début, la bipolarité tonique entraîne un véritable clivage : le bon est intérieur, le mauvais est extérieur. La régulation tonique s'affine au fur et à mesure de ses expériences, toniques, sensorielles, affectives. L'enfant dispose d'un juste milieu tonique modulable qui permet une aisance posturale et instrumentale, une adaptation à l'environnement plus souple, support du sentiment de confiance et des progrès vers son indépendance. Cette régulation témoigne donc de l'avancée du sujet dans son individuation : « une telle action est en relation continue avec une présence à la fois à soi-même et à l'objet, la relation extérieure » (DROPSY Jacques, 1973, p.125). L'*ambivalence* apporte un autre rapport au monde, où il peut se situer comme un

³ <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>

individu vivant son corps propre, acceptant la frustration et jouissant de ses envies, plaisirs et puissance d'action.

« Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais lui-même la projection d'une surface. » (FREUD Sigmund, 1915, p.169)

Les expériences sensorielles et motrices de l'enfant, motivées par les sollicitations de l'entourage, soutiennent son élaboration psycho-corporelle. Le processus d'individuation revient à « Habiter son organisme pour en faire son corps » (BULLINGER A. (2004), 2015, p.151). Ici, A. Bullinger distingue l'*organisme* du *corps*, l'équipement biologique de sa représentation psychique. Cette représentation repose sur la richesse des expériences sensorielles, l'extraction d'invariants et les habituations. Le nouveau-né présente une hypotonie de l'axe corporel et une hypertonicité des membres périphériques. La maturation neurologique respecte les lois céphalo-caudale (haut vers le bas) et proximo-distale (de l'axe vers la périphérie) et amène progressivement une meilleure tonicité du tronc et un relâchement des membres. L'enfant va d'abord maîtriser son axe corporel, dans des mouvements d'enroulement, extension puis torsions. Il est acteur de son développement et apprend à son rythme, avec des allers-retours entre acquisition, régression et progression. Ainsi, d'une position allongée dos au sol, il va successivement apprendre à fléchir et étendre ses membres inférieurs, rouler sur un côté, puis aller d'un côté à l'autre, se retourner sur le ventre, se redresser en position assise, se déplacer par retournements, se mettre debout en s'appuyant sur un meuble, se déplacer à quatre pattes, caboter et enfin marcher. Évidemment, tout cela repose sur un processus qui n'est pas instantané mais bien l'œuvre d'une série d'apprentissages, résultat de multiples répétitions d'expériences, de hasards signifiants, d'échecs et de persévérance. L'axe corporel offre à l'enfant dans son rapport au monde les capacités d'appuis, de stabilisation et d'orientation qui participent à son développement psychique : « L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un espace habité » (BULLINGER A. (2004), 2015, p.143). En parallèle de l'émergence d'un axe corporel édifié, les membres périphériques se relâchent et deviennent les instruments d'observation de l'environnement, permettent la manipulation d'objets grâce à une préhension de plus en plus précise, jusqu'aux gestes adressés à valeur communicante (pointage du doigt notamment). L'enfant qui marche s'éloigne de sa maman, il est sur les pas des êtres indépendants.

De plusieurs espaces perçus séparément, sans rapport entre eux (espace latéral droit, espace latéral gauche, espace oral), le bébé, à mesure de la construction de son axe corporel, élabore son espace de préhension, produit de l'unification des différents espaces (BULLINGER A. (2004), 2015). L'espace devient un tout cohérent. Les actions se déroulent selon une temporalité gestuelle, l'intégration temporelle se fait concomitamment à l'intégration spatiale.

Lors des premiers mois, quand l'enfant ne discerne pas encore le *moi* du *non-moi*, les moments d'échanges avec la mère lui permettent de s'identifier à elle. Le bébé se voit dans le visage de sa maman comme dans un miroir : « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (WINNICOTT D.W. (1971), 2016, p.204). Le processus d'individuation se faisant, l'enfant grandissant trouve plusieurs figures d'identification et se défait progressivement de celle de la mère ou du père. Cependant, la famille contribue énormément au quotidien par ses comportements et ses habitudes à la construction identitaire de l'enfant. Après avoir pris son reflet pour un autre puis évité la confrontation à son image, le miroir permet à l'enfant de reconnaître son unité corporelle (WALLON H., 1934). Jacques Lacan estime que le stade du miroir amène à l'utilisation du Je, donc à une conscience de soi en tant que sujet élaborée (LACAN J., 1937). L'enfant qui se reconnaît dans le miroir se conçoit donc comme un être à part, unifié, différencié de ses pairs. L'imitation, capacité à agir suivant un modèle, est fondamentale dans le processus d'individuation. Elle repose à la fois sur une implication de soi et sur une intériorisation du modèle, donc une différenciation entre soi-même et la figure d'imitation. L'imitation soutient les apprentissages de l'enfant : « [...] dans la vie familiale ou dans la vie d'adulte, telle personne constitue un modèle qu'on imite avant de s'identifier à elle. C'est une manière de se préserver, et de préserver cette personne des attaques qu'il faudrait lui porter pour prendre sa place » (LEBOVICI Serge, 1998, p.264).

Au cours de son développement, l'enfant se représente progressivement son corps. L'expérience du miroir, les imitations, l'identification aux figures parentales participent à cette représentation. Le corps, au sens « bullingérien », se construit tout au long de la vie. Les concepts de *schéma corporel* et d'*image du corps* décrivent ces représentations. Françoise Dolto fut la première à distinguer ces deux notions. Elle explique que le schéma corporel est une réalité qui est en principe la même pour tous, c'est le corps « au contact du monde physique ». Il soutient nos actes, il est un repère physique et nous situe dans l'environnement :

« Le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » (DOLTO F., 1984, p.23). L'image du corps en revanche est toujours inconsciente. Elle résulte de nos interactions avec autrui. C'est l'idée qu'on a de notre corps propre en rapport à l'autre, c'est une image « narcissique et inter-relationnelle » du corps : « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...] Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant » (DOLTO F., 1984, p.22). Ces deux notions s'étayaient l'une et l'autre pour donner la forme expressive et communicante du sujet : « C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (DOLTO F., 1984, p.23).

Dans son processus de séparation, l'enfant peut recourir à un *objet transitionnel*, première possession *non-moi* du sujet, qui lui permet de se rassurer en l'absence de sa mère. Il s'agit d'une aire intermédiaire, différenciée de la réalité intérieure et de la réalité extérieure, qui permet de faire un pont entre les deux. Le doudou, par exemple, est un objet reconnu par l'enfant comme *non-moi*, qui maintient le lien à sa maman et permet la continuité du sentiment d'exister mis à l'épreuve (réalité intérieure) en l'absence de celle-ci (réalité extérieure). Au-delà de l'objet ou des phénomènes transitionnels (sucrer le pouce par exemple), D.W. Winnicott évoque sur le même principe *l'aire intermédiaire d'expérience*, « comme lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins étroitement reliées l'une à l'autre » (WINNICOTT D.W. (1969), 2010, p.31). Lorsque l'enfant joue, il emploie une aire transitionnelle pour engager sa réalité intérieure dans la réalité extérieure sans toutefois confondre les deux. Il en est de même dans les rapports mère-nourrisson, où chacun s'identifie à l'autre tout en s'en différenciant : « Pour assigner une place au jeu, j'ai fait l'hypothèse d'un espace potentiel entre le bébé et la mère. Cet espace varie beaucoup selon les expériences de vie du bébé en relation avec la mère ou la figure maternelle. J'oppose cet espace potentiel (a) au monde du dedans (relié à l'association psychosomatique [psychosomatic partnership]) et (b) à la réalité existante ou du dehors » (WINNICOTT D.W. (1971), 2016, p.90).

Nous avons vu jusque-là l'importance du corps dans le processus d'individuation. D'une part, soulignons l'importance des actes non-intentionnels dans ce processus, qu'il s'agisse du fœtus dans le ventre de la mère qui s'agite et éveille l'attention et l'affection de ses parents ou des hasards signifiants qui aident

l'enfant à comprendre son *organisme* et élaborer son *corps* ; d'autre part nous comprenons que l'être, ce corps habité, émane de multiples expériences et d'un cheminement long et sinueux qui est propre à chacun. Toute élaboration psychique émane d'un vécu perceptif et émotionnel. La conscience de soi résulte de la relation à l'autre, par des processus d'identification et de différenciation. À chacun son éprouvé tonique, sensoriel, émotionnel, représentationnel d'une même expérience. Nous sommes tous semblables et tous différents : « [...] tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire en spécificité des processus de pensée. » (ANZIEU D., 1994, p.35). Les espaces transitionnels permettent un engagement plus modéré dans la rencontre du monde interne avec le monde extérieur, les autres.

2. Du rapport entre corps et esprit, entre acte et pensée.

Comme nous l'avons vu précédemment, les processus de pensée se construisent sur l'intégration des ressentis corporels. Les sensations, intégrées en perceptions, produisent des réactions toniques, motrices et émotionnelles. Le sujet va se sentir exister à travers la cohésion de ses perceptions. Le corps, en tant qu'instrument relationnel actif par ses qualités sensorielles et motrices, apparaît comme structure de base des processus de pensée. Comme Spinoza nous le disait, il semblerait que l'esprit soit l'idée du corps (SPINOZA Baruch (1677), 2005). Lorsque nous agissons sur notre environnement, nous mettons à l'œuvre une chaîne d'influence entre processus physiques et psychiques.

Plusieurs auteurs sont en accord sur cette idée de préexistence de l'action du corps sur la pensée : « Pour PIAGET, VYGOTSKI et WALLON, l'acte serait antérieur à la pensée et l'évolution irait de l'acte à la pensée. » (TERRIOT Katia, 2013). Pour autant, leur conception du lien entre l'acte et la pensée n'est pas identique⁴.

Le passage de l'acte à la pensée n'est pas linéaire et continue : « L'intelligence, instrument de connaissance, sort de l'action et y retourne » (WALLON Henri (1942), 1970, p.9). Les représentations séparent l'acte moteur de la pensée. L'intelligence se façonne selon les conflits entre les diverses représentations possibles qui se confrontent à la réalité de l'acte.

⁴ <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-4-page-10.htm>

Pour Jean Piaget, toute connaissance suppose l'abstraction, puisqu'elle repose sur d'autres connaissances précédemment acquises⁵. Il distingue *l'abstraction empirique*, extraite des objets, de *l'abstraction réfléchissante*, issue des activités du sujet, les inférences de ses actions sur les objets. Cette dernière peut être inconsciente, lorsque le sujet ignore le lien entre la nécessité qui l'a poussé à agir et ce qu'il tire de son action par raisonnements, ou consciente (*l'abstraction* est alors dite *réfléchie*) lorsque le sujet compare deux actions. L'abstraction réfléchissante est constructive puisqu'elle offre une nouvelle structure d'action plus sophistiquée.

Le lien entre acte et pensée est donc complexe. Il y a une sorte de double influence entre ces deux notions. Chaque action va se répercuter psychiquement sous forme consciente ou non, dans un raisonnement plus ou moins fin qui gardera en mémoire la nature de l'acte, pour le complexifier ultérieurement.

3. De l'espace, le lien entre le patient et le thérapeute

« L'espace règne. C'est comme une onde aérienne qui glisse sur les surfaces, s'imprègne de leur émanation visible, pour les définir et les modeler, et emporter partout ailleurs comme un parfum, comme un écho d'elles qu'elle disperse sur toute l'étendue environnante en poussière impondérable. » (FAURE Elie, 1965, p.167)

L'espace peut être représenté comme une étendue infinie contenant tout les objets. Mais dès lors que nous nous référons à un infini, il nous devient impossible de nous repérer. Le bébé à la naissance s'accroche à sa maman. La contenance maternelle délimite l'espace du corps de l'enfant, lui donne des repères par le contact de la peau et la mise en mots, en sens, de ses vécus internes pour soutenir son développement psychique. Sans cette présence, il ne peut se représenter ni le temps ni l'espace qui le contient. Il est comme plongé dans un vide sans limite.

Nous l'avons vu dans le développement de l'enfant, l'élaboration spatio-temporelle s'appuie sur des expériences perceptivo-motrices. Le corps est le premier repère spatial, une référence constante dans nos rapports à l'environnement. L'espace apparaît alors non plus comme une donnée

⁵http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/ModuleFJP001/index_gen_page.php?IDPAGE=309&IDMODULE=72

complètement extérieure et infinie, mais comme une représentation du corps en relation : « L'espace n'est pas le milieu (réel ou logique) dans lequel se disposent les choses, mais le moyen par lequel la position des choses devient possible » (MERLEAU-PONTY Maurice, 1945, p.281). L'acte ou le potentiel d'action détermine ainsi l'espace, en tant que dimension perceptive accessible ou non par le corps. Le mouvement donne accès à l'espace.

« J'ai trouvé une idée de roman : ne plus décrire la vie des gens, mais seulement la vie, la vie toute seule. Ce qu'il y a entre les gens : l'espace, le son et les couleurs. Il faudrait arriver à ça, juste à essayer, mais on doit *pouvoir* pouvoir faire mieux ! »⁶

Les relations humaines sont teintées de reflets miroitants, d'échos, qui nous font lire en l'autre une part de nous-mêmes, plaisante ou non. S'intéresser non plus aux objets (*moi* ou *non-moi*) mais aux liens entre ces objets offrira peut-être une part de vérité plus complète que nous offre la spéculation intellectuelle lorsque nous tâchons maladroitement de comprendre en dehors de l'action ce que nous sommes.

« La présence c'est l'espace. »⁷

L'adulte doit veiller à une juste proximité avec l'enfant en développement, pour le soutenir dans ses expériences par une présence rassurante et encourageante, tout en lui laissant la liberté d'agir par lui-même (PIKLER Emmi, 1970). En thérapie, le psychomotricien est dans une constante gestion de l'espace. Il prend en compte des éléments matériels pour délimiter les espaces en fonction du travail à effectuer et des besoins du patient, mais aussi et surtout des postures, mouvements et gestes, tant de lui-même que du patient, pour ajuster sans cesse la relation, l'espace qui les lie. La gestion du matériel et des espaces peut parfois se prévoir, s'anticiper en amont de la séance. En revanche, toujours, dans ses actes, il y a cette question sous-jacente : comment dois-je me placer ? Quelle posture dois-je adopter ? La qualité de présence du psychomotricien revient à la qualité de son engagement corporel avec son patient : c'est son sens d'adaptation qui va maintenir le patient dans une qualité de relation thérapeutique.

⁶ Jean-Paul BELMONDO, *Pierrot le fou*, réalisé par Jean-Luc GODARD, produit par Georges de BEAUREGARD pour Rome-Paris Films, 1965. Cette citation apparaît à mi-longueur du film, à la quarante-neuvième minute.

⁷ Muriel CHAUVET, psychomotricienne formée au Bilan sensori-moteur d'André Bullinger de l'équipe Périnatalité du Centre Alfred Binet (Paris 13^e). Lors d'une journée de stage à ses côtés, Muriel évoqua par ces mots ses qualités de positionnement en séance.

La relation entre les deux partenaires met à l'œuvre plusieurs processus qui étaient cette nécessité d'adaptation.

4. Des processus d'interactions adaptatives

« Le pur virtuose ne s'exprime pas, il exploite intelligemment ce que les autres ont trouvé. » (FAURE Elie, 1904, p.94)

Tel un peintre virtuose, le psychomotricien doit jouer de son instrument - le corps - avec aisance et assurance. Pour cela, il lui faut le connaître parfaitement, être habile à manier ses faits et gestes en fonction de la nature de ses ressentis internes, comme un peintre userait de son pinceau et ses peintures pour retranscrire avec talent un contenu émotionnel encore inexprimé sur la blanche neutralité d'une toile. L'émotion, l'affect, puisée dans nos rencontres, suscite des ressentis qui animent l'emploi de l'instrument.

« Nous sommes affrontés à une double exigence : développer un corps-antenne, d'une part assez sensible pour s'accorder avec nos partenaires, ce qui signifie qu'il doit être réajusté en permanence, réaccordé ; d'autre part assez solide et structuré pour résister au désordre parfois envahissant des patients ou élèves. » (LESAGE Benoît (2012), 2015, p.239)

Le psychomotricien ressent au contact - relationnel - de son patient une multitude d'émotions qu'il identifie au travers de ses manifestations corporelles (sueur, fatigue, etc.). Ses actes en séance ne seront pas toujours préalablement pensés, mais souvent guidés par ce que les projections du patient provoquent chez lui. Le *corps-antenne* évoqué par B. Lesage est donc l'outil essentiel de travail du clinicien, qui doit pouvoir s'appuyer dessus pour accepter les répercussions de sa relation à l'autre, les identifier et les organiser pour mieux répondre à celui-ci. Plusieurs notions évoquent cette écoute de soi-même en relation. Nous abordons ici le transfert, que la psychanalyse a défini comme déplacement sur l'analyste d'objets infantiles intériorisés⁸, et le contre-transfert qui désigne les réactions de l'analyste au transfert du patient⁹. En psychanalyse, le terme *identification* renvoie à la capacité du thérapeute à se mettre à la place de l'autre, à identifier ce que l'autre vit intérieurement, à partir de son récit verbal. René Roussillon

⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>

⁹ http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert_contre-transferts/18902

parle d'*identification narcissique de base* pour décrire la capacité d'identifier ce que l'autre ressent à partir de ce que nous ressentons nous-mêmes lors de notre relation avec lui. Il s'agit de sentir qu'on ressent la même chose tout en se sachant différent de l'autre. Le transfert du patient, nous dit-il, s'exprime aussi par ses actes. Le thérapeute est alors soumis à une *pénétration agie* qui se manifeste par ses ressentis internes (ROUSSILLON René, 2014). La dimension de l'identification est ici davantage corporelle, une interprétation plus seulement basée sur les mots du sujet mais sur les sensations corporelles qu'il provoque chez nous.

En psychomotricité, la place du corps est fondamentale dans l'interaction, puisque les jeux de transfert et contre-transfert engagent des éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. De ce constat, S. Robert-Ouvray définit le *contre-transfert émotionnel* comme une identification corporelle à partir du rythme psychomoteur du sujet. Les mouvements de l'enfant amènent diverses images au psychomotricien, qui doit avoir une fluidité tonique pour s'ajuster aux rythmes toniques de l'enfant. Le lien entre tonus et émotion est au centre de cette théorie : « Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations et images pour répondre à l'enfant sur son terrain » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2015). Selon la nature des images convoquées, nos réactions toniques et posturales changent et le travail du clinicien est justement de savoir prendre conscience de ces modifications et de pouvoir en jouer pour s'ajuster aux demandes de son patient : observer, comprendre et aménager son contre-transfert.

Nous retrouvons cette idée d'une écoute de soi primordiale dans la psychothérapie corporelle dans les écrits de Catherine Potel qui évoque un *dédoublement contrôlé* du psychomotricien pour être simultanément dans une activité sensorielle et motrice et dans une activité d'analyse (POTEL C., 2015, p.53, p.64). Le *contre-transfert corporel* désigne la qualité des actes du thérapeute, affectée par les émotions issues du transfert, en retour au patient. C'est une *mise en acte*, un passage « par » l'acte, puisque ces gestes ont une valeur interprétative et ne sont pas un évitement impulsif de la pensée ou de la symbolisation comme ils le sont dans le passage « à » l'acte (POTEL C., 2015, p.115-116). Par le transfert, les vécus primitifs du patient réveillent ceux du thérapeute qui doit identifier ses réactions en lien avec ses émotions internes, pour conserver son adaptation au patient. Le contre-transfert corporel est un processus

actif à plusieurs dimensions : la perception des répercussions sensorielles de la relation, rattachées aux émotions vécues sur le moment, ainsi que les pensées en cours de l'action et, enfin, l'analyse d'après coup qui permet de revenir sur ce qui s'est joué durant ce moment passé. L'objectif du contre-transfert corporel reste principalement l'adaptation au patient : « L'analyse de son contre-transfert - dans ce dialogue interne actif, simultané puis différé, que le thérapeute mène avec lui-même - permet de penser non seulement son implication et son positionnement corporel mais également ses effets sur le patient » (POTEL C., 2015, p.123). Cependant, l'auteur nous rappelle qu'il n'existe pas de parfaite clairvoyance, il y aura toujours des éléments contre-transférentiels qui échappent au thérapeute. L'essentiel est d'essayer et faire de son mieux, « on doit *pouvoir* pouvoir faire mieux ! »¹⁰.

Dans notre rapport au patient, les actes peuvent parfois se suffire. Nous n'avons pas à toujours expliquer par des notions théoriques la valeur de nos actes. Lorsqu'une action se passe de commentaire, vient répondre d'elle-même aux attentes du patient, Paul-Claude RACAMIER parle *d'action interprétante*. Cette action sert par elle-même de matière interprétative puisqu'elle a permis la résolution d'un symptôme chez le patient (BAYLE Gérard, 1997).

Serge Lebovici, dans son travail auprès de nourrissons, évoque les émotions et l'ambiance que chaque situation clinique amène chez le thérapeute. Il explique, par l'*enaction*, que les prises d'initiatives non réfléchies, non intellectualisées, qui impulsent l'action du clinicien émanent de ces ressentis. Il ne s'agit pas d'un passage à l'acte encore une fois. Des étapes inconscientes viennent soutenir cette prise d'initiative, ce n'est pas une action dépourvue de sens. Le thérapeute obéit à ses ressentis, à son inspiration, il y a une nécessité impérieuse de mise en acte, mais il ne s'agit pas d'une simple intuition puisqu'il y a toute une élaboration inconsciente en amont de l'inspiration. C'est la situation émotionnelle qui enclenche l'*enaction*. L'empathie peut devenir *enactante* s'il y a mise en acte de celle-ci (LEBOVICI S., 1998).

Chacune des notions présentées ici s'appuient sur le principe du dialogue tonico-émotionnel de J. De Ajuriaguerra abordé précédemment. Ce dialogue est au cœur de la relation en thérapie à médiation corporelle. L'accordage entre thérapeute et patient est comparable, sur les versants tonique et émotionnel, à celui de la mère et son bébé lors du portage. L'étayage psychomoteur (tonique-

¹⁰ Je reprends ici les propos de Jean-Paul Belmondo, précédemment cités p.40

sensitif-affectif-représentatif) proposé par Suzanne Robert-Ouvray apparaît aussi comme une évidence dans chacune des notions décrites ici. L'abstraction réfléchissante de Jean Piaget peut faciliter la compréhension des processus d'identification du corps en acte du thérapeute, qui n'agit pas toujours de façon réfléchie, mais qui agit pourtant dans un sentiment de confiance : ce qu'il fait n'est pas hasardeux, cela a du sens, ou cela prendra sens.

Ces effets transférentiels et contre-transférentiels sont fondamentaux dans la psychothérapie, à médiation corporelle ou non. Pour soutenir ces processus, le patient et le thérapeute s'appuient sur le *cadre thérapeutique*.

5. De l'importance du cadre thérapeutique

« On n'a rien à apprendre à l'enfant (dans ce contexte de développement) il faut lui offrir les conditions d'exercer ses potentialités en fonction de son niveau d'acquisition/de compétence. - Ces activités ludiques et spontanées doivent se dérouler dans un cadre sécurisé et sécurisant et présenter - une série de constantes (de lieu - de relation - d'objets...) afin que le processus de répétition puisse s'exercer et des différences afin que le désir de découverte soit stimulé. » (COEMAN Albert - RAULIER H De FRAHAN Marie, 2004, p.17)

La posture parentale durant le développement du jeune enfant, qui laisse à la fois la liberté à l'enfant de se mouvoir et de réaliser diverses expériences qu'elle encourage tout en apportant suffisamment de sécurité et de protection par sa présence, est analogue à la posture thérapeutique. En effet, la présence du thérapeute soutient l'expérience vécue du patient qui doit se sentir suffisamment en confiance pour investir pleinement ce temps et s'autoriser librement l'expression à travers la parole et les actes. Le clinicien s'appuie alors sur un ensemble de règles et de contrats avec lui-même et son patient pour instaurer cette relation de confiance, propice au travail thérapeutique. Le cadre thérapeutique est une frontière entre l'espace de prise en charge (intérieur) et l'extérieur. Il réfère toutes les modalités qui encadrent le travail thérapeutique.

S. Freud avait décrit la méthode psychanalytique, avec un certain nombre de règles à respecter comme la *libre association*, le fait que le thérapeute et le patient doivent s'abstenir d'avoir une relation particulière (amicale, sociale, sexuelle), l'analyste doit refléter les dires du sujet, ce dernier doit payer son heure

de thérapie même lorsqu'il ne vient pas, etc. (FREUD S., 1953). Cette méthodologie était pensée et réfléchi pour favoriser l'efficacité du travail de l'analyste.

En psychomotricité aussi, le cadre thérapeutique doit être réfléchi et élaboré précautionneusement en vue d'offrir les meilleures conditions à la thérapie. Nous nous interrogeons sur *comment* accueillir le patient, quels moyens nous mettons en place pour le soigner. Le cadre thérapeutique doit répondre sur mesure aux besoins du patient. Il doit s'adapter au patient et pas l'inverse ! Il doit aussi être suffisamment ferme pour contenir les éprouvés du patients et résister à ses attaques. Il s'agit d'opérer d'un juste dosage entre champ de possibilités et limitations.

Chaque séance est une rencontre. Une nouvelle mise en relation entre deux individus. Deux être chargés de leur histoire respective personnelle, familiale, sociale, ainsi que de leurs affects, énergie et humeurs du jour, du moment. Autant d'éléments en jeu qui font que la relation n'est jamais identiquement la même. Le cadre thérapeutique sert alors de repère constant sur lequel les deux partenaires peuvent s'appuyer pour tisser la relation. Il s'agit là de la fonction des invariants de la thérapie : règles fixées, matériel de la salle, durée et fréquence des séances, etc. Le cadre thérapeutique est propice à la rencontre puisqu'il propose un temps à part : pas tout à fait en dehors car le patient peut exprimer ses conflits internes, les sortir au jour de la thérapie, pas tout à fait en dedans vu que cela se fait dans le lien au thérapeute. C'est un espace relationnel similaire à l'espace potentiel de D.W. Winnicott : « Une aire intermédiaire d'expérience (*experiencing*) où la réalité intérieure et la vie extérieure contribuent l'une et l'autre au vécu » (WINNICOTT (1969), 2010, p.30). La thérapie psychomotrice repose sur la faculté du thérapeute et du patient de nouer ensemble un lien qui permet l'expérience, le jeu selon D.W. Winnicott, et la représentation des éprouvés corporels suivant l'étayage psychomoteur. Ce lien s'opère à la jonction des aires transitionnelles de chaque partenaire : « La psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (WINNICOTT D. W. (1971), 2016, p.109).

Le cadre thérapeutique, en discernant un intérieur et un extérieur à la séance permet au patient l'élaboration d'un espace transitionnel d'expérience où la rencontre avec le thérapeute devient possible, dans lequel il se met en acte, en jeu. Dans le partage de l'expérience commune le patient se différencie de l'autre en s'identifiant à lui, en construisant l'activité avec son partenaire, ce qui

participe à son processus d'individuation. Le cadre thérapeutique soutient aussi le thérapeute, puisqu'il renferme tout ce que dépose le patient en séance. La gestion du transfert et l'analyse du contre-transfert sont facilitées : en effet, nous sommes plus aptes à accepter l'échange et de nous défendre lorsque nous avons conscience que le patient attaque la figure qu'il nous associe et pas nous en tant qu'individu. Il est d'autant plus important en psychomotricité puisque le corps du clinicien devient l'objet médiateur de la relation. L'implication du thérapeute ne doit pas être biaisée par un corps séducteur ou agressif. Le cadre thérapeutique permet de conserver une certaine distance entre les deux partenaires, même lors du contact physique, laissant l'espace potentiel d'expérience ouvert à la créativité et au plaisir du jeu.

III. DISCUSSION

1. Expériences cliniques mémorables

La première année de formation propose deux stages en crèche et école maternelle. Nous avons appris de nombreuses notions théoriques nécessaires à la compréhension des enjeux de la psychomotricité, mais j'ai été confronté à un réel besoin de concret, de support clinique, d'expériences. Je suis donc allé pour la première fois rencontrer des patients à pathologies et handicaps pendant l'été dans un institut médico-éducatif (I.M.E.), où sont soignés des enfants et adolescents atteints d'autisme, d'infirmité motrice cérébrale (I.M.C.), de polyhandicap, de déficience mentale, ou souffrant de troubles psychiatriques.

J'ai eu la chance de rencontrer Jocelyn, un psychomotricien qui a su me présenter sa pratique, me donner mes premiers repères et susciter mes premières interrogations de ma vie de « futur psychomotricien ». La salle de psychomotricité était immense et magnifique, sous les combles où apparaissait la charpente en bois, des rideaux permettaient de délimiter quelques espaces si besoin. Un grand trampoline (au moins un mètre de haut, deux ou trois mètres de diamètre) était positionné dans l'angle gauche en entrant, séparé, par une table de ping-pong repliée, d'un espace de discussion. La table ronde de Jocelyn était entourée de quatre chaises. Les patients y étaient toujours invités à leur arrivée pour se remémorer la précédente séance et discuter de l'actualité de chacun. En face se trouvait un coin « cocooning » avec des tapis, des poires (sièges déformables) et des coussins disposés sur une estrade haute de quelques vingt centimètres. Au fond de la salle, délimité par une tringle à rideau qui traversait de gauche à droite la pièce, se trouvaient d'une part des modules en mousse entassés les uns sur les autres, dans un désordre qui en intéressait plus d'un pour se jeter dedans ; d'autre part, les tapis rangés soigneusement les uns sur les autres qui pouvaient recouvrir un bon tiers de la surface de salle lorsque répartis au sol, servaient surtout pour les jeux de danse, de judo ou de relaxation. Des placards le long des murs recelaient divers trésors tels que jeux de société, dînettes, poupées, tricycles, échasses, cordes, ballons, cerceaux, etc.

La rencontre de Jocelyn fut des plus enrichissantes pour moi. Sa pratique inspirée du jeu selon Winnicott m'a passionné. Il a partagé quelques lectures théoriques pour m'aider à mieux saisir ce qui se jouait lors des séances que

j'observais à ses côtés. J'ai pu m'inspirer de ces observations pour trouver ma posture thérapeutique, je me suis appuyé sur sa façon de faire pour trouver la mienne. Ainsi, quelques idées me poursuivent et participent à mon cadre thérapeutique : comme demander en début de séance ce que le patient a retenu de la fois précédente ; penser à voix haute pour faire entendre ce que j'ai compris, questionner le patient sur ce qui se joue sans toutefois interrompre un jeu en cours ; employer le conditionnel (« qu'est-ce qu'on ferait aujourd'hui ? ») pour inviter le patient à s'investir dans sa séance tout en préservant l'ouverture des possibles (dire « qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? » risque de sous-entendre qu'il faudra se tenir à ce que nous avons décidé initialement) ; l'annonce de la fin de séance cinq minutes avant, voir dix si je souhaite consacrer les cinq dernières à la prise de notes en compagnie du patient afin de l'aider dans la verbalisation et la compréhension de sa prise en charge.

Les deux vignettes cliniques qui suivent se sont déroulées dans le cadre de ce premier stage.

Premier jour de stage, première heure, Jocelyn m'informe que nous allons chercher dans leur groupe trois enfants atteints de polyhandicap, pour les monter en salle de psychomotricité et proposer une séance. J'ai hâte, je bouillonne intérieurement. J'arbore mon sourire en me présentant aux jeunes, je suis plein de bonnes intentions et j'espère passer un bon moment avec eux. J'aide pour les sortir de leur fauteuil et les installer dans les coussins. C'est mon premier contact physique avec eux et je réalise que leurs corps difformes ne m'ont véritablement impressionné qu'à leurs contacts. Le portage se passe bien, mais j'ai peur de leur faire mal, j'ai cette sensation de ne porter que des os : la maigreur de leur corps les rendaient très légers et durs au toucher, je projette une fragilité, pris d'assaut par l'image d'une petite branche de cerisier qui ne prévient pas avant de se rompre sèchement. Le psychomotricien, une infirmière et moi nous engageons chacun avec un jeune. Je ne suis pas à mon aise, je ne connais pas le jeune et lui ne me connaît pas non plus. Avait-il ressenti mon inconfort lors du portage ? Je suis assis à côté de lui et j'écoute avec minutie les indications du psychomotricien. Tour à tour les jeunes sont invités à dire bonjour en tapant sur le tambourin, nous chantons alors une petite chanson tous ensemble pour le saluer. Son handicap ne permet pas à Etienne de tenir le tambourin, alors je tiens l'instrument pour lui et l'encourage à taper dessus. Le jeune ne me regarde pas vraiment, ne manifeste aucune réaction, ne semble pas comprendre ce que je lui demande. J'oriente le

tambourin vers son regard, je tape dessus pour lui montrer, mais il ne réagit pas. Jocelyn m'invite à lui prendre la main et à taper avec lui sur le tambourin. Je m'exécute immédiatement, prends le temps de prévenir le jeune et essaye de prendre sa main dans un contact assez franc et contenant. Je suis surpris de ne sentir aucune résistance ni participation. Je tape sur le tambourin avec sa main, en chantant la chanson avec les autres. Je souris au jeune, j'essaye de lui dire quelques mots, lui expliquer qu'il a salué le groupe en tapant sur le tambourin en rythme sur la chanson, et que maintenant c'est le tour d'un autre. Mais je ne sais pas s'il m'entend. Il ne me témoigne aucune réaction. Je le trouve très silencieux comparé aux autres jeunes, plus agités et communicatifs. Je me demande s'il n'est pas impressionné par ma présence, encore inconnue. Le second temps de la séance consiste à « danser » sur le rythme d'une musique. À nouveau, j'observe beaucoup mon maître de stage et tâche de réaliser à peu près les mêmes mouvements avec le jeune. Ma bonne intention soutient mes gestes, mais je n'arrive pas à sentir la présence du jeune, j'ignore toujours ce qu'il peut bien penser, ressentir, s'il a conscience de ma présence ou non. Je mobilise sur le rythme diverses parties de son corps, certaines sont très raides et je n'ose pas insister. Petit à petit je ne me consacre plus qu'à mon interaction avec le jeune, je tourne de moins en moins la tête vers mon maître de stage. Je me repositionne également et m'installe face à lui. C'est à ce moment que j'ai commencé à sentir ce qui se jouait entre le jeune et moi. Nous avons échangé quelques regards et alors que j'avais ses deux petites mains dans les miennes, je sens soudain un léger mouvement des doigts. La subtilité de ce mouvement m'interpelle, par la répétition je commence à me dire qu'il s'agit de gestes qu'il m'adresse. Je me sens alors plus à l'aise avec lui et c'est comme s'il l'était plus avec moi. Cette réciprocité ressentie m'a marqué. Je réalise que jusqu'ici j'étais trop préoccupé par « le bien faire » avec lui et qu'en m'agrippant au contact de mon maître de stage je perturbais notre relation. Peut-être lui a-t-il fallu du temps avant de pouvoir m'adresser ce contact ? Peut-être est-ce moi qui n'étais pas capable jusque là de percevoir son engagement parce que j'avais d'autres attentes en matière de relation ? Peut-être avais-je premièrement besoin de me protéger de ce rapport trop frontal avec le patient en me détournant vers mon maître de stage ? L'engagement physique était d'abord difficile avec lui car j'avais la sensation d'avoir affaire à une marionnette. Par des mouvements de doigts ou des contractions subtiles qui s'opposaient à mes propositions il me donnait sa présence, il était avec moi et nous avons finalement

pu être en véritable interaction sur ce temps de danse. Première expérience de stage troublante et inoubliable.

Une autre rencontre m'a particulièrement marqué durant ce stage. Mon maître de stage me prévient avant le début de séance qu'il préfère que je reste en position d'observateur parce qu'il se sent en difficulté dans cette prise en charge et espère un retour de mes observations qui puisse être constructif. Léna est âgée d'une dizaine d'années, un look à la garçonne avec t-shirt, jean, baskets et cheveux courts. J'avais pu la croiser auparavant, dans les couloirs de l'établissement, à parler avec d'autres enfants. Elle arrive en séance les bras croisés et le visage fermé sans salutation ni regard. Elle va s'asseoir sur la petite estrade, à l'opposé de la table ronde où Jocelyn et moi l'attendons. Mon maître de stage aussitôt quitte sa chaise et s'assoit au sol. Il engage alors la conversation en se tenant à distance dans un premier temps. La patiente répond toujours très brièvement, par oui ou non, ou par des phrases très courtes. Se souvient-elle avoir été prévenue de mon arrivée ? - non. Se souvient-elle de ce qu'ils ont fait lors de la séance précédente, - non. Il évoque ce qui a été fait, elle ne réagit pas. Il demande à quoi elle veut jouer ? Elle ne sait pas. C'est alors que Jocelyn me fait signe d'un geste délicat de la main de m'asseoir au sol aussi. Je me rends subitement compte que ma posture n'était pas du tout adaptée à la situation : j'étais perché sur une chaise avec un crayon à la main, alors que les deux étaient à ras du sol. Je lâche le crayon et m'installe au pied de ma chaise, je n'ose m'avancer davantage vers Léna, je reste à distance comme à la vue d'une biche sauvage pour ne pas la faire fuir. J'observe les tentatives d'approche précautionneuses de Jocelyn. Les multiples propositions de jeu sont systématiquement refusées. Il s'assoit à ses côtés sur l'estrade et gonfle des ballons de baudruche. Elle se prend finalement à jouer avec lui et je les regarde gonfler puis lâcher les ballons pour qu'ils s'envolent. La patiente sourit parfois mais ne semble pas prendre véritablement de plaisir. Puis elle demande à mon maître de stage de jouer aux chiens, poursuivre le jeu de la séance précédente qu'elle avait beaucoup aimé. Je me dis que ma position au sol me rend moins intrusif, qu'elle commence à se sentir plus à l'aise et je me sens encore bête d'être resté si longtemps sur ma chaise. Léna incarne Beethoven, un gros chien mâle, Jocelyn prend le rôle de Joana, un berger allemand femelle. Ils se mettent à quatre pattes et font les chiens. La jeune fille me regarde parfois en coin d'un air gêné, mon regard l'empêche sûrement de s'investir pleinement dans le jeu. J'en suis terriblement gêné à mon tour, puisque je ne sais comment me faire plus

discret tout en conservant la possibilité d'observer ce qui se passe, à la fois pour moi et pour espérer faire un retour à mon maître de stage. Il aboie, elle précise aussitôt qu'ils peuvent parler. Elle n'incarne pas son personnage avec conviction, reste assise sur les fesses alors que Jocelyn se prend au jeu le plus possible pour l'entraîner avec lui. Léna se lève soudain et va s'allonger sur le trampoline, qui est derrière la table de ping-pong repliée qui m'empêche de les voir. Elle ajoute qu'elle n'est plus un chien. Le jeu s'interrompt brutalement, mais n'avait jamais vraiment commencé pour elle. La patiente va ensuite dans la seconde partie de la salle, derrière les rideaux où je ne peux à nouveau les voir, pour faire du siège suspendu (sorte de cocon balançoire). Je reste un moment assis au même endroit pour me faire oublier, si je ne les vois plus, je tends l'oreille. Je finis par me décaler suffisamment pour avoir un œil sur ce qui se joue de l'autre côté du rideau, en me faisant le plus discret possible. Mon maître de stage balance le siège, elle lui parle d'un ton très autoritaire (« arrête ! ») s'il pousse trop fort. Elle demande à descendre, je me dis qu'elle a dû remarquer mon regard. Léna traverse rapidement la salle pour retourner sur le trampoline (à l'abri de mon regard) et marmonne très furtivement quelque chose comme : « reste là-bas ». Je comprends immédiatement que ce message m'est adressé, bien qu'elle ne l'ait pas clairement exprimé en ma direction. Je me sens coupable, intrusif, j'ai l'impression de l'avoir persécutée. Je retourne m'asseoir définitivement à la table et elle reste allongée dans le trampoline avec Jocelyn pour un temps de relaxation. Lors de la fin de séance Léna se presse de partir, en lançant ses chaussures elle m'adresse quelques regards obscurs.

Je tenais à évoquer ces séances pour les difficultés que j'ai dû affronter. La rencontre avec Etienne fut une expérience humaine très enrichissante : nous avons trouvé une modalité de communication pour interagir ensemble. J'ai appris la valeur du dialogue tonique et toute la sensibilité à l'autre que cela nécessite. Il s'agit d'un véritable engagement de soi pour être réceptif et adapté dans l'acte relationnel. Mon sentiment continu d'exister a été mis à l'épreuve lorsque je ne percevais aucune réaction à mes sollicitations. Il est intéressant comme en cherchant la présence de l'autre j'ai retrouvé la mienne. Je n'aurais pas pu saisir ce que le patient induisait dans la relation si j'étais resté à mon niveau de communication sans chercher à venir au contact du sien, ni si j'étais resté focalisé sur les gestes de Jocelyn. Pour être à l'écoute du jeune, j'ai dû revoir mes priorités et lâcher mon lien sécurisant avec mon maître de stage. J'ai dû me faire confiance

et me risquer, m'avancer à tâtons dans l'obscurité d'une relation comme à travers une jungle encore inexplorée.

Léna m'a mis mal à l'aise en voulant m'éviter. Je me suis senti de trop, au point de vouloir disparaître et d'oublier de rester actif dans ma posture d'observation. Mon maître de stage a su s'engager avec précaution auprès d'elle. Il a senti qu'il fallait se mettre à son niveau et avancer progressivement dans l'interaction pour parvenir à interagir avec elle. Il a aussi senti que ma présence était trop perturbante pour elle et que ma posture devait changer pour faciliter sa détente. Quant à moi, j'ai pu me sentir moins intrusif en me mettant au sol, mais je pense avoir été trop envahissant en me décalant pour venir voir derrière le rideau, je regrette ce geste et je remercie encore la jeune fille de sa réaction, cette « claque » qu'elle m'a mise pour que je comprenne définitivement que l'intention bienveillante n'est pas suffisante. Il s'agit surtout de lire le corps de l'autre pour répondre de manière adaptée. En dépit d'une posture adaptée, je n'ai trouvé que culpabilité sur cette séance. Il n'est pas de mauvaise expérience. Dorénavant, je m'observe beaucoup d'un œil critique, je tâche de ne pas m'oublier pour tenir ma posture et m'adapter au mieux. À chaque début de séance, je repense à cette rencontre.

De ces expériences, de ces rencontres, j'ai senti l'émanation profonde des questions de l'écoute de l'autre et de l'écoute de soi, du transfert et du contre-transfert, du placement en séance en fonction de celui de l'autre, du sentiment continu d'exister en séance. Une problématique s'est alors imposée à moi : comment m'engager à l'autre pour mieux interagir avec lui ? Que ce soit avec Etienne ou Léna, ma bienveillance fut insuffisante pour établir un contact adapté. La dimension thérapeutique de l'acte, comme nous le disait Nietzsche, ne peut pas se satisfaire seulement d'une intention, aussi bonne et généreuse soit-elle.

Durant ce même stage, j'ai pu rencontrer plusieurs enfants ou adolescents atteints de diverses pathologies. Lors des premiers jours, je me souviens avoir demandé à Jocelyn s'il pouvait m'indiquer la pathologie ou la maladie du patient que nous accueillions, puisqu'il ne le précisait jamais. Il répondit que je n'en avais pas besoin, ajoutant à cela qu'il accueille en séance un enfant, pas une pathologie. Cela m'a aidé à être moins « scolaire », à moins vouloir tout savoir à l'avance, à ne pas tomber dans le piège de l'anticipation mais à m'intéresser davantage à ma rencontre avec le jeune, partir de ce lien dans la prise en charge. Ne pas prendre une intention particulière, selon la pathologie du patient, pour origine de l'acte

thérapeutique, mais plutôt le vécu relationnel avec celui-ci. Mon maître de stage m'a tout de même parfois évoqué l'histoire de certains jeunes, mais ce n'était pas systématique et toujours pour mettre en sens une interaction déjà existante. Cette approche m'a énormément aidé à prendre confiance dans mon engagement en séance dans mes stages suivants. J'ai saisi l'importance de m'engager par moi-même dans la séance. Cela peut sembler être une évidence, mais en nous confrontant à des rencontres comme celle d'Etienne ou de Léna, nous apprenons que l'ampleur du problème nous dépasse parfois plus qu'il nous était possible de l'imaginer.

2. Axes de soin et émergence d'hypothèses cliniques

Le soleil glissait sur la mer. Il s'immergeait lentement dans l'horizon comme un titan sur un sable mouvant. L'eau était calme, délicate, dévorait le ciel sans efforts. Les flots d'argent prenaient un éclat d'or. Quelques débris de soleil flottaient jusqu'à la rive et, bien maladroit avec ma petite époussette, je n'ai pas su les retenir.

J'ai parfois ce sentiment de passer à côté des choses, de ne pas me saisir de tout ce qu'un instant peut procurer de sensations, de nourriture affective et représentative. Le « nouveau retour à soi-même » que Nietzsche nous propose consiste justement à s'intéresser à ces éléments dont nous percevons subtilement l'existence mais ignorons tout de la nature. Nous émettons l'hypothèse que par la découverte de soi, l'écoute de soi, nous accédons à une meilleure intelligibilité de nos actes et vécus. Ne soyons pas dupe, il y aura toujours une part de vérité qui restera inatteignable, mais plus nous sommes en capacité de retenir ces impondérables qui nous échappent, plus nous nous rendons capable de nous en saisir. Nous devons leur éviter de repartir au large, hors de portée.

- La thérapie psychomotrice : intrication entre jeu symbolique et mise en acte du corps

Pourquoi tant d'acharnement à vouloir saisir l'insaisissable ? Parce que c'est la fonction essentielle de la psychothérapie. Le patient vient livrer une matière dépourvue de symbolisation, il délivre ses conflits internes au thérapeute qui est chargé de mettre des mots dessus pour éclairer sa réalité interne. Comme la

psychanalyse emploie le récit du rêve comme « voie royale » d'accès à l'inconscient, la psychomotricité s'appuie sur le jeu symbolique pour permettre au sujet de mettre en scène un enjeu psychique inconscient en quête de représentation. « C'est l'écoute de l'enjeu du jeu, du jeu latent, potentiel, dans le jeu manifeste, qui caractérise l'espace de la psychothérapie, c'est la lente révélation et mise en forme de cet enjeu inconscient qui constitue la quintessence du jeu « symbolisant » » (JOLY Fabien, 2015, p.23). Il nous faut différencier deux sortes de jeux selon Winnicott : d'une part le *game* désignant celui qui peut-être stéréotypé, sans créativité ni espace de rencontre à l'autre, d'autre part le *play* qui constitue un véritable processus de représentation autour du partage, du lien à l'autre, autorisant une liberté de création conjointe, soutien du travail psychique (JOLY F., 2015).

Lors des premières séances avec Yvan, sa qualité posturale et son faible engagement corporel renseignaient sur l'investissement qu'il avait de son corps et l'estime de lui-même. Mais le plus interpellant était son temps à malaxer des pâtes. Cet agrippement, ce *game*, illustre une difficulté à gérer un conflit interne et limite l'interaction avec autrui. L'inviter à *jouer* (au sens du *play* de Winnicott) permettrait de l'engager dans la rencontre, de partager un vécu sensoriel pour favoriser le travail psychique de symbolisation de ses angoisses sous-jacentes.

« La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à quoi a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. » (WINNICOTT (1971), 2016, p.84)

Le jeu en thérapie doit se dérouler dans un cadre qui à la fois sécurise et soutient la mise en action de chaque partenaire. Je précise souvent ces règles : « Je ne me fais pas mal, je ne fais pas mal à l'autre, je n'abîme pas le matériel ». Préciser les règles à suivre est rassurant pour le jeune puisque cela engage chaque partenaire de jeu.

Yvan présente une encoprésie avec constipation et incontinence par débordement. Les bilans médicaux ne montrent aucun trouble du contrôle sphinctérien ou de la digestion. Il s'agit alors d'une psychopathologie : « L'encoprésie est un message, un s.o.s. C'est un symptôme en demande et en refus de métaphorisation, de la part de l'enfant qui ne sait comment exprimer son mal-être ou ses

conflits, et de la part des parents trop fragiles ou trop pris dans leurs propres souffrances et conflits pour le recevoir. » (BOIGE Nathalie, 2011, p.110). Les attitudes envahissantes de la mère (lorsqu'elle vient discuter dans la salle après la séance, interroge sur ce qui s'y fait, ou lorsqu'elle lui reproche constamment les choses), le fait que les parents soient divorcés (la séparation est peut-être en lien avec les symptômes du jeune), sont autant d'éléments qui vont dans le sens d'une crise familiale qu'Yvan ne peut exprimer et supporter autrement que par sa pathologie. « L'amour de certaines mères est comme une corde passée au cou de l'enfant : au moindre mouvement de celui-ci vers la vie, le nœud coulant se resserre. » (BOBIN Christian, 2001, p.88). Ma première impression face à ce couple mère-enfant en salle d'attente m'avertissait *peut-être* de cette dimension familiale et relationnelle - mais ce genre d'intuition ne doit évidemment pas se suffire à elle seule pour élaborer un projet thérapeutique. La boulimie est aussi un facteur non négligeable dans sa problématique.

La sexualité est pour Yvan un sujet en construction, en tant que jeune adolescent. Le fait qu'il déshabille violemment la poupée et sa réaction à la vue du sexe est un élément interpellant. Il a besoin de repères et c'était impensable pour lui qu'une poupée puisse être masculine. J'ai protégé Prospère comme j'aurais protégé un plus petit. Par le jeu, j'ai tâché de donner une vie psychique à cette poupée, ce qui a déclenché l'agressivité du patient à son égard. Je me suis saisi de cette agressivité pour engager le jeu de frappe des paumes, qui en permettait à la fois l'expression et la canalisation. Je profite à chaque fois que nous jouons à la lutte pour parler du sexe et de l'anus qui sont des zones intimes à respecter. « Jouer à l'adolescence donne sens au sexuel génital, à ce qui se dévoile partiellement de l'énigme du sexuel en soi dans la rencontre avec l'autre » (JOLY F., 2015, p.180). Le rapport au corps sexué n'est pas négligeable dans une prise en charge avec un adolescent.

« Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. » (WINNICOTT D. W. (1971), 2016, p.102)

Le peintre passe sa vie à chercher sa plus belle œuvre en peignant toile après toile, quand il suffit pour la trouver de regarder les taches sur le bout de ses doigts. Dites-lui, il s'en lavera les mains.

Difficile lorsqu'on a la tête dans le guidon de voir le chemin parcouru. En prenant du recul, en me remémorant ma rencontre avec Yvan, j'essaye de retracer

l'itinéraire que nous avons suivi. Le Qi-Gong, les propositions corporelles et la relaxation ont permis de parler du corps, de le faire exister par la parole et par la mise en action. Yvan a rapidement fait de grands progrès au niveau tonique et postural. Pour autant, l'entrée en jeu est longuement restée difficile. De l'agrippement aux pâtes, nous avons pu progressivement lui apporter un intérêt pour son corps et ainsi l'inviter à se mettre en jeu dans une relation corporelle partagée. Le Qi-Gong a amené du plaisir partagé, poursuivi dans les propositions de lutte et judo notamment. La relaxation apparaît ensuite comme pour rassembler un corps sensible, tonique et relationnel comme jamais il ne l'a été auparavant. Anatomiquement parlant, la succession des évènements semble logique : le Qi-Gong a permis de mettre en valeur la charpente osseuse du corps, par un travail des appuis et transferts de poids, Yvan élaborait le « corps qui tient » ; les jeux de lutte nous ont amenés à évoquer la musculature, le corps plus mou mais pouvant se durcir, le « corps qui agit et réagit » ; la relaxation enfin a apporté une écoute des sensations viscérales, cardiaques et respiratoires, la conscience des fluides du corps, c'est la perception du « corps qui vit ». La conscience corporelle d'Yvan a donc été travaillée tout au long de l'année. Le plaisir qu'il trouve à venir en séance, celui qu'il a dans l'interaction avec nous, celui encore qu'il obtient auprès de ses proches, renseigne sur l'amélioration de son état de santé.

L'investissement qu'il a de son corps dans la relation à l'autre et de sa prise en charge témoigne de ses progrès. Est-ce le fait de parler du corps qui a permis ce progrès ? Est-ce plutôt l'expérience corporelle ? Je répondrais sûrement les deux, en tout cas dans chacun des cas je suis parti de son intérêt : celui pour les notions scientifiques m'a autorisé à parler avec précision de l'anatomie humaine, celui pour les jeux de poussée m'a permis de lui offrir divers vécus édifiants, la découverte, l'appropriation et la maîtrise de son corps. Le jeu de lutte m'a particulièrement semblé intéressant pour l'affinement de la proprioception d'Yvan, comme A. Bullinger l'entend. C'est-à-dire que le corps se construit, se représente et « devient un lieu habité » à travers la correspondance des informations de la sensibilité profonde avec les flux sensoriels externes. Cette proposition me fut également un support idéal pour permettre au patient de rejouer la persécution. Pendant le « round », je prenais parfois un air persécuté, laissant mon partenaire savourer le sadisme de la toute puissance. Parfois, j'inversais les rôles : « Ah ! Ça y est, je suis en colère, je vais me venger ! ». En sur-jouant la chose, je marquais un peu plus le cadre du jeu, où règne le faire semblant si sécurisant et garant d'un vaste champ des possibles.

Face à un patient présentant un trouble de l'image du corps, se répercutant sur la connaissance et l'investissement qu'il en a, il y a nécessité de recréer un intérêt pour le sujet envers lui-même, envers son propre corps. Pour cela, il faut revenir à une exploration motrice et sensorielle. La mise en mouvement du sujet lui permet de s'approprier ses compétences corporelle et relationnelle. Le jeu symbolique est un outil facilitant cette mise en acte. Grâce à l'espace transitionnel, il permet une implication envers l'autre ajustée en fonction des possibilités psychoaffectives du sujet. Le jeu de faire semblant offre une richesse expérimentale infinie et favorise la mise en jeu des émotions à exprimer et canaliser. L'intrication entre engagement corporel et jeu symbolique, dans un étayage réciproque, apparaît comme la clé de l'œuvre soignante en psychomotricité.

Cette corrélation entre jeu et investissement du corps n'est toutefois pas applicable de la même façon selon la nature de la rencontre entre thérapeute et patient. Cela se joue au cours de la séance, dans le vif de l'instantané. Chaque sujet nécessite un positionnement approprié, sur mesure, pour parvenir à cette élaboration thérapeutique. Sur quoi repose l'ajustement du thérapeute ?

- Le soignant et le patient : faire place aux deux sujets
 - Co-construction et plaisir partagé

« Se situer en dehors des sentiers battus, se sentir en dehors de la mêlée des boulevards contemporains évaluatifs et normatifs, la complexité humaine. Et garder la maîtrise de sa propre pensée. » (POTEL C., 2015, p.198)

Le jeu comme voie d'expression des conflits psychiques que le patient ne peut se représenter. D'accord, mais comment réussir à jouer avec un adolescent qui passe son temps à « ne rien faire » et s'agrippe à des jeux sensoriels ? Ce questionnement a coloré ma participation dans la prise en charge d'Yvan. Je n'étais effectivement pas persuadé de la valeur thérapeutique des actes de ma maître de stage lorsque celle-ci, pour libérer Yvan de sa pâte envahissante, enchainait les propositions de jeu. Bien qu'elle ne l'ait jamais forcé à accepter, il me paraît dommage de formuler la proposition de sorte qu'il n'y ait comme possibilité de réponse que oui ou non. C'est peut-être l'impression qu'il acceptait

parce qu'il n'osait pas dire non, ou plutôt sa participation sans réelle conviction dans la proposition qui me laissait perplexe sur ce qui se jouait. Je fais l'hypothèse que partir de l'intérêt du patient, de sa proposition, permet une meilleure implication dans ce qu'il fait. Il me semble en effet que si l'idée vient de nous et seulement de nous, nous limitons la valeur thérapeutique de notre proposition : « Jouer doit être un acte spontané, et non l'expression d'une soumission ou d'un acquiescement, s'il doit y avoir psychothérapie » (WINNICOTT (1971), 2016, p.104).

J'aimerais à présent revenir sur la séance où Audrey me laissa seul pour la première fois en compagnie d'Yvan. À ce stade de la prise en charge, nous avons constaté déjà une amélioration dans son engagement corporel grâce aux apports du Qi-Gong. En effet, d'un plaisir solitaire et stéréotypé (malaxage des pâtes) Yvan est parvenu à éprouver son corps dans la relation à l'autre par les jeux de poussée et les transferts de poids sur ses partenaires, nous avons atteint le plaisir partagé. Cependant, la répétition systématique de cette proposition, comme un rituel de début de séance, a dégradé l'investissement du jeune, qui dans ses attitudes désintéressées nous exprimait sans doute le désir d'aller plus loin, de passer à autre chose. Je fais l'hypothèse que les rituels en séance sont à l'initiative du patient, ne doivent - si possible - pas lui être imposés par simple décision du corps soignant (malgré toute la bienveillance de celui-ci). La prise en charge d'Yvan nous montre que lorsque la proposition est ritualisée par le thérapeute, comme a pu l'être le Qi-Gong, l'intérêt et le plaisir que suscite l'activité diminuent rapidement, limitant les manœuvres thérapeutiques, tandis que lorsque c'est le patient qui propose de rejouer une proposition, comme ce fut ici le cas avec les « rounds » et la relaxation, l'investissement et l'engagement dans l'activité sont optimaux. Le jeu doit rester autant que faire se peut un jeu et ne pas devenir un devoir ou un exercice contraignant.

Il s'agit alors de laisser la place au patient en tant que sujet afin d'aller vers une construction conjointe de proposition de jeu. Je vise à élaborer *ensemble* l'espace de jeu, l'invitant progressivement à investir cet espace. C'est vraiment cette notion de partage sur laquelle je veux insister, il ne s'agit pas d'obéir aux ordres d'un patient pour lui procurer le plaisir qu'il cherche dans le jeu, mais de trouver un *plaisir partagé*, un vécu commun dans lequel le thérapeute peut soutenir la symbolisation des contenus psychiques qui émergent des actes de son

partenaire. Marie-Christine Laznik¹¹ en consultation avec bébés à risques autistiques, évoque un concours entre le plaisir qu'elle éprouve dans son jeu (partage de repas avec les parents via la dînette par exemple) et l'auto-sensorialité du bébé. Elle insiste sur la dimension du plaisir à jouer : c'est ce plaisir, qui est un plaisir réel dans le faire-semblant, qui va susciter la curiosité et l'appétence relationnelle de l'enfant (LAZNIK Marie-Christine, 2016). La notion de plaisir m'intéresse particulièrement. Deux hypothèses se posent ici : si l'un des deux partenaires de la thérapie n'est pas dans le plaisir du jeu, le plaisir de l'autre s'en verra affecté ; le plaisir est un facteur de qualité de l'implication dans la prise en charge de chacun, thérapeute comme patient. Il ne suffit pas de faire semblant de prendre plaisir. Pour autant, en faisant semblant d'avoir du plaisir il est possible d'en éprouver et d'en faire éprouver pour de vrai. *Amusons-nous !*

- Continuité et solidité

Bien sûr cela n'est pas toujours évident et Yvan fait partie de ces patients qu'il nous faut soutenir longuement pour parvenir à les rendre actifs dans l'élaboration du jeu. Jouer n'est pas une évidence pour lui. Je fais aussi l'hypothèse qu'une continuité dans le déroulé de la séance, ou même à l'échelle de la prise en charge, soutient la bonne implication du patient dans celles-ci. Le déroulé des séances orchestrées par Audrey me semblait parfois difficile à suivre puisque je ne parvenais pas toujours à faire le lien entre deux propositions successives. « Pour contrôler ce qui est au dehors, on doit *faire* des choses, et non simplement penser ou désirer, et *faire des choses*, cela prend du temps. Jouer c'est faire » (WINNICOTT (1971), 2016, p.89 à 90). Il me tenait à cœur d'essayer de rendre la séance continue, présenter un enchaînement fluide, de prendre le temps pour cela, afin de maintenir un contact le plus permanent possible avec le patient. Essayer, faire de mon mieux dans ce sens là même si ça pouvait sembler périlleux.

Pour garder l'intérêt du patient, donc maintenir son meilleur investissement dans la proposition, il faut pouvoir le rendre actif dans l'élaboration de celle-ci. Cela demande parfois du temps, surtout lorsque le patient ne sait pas quoi faire. Lorsqu'Yvan affirme ne pas vouloir faire du Qi-Gong et ne pas savoir quoi faire d'autre que malaxer répétitivement la pâte, je m'interroge sur la suite de la séance, qu'allons-nous faire ? Pour autant, je maintiens ma posture, stable sur mes

¹¹ J'ai eu la chance de rencontrer Marie-Christine Laznik dans le cadre d'un séminaire au centre Alfred Binet, où je suis en stage aux côtés de Muriel Chauvet qui s'en inspire beaucoup dans sa prise en charge en accompagnement parents-bébé.

appuis, pour répondre calmement que j'entends son envie et la respecte. Je pense que cela sécurise le patient, d'une part de se savoir entendu, d'autre part de ne pas voir son thérapeute se démener dans l'urgence de trouver une nouvelle proposition, comme s'il fallait occuper chaque seconde par une activité. Je lui montre ainsi que je prends le temps et qu'il a le temps. Il comprend mon souhait de ne pas lui dicter ce qu'il faut faire, mais bien de le rendre actif dans la direction à prendre pour sa séance. J'essaye d'être un thérapeute « suffisamment bon » : à l'image d'une *mère suffisamment bonne* comme l'entend D. W. Winnicott, soyons sécurisant mais laissons aussi l'opportunité au sujet de nous surprendre. Yvan a besoin d'aide pour engager une nouvelle activité. Je ne tombe pas dans le piège de poser mille et une questions pour essayer de deviner avec lui quelle proposition serait intéressante à ce moment. Je décide de me mettre en mouvement, sans dire un mot, le silence fera son travail : « [...] ne pas céder au débit verbal, garder vivant et plein le temps du corps » (POTEL C., 2015, p.104).

La place du silence en psychothérapie a toute son importance. Catherine Potel évoque ces moments où elle décide d'arrêter de suivre son patient, d'aller s'asseoir dans un coin sans plus rien dire pour le laisser dans son activité : « Et nous regardons sans plus rien dire » (POTEL C., 2015, p.68). Par cela elle espère réactiver une appétence relationnelle que le patient a égarée en cours de jeu. Cela fait écho à ce moment où je joue seul avec la physio-balle face à Yvan. Je laisse en quelque sorte le silence s'installer entre lui et moi, où chacun mène son petit jeu, en espérant sortir l'autre du sien.

La thérapie se situe dans un espace commun, où thérapeute et patient se rencontrent. Cet espace donne la place à chaque partenaire de s'exprimer en tant que sujet, en vue d'un plaisir partagé édifiant la qualité « symbolisante » du jeu. La co-construction de la séance, l'élaboration conjointe du jeu, demande à chacun de s'impliquer dans la thérapie. Si cela est difficile pour le patient, il est du devoir du thérapeute de le rendre actif. Amener une continuité dans le déroulé de la séance favorise l'implication du sujet dans sa mise en action. Il faut alors pour le thérapeute rester solide dans son engagement et jongler entre des temps où il est moteur de l'interaction et des temps plus en retrait, de silence, que le partenaire peut saisir pour modifier son engagement. Cela passe par une capacité d'écoute et d'ajustement. L'écoute du psychomotricien est portée sur son patient mais aussi sur lui-même, sa présence, sa posture et la qualité de ses actes. Comment construit-il cette capacité d'écoute ?

3. Le thérapeute en thérapie psychomotrice

« Quelque chose vient à tout instant nous secourir. » (BOBIN C., 2001, p.97)

- La posture du psychomotricien en tant que thérapeute
 - Éléments préalables

Toute interaction entre individus est sous-tendue par diverses structures relationnelles. Nous nous intéressons ici à trois notions : la « proxémie », l'empathie et la curiosité. Nous considérons que chacun de ces éléments est indispensable à l'espace de rencontre.

La « proxémie » est un terme issu des études de Edward T. Hall, qui s'intéressait aux usages spatiaux de l'être humain. En étudiant plusieurs expériences menées sur les animaux pour comprendre leur fonctionnement en communauté et la gestion des territoires, il parvint à mettre en évidence chez l'animal comme pour l'homme le besoin d'espace minimum pour le maintien de la bonne santé de l'individu et de l'espèce. La « proxémie » consiste en l'étude de la différenciation de l'espace en distances. C'est le travail des sens qui est au cœur de ce processus. Le rapport à l'autre est sans arrêt dans une démarche de perception et d'évaluation des distances. Sous une certaine distance, un certain stress peut apparaître chez le sujet et modifier son comportement. En ce qui concerne notre profession, il est important d'avoir en tête que la culture de l'individu va changer parfois considérablement son rapport à la distance de l'autre : « [...] un élément défini comme intime dans une culture peut devenir personnel ou même public dans une autre » (HALL E. T. (1966), 1971, p.159). Cependant, le lien relationnel entre deux individus, au delà de leur cultures respectives, aura des répercussions sur leur comportement : « La structuration du monde perceptif n'est pas seulement fonction de la culture mais également de la nature des relations humaines, de l'activité et de l'affectivité. » (HALL E. T. (1966), 1971, p.222). Nous devons donc constamment garder en tête cette notion de « proxémie » dans notre relation au patient. En essayant de comprendre quelle perception des distances est la sienne, nous augmentons nos chances d'ajustement à celle-ci et facilitons l'entrée en interaction.

L'empathie caractérise la faculté à comprendre l'état affectif de l'autre. La lecture corporelle (mimiques, qualité de mouvement, posture, etc.) soutient la

qualité empathique d'un individu. Cette notion est omniprésente dans les interactions humaines. La capacité de reconnaissance du vécu d'autrui s'édifie sur nos vécus personnels. Il s'agit de voir en l'autre un écho de nos propres sentiments : « L'empathie repose sur la conscience de soi ; plus nous sommes sensibles à nos propres émotions, mieux nous réussissons à déchiffrer celle des autres » (GOLEMAN Daniel (1995), 2006, p.150). L'empathie sous-tend l'action. Serge Lebovici précise ses qualités « métaphorisante » par son soutien de connaissance et « enactante » lorsqu'elle engage notre propre corps (LEBOVICI S., 1998). En thérapie, l'empathie occupe une place importante, puisqu'elle œuvre dans l'ombre des jeux transférentiels : « L'empathie n'est pas seulement le maniement du contre-transfert, avec le sentiment qu'on est en accord avec » (LEBOVICI S., 1998, p.238). Cette notion est donc cruciale dans notre adaptation au patient. Les processus d'ajustement sont colorés par la qualité empathique du thérapeute. Dans l'hypothèse où celle-ci résulte d'un apprentissage, d'un travail sur soi, la nécessité des expériences psychocorporelles vécues durant la formation et poursuivies dans les « temps libres » apparaît d'autant plus justifiée.

Enfin, abordons la notion de curiosité. Entendue comme le désir de savoir, elle invite à l'expérimentation. En cela, c'est un élan permanent vers de nouvelles activités, expériences corporelles participant aux processus constructifs du thérapeute. C'est aussi l'appétence à la rencontre de l'autre. Nous pensons que la curiosité envers l'inconnu est une qualité nécessaire pour accueillir le patient. Chaque séance est une nouvelle rencontre, le soignant s'interroge de l'état du sujet et se prépare à une séance pleine de nouveautés. Être curieux de ce que ce qu'il va présenter cette fois, de ce qu'il demandera à faire, de son engagement, c'est respecter et veiller sur son espace d'expression. La curiosité du psychomotricien soutient l'implication du patient dans sa prise en charge. C'est l'acceptation de l'imprévu. Laissons-nous surprendre !

« Joie de la cécité.- « Mes pensées, dit le Voyageur à son ombre, doivent m'indiquer où j'en suis : non pas me révéler *où je vais*. J'aime l'ignorance de l'avenir et ne veux succomber à l'impatience ni à la saveur anticipée des choses promises. » » (NIETZSCHE F. (1882), 1982 p.195)

- La capacité d'écoute et mise en acte ajusté

Je commence chaque séance avec un premier temps de retour à moi-même. Par un soupir de détente je place mon « sourire intérieur » qui me prépare à affronter les imprévus et difficultés que la séance peut apporter - je rejoins le thérapeute qui m'habite, je me connecte à mon *corps-antenne* selon B. Lesage. J'émetts l'hypothèse que cette détente initiale, ce souffle qui vient mettre de l'espace à l'intérieur pour assouplir nos vécus émotionnels, permet une meilleure écoute de soi et une meilleure capacité d'accueil des actes transférentiels du patient. En effet, je pense que ce temps de retour à soi, aussi bref soit-il, favorise une distanciation entre l'individu et le thérapeute que je suis. Par cela, il me sécurise personnellement puisque c'est seulement le thérapeute et toutes les figures transférentielles que le patient lui attribue qui seront mis à mal. Ce petit regard interne est comme un tuteur qui m'aide à tenir le cadre thérapeutique, à supporter ce qui se joue en séance sans plier : « Qu'un patient puisse crier son désespoir ou sa rage sans craindre que l'autre ne s'effondre, c'est lui rendre un grand service. C'est lui offrir l'espace de son expression intime » (POTEL C., 2015, p.82).

Mon placement en séance se fait en fonction de celui du patient. Ce n'est pas véritablement réfléchi, c'est agi, à la manière d'une *enaction* selon S. Lebovici. Comme lorsque je me place au centre de la pièce à l'entame de séance avec Yvan. Il est installé dans son coin, je ne devais pas m'installer dans mon coin, au risque d'être trop distant de lui, ni dans le sien, sous peine d'être trop intrusif. La position au centre m'a semblé la plus adaptée puisqu'elle apporte une présence dans la salle : ni lui ni moi ne pouvons nous sentir isolés - ça ne sonne pas creux. Mes expériences passées, comme celle de Léna par exemple, soutiennent ce positionnement non intellectualisé initialement.

Peut-être que la posture du jeune dans le canapé, confortablement installé, qui ne manifeste aucune volonté de m'inclure dans son jeu, m'a renvoyé un sentiment d'injustice qui m'a poussé à agir de telle sorte à trouver mon occupation et espérer l'amener à jouer ensemble sans avoir à le prier à genoux. Mon orientation vers la physio-balle résulterait d'un *contre-transfert corporel* selon C. Potel.

La relation, sur laquelle se construit le jeu, suscite notre capacité à mettre du sens sur les actes du patient. Cette mise en sens offre une compréhension des

évènements et ouvre sur une potentialité d'action. Par exemple, au moment où Yvan, assis dans son fauteuil, cale la physio-balle sous ses pieds et se pavane, je lis dans son regard la provocation : je déduis qu'il m'invite à venir la chercher et m'engage dans l'action pour la récupérer. Je ne sais pas si c'est vraiment ce qu'il pensait. J'ai mis du sens sur ce qu'il se passait, sur ce que je vivais dans cette situation. Le sens que j'ai donné aux actes du patient, à son corps, a engagé mon action. Cela fait écho à *l'identification narcissique de base* évoquée par R. Roussillon.

Le thérapeute doit également pouvoir s'observer afin d'éviter tout comportement séducteur à l'égard du patient. Ce n'est pas toujours évident puisque nous ne pouvons pas toujours nous rendre compte des répercussions de nos actes chez notre partenaire de séance. Cette vignette clinique me semble être un bon exemple :

Aux cotés de Muriel Chauvet, nous recevons Mohammed, un jeune enfant de trois ans et demi atteint de syndrome autistique, accompagné par sa mère. Celle-ci est très tactile avec lui, très complice, souvent à le prendre dans les bras, l'embrasser sur la bouche, sur le ventre, les pieds, à lui faire des chatouilles, etc. Lors d'une séance, Mohammed s'avance vers moi pour aller jouer avec le robinet situé derrière moi. Je suis assis au sol et je le saisis au passage pour le contenir contre moi. Nous travaillons beaucoup l'arrière-fond et la contenance avec ce patient. Je lui propose mon torse comme soutien d'arrière-fond et le contiens en l'entourant avec mes bras. À ce moment je commence à le bercer d'avant en arrière. Je me laisse partir à la renverse délicatement mais je n'arrive pas à me redresser (il a de la force en extension !). Je décide alors de rouler d'un côté à l'autre. L'enfant me paraît apaisé, à l'écoute de ses sensations vestibulaires et tactiles. À la fin de la séance, Muriel m'a fait remarquer que, bien que la proposition fût intéressante, j'ai risqué de renvoyer à la mère une scène parfumée d'érotisme, en tenant son enfant ainsi contre moi, sur le dos l'un sur l'autre, à nous bercer d'un côté à l'autre. Je ne m'étais même pas interrogé à ce niveau là pendant ma proposition, il a fallu qu'elle me le dise pour que je remarque effectivement la position possiblement embarrassante pour une mère aussi proche de son fils. Me serais-je laissé influencer par les interactions de cette mère avec son enfant ? Je ne peux que constater que je n'aurais pas osé faire cette proposition avec un autre enfant de la consultation de Muriel.

Le thérapeute doit protéger son patient de sa puissance de séduction, mais il doit aussi se protéger de la séduction du patient. Lorsqu'Yvan me questionne sur ma vie privée n'est-il pas en train de tester le cadre, d'entrer dans une démarche de séduction pour faire de moi son ami ? L'analyse des vécus et ressentis pendant la séance permettent de comprendre ce qui se joue sur le plan transférentiel. L'observation du transfert du patient et du contre-transfert du thérapeute permet de prévenir l'érotisation d'une prise en charge, donc de protéger le cadre thérapeutique. Une certaine distance avec le patient est nécessaire pour lui laisser intact son « espace d'expression intime ».

Enfin, j'ai appris au cours des expériences à différer la fin du jeu. Cela me semble essentiel pour le bon investissement du patient mais aussi pour le thérapeute qui peut se donner le temps d'explorer les possibilités qu'offre une activité. Le plaisir partagé en dépend également. Par exemple lors du jeu de lutte avec Yvan, j'aurais pu le sortir du tapis et gagner le « round » en quelques secondes, comme Audrey a pu le faire, mais j'ai préféré agir autrement, pour exploiter pleinement les compétences du jeune. Il convient de trouver le juste moment pour s'arrêter, le dialogue tonique et l'accordage relationnel favorisent cette démarche. Je pense aussi à ce moment où j'essaye de reprendre la physio-balle au patient qui la retenait sous ses pieds. J'aurais pu saisir l'objet de convoitise d'un geste, mais qu'en aurais-je fait ? La situation était propice pour engager un jeu de faire semblant, où je jouais la colère et l'envieux quand Yvan jouait au propriétaire privilégié qui riait de ma jalousie. J'ai différé la prise de l'objet, sans quoi Yvan n'aurait pu s'engager dans le jeu. Ce moment a changé l'allure de la séance, puisque nous étions désormais tous les deux dans le mouvement, ensemble dans la mise en acte.

La capacité d'écoute de soi, de ses ressentis et postures érige le « dédoublement contrôlé » évoqué par C. Potel. Cela participe donc à l'intégration des jeux transférentiels en séance et à la mise en acte du corps du thérapeute. Mais sur quoi repose la qualité de cette conscience de soi ? Par quels moyens le psychomotricien arrive-t-il à ce « dédoublement contrôlé » ?

- Cheminement et construction du thérapeute

« On ne peut bien voir qu'à condition de ne pas chercher son intérêt dans ce qu'on voit. » (BOBIN C., 2001, p.92)

- La formation au Diplôme d'État

« Ayant censuré nos sensations, ayant diminué à nos yeux nos dimensions réelles, nous avons l'impression de ne pas exister suffisamment. Plus nos corps nous sont étrangers, plus nous restons étrangers à la vie. N'ayant pas la jouissance de notre corps, nous ne pouvons pas en jouir. Nous manquons de confiance ; il y a tant de choses que nous n'osons pas faire. » (BERTHERAT Thérèse, 1976, p.78)

L'Institut de formation de la Pitié-Salpêtrière propose un enseignement comportant de nombreuses heures de « pratique corporelle ». Ces TD¹² de conscience corporelle, d'expressivité du corps, relaxation, jeu dramatique et anatomie fonctionnelle entre autres, rassemblent des groupes d'étudiants à travers une riche diversité d'expériences qui mettent en jeu le corps dans toutes ses dimensions. La formation commence par une journée intitulée « jeux de cours, jeux de rue ». Pendant une journée entière, notre petit groupe d'étudiants était invité à jouer à des jeux sortis des cours de récréation ! Une première expérience qui a suscité beaucoup d'émotion, d'étonnement et de gêne parfois puisque nous étions encore tous étrangers les uns les autres. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir et je me souviendrai longtemps de cette journée si particulière. Malgré l'appréhension de jouer avec des inconnus, que l'on va devoir apprendre à connaître très prochainement, tout le monde a joué le jeu. J'ai pu retrouver ce plaisir, cet amusement parfois, dans les TD hebdomadaires de conscience corporelle et expressivité du corps notamment. Progressivement, j'ai compris qu'il ne s'agissait pas seulement de s'amuser, mais que tout était sérieusement amené, que chaque expérience nous confrontait à notre rapport à nous-mêmes et aux autres. Les expériences corporelles, riches et variées, ont pour objectif de nous rendre sensibles dans l'instant du vécu présent. Le corps sensible est l'outil indispensable du psychomotricien. Se sentir éprouver les choses renseigne sur notre fonctionnement : comment vivons-nous les choses ? Nous apprenons le langage infra-verbal. Lequel nous permet de comprendre le patient. Les TD visent à assouplir nos vécus corporels, repérer nos ressentis et affiner notre capacité à les mettre en mots.

La notion de tonus est amplement explorée. Le dialogue tonique nous rend à l'évidence que chacun présente un schéma tonique singulier, induisant une motricité et une sensorialité singulière. Personnellement, j'ai pris conscience de la

¹² Travaux dirigés

raideur de mon corps. Sportif durant toute ma jeunesse, j'ai développé une musculature dont je ne me suis pas préoccupé. Mon manque de souplesse me tracassait énormément lors des premiers cours de conscience corporelle, je souffrais parce que je suivais du mieux que je pouvais les mouvements de l'enseignante et de mes camarades, sans pouvoir les reproduire avec autant d'amplitude. En m'appropriant progressivement ces enchaînements, j'ai pu accepter mon « manque de souplesse », pour en faire « ma » souplesse - ne plus faire contre, mais faire avec - et j'ai pu trouver ma façon de faire, assumer ma singularité.

Assumer sa singularité pour mieux reconnaître celle des autres. Les propositions se faisaient parfois en binôme ou petit groupe. J'ai pu remarquer que je n'avais pas toujours la même qualité de présence, les mêmes postures ni le même engagement selon mon partenaire et la relation qui nous liait. Les temps de verbalisations permettent d'entendre la diversité des points de vue sur ce qui s'est joué et de s'essayer à la mise en mots de vécus toniques, moteurs, sensoriels, émotionnels et représentatifs. Ces TD nous ont fait vivre en quelque sorte l'étagage « TSAR » évoqué par S. Robert-Ouvray, ce n'est plus seulement une notion théorique pour nous. Chacun sortait de ces temps enrichi de son expérience et du récit de celle des autres.

« On explore comment une mise en jeu corporelle, une posture par exemple, ou le niveau auquel on bouge (bas, haut...), suscitent ou décèlent des images, et à l'inverse comment celles-ci meuvent et émeuvent le corps. » (LESAGE Benoît (2012), 2015, p.9)

Les TD font explorer le rapport que l'on a à l'espace et au temps, par des propositions les yeux fermés, des guidages, des danses en rythme, des déplacements au sol, des enchaînements, etc. Plusieurs fois, nous sommes invités à nous donner au partenaire, nous laisser manipuler ou guider dans un jeu de confiance, ou au contraire endosser le rôle de protecteur ou de guide de l'autre. J'ai pu me situer là-dedans, observer mon engagement et je sais que je n'ai pas peur de faire confiance. Je peux me laisser faire sans poser aucune résistance et même y trouver un certain bien-être et de la détente. Lorsque je suis en position de guide ou maître de la situation de mon partenaire, je suis très prudent et ce rôle suscite en moi un certain stress, je veux bien faire, j'ai comme une peur de mal faire pour lui, de ne pas le mettre à l'aise, de faire une erreur. J'ai tout de même pu me sentir à ma place dans chacun de ces deux rôles, apprécier ces moments là. Je retiens que je peux accepter la passivité sereinement et que

j'accepte la responsabilité de l'autre avec prudence. Je me suis souvent engagé pleinement dans les propositions et parfois j'ai remis mon engagement en question, par crainte d'en avoir trop fait aux yeux de mes camarades. C'est-à-dire qu'il s'agit de comprendre que ce qui peut nous sembler juste et adapté ne l'est pas forcément pour les autres. Cela passe par tout un apprentissage. J'ai pu voir plusieurs fois des camarades en larmes sortir de salle alors que je me trouvais dans un état de bien-être. À l'inverse, j'ai parfois pu avoir des représentations morbides, désagréables, quand d'autres ont perçu des images plaisantes devant la même situation.

« Selon les cultures, les individus apprennent dès l'enfance, et sans même le savoir, à éliminer ou à retenir avec attention des types d'information très différents. »¹³ (HALL Edward T. (1966), 1971, p.65)

Le cadre des TD requiert de chacun le respect de soi-même et de l'autre. La posture adaptative de tout thérapeute est déjà en pleine construction lors de la première année de la formation par l'enseignement tiré de la richesse des expériences des TD.

Ces pratiques corporelles nous amènent à mieux nous connaître, mieux nous comprendre et nous soigner. Notre capacité d'accueil du transfert et du contre-transfert en thérapie en dépend. Ces deux notions initialement psychanalytiques sont essentielles dans nos prises en charges psychomotrices, bien que nous ne puissions pas les soumettre à l'interprétation comme un psychanalyste le ferait, puisque cela est hors de notre champ de compétence. Nos capacités d'écoute du corps en acte, sensible et relationnel, nous font jouer des mouvements transférentiels.

- Les expériences personnelles : du temps à soi, du temps pour soi.

Au delà des mises en jeu corporelles que la formation peut proposer, ne négligeons pas toutes celles qui définissent notre façon d'être. Qu'il s'agisse d'une passion, d'un hobby, d'un passe-temps, chacun de ces temps consacrés à notre bien-être s'avère précieux pour plusieurs choses : le plaisir qu'il procure, le besoin de prendre du recul sur notre clinique, l'expérience psychocorporelle qui participe

¹³ La citation a été copiée à l'identique, la faute de frappe « très » au lieu de « très » apparaît dans le livre.

à l'actualisation de notre intégration et représentation corporelle, l'éprouvé des émotions et l'entretien de notre feu intérieur qui assure vitalité, envie et créativité.

« Le papillon monte au ciel en titubant comme un ivrogne. C'est la bonne façon. »
(BOBIN C., 2014, p.35)

Face aux attentes des institutions qui ont parfois tendance à nous en demander toujours plus, il faut savoir se protéger de l'épuisement. Cela passe par une organisation du temps de travail, pour éviter tout débordement et impératif à ramener à la maison (ressasser le contenu des séances nous suffira amplement), ainsi que par une organisation de son temps libre. J'entends ici par « organisation » l'idée de prendre le soin de penser à soi, respecter ses besoins et envies autant que possible. Certains prévoient une semaine à l'avance leur sortie hebdomadaire quand d'autres préféreront se l'offrir à l'improviste - à chacun de s'employer comme bon lui semble.

Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre. En variant nos vécus corporels, nous apprenons à connaître nos réactions, nos capacités d'agir selon différentes situations, mais aussi à affiner progressivement notre qualité gestuelle et posturale. Notre capacité d'ajustement au patient est directement rattachée à ces éléments. En cela, il est important pour le psychomotricien de poursuivre le travail psychocorporel que la formation a initié.

« Sur le plan d'une pratique professionnelle, cet élargissement du registre qualitatif est indispensable pour rejoindre nombre de patients ou élèves qui se cantonnent à une palette restreinte de nuances. L'exercice des qualités gestuelles est en effet un des domaines majeurs d'accordage. Entrer dans la qualité d'un partenaire crée une relation, un partage intersubjectif à partir duquel il devient possible d'impulser une évolution. »
(LESAGE B. (2012), 2015, p.211)

Les pratiques corporelles que le « temps libre » nous permet de faire sont donc un outil indispensable pour l'accordage du thérapeute avec son patient. Ce lien est fondamental pour s'inscrire dans une démarche d'adaptation au cours des événements que le sujet amène en séance. « Il est très important de respecter le rythme de l'enfant et de ne pas transgresser le refus qu'il peut nous opposer » (BULLINGER A. (2004), 2015, p.203). Je n'aurais pu emporter Yvan dans un progrès continu jusqu'au jeu de lutte si je n'avais su m'accorder à sa qualité gestuelle. Ma

pratique personnelle, couplée au travail de formation en psychomotricité, a soutenu l'écoute de ma relation au patient.

Ma pratique de Qi-Gong m'a aidé à comprendre mon corps. Nous sommes invités à arpenter la voie du mouvement par la détente. Ne pas forcer mais au contraire, par le jeu des fascias, trouver dans la détente les influences réciproques des chaînes musculaires pour impulser le mouvement. Apparaît alors une nouvelle qualité du geste, qui s'étend dans les postures et gestes de la vie quotidienne. Les difficultés de souplesse rencontrées lors des TD de conscience corporelle ont fait écho dans ma pratique de Qi-Gong. Par l'expérience j'ai progressivement accepté mes tensions et mes « défauts » se sont convertis en « qualités », non pas que mon corps soit mieux qu'avant, mais ma façon de le vivre s'en trouve bien meilleure. Cette aisance corporelle m'offre davantage de possibilités en séance - j'ose agir.

Le basket-ball, sport que j'ai pratiqué en club depuis l'enfance, m'a inculqué des valeurs relationnelles importantes, qui me soutiennent dans ma clinique. Lorsque, dans le vif de l'action, mon coéquipier agissait comme je le prédisais et réciproquement, comme si par un simple regard une puissante connexion nous faisait agir en parfaite synchronisation, n'était-ce pas là une première expérience d'accordage ? C'est ce genre de contact, comme celui des musiciens qui n'ont que faire de se connaître pour pouvoir jouer ensemble un morceau à l'improviste, qui parfois se ressent lorsque l'interaction avec le patient s'opère. Je joue encore de temps en temps, avec des amis ou avec des inconnus, pour affiner ma capacité d'accordage.

L'escalade est ma nouvelle passion. Cette pratique m'apporte un réel travail de respiration et régulation tonique, je retrouve ce jeu de gestion de l'effort : trouver par la détente le mouvement juste. C'est aussi une manière de me réinventer à chaque fois. Chaque bloc peut se grimper de plusieurs façons. J'aime à faire et refaire une ascension, en variant le pas, le rythme et l'allure, à la manière d'un danseur qui s'amuse à changer de chorégraphie sur un morceau musical. J'entretiens ainsi mon aisance corporelle.

Dans chacune de ces pratiques, le corps est mis en jeu dans une situation émotionnelle. J'éprouve des émotions parfois intenses. Je suis dans l'écoute de la répercussion corporelle d'une émotion, pour mieux gérer celle-ci. La respiration par exemple m'est d'un grand remède pour apaiser une émotion trop forte qui me fait perdre pied.

Notre « temps libre » doit nous secourir, nous ressourcer pour nous permettre de revenir dans notre rôle de thérapeute avec les idées claires et le cœur en joie. Pour pouvoir employer le jeu symbolique en psychothérapie, il est nécessaire de savoir jouer en dehors des prises en charge. Notre créativité repose sur notre bonne santé et notre présence au patient : « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » (WINNICOTT D.W. (1971), 2016, p.110).

À chacun de trouver ses occupations qui sauront répondre à tous ces besoins et nourrir leur qualité de thérapeute.

CONCLUSION

Il est des temps où l'on ne s'appartient plus, où c'est l'autre qui anime la petite lumière vacillante de notre existence. Certaines rencontres, notamment celles d'Etienne et Léna, sont venues mettre à mal ma qualité de présence : avec l'un je n'incarnais plus que les gestes de mon maître de stage, avec l'autre je faisais vœu de disparaître. Ces moments m'ont percuté, secoué pour me ramener à moi-même. Me rendre à l'évidence que je ne peux disparaître et que je dois agir par moi-même pour comprendre l'enjeu d'une séance.

Je me suis trouvé confronté à des situations similaires au cours de mes stages, sans toutefois troubler ma qualité de présence. La rencontre d'Yvan a mis à l'épreuve mes capacités d'ajustement. J'ai su m'accorder à lui, avancer d'équilibre en équilibre sur le fil de la relation pour l'impliquer davantage dans sa thérapie. Ma réflexion sur la prise en charge d'Yvan m'a amené à m'intéresser aux fonctions soignantes des mises en acte. Cet accordage ne s'est pas fait par analyse de la situation, mais par le corps. Ce sont toutes ces fois où j'agis comme guidé par quelque chose, où mes actes ont le parfum d'une réponse. Le contre-transfert, corporel et émotionnel, le dialogue tonico-émotionnel, l'« enaction », sont autant de notions qui œuvrent dans cette relation thérapeutique. J'ai compris la dimension thérapeutique de ces actes non intentionnels mais éprouvés et conscients, dans un *dédoublement* fascinant. Dans l'après-coup, tout prend sens et on se rend compte que nos actions ne sont jamais le fruit du hasard ou d'un abandon de soi, mais bien l'expression singulière d'une conviction profonde.

Les actes du thérapeute se nourrissent du terreau relationnel. J'ai permis à Yvan de s'impliquer dans son développement psychocorporel parce que je lui ai donné la place de s'investir et s'exprimer, sans anticiper ses actes. Mais cela ne m'a été possible que grâce à une posture thérapeutique solide et à ma capacité d'écoute : écoute de moi-même, du patient et de ce qui se joue entre nous. Ces qualités reposent sur des processus qui donnent vie au thérapeute qui nous habite. Les expériences relationnelles et psychocorporelles soutiennent ces processus.

Être psychomotricien, c'est s'animer dans le vif de l'action sans perdre l'attache de ses sensations et émotions. C'est partager, s'amuser, explorer, se laisser surprendre, bondir, rebondir, encaisser, jouer et parfois savoir faire silence.

Il s'agit de laisser son *vif* s'exprimer pour exprimer celui de l'autre.

« Disons qu’être et rester vivant n’est possible qu’à condition de donner son corps à la vie, qui est mouvement et création, création perpétuelle, par saut, par éclat. Caracole le savait mieux que quiconque : le vif *agit* une force de métamorphose primitive, une sorte de capacité élémentaire à changer, à se décaler, à se renouveler sans cesse, inhérente. [...] Ce qui fait sa spécificité, c’est qu’il est apte à s’autodifférencier. Il ne cesse de différer de ce qu’il est, en soi, par une fougue intime excentrique. S’il y a une énigme propre au vif, c’est celle-là, ce bond instinctif hors de soi. » (DAMASIO Alain, 2004, p.72-71)

Quelques questionnements me traversent à présent. Nous ne pouvons nous saisir de tout ce qui se joue à chaque instant. Qu’advient-il de la part de l’acte qui demeure inconnue ? Vient-elle nourrir inconsciemment notre capacité d’ajustement ? Reste-t-elle à jamais disparue et inatteignable ? Je m’interroge également sur la curiosité et l’empathie, deux qualités que je considère comme pré-requis indispensables à la posture thérapeutique. Pouvons-nous améliorer nos capacités empathiques ? Avons-nous possibilité, au-delà de la satisfaire et de l’alimenter, d’accroître notre curiosité ?

Je pose ces questions dans l’espoir d’un remède aux essoufflements que des années de métier peuvent engendrer, nuisant ainsi au naturel de ces qualités adaptatives. Je n’aimerais pas me ternir, je fais le vœu de rester *vif* dans ma pratique.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA Julian De, « Le corps comme relation », *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 1962.

AJURIAGUERRA Julian De, *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Paris, Masson, 1970.

ANZIEU Didier, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.

ANZIEU Didier, Entretien avec R. Kaës, in Kaës et col., *Les voies de la Psyché*, Paris, Dunod, 1994.

BARROIS Claude, *Psychanalyse du guerrier*, Paris, Hachette, 1993.

BAYLE Gérard, *Paul-Claude Racamier*, Paris, Puf, 1997.

BERTHERAT Thérèse, *Le corps a ses raisons*, Paris, Éditions du seuil, 1976.

BOBIN Christian, *La grande vie*, Paris, Gallimard, 2014.

BOBIN Christian, *Ressusciter*, Paris, Gallimard, 2001.

BOIGE Nathalie, « L'évolution de la clinique de l'encoprésie infantile. Une bombe à retardement », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2011/1 (n°83-84), p.103-112.

BULLINGER André (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome 1 : Un parcours de recherche*, Toulouse, éditions Érès, 2015.

COEMAN Albert - RAULIER H De FRAHAN Marie, *De la naissance à la marche*, Bruxelles (Belgique), ASBL Étoile d'herbe, 2004.

DAMASIO Alain, *La Horde du Contrevent*, Paris, Gallimard, 2004.

DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Éditions du seuil, 1984.

DROPSY Jacques, *Vivre dans son corps*, Paris, Epi, 1973

FAURE Elie (1927), *Histoire de l'Art, l'Art moderne 2*, Paris, Librairie Générale Française, 1965.

FAURE Elie, *Velasquez : biographie critique*, Paris, H. Laurens, 1904.

FREUD Sigmund, *La technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1953.

FREUD Sigmund (1923b), *Le Moi et le Ça*, Paris, Puf, 2011.

FREUD Sigmund (1915), « Pulsions et destins des pulsions », trad. fr. in *Œuvres Complètes* t. XVIII, Paris, Puf, 1988.

GOLEMAN Daniel (1995), *L'intelligence émotionnelle, Tome 1: Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle*, Paris, Éditions J'ai lu, 2006.

HALL Edward T. (1966), *La dimension cachée*, Paris, Éditions du seuil, 1971.

JOLY Fabien, *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, éditions In press, 2015.

LACAN Jacques, *Le stade du miroir, Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique*, Communication au 14e Congrès psychanalytique international, Marienbad, Journée internationale de Psychanalyse, 1937

LAZNIK Marie-Christine, en collaboration avec Muriel CHAUVET, « Traitement psychanalytique d'un bébé de 3 mois à risque d'autisme et sa prise en charge concomitante en sensori-motricité », *Autismes : spécificités des pratiques psychanalytiques. Autismes et psychanalyse-2*, Sous la direction de Marie-Dominique AMY, Érès, 2016

LEBOVICI Serge, *L'arbre de vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 1998.

LESAGE Benoît (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Érès, 2015.

MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Paris, NRF, 1945.

NIETZSCHE Friedrich (1882), *Le gai savoir*, Paris, Gallimard, 1982.

NIETZSCHE Friedrich (1886), *Par-delà le bien et le mal*, Paris, Librairie Générale Française, édition 15 - août 2016.

PIKLER Emmi, *Se mouvoir en liberté dès le premier âge*, Paris, Érès, 1970.

POTEL Catherine, *Du contre-transfert corporel*, Toulouse, Érès, 2015.

ROBERT-OUVRAY Suzanne B., *L'enfant tonique et sa mère*, Revigny-sur-Ornain, Martin Média, 1996.

ROBERT-OUVRAY Suzanne B., Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Articles (suzanne-robert-ouvray.fr)*, 2015.

ROUSSILLON René, L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique, *Cliniques*, N° 8 (2), Paris, Érès, 2014, p.122-138.

SPINOZA Baruch (1677), *Éthique*, Paris, édition de l'éclat, 2005.

TERRIOT Katia (2013), La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement. *Enfances & Psy*, N° 61, p.10-19.

WALLON Henri (1942), *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion, 1970.

WALLON Henri, *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, Boisvin, 1934.

WINNICOTT Donald W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, folio essais, 2016.

WINNICOTT Donald W. (Payot, 1969), *Les objets transitionnels*, Paris, Payot & Rivages, 2010.

WINNICOTT Donald W. (Payot, 1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot & Rivages, 2006

Résumé :

Ce mémoire vise à mettre en lumière ces temps lors desquels les actes du thérapeute ne sont pas élaborés en amont, mais bien la résultante immédiate d'un jeu d'adaptation dans l'instant. Je me suis donc intéressé à la formation du soignant qui vise à développer sa capacité d'écoute, articulée à la mise en acte afin de permettre un ajustement au plus près du patient.

Mots clés : mise en acte - contre-transfert - capacité d'écoute - adaptation - posture thérapeutique

Abstract:

This dissertation aims to bring to light the moments in which the therapist does not act by design but rather as the immediate result of playing adapting himself in the moment. Thus, I reflected on the caregivers' training, which aims to develop their ability to listen and to link it with enacting in order to enable them to adjust themselves as much as possible to patients.

Key words: enacting - countertransference - listening skills - adaptation - therapeutic position