



HAL
open science

Penser la relation thérapeutique pour mieux panser : l'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie

Anastasia Grégoire

► **To cite this version:**

Anastasia Grégoire. Penser la relation thérapeutique pour mieux panser : l'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274563

HAL Id: dumas-02274563

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274563v1>

Submitted on 30 Aug 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 Pierre et Marie Curie
Institut de Formation en Psychomotricité
Site Pitié-Salpêtrière
91, Boulevard de l'Hôpital
75354 Paris Cedex 14



Penser la relation thérapeutique pour mieux panser

L'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie

Mémoire présenté par Anastasia GRÉGOIRE
en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricité

Référente de mémoire :
Patricia ROUSSEAU

Session de Juin 2019

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à ma maître de stage et référente de mémoire, Patricia ROUSSEAU, pour sa confiance, sa disponibilité et sa bienveillance. Je désire la remercier particulièrement pour ces temps d'élaboration clinique qui ont su soutenir et mener ce travail jusqu'au bout.

Je voudrais également remercier l'équipe soignante du CMP pour leur accueil, le partage de leurs expériences et la place qu'ils m'ont accordée dans l'institution.

Merci à l'ensemble des psychomotriciennes que j'ai rencontré lors de mes autres stages pour m'avoir accueillie et accompagnée au cours de cette formation.

Un grand merci à Théo LAURENT ainsi qu'aux personnes qui ont donné de leur temps pour me relire et aiguiller ma réflexion. Leur soutien sans faille et leurs conseils m'ont été d'une aide précieuse.

Je garde une pensée sincère à l'ensemble des patients que j'ai pu rencontrer : je les remercie pour la confiance qu'ils m'ont accordée et les riches expériences qu'ils m'ont apportées.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont participé de près comme de loin à l'élaboration et la rédaction de ce mémoire. À ma famille et mes amis pour leur présence et leur soutien au cours de ces quatre années de formation.

« Suspendre le savoir, le mettre entre parenthèse, au moins pour un temps, c'est sans doute le meilleur moyen de laisser les formes émerger, d'être attentif, en tant que thérapeute, à la singularité de ce qui se construit là et maintenant, avec ce patient-ci, irréductible à tout autre. »

Jacques Blaize, « Ne plus savoir ».

Sommaire

Introduction	1
--------------	---

PARTIE 1 : Les premières rencontres

I - Le cadre institutionnel	3
------------------------------------	----------

II - Présentation de Younès	5
------------------------------------	----------

1. <i>La rencontre, l'entretien</i>	5
-------------------------------------	---

2. <i>Anamnèse</i>	6
--------------------	---

3. <i>Observations et examen psychomoteur</i>	8
---	---

4. <i>Le projet thérapeutique</i>	11
-----------------------------------	----

III - La nosographie	12
-----------------------------	-----------

1. <i>Les différentes classifications</i>	12
---	----

2. <i>Les troubles de Younès</i>	13
----------------------------------	----

IV - Les prémices de la relation avec Younès	17
---	-----------

PARTIE 2 : La relation

I - Des premières relations à la relation thérapeutique en psychomotricité	19
---	-----------

1. <i>Les premières relations</i>	19
-----------------------------------	----

2. <i>Quelle différence entre interaction et relation ?</i>	20
---	----

3. <i>La relation thérapeutique : une relation d'aide et de soin</i>	21
--	----

4. <i>Rencontre entre deux subjectivités</i>	22
--	----

II - Les composantes de la relation thérapeutique _____ 23

1. Le cadre thérapeutique _____ 23

a) Le cadre physique _____ 24

b) Le cadre psychique _____ 28

2. La distance thérapeutique _____ 30

3. L'engagement et l'implication psychocorporelle du psychomotricien ____ 32

4. L'attente, l'entente, vers une alliance thérapeutique co-construite ____ 35

a) L'attente, l'entente _____ 35

b) L'alliance thérapeutique _____ 36

III - Les éléments qui influencent la relation patient-thérapeute _____ 38

1. Les mouvements transférentiels _____ 38

a) Le transfert _____ 38

b) De quel transfert parle-t-on en psychomotricité ? _____ 39

2. Les mouvements contre-transférentiels _____ 40

a) Le contre- transfert _____ 40

b) De quel contre-transfert parle-t-on en psychomotricité ? _____ 41

c) Quelle place pour le contre-transfert en psychomotricité ? _____ 42

3. La juste écoute du psychomotricien _____ 43

PARTIE 3 : Discussion

I - Les outils spécifiques du psychomotricien _____ 46

1. La relation thérapeutique : un modèle proche de la relation mère-enfant 47

a) <i>Le dialogue tonico-émotionnel</i>	46
b) <i>La capacité de rêverie maternelle</i>	49
2. <i>La créativité du thérapeute</i>	51
a) <i>La créativité du psychomotricien : un outil thérapeutique fondamental</i>	51
b) <i>Une capacité qui s'acquiert avec l'expérience</i>	52
3. <i>La médiation en psychomotricité</i>	55
a) <i>La médiation, support de la relation</i>	55
b) <i>La médiation, porteuse d'expériences symboligènes</i>	57
4. <i>Le jeu, un outil de médiation</i>	58
a) <i>Le jeu comme processus thérapeutique</i>	58
b) <i>Le jeu, outil privilégié du psychomotricien</i>	59
c) <i>Le jeu : un moyen de compréhension et d'adaptation du psychomotricien</i>	60
II - La convergence de deux cheminements	62
1. <i>L'évolution de la prise en charge</i>	63
2. <i>Mes réflexions quant au statut de stagiaire</i>	65
a) <i>Un statut complexe</i>	65
b) <i>Une dynamique "à trois"</i>	65
c) <i>Un investissement différent de la part de l'enfant</i>	66
d) <i>Le psychomotricien, un pare-excitant pour le stagiaire</i>	67
3. <i>Une identité professionnelle en construction</i>	68
Conclusion	70
Bibliographie	71

Introduction

L'origine de mon questionnement m'est venue au cours de mes premiers stages en psychomotricité : que cela soit avec des enfants en bas âge, des enfants polyhandicapés, des adultes en rééducation, ou encore en psychiatrie du sujet âgé, je me suis toujours questionnée sur la relation qui lie le psychomotricien et son patient. Selon les populations rencontrées, j'ai observé que ces relations peuvent prendre différentes formes ou encore ont différentes origines selon l'âge, le sexe, la personnalité et la pathologie du patient. Mais celles-ci dépendent également de nous, de notre état, de nos ressentis et de nos représentations.

Quelles que soient l'origine et la forme de ces liens entre thérapeute et patient, j'ai noté que ces derniers sont indispensables à l'efficacité du soin. Une relation de qualité entre ces deux protagonistes est fondamentale et nécessaire à l'évolution du patient.

Je me suis ainsi demandée, comment définir la relation thérapeutique, par quoi est-elle constituée et comment se crée-t-elle ? Ainsi, que se joue-t-il dans la relation entre le psychomotricien et le patient ? Quelle est son importance dans la thérapie psychomotrice ?

Ces questions, déjà présentes depuis plusieurs années, se sont renforcées au cours de ce stage de troisième année. Certaines prises en charge me sont inconfortables et peuvent rapidement me mettre en difficulté, alors que d'autres me paraissent plus faciles et instinctives. Ainsi, je me suis rendue compte que la rencontre des patients est souvent source de réflexion quant à mon positionnement et mes interactions.

Dans cet écrit, j'ai choisi de parler de Younès, petit garçon face auquel je me suis rapidement sentie démunie. Au départ, cette relation me déstabilisait complètement, je ne parvenais pas à établir de liens avec cet enfant qui semble chercher le conflit en permanence. Ne sachant quelle attitude adopter face à ces comportements, il m'était alors difficile de me positionner dans la relation. Ces difficultés relationnelles ont soulevé plusieurs questions : Pourquoi certaines relations sont-elles difficiles pour moi ? Par quoi la relation thérapeutique est-elle influencée ? Quels outils sont à ma disposition pour faciliter et comprendre ces situations complexes ?

Afin de répondre à ces interrogations, j'ai choisi d'organiser cet écrit en trois temps. Je commencerai d'abord par relater mes premières rencontres : la découverte de l'institution, de Younès et de sa pathologie. Dans un second temps, je tenterai de définir la notion de relation en axant mon développement sur les différents éléments qui la composent et qui l'influencent. Enfin, je m'intéresserai aux outils dont dispose le psychomotricien pour créer et faciliter la relation thérapeutique ; je décrirai par la suite l'évolution de cette prise en charge, sensiblement liée à la progression de mes réflexions.

PARTIE 1 : Les premières rencontres

I - Le cadre institutionnel :

C'est au sein d'un **Centre Médico-Psychologique (C.M.P.)** pour enfants et adolescents que j'ai effectué mon stage de troisième année. Il dépend d'un Centre Hospitalier public spécialisé dans la psychiatrie générale et infanto-juvénile et a pour mission la prévention et le traitement des troubles psychiques des enfants et des adolescents sur les différentes communes de son secteur.

En France, le système de soin psychiatrique est sectorisé : chaque département est divisé en zones géographiques appelées secteur. Chaque secteur est rattaché administrativement à un Centre Hospitalier de santé générale ou spécialisé, il est lui-même divisé en plusieurs structures de soins extrahospitaliers parmi lesquelles on retrouve les CMP, les HDJ¹, les CATTP² ou encore des unités mobiles. Cette organisation sectorisée permet d'offrir aux patients et à leur famille des soins de qualité à proximité de leur lieu de vie.

Le CMP est une unité centrale du secteur de la psychiatrie : cette structure accueille gratuitement toutes les personnes en souffrance psychique. C'est un lieu d'accueil et de consultation chargé de la prévention, du diagnostic et des soins ambulatoires de la population de son secteur. Il a également un rôle d'accompagnement et d'orientation vers des structures plus adaptées telles que les CATTP ou HDJ.

L'équipe du CMP, pluridisciplinaire, se compose de trois pédopsychiatres, trois psychologues, deux orthophonistes, une psychomotricienne, une assistante sociale et une secrétaire médicale. Elle se réunit chaque semaine pour une réunion de synthèse permettant de penser le soin des patients et ainsi de réajuster leurs projets thérapeutiques si nécessaire. Ces temps permettent aussi à l'équipe d'échanger sur des questions institutionnelles.

Les membres du CMP ont une approche psychanalytique des troubles psychiques. Ils proposent aux patients des soins de plusieurs types tels que des psychothérapies, des

¹ Hôpital de Jour

² Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

consultations familiales, des suivis thérapeutiques en psychomotricité, des prises en charges en orthophonie ainsi que des groupes thérapeutiques. Le CMP est également partenaire d'actions dans le réseau de soins municipal et offre des supervisions aux équipes des crèches de la ville, de l'accueil santé jeune et des psychologues scolaires.

L'accueil des enfants se fait en fonction de la demande initiale de la famille et le professionnel qui la reçoit y répond en lui proposant le type de suivi le plus adapté à l'enfant. Il est donc possible que les familles soient réorientées vers un autre professionnel de l'équipe si son champ de compétence est plus adapté à la problématique de l'enfant. Les prises en charges multidisciplinaires se révèlent être un atout permettant aux soignants d'échanger et de croiser leurs regards afin d'avoir un aperçu plus complet de l'enfant.

La psychomotricité est bien implantée au sein du CMP, l'ensemble de l'équipe reconnaît l'utilité de cette profession. Les consultants orientent leurs patients vers une prise en charge en psychomotricité lorsqu'ils trouvent cela nécessaire. L'intervention de la psychomotricienne prend la forme de prises en charge individuelles, de consultations mère-enfant ou de groupes thérapeutiques.

La salle de psychomotricité se trouve au sous-sol de l'établissement, elle bénéficie d'une ouverture sur l'extérieur qui lui apporte de la clarté. Son accès se fait par un long couloir étroit et un escalier. Très vaste, la surface de la salle permet la mise en mouvement du corps nécessaire aux expériences psychomotrices et offre également la possibilité d'accueillir des groupes thérapeutiques.

J'ai effectué ce stage sur deux journées par semaine tout au long de l'année et il a été ma première expérience dans le domaine de la pédopsychiatrie. Cette population suscite grandement mon intérêt depuis le début de la formation en psychomotricité puisqu'une partie conséquente de nos enseignements porte sur le développement psychomoteur et la psychiatrie de l'enfant. Ainsi, effectuer un stage en pédopsychiatrie me semblait être le meilleur moyen d'enrichir et d'approfondir, par la pratique, mes connaissances théoriques dans ce domaine.

II - Présentation de Younès

1. La rencontre, l'entretien

Younès est un petit garçon de 6 ans, il est adressé au CMP par son enseignante et son orthophoniste pour des difficultés de comportement dans un contexte de retard de langage.

Je rencontre Younès en Septembre 2018 lors d'un premier entretien en présence de sa mère. L'heure du rendez-vous approche, nous apercevons par la fenêtre trois enfants accompagnés de leur mère. L'entrée de cette famille dans la salle d'attente se fait rapidement remarquer par le bruit et l'agitation qu'elle génère. La maman se présente et la psychomotricienne demande, en s'adressant à toute la fratrie, qui est Younès. Ce dernier interrompt sa bagarre et s'empresse de nous répondre fièrement, le sourire aux lèvres. Younès est un garçon brun en léger surpoids. Son visage joufflu est marqué par une importante protrusion³ de la langue. Enfin, il présente une posture très cambrée, buste en avant et épaules en arrière qui me font penser à une attitude de toute puissance.

Dès les premières minutes Younès annonce la couleur : il ne montre aucune timidité ni retenue face à cette situation et ce lieu jusqu'ici inconnus de lui. L'accès à la salle de psychomotricité se faisant par un couloir et des escaliers, Younès, dans un élan de vitesse et de brutalité essaye tant bien que mal de passer devant Patricia, la psychomotricienne. À peine le seuil de la porte franchi, Younès s'exclame et court à toute allure dans la grande salle pour aller se réfugier dans la petite maison en toile, en ressortir immédiatement, traverser la salle et aller se jeter dans les coussins. La grandeur de la salle et la multitude d'objets semblent l'émerveiller mais surtout le désorganiser, il donne l'impression de vouloir tout essayer en même temps ce qui le met dans une grande excitation motrice.

Nous sommes installées au bureau avec sa mère qui semble embarrassée de l'agitation de son fils. Nous commençons et poursuivons l'entretien avec un arrière fond sonore mélangeant cris et bruits : en effet, derrière nous, Younès change d'activité toutes les deux minutes, il expérimente tout ce qu'il trouve. Je remarque que lors de cette agitation motrice permanente, Younès cherche notre regard, il me donne l'impression qu'il vérifie que nous le voyons, et si ce n'est pas le cas, il fait davantage de bruit pour attirer notre attention. Je suis d'ailleurs étonnée par la capacité de sa mère à faire abstraction de ce désordre qui se

³ Action qui pousse en avant un organe dans des conditions anormales

joue derrière nous. Nous semblons, la psychomotricienne et moi, être les seules interpellées par le « chaos » de Younès.

Durant l'entretien, je me suis interrogée sur la possibilité d'aller le rejoindre dans la salle et de jouer avec lui pour essayer de calmer cette surexcitation mais aussi afin que l'entretien se poursuive sans trop de sollicitations. Je remarque également que lorsque Patricia intervient pour lui donner certaines règles à respecter, il semble rapidement comprendre et se soumettre à l'autorité qu'elle lui impose. En revanche, quand sa mère lui demande de « faire attention aux objets », il rétorque de manière provocante par la négation tout en prenant en compte ce qu'elle vient de lui dire.

Soudainement, Younès se met à « ranger », c'est-à-dire à lancer les objets à leur place initiale puis à remettre ses chaussures en évoquant la volonté de vouloir remonter pour retrouver « ses copains » qui sont en réalité son frère et sa sœur. L'entretien touchant à sa fin, nous remontons avec Younès et sa mère.

Au cours de cette entrevue, je suis passée par différents états émotionnels : parfois, je n'ai pas su comment réagir face aux comportements de Younès, j'ai oscillé entre les deux extrêmes que sont le rire et l'agacement. Il m'est arrivé de rire face à ce garçon qui ne devait pas se rendre compte de la « scène » qu'il nous donnait ; mais j'ai aussi été agacée par cette agitation massive et ce fond sonore bruyant, j'ai eu parfois l'envie d'être agressive et aussi brutale que lui.

Au sortir de cette rencontre, j'étais « sonnée », je ne savais pas quoi penser, ni quoi dire. La seule chose que je ressentais était de l'énervement accompagné d'un mal de tête. J'avais une sensation de flou, de gel psychique et étais dans l'incapacité d'élaborer et de penser l'enfant. Il se passa un certain temps avant que la psychomotricienne et moi en reparlions. Nous en avons dans un premier temps plaisanté tellement ce fut éprouvant et inattendu, je n'en revenais pas de cette « tornade » qui venait de passer et du calme de cette mère face à l'agitation de son fils.

2. Anamnèse

Durant l'entretien, le récit de la mère de Younès nous donne de multiples informations concernant le déroulement de sa petite enfance, son développement psychomoteur, son

environnement familial et ses antécédents de soins. Elle nous partage également les différentes difficultés rencontrées au cours de ces dernières années.

Younès est né en Septembre 2012, il a actuellement 6 ans. Sa famille est d'origine tunisienne et Younès est le benjamin d'une fratrie de trois enfants, il a une sœur de 9 ans et un frère âgé de 7 ans. À la naissance, qui s'est déroulée sans problème, il pesait 4 kg 500. Il marche à l'âge de 13-14 mois mais sa famille s'inquiète rapidement du fait d'un retard de langage. Suite à un bilan effectué, l'hypothèse d'un syndrome de Beckwith est posée : ce syndrome génétique est caractérisé par une croissance excessive, une prédisposition tumorale et des malformations congénitales⁴. Cette piste sera par la suite écartée.

Aujourd'hui, Younès ne présente aucun problème de santé somatique, il est suivi en orthophonie depuis ses 4 ans et est scolarisé en classe de CP. Sa maman précise qu'il a la chance d'être dans une classe à petit effectif de onze élèves. Elle nous apprend aussi qu'une demande pour une Aide de Vie Scolaire est en cours auprès de la MDPH⁵.

Madame décrit Younès comme un garçon difficile et impulsif, qui contredit beaucoup ce qui lui est dit et qui fatigue énormément son entourage. Il est également très brutal avec les objets. Elle évoque le fait qu'il a besoin d'être très cadré et se dit agacée par ses comportements. Elle nous évoque aussi ses difficultés d'élocution qui l'empêchent de se faire comprendre correctement.

Dans la vie quotidienne, Younès est assez autonome : il s'habille seul et a acquis la propreté diurne et nocturne relativement tôt. En revanche, il est très difficile concernant l'alimentation : il grignote beaucoup et ne peut se restreindre. De plus, il mange très salement et « s'en met partout ».

Enfin, nous découvrons sur le logiciel dossier patient qu'il y a une antériorité des soins dans un CMP petite enfance du service, Madame n'y a pas fait allusion durant l'entretien. Ainsi, nous apprenons que Younès a rencontré un pédopsychiatre de Novembre 2015 à Octobre 2016 à raison d'une fois par mois. Dans un compte-rendu, celui-ci préconise un suivi en groupe thérapeutique en précisant que Younès a fait de sérieux progrès au niveau du langage mais qu'il conserve tout de même de grandes difficultés d'élocution à cause de sa

⁴ https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=116

⁵ Maison Départementale des Personnes Handicapées

langue protrusive. Selon lui, elle correspondrait à un « stigmaté régressif d'une époque archaïque problématique » en évoquant une dépression maternelle.

La prise en charge groupale en CMP petite enfance commence en Avril 2017 pour répondre à son agitation importante ainsi qu'à ses difficultés relationnelles observées à l'école et à la maison. Younès intègre donc ce groupe qui s'adresse particulièrement à des enfants de 3 à 5 ans présentant des troubles de la relation, des troubles du comportement, des difficultés à être ensemble et à accepter un cadre. Une grande agitation motrice, une difficulté à accepter l'autorité et une problématique au niveau de l'élocution sont notées. Au fil du suivi, Younès semble être moins agité, réussit à mieux se faire comprendre verbalement et sait investir les différents jeux proposés. Ce suivi en CMP petite enfance s'interrompt lorsque Younès a 6 ans.

3. Observations et examen psychomoteur

L'examen psychomoteur constitue un outil fondamental du psychomotricien. Il permet d'appréhender le patient dans sa globalité et ainsi d'observer sa psychomotricité. Selon F. JOLY, elle se définit comme « la manière d'un sujet d'habiter son corps. C'est singulièrement [...] le corps-en-relation du sujet, quels que soient son âge et sa pathologie.»⁶ Les résultats observés vont exprimer les différents repères de l'enfant par rapport à son propre corps, par rapport au temps et à l'espace dans lequel il se trouve. Il va permettre d'appréhender la construction psychocorporelle du sujet et ainsi d'orienter la prise en charge.

Dans ce CMP, nous faisons passer plusieurs épreuves qui nous renseignent sur les différentes notions psychomotrices sans nous focaliser sur des résultats standardisés. Notre bilan psychomoteur s'appuie donc essentiellement sur des observations qui nous permettent d'identifier et de noter les capacités et les difficultés de l'enfant dans chaque domaine évalué.

Le bilan psychomoteur de Younès a été réalisé sur trois séances. J'organiserai ici mes observations relatives aux épreuves selon les grands items psychomoteurs.

⁶ JOLY F. et BERTHOZ A., 2013, p.247

Au fil des premières séances, j'ai pu noter que l'ensemble de l'activité psychomotrice de Younès est sous-tendue par une importante agitation motrice et une impulsivité massive qui nuisent à ses capacités d'attention : il est sans cesse en mouvement et éprouve de grandes difficultés à se poser. Younès demande beaucoup d'attention et peut se montrer opposant et provocateur pour faire réagir et tester les limites de l'adulte. Bien qu'il soit dissipé et impulsif, c'est un enfant volontaire, qui semble prendre plaisir à répondre à ce que nous lui demandons. Il a de bonnes capacités de compréhension, les consignes sont souvent bien saisies mais il lui arrive d'échouer de par sa grande impulsivité motrice ou par opposition ; il donne parfois l'impression de faire semblant de ne pas y arriver ou de ne pas comprendre.

Dans l'échange, Younès est difficile à comprendre, son élocution est compliquée et coûteuse à cause de sa langue protrusive. Ses difficultés d'élocution infantilisent ses discours puisqu'elles se répercutent sur la prosodie et l'intonation de sa voix. Pour compenser cette difficulté, Younès s'exprime principalement par le geste et le mouvement. Dans la relation, Younès montre parfois une distance sociale peu adaptée : autant verbalement que physiquement, certains gestes et certaines paroles sont parfois inappropriés, il lui arrive de donner des ordres, d'être intrusif ou de m'appeler « ma pote » ou « mon amie ».

Il est important de noter que les conduites motrices de Younès sont impactées par sa grande impulsivité et son hyperkinésie. Son équilibre, statique comme dynamique, est fragile et se suit généralement d'effondrements au sol. Ses capacités de coordinations et de dissociations perdent en qualité puisque Younès est souvent dans la précipitation.

Younès utilise son corps dans la force et la vitesse : il montre une brutalité dans ses actions et dans son rapport aux objets. Parallèlement son importante hypertonie d'action semble compenser une réelle hypotonie de fond, qui est objectivée lors de l'examen du tonus. Par moments, il évacue ce trop-plein de tensions par des effondrements au sol ou des décharges motrices vers des objets. Cette brutalité semble refléter un trouble de la régulation tonique ainsi qu'un manque de limites corporelles qu'il va chercher dans son environnement (au sol, contre les murs ou les objets).

Les épreuves graphiques demandent à Younès une grande concentration, je remarque d'importantes syncinésies bucco-faciales : il fronce les sourcils et tire la langue. La prise du

scripteur est correcte et se fait à droite. L'acte graphique est sous-tendu par une grande hypertonie qui se manifeste par un crissement du scripteur. Son écriture est très grosse et peu appliquée. Il lui semble difficile de réguler le geste moteur puisque certaines lettres peuvent être trop longues ou très appuyées.

Ses capacités attentionnelles sont limitées et son agitation permanente lui donne des difficultés à se poser et à rester fixé sur une tâche. Lors des activités au bureau, Younès montre des difficultés à rester assis, il se met souvent à genoux sur la chaise et se lève régulièrement. Il a besoin d'être cadré et étayé pour répondre correctement aux consignes. En revanche, il montre de très bonnes capacités mnésiques.

Le dessin du bonhomme de Younès prend la forme d'un bonhomme têtard : un cercle fait office de tête et de tronc à la fois. Je peux noter la présence de quatre membres, de pieds, de mains et de doigts. Les mains, très volumineuses, sont plus grandes que la tête. Le visage est vide à l'exception de deux ronds qui semblent représenter les yeux. J'observe également que le dessin occupe peu d'espace sur la feuille, il est très petit et peu détaillé. Concernant le schéma corporel, Younès a une bonne connaissance des différentes parties de son corps pour son âge malgré le fait qu'il donne parfois l'impression de faire semblant de se tromper.

L'orientation spatiale et temporelle ne pose pas de difficultés à Younès, il sait se situer dans l'espace et dans le temps. Les notions spatiales de base et de repérages temporels sont relativement bien intégrées. Par contre, Younès montre des difficultés d'organisation spatiale en ce qui concerne la perception globale d'un ensemble. Au niveau du rythme, Younès a un tempo spontané très rapide et échoue en partie aux épreuves de rythme puisqu'il parvient difficilement à percevoir deux frappes rapprochées dans le temps. Il éprouve également une grande difficulté à marcher et taper des mains sur un rythme donné.

Les capacités psychomotrices de Younès sont en parties limitées par son agitation et son impulsivité. Cet enfant semble avoir du mal se contrôler sur le plan moteur. Ses réactions tonico-émotionnelle peuvent rapidement le désorganiser et l'empêcher d'agir de manière adaptée. Il a besoin d'être contenu psychiquement et physiquement pour être disponible. Ses principales difficultés semblent résider dans la façon dont il perçoit et utilise son corps. L'ensemble des épreuves mettent en avant d'importants troubles de l'attention et de la

régulation tonico-émotionnelles. Ces derniers ont une répercussion certaine sur ses capacités à être en relation : avec son corps et avec autrui.

4. Le projet thérapeutique

Après une discussion à propos de l'évaluation psychomotrice, nous convenons avec la famille de la nécessité de recevoir Younès une fois par semaine pour une séance de 45 minutes.

Au vu des observations réalisées, la prise en charge de Younès s'axera principalement sur un travail autour de la régulation tonique qui lui permettra d'identifier et de mieux maîtriser ce trop-plein de tensions psychocorporelles. Il s'agira également de travailler les limites et la conscience du corps en lui offrant des expériences sensorielles, sensori-motrices et perceptivo-motrices. De plus, pour permettre à Younès d'être moins dans l'agir, il sera nécessaire de travailler avec lui, par différents moyens, la symbolisation de ses expériences. Il sera également indispensable de prendre en compte ses troubles du comportement et sa difficulté à gérer la frustration.

Pour se faire, le cadre devra être suffisamment solide, contenant et souple afin d'accueillir ses émotions, son agitation excessive et ses difficultés de comportement. Au cours de cette prise en charge, les différentes activités proposées se feront en tenant compte du désir de l'enfant ; il sera important de valoriser Younès afin de soutenir son estime et sa confiance en lui.

Ces différentes observations m'ont donc amenée à me questionner sur le fonctionnement et la pathologie de Younès. Afin de mieux comprendre tous ces éléments observés, il m'a fallu approfondir mes recherches théoriques concernant ses troubles. Je me suis ainsi penchée sur sa symptomatologie en essayant de faire des ponts entre celle-ci et les différentes classifications de psychopathologie.

III - La nosographie :

1. Les différentes classifications

La pathologie de Younès est complexe et m'a été difficile à saisir tout au long de la prise en charge. C'est pourquoi, les différentes méthodes de classifications que je vais exposer ci-dessous m'ont été d'une aide précieuse pour comprendre cet enfant.

Younès semble présenter un symptôme complexe résultant de l'intrication de plusieurs difficultés. « Parfois le corps est tout entier pris dans une construction qui elle-même fait symptôme. Le fonctionnement psychocorporel est entravé dans sa globalité. Le patient est en difficulté pour se construire.»⁷ C'est ce dysfonctionnement psychocorporel qui fait symptôme chez Younès, il correspondrait à un mécanisme de défense et d'adaptation.

La classification des pathologies en pédopsychiatrie se décline en trois ensembles nosographiques majeurs : la CIM-10⁸, le DSM-5⁹ et la CFTMEA¹⁰. La CIM-10 et le DSM-5 sont des classifications internationales syndromiques : elles énumèrent un certain nombre de symptômes et de signes qui, retrouvés chez une personne, donnent le diagnostic d'une maladie psychiatrique. « Les signes concernés doivent être repérables dans le comportement ou le discours du patient ou éventuellement de son entourage. C'est donc une clinique limitée à ce qui est observable.»¹¹

Ces deux méthodes de classifications internationales ont été critiquées par de nombreux pédopsychiatres français d'orientation psychodynamique. Pour eux, ces méthodes de classifications syndromiques, s'appuyant essentiellement sur l'addition de critères observables, ne prennent pas suffisamment en compte le fonctionnement psychique global de l'enfant et les évolutions possibles de ces troubles.

⁷ POTEL C., 2010, p.210

⁸ Classification Internationale des Maladies. Elle fut publiée en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé et mis à jour en 2006. Une nouvelle version, la CIM-11 a été publiée en 2018.

⁹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Il fut publié en 2013 par l'American Psychiatric Association, société américaine de psychiatrie.

¹⁰ Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Sa dernière version fut publiée en 2012.

¹¹ BURSZTEJN, C., 2011, p.363-367

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) est ainsi créée dans une approche psychodynamique. Cette classification précise les critères d'inclusion et d'exclusion des troubles et permet une compréhension du sujet en termes de structure psychopathologique prédominante et non en termes d'énumération de symptômes. Cette méthode de classification psychodynamique m'a aidée à mieux comprendre les psychopathologies des enfants rencontrés durant ce stage car je la trouve plus précise, les troubles sont davantage développés que dans les deux autres classifications. Je vais ainsi essentiellement me référer à celle-ci dans cet écrit. Cependant, j'évoquerais tout de même la CIM-10 puisqu'elle présente des correspondances avec la CFTMEA.

2. Les troubles de Younès

La CFTMEA distingue quatre grands fonctionnements psychiques de l'enfant : l'autisme et les troubles psychotiques, les troubles névrotiques, les pathologies limites et troubles de la personnalité et enfin, les troubles réactionnels. Une multitude d'autres troubles et symptômes sont classifiés et peuvent s'inclure dans une des quatre structures psychiques énoncées en amont.

À la lecture de la CFTMEA, je pense que la symptomatologie de Younès s'inscrit dans la structure psychique des **troubles névrotiques**. Pour illustrer cette hypothèse, je vais faire des liens entre les critères de la CFTMEA de ce groupe¹² et la symptomatologie de Younès :

- « Il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants » : *D'après le discours de sa mère, les troubles de Younès sont présents depuis sa petite enfance et ne semblent pas s'atténuer avec le temps. De ce fait, ces perturbations ne semblent pas dues à un évènement précis.*
- « Les relations avec l'environnement s'établissent sous le double signe de la contrainte et de la dépendance mais sans aboutir à un dessaisissement complet des capacités d'individuation et d'autonomie » : *Chez Younès nous pouvons constater ce double mouvement : il se maintient dans des positions très infantiles*

¹² CFTMEA, 2012, p.30

en montrant une grande dépendance à l'adulte et un manque d'autonomie ; par exemple, il lui arrive de me demander de lui mettre ses chaussures, ou encore de lui dessiner un bonhomme. En revanche, il conserve une certaine conscience de soi et des possibilités de faire par lui-même : par exemple, il refuse l'aide que je lui propose lorsqu'il est en difficulté face à une tâche. Ce « double signe de la contrainte et de la dépendance » se manifeste donc chez Younès par une volonté de faire seul et de s'affirmer mêlée à une crainte que nous le laissions faire par lui-même, témoin d'une estime de soi fragile.

- *« L'enfant tend à répéter, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial » : Les comportements de Younès s'observent aussi bien en milieu familial qu'en milieu scolaire et en séance de psychomotricité. Ces conduites ne sont donc pas exclusives à un seul milieu.*
- *« La souffrance psychique - particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects - occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond » : Les angoisses de Younès se manifestent essentiellement dans ses conduites motrices excessives et brutales et dans sa relation aux autres ; elles prennent donc une place centrale et sous-tendent l'ensemble de ses comportements.*
- *« Quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs » : Les apprentissages scolaires sont largement impactés par les différents troubles de Younès. Ne possédant apparemment pas de troubles cognitifs puisqu'il montre de bonnes capacités de compréhension et de mémoire, ses difficultés scolaires résultent certainement de son fonctionnement psychique particulier qui l'empêche de se rendre disponible aux apprentissages.*
- *« Les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines » : Je n'observe pas de menace de rupture ni véritable perte de contact avec le réel, cependant Younès exprime régulièrement un sentiment de persécution. Par exemple si nous lui demandons de répéter une phrase non comprise, il se fâche et pense que nous nous moquons de lui.*

Toujours en me référant à la CFTMEA, j'ai pu identifier trois principaux troubles chez Younès.

Dans un premier temps, **des troubles de l'angoisse de séparation**¹³ sont observables.

- « Dans ce trouble, l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance. Il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social.»

À 6 ans, cette angoisse de séparation semble avoir persisté : même s'il ne montre pas de difficultés à quitter sa mère, chaque transition lui est difficile. Lors du trajet jusqu'à la salle de psychomotricité, Younès prend fréquemment un air moqueur à mon égard et se veut provocateur en voulant fermer les portes devant moi. Ces comportements agressifs, par lesquels Younès met à mal la relation, m'évoquent un certain moyen de défense face à l'angoisse. En fin de séance, celle-ci se manifeste d'abord par une agitation psychomotrice importante lorsque nous lui annonçons la fin de la séance: il court partout et tente de s'éloigner de la porte de sortie. Ensuite, il retarde le moment de nous quitter en prenant tout son temps pour se rhabiller. Ces épisodes sont souvent accompagnés de provocations et de comportements déplacés.

Dans un second temps, ses comportements correspondent sensiblement **aux troubles hyperkinétiques avec troubles de l'attention**¹⁴ dont la symptomatologie est la suivante :

- « Sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité.»

Comme j'ai pu l'évoquer dans mes observations précédentes, l'attention de Younès est très labile, il est en grande difficulté lorsqu'il s'agit de rester concentré sur un tâche ; il montre également une importante impulsivité qui vient perturber les activités qu'il entreprend : il semble agir avant de penser et être dans l'incapacité à inhiber une réaction immédiate.

- « Sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante ».

Les conduites motrices de Younès sont excessives et se traduisent par une hyperkinésie,

¹³ CFTMEA, 2012, p.56

¹⁴ Ibid.

il semble débordé par l'agir et incapable de rester en place. Il est souvent dans un état de surexcitation qui rend son activité motrice et psychique totalement désorganisée.

- « Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue ».

Au début de la prise en charge Younès n'a laissé paraître aucune gêne ni timidité : dès l'entretien, Younès n'a montré aucun signe d'inhibition sociale normale à son âge. De plus, il présente certains comportements sociaux peu adaptés, certains de ses gestes peuvent être intrusifs ou menaçants : par exemple, il montre le poing pour tenter de s'imposer ou s'approche très près de mon visage pour m'intimider.

- « Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi. »

Younès a un certain retard dans les apprentissages scolaires : il n'a pas encore acquis la lecture et n'écrit pas spontanément. Il présente également un retard de langage qui l'empêche souvent de se faire comprendre ce qui peut potentiellement altérer son estime de lui. Cependant, comme j'ai pu l'évoquer, Younès montre une bonne capacité de compréhension et de mémoire et ne semble pas présenter de troubles cognitifs.

- « Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle. »

Ce critère est le seul qui ne correspond pas réellement à la symptomatologie de Younès : au contraire, d'après sa mère, les comportements de Younès en classe ne semblent pas poser de problèmes. En revanche, dans le milieu familial et en séances de psychomotricité, ses troubles sont nettement perceptibles.

Enfin, des **troubles des conduites et des comportements** sont notables. Ces troubles ne sont pas détaillés dans la CFTMEA mais il me paraît important de les développer puisqu'ils prennent une place importante dans le fonctionnement relationnel de Younès : j'ai donc fait le choix de me référer à la CIM-10 pour ce symptôme. Selon cette dernière, les troubles de Younès correspondent aux **troubles oppositionnels avec provocations**.¹⁵

¹⁵ CIM-10, 2008, p.225

Ce sont des « troubles des conduites, se manifestant habituellement chez de jeunes enfants, caractérisés essentiellement par un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagnés de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves ».

Younès présente une difficulté certaine à accepter l'autorité, de ce fait, il se montre souvent opposant et cherche à se confronter à l'autre. Il montre une importante rivalité à l'égard de l'adulte et tente fréquemment de faire le faire réagir en testant les limites du cadre de la séance. De plus, il peut se montrer menaçant, brutal et provocateur pour exprimer son mécontentement.

La nosographie m'a permis d'éclaircir, de mettre en mots et de mieux comprendre les troubles de Younès : cet apport m'a ainsi aidé à appréhender ces difficultés en me donnant des premiers repères sur lesquels m'appuyer.

IV - Les prémices de la relation avec Younès

La relation avec Younès s'est d'emblée révélée difficile. Cet enfant s'est rapidement démarqué des autres : l'entretien qui avait suscité en moi des réactions émotionnelles particulièrement pesantes et excessives comme le rire ou l'agacement, n'était que le début d'une prise en charge chargée d'interrogations.

Au cours des premières séances où j'ai effectué l'évaluation psychomotrice, j'ai été confrontée à de nombreuses difficultés. Premièrement, l'énonciation et l'explication des consignes de chaque test se sont révélées compliquées : face à cet enfant agité et impulsif, ma capacité à formuler et à organiser des consignes claires et concises était marquée d'une importante maladresse. J'avais beaucoup de mal à garder son attention sur ce que nous faisons et à contenir son agitation. Cette dernière provoquait en moi une certaine inhibition psychique : plus il s'agitait, moins je parvenais à le contenir, à structurer mes pensées et mes paroles. Cette première situation m'a ainsi beaucoup interrogée sur ce phénomène : Pourquoi cette agitation motrice me désorganisait-elle psychologiquement ? Pourquoi étais-je en difficulté ? Par quels moyens et avec quels outils pouvais-je remédier à cela ?

Par la suite, j'ai continué d'éprouver beaucoup de difficultés face aux comportements de Younès. Ces quelques mois se sont avérés être un temps de découverte et d'adaptation réciproques, réel travail d'ajustement relationnel. Younès a pu assimiler le cadre de la prise

en charge psychomotrice en découvrant notre façon de travailler. De mon côté, j'ai pu progressivement découvrir sa personnalité, sa pathologie et ainsi m'ajuster à celles-ci.

Malgré qu'il ait su se montrer investi et coopératif à plusieurs reprises, Younès se montrait le plus généralement opposant et provocateur : étant fréquemment dans la confrontation, il testait le cadre et cherchait à me faire réagir en essayant parfois de se montrer menaçant. Au cours des premiers mois, j'appréhendais chaque semaine cette prise en charge. Petit à petit, j'ai fini par mieux comprendre le fonctionnel relationnel de Younès et par m'adapter à ces attitudes.

Cette relation, longtemps vécue avec crainte, a ainsi fait émerger les questions énoncées en introduction : Pourquoi la relation est-elle parfois si difficile ? Quels sont les facteurs influençant cette relation ? Finalement, quelle attitude adopter avec Younès ? C'est ce que je propose de développer par la suite.

PARTIE 2 : La relation

Comment définir la relation ? Qu'en est-il de la relation thérapeutique en psychomotricité ?

I - Des premières relations à la relation thérapeutique en psychomotricité

Selon le petit Robert, le terme relation vient du latin « *relatio* » qui signifie : « récit », « rapport » ou « lien ». Dans le langage courant, la relation se définit comme le rapport entre deux choses ou deux personnes.¹⁶ Les relations, elles, correspondent à « l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles »¹⁷. Ainsi, chaque interaction entre deux individus s'inscrit dans une relation.

1. Les premières relations

Selon D. WINNICOTT « un bébé seul n'existe pas, il fait nécessairement partie d'une relation »¹⁸. Le pédiatre met ici l'accent sur le fait qu'un bébé ne peut exister sans sa mère, il dépend entièrement de la façon dont elle va s'occuper de lui : cela renvoie à la notion de « préoccupation maternelle primaire ». Ainsi, il explique que le développement psychique du bébé passe avant tout par la relation à sa mère : celle-ci se doit d'être « suffisamment bonne » pour que le bébé se développe de façon harmonieuse. Autrement dit, il sous-entend qu'il est nécessaire que la mère s'adapte aux besoins de son bébé pour qu'il puisse développer, grâce à ces soins maternels adaptés, un sentiment de continuité d'existence, véritable signe de l'émergence d'une subjectivation appelée « vrai self ». Il est également important de souligner qu'une mère « suffisamment bonne » n'est pas une mère parfaite, justement, il ne s'agit pas de répondre à tous les besoins de l'enfant avant même qu'ils ne se présentent : il est nécessaire de laisser l'enfant éprouver le manque pour qu'il puisse petit à petit élaborer, sentir le besoin et ainsi désirer.

¹⁶ Petit Robert de la langue Française, 2011, p.2175

¹⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

¹⁸ D.W WINNICOTT, 1972, p.115

Dans ce même registre, selon la théorie de l'attachement du psychiatre et psychanalyste britannique J. BOWLBY : le nouveau-né est, dès sa naissance, un être en relation. Pour lui, les interactions avec la figure maternelle répondent à un besoin primaire. Ce dernier, dans sa théorie de l'attachement¹⁹, explique que le bébé est un être social et que la tendance sociale est primaire. L'attachement s'apparente ainsi à un instinct de survie de l'espèce qui va permettre au nourrisson de se sentir protégé et en sécurité face au monde extérieur. L'enfant se construit à travers ses premières interactions avec son entourage, interactions qui influencent la façon dont il établira ses futures relations sociales.

2. Quelle différence entre interaction et relation ?

Selon le psychologue W. HARTUP, les interactions correspondrait à des rencontres significatives et ponctuelles entre individus. Il explique alors que « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifique.» Il définit ainsi la relation « comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures.» Enfin, il ajoute que « ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction.»²⁰

Selon cette définition, les rapports entre professionnels de santé et les patients semblent s'inscrire dans une relation telle que W. HARTUP la définit : les interactions, effectuées dans un « cadre formel », sont au même titre que toutes autres relations interpersonnelles, chargées d'attentes et d'affects pour chacun des protagonistes.

À la suite de cet éclaircissement, nous pouvons nous demander qu'est-ce qui différencie une relation interpersonnelle quelconque d'une relation thérapeutique ?

¹⁹ BOWLBY J., 1969, L'attachement

²⁰ FORMARIER M., 2007, p. 34

3. La relation thérapeutique : une relation d'aide et de soin

Le terme « thérapeutique » vient du grec « *therapeutikós* » qui signifie « soigner ». Aujourd'hui, nous l'utilisons pour qualifier quelque chose de « relatif aux traitements des maladies »²¹.

Selon le psychologue humaniste C. ROGERS, « les relations d'aide sont une forme des relations interpersonnelles où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie », grâce à une « appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources. »²² Il explique que les comportements de la personne aidante peuvent avoir un impact positif sur la relation d'aide et qu'au contraire, certaines de ses attitudes peuvent nuire à celle-ci.

La relation thérapeutique trouve sa place entre la volonté du thérapeute d'accompagner et soulager le patient d'une douleur psychique ou physique, et l'attente du patient à être soulagé. Cependant, le domaine de la pédopsychiatrie apporte un élément supplémentaire à prendre en compte : les enfants reçus n'ont pas forcément de demande ou n'ont pas nécessairement les moyens de mentaliser leurs difficultés, le plus souvent ce sont les parents qui formulent cette demande. Ainsi, la raison pour laquelle l'enfant vient nous voir doit être abordé avec lui, il est important que ce dernier comprenne l'intention du suivi et accepte l'aide que nous souhaitons lui apporter.

De plus, le besoin de l'enfant ne s'accorde pas toujours aux désirs des parents, il s'agit donc de proposer un espace où l'enfant peut expérimenter pour lui, sans subir la pression des désirs inconscients ou conscients de ses parents. La relation thérapeutique va alors se développer dans ce sens : dès lors que l'enfant aura saisi que ce suivi, à l'origine demandé par les parents, lui est entièrement consacré, il pourra pleinement investir cet espace et ainsi déployer ses propres désirs. La relation thérapeutique va ainsi constituer le lieu de rencontre de ces deux désirs individuels qui vont par un accordage permettre une prise en charge adaptée aux besoins du patient.

²¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeutique>

²² ROGERS C., 1998, p.27

« La relation de soin est donc une relation “travaillée”, qui requiert formation, réflexion, temporalité et collaboration. »²³ En effet, la relation thérapeutique n’est pas unidirectionnelle, c’est un travail qui s’effectue à deux : le thérapeute ne peut utiliser ses connaissances et son savoir-faire sans la collaboration du patient, celle-ci ne se veut pas forcément active et volontaire, elle réside essentiellement dans les éléments que le patient va laisser paraître au thérapeute. Ces éléments vont lui être précieux, de par sa lecture de la relation et l’observation des comportements du patient, le thérapeute pourra ainsi ajuster ses réponses et adapter son savoir-faire et savoir-être.

Le savoir-faire du thérapeute n’a aucune valeur s’il ne s’inscrit pas dans une relation thérapeutique. Comme le précise A. GATECEL, « ce qui importe dans la rencontre avec un thérapeute ce n’est pas que celui-ci se place du côté du savoir mais du côté de l’être avec. »²⁴ La compétence du professionnel ne se réduit pas uniquement à son savoir-faire, mais aussi à son savoir-être en relation. La relation thérapeutique relève donc d’une relation d’aide et de soin où la subjectivité des deux protagonistes est prise en compte.

4. Rencontre entre deux subjectivités

La relation thérapeutique en psychomotricité s’établit entre le patient et le psychomotricien. Derrière ces « statuts » différents, chacun à une histoire et un vécu propre. Le psychomotricien, ayant suivi une formation lui transmettant un savoir-faire et un savoir-être n’en est pas moins une personne comme les autres avec sa propre personnalité, ses qualités et appréhensions. Il en est de même pour le patient, celui-ci nous rencontre avec un bagage de vie bien à lui.

Ainsi, le psychomotricien « va utiliser la connaissance qu’il a de son propre fonctionnement, mental, corporel et émotionnel, pour pouvoir, à la fois suffisamment s’en dégager tout en l’utilisant comme une source d’énergie et ressort de son action thérapeutique »²⁵. Il est primordial pour le thérapeute d’accepter et de travailler avec son propre fonctionnement : celui-ci lui servira de levier dans le dispositif thérapeutique. Il existe autant de psychomotricités que de psychomotriciens puisque l’exercice de sa pratique est coloré par sa subjectivité.

²³ MORASZ L., 1999, p.148

²⁴ GATECEL A., 1998, p.15

²⁵ POTEL C., 2015, p.121

Le patient, lui, s'adresse à un spécialiste ou du moins accepte de s'y adresser. Ce choix exprime un accord voire un besoin d'être aidé. Il attend alors de l'autre qu'il « ait des réponses ou des techniques de soin à lui proposer pour aller mieux ou pour que son enfant aille mieux ». ²⁶ Cette demande est évidemment intrinsèque au sujet, elle n'est pas à traiter de manière isolée : il faut avant toute chose la considérer dans la globalité du sujet. La souffrance du patient, quelle qu'elle soit, est inscrite dans son histoire. Comme le décrit M. BALINT, « ce n'est pas un patient en tant que porteur de la maladie qui est pris en considération, [...] mais bien le patient en tant que personne avec sa conscience individuelle, son champ d'expérience propre et son histoire unique dans une situation particulière. »²⁷ Il ne s'agit pas là de séparer le symptôme du sujet mais bien de l'inscrire dans une subjectivité.

« Entre ces deux protagonistes - patient et thérapeute - le rapport est asymétrique mais logiquement équilibré. D'un côté, une demande ; de l'autre, une proposition de soin, d'aide. »²⁸ La relation thérapeutique, caractérisée par la rencontre de deux individus, prend sens dans l'intention que le patient et le thérapeute partagent : celle du mieux-être du patient.

Pour C. POTEL : « Dans les thérapies, la qualité du lien entre le thérapeute et le patient va constituer le socle du travail. » ²⁹ Ainsi, quels éléments vont permettre à la relation de devenir thérapeutique ? Sur quels paramètres le psychomotricien peut-il s'appuyer pour créer une relation thérapeutique de qualité ?

II - Les composantes de la relation thérapeutique

1. Le cadre thérapeutique

À mon sens, la première notion fondamentale est celle du cadre thérapeutique. Il est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ». ³⁰ Il est la toile de fond du dispositif thérapeutique et inhérent à la pratique du psychomotricien. Il est aussi pour C. BALLOUARD « ce qui demeure permanent pour que le changement se

²⁶ POTEL C., 2015, p.47

²⁷ SAPIR M., 1991, p.19

²⁸ POTEL C., 2015, p.45

²⁹ POTEL C., 2010, p.317

³⁰ Ibid., p.321

produise.»³¹ C. POTELE envisage le cadre à deux niveaux : le cadre physique et le cadre psychique ; leur mise en place, va apporter une sécurité au professionnel qui pourra, à partir de celle-ci, déployer une fonction contenante vers son patient.

L'aspect physique du cadre thérapeutique est concret, il s'inscrit dans la réalité ; le cadre psychique, lui, fait davantage référence aux concepts théoriques employés par le psychomotricien lors de l'acte thérapeutique.

a) Le cadre physique

▪ Le cadre spatio-temporel

Il constitue l'espace et la temporalité de la prise en charge, il va servir de premier repère au patient. L'espace de la salle de psychomotricité constitue un lieu d'expression et d'interaction pour le patient. C'est « un espace pour son corps, un lieu pour ses paroles qui lui permet de trouver une place. »³² L'investissement de cet espace spécifique va fournir de multiples informations au psychomotricien.

Concernant le cadre spatial de ce stage, j'ai d'abord observé que la salle de psychomotricité est subdivisée en plusieurs espaces spécifiques. Elle se compose d'un coin bureau qui sert principalement d'espace d'accueil et de production graphique. Je retrouve aussi : un espace sensori-moteur où se trouve des tapis, des modules en mousse, et des coussins ; un espace contenant qui est représenté par une petite maison en toile dans laquelle se trouvent des poupées et un jeu de dinette : espace symbolique où l'enfant peut jouer à faire semblant. Certains enfants viennent volontairement s'y réfugier, s'y cacher, s'y soustraire au regard. Enfin, un vaste espace central où se déroulent les principales activités psychomotrices. Il semble également important que la salle de psychomotricité ne soit pas une trop grande source d'excitation pour l'enfant, c'est pourquoi, l'ensemble du matériel est rangé dans des placards : cette disposition permet ainsi à l'enfant d'imaginer et de penser un jeu avant même de l'avoir aperçu.

La temporalité de la prise en charge est aussi importante à prendre en compte. La régularité et la continuité des séances (horaires, jours, durée) vont donner un cadre sécurisant et structurant à l'enfant : expliquer au patient que ce temps lui est réservé et que nous

³¹ BALLOUARD C., 2011, p.186

³² BALLOUARD C., 2006, p.189

l'attendons chaque semaine témoigne de notre engagement envers lui. Le déroulement de la séance est par ailleurs elle aussi inscrite dans une temporalité donnée : les séances sont rythmées par des rituels qui permettent de contenir et donner des repères temporels à l'enfant.

Concernant le cadre temporel, chacune de nos séances de psychomotricité est marquée par certains rituels mis en place avec les patients. Dès l'entrée dans la salle, nous prenons un temps sur un banc pour que l'enfant puisse retirer ses chaussures et son manteau. Nous profitons de cet instant pour avoir une première idée de l'état actuel de l'enfant, pour discuter avec lui et ainsi lui permettre d'exprimer une quelconque idée ou envie quant à sa séance. Le déroulement des séances diffère selon la dynamique de chaque enfant. Nous tâchons de prévenir l'enfant quelque temps avant la fin de séance afin de lui permettre d'anticiper notre séparation.

En fin de séance, certains enfants ont besoin d'un carton de rendez-vous pour la semaine suivante : Adam, par exemple, est un petit garçon de 7 ans suivi en psychomotricité pour d'importants troubles de la relation, il présente aussi des troubles du spectre autistique dont une certaine rigidité psychique. Avec cet enfant, la fin de séance s'accompagne obligatoirement d'un rituel consistant à lui donner un carton de rendez-vous. Adam éprouve le besoin de voir la psychomotricienne écrire, son nom, la date, l'heure, nos noms. Il connaît d'avance la date des futures séances et vérifie avec attention si ce qu'elle écrit est correct et si la date est inscrite sous la forme qu'il souhaite ; le moindre changement le perturbe. Ce rituel inscrit nos rencontres dans une temporalité et une continuité dont il a besoin pour avoir la preuve que nous allons nous retrouver.

Younès quant à lui marque son arrivée en séance par un rituel qu'il a instauré dès le début de la prise en charge : il descend les escaliers de manière très lente pour s'arrêter aux cinq dernières marches et les sauter toutes d'un seul coup, la réception de ce saut se termine toujours par un effondrement au sol. Avant, lorsque nous le laissions passer en premier, il entrait dans la salle de psychomotricité en criant, la traversait en courant et allait se jeter dans les coussins. Après avoir observé plusieurs fois ce comportement, nous avons décidé qu'il était plus adapté que Younès descende les escaliers avec un adulte devant lui et un autre derrière lui.

Désormais, lorsque l'adulte est devant, Younès lui demande d'avancer pour effectuer son saut ; si par question de sécurité nous refusons qu'il saute de la hauteur où il se situe, il peut alors s'asseoir et s'opposer en exprimant qu'il attendra tout le temps de la séance s'il le faut pour sauter. Cette situation se dénoue généralement par une négociation de la hauteur à laquelle il va sauter. En tout cas, la présence d'un adulte devant lui permet d'éviter que l'entrée dans la salle soit source d'excitation : maintenant, après son saut, il entre et prend le temps de venir se déchausser et déshabiller avant de venir s'installer spontanément au bureau.

▪ Le cadre institutionnel

La relation de soin s'inscrit dans un cadre thérapeutique qui lui-même relève du cadre de l'institution : le cadre institutionnel enveloppe le cadre des séances et la relation thérapeutique. L'institution vient faire office de tiers symbolique à la relation duelle entre le patient et le professionnel ; elle permet également de rappeler que cette relation ne se réduit pas à une relation interpersonnelle et intersubjective : elle s'inscrit avant tout dans un cadre extérieur réglementé. Ce cadre représente ainsi une protection pour le thérapeute qui peut, par ce soutien institutionnel, s'investir pleinement dans la prise en charge du patient.

En séance, il arrive que Younès, nous demande où est notre lit ou encore, est-ce-que Patricia et moi sommes de la même famille. Ces questionnements reflètent une certaine confusion des enfants vis-à-vis du lieu où nous sommes et la relation que nous entretenons : ils peuvent alors penser que nous les recevons chez nous, qu'ils ont accès à notre espace privé et que notre relation est de ce fait familiale.

Pour répondre à ces interrogations, nous sommes amenées à lui rappeler le cadre institutionnel de notre travail ; nous lui expliquons qu'ici ce n'est pas une maison, que c'est un lieu de travail, que nous recevons d'autres enfants dans cette salle et que cela constitue notre métier de psychomotricienne. Nous tâchons également de le rassurer en lui disant que chaque séance est un temps pour lui, qui lui est réservé et que nous sommes entièrement disponibles pour travailler et jouer avec lui. Nous précisons aussi que d'autres professionnels travaillent dans cet établissement et que la psychomotricienne et moi ne sommes pas de la même famille, nous ne faisons que travailler ensemble.

L'institution s'organise autour d'un lieu, d'une équipe, d'une mission et surtout d'un mode de fonctionnement. « Le cadre institutionnel, cadre référent, instaure des règles communes, gage d'une cohérence d'équipe.»³³ Des temps d'échanges entre ses membres sont alors essentiels pour permettre l'élaboration de projets thérapeutiques adaptés aux patients. Ces discussions entre professionnels représentent un temps de mise en commun permettant d'écouter et de soutenir les thérapeutes qui éprouvent le besoin de déposer et d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent en consultation. Pour B. GIBELLO, « l'institution soignante peut être considérée comme un contenant de pensée venant, par ses soins et sa fonction d'élaboration panser/penser le patient. »³⁴

▪ Le matériel

Le matériel principal du psychomotricien est le corps et son expressivité mais il dispose également d'objets médiateurs servant à favoriser l'expression et la créativité de ses patients.

« Des conditions de matériel : le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire. »³⁵ Ici, les objets dont fait référence C. POTEL sont les objets médiateurs qu'utilise le psychomotricien dans sa pratique. Ces médiations s'inscrivent dans le cadre physique du dispositif thérapeutique puisque d'une part elles impliquent la sensibilité et la subjectivité du psychomotricien ; et d'autre part, la salle et le matériel qu'elle contient sert de support sur lesquels l'enfant peut s'appuyer et s'investir. Ce cadre matériel se veut rassurant par sa constance et constitue ainsi un repère physique pour l'enfant.

Par exemple, je constate que l'apparition d'un nouvel objet dans la salle est tout de suite remarquée par certains enfants. Le jour où une nouvelle planche à roulettes est apparue, Adam s'en est rendu compte dès son arrivée dans la salle et a d'emblée exprimé l'envie d'y jouer. Comme si, la présence de ce nouvel objet nécessitait le besoin de se l'approprier en l'essayant.

³³ DUVERNAY J., 2010, p. 35

³⁴ GIBELLO B., 1994, p. 20.

³⁵ POTEL C., 2010, p. 322

b) Le cadre psychique

▪ La fonction contenante, pare-excitatrice

Le cadre psychique évoqué par C. POTEL représente la capacité du psychomotricien à contenir l'activité psychomotrice du patient. Ce dernier, à même de recevoir et d'accueillir les manifestations explosives du patient, va lui offrir un espace externe rassurant dans lequel ces manifestations peuvent être contenues : c'est la fonction contenante du thérapeute. Cette dernière est intimement liée à la fonction de pare-excitation : celle-ci consiste à protéger l'organisme des excitations en provenance du monde extérieur, qui par leur intensité, pourraient lui nuire. Le psychomotricien, aidé par le cadre physique qu'il établit, va ainsi offrir un cadre psychique contenant à l'enfant en le protégeant des surstimulations internes et externes.

Dans son ouvrage *Le Moi-Peau*³⁶, D. ANZIEU compare ce cadre psychique au « contenant maternel » : il explique que cette contenance psychique prend la forme d'une enveloppe protectrice et sécurisante dans laquelle l'enfant va pouvoir déposer ses pensées, ses angoisses et ses craintes. Le psychomotricien, capable de « contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction »³⁷ exercera, tout comme la mère, le rôle d'enveloppe psychique. E. BICK utilise le terme de « seconde peau psychique » : pour elle, l'expérience de l'objet contenant est une nécessité pour le bébé : grâce à cette expérience sécurisante, il se sentira suffisamment contenu et pourra construire sa propre identité psychique.

« L'écoute que nous proposons à l'enfant va lui permettre de s'exprimer dans un cadre sécurisant, avec la certitude pour lui que ce qu'il dit et ce qu'il donne à voir, sera reçu par l'autre.»³⁸ Cette sécurité externe représentée par la fonction contenante du psychomotricien servira de support sur lequel le patient pourra s'appuyer pour développer sa propre sécurité interne.

Younès n'a que peu de capacité à se contenir, que ce soit psychiquement ou corporellement. Sa motricité débordante est l'expression plus ou moins bruyante d'un conflit

³⁶ ANZIEU D., 1995

³⁷ POTEL C., 2010, p. 324

³⁸ BOURGER P., 2010, p.73

psychique non-mentalisable ; nous devons donc, en permanence, être « enveloppantes » et pare-excitantes lors de nos échanges.

Par exemple, lorsque nous jouons aux billes avec Younès, nous organisons l'espace de jeu afin d'établir en premier lieu un cadre contenant. Nous plaçons un grand tapis au sol qui représente l'espace des joueurs. Nous expliquons à Younès qu'il ne faut pas sortir du tapis : pour jouer ses billes, il lui faut être intégralement à l'intérieur de cet espace. Nous matérialisons également la piste de bille avec de grandes planches en bois de façon que cette piste de jeu soit elle-même cadrée et bordée. L'espace de jeu est alors représenté par un grand rectangle bien délimité correspondant à l'espace du jeu de billes, lui-même juxtaposé au tapis qui correspond à l'espace des joueurs. Chaque joueur possède un petit pot dans lequel nous distribuons dix billes. Le jeu consiste alors à tirer une bille chacun notre tour sur la piste afin de tenter de toucher et de remporter celles des autres.

Je remarque d'emblée que le fait d'être assis au sol, dans un espace bien délimité par le tapis, permet à Younès de se poser. De plus, Patricia et moi sommes placées de chaque côté de Younès, ce qui semble le canaliser. Durant le jeu, nous essayons également de le contenir par la parole et le regard : nous l'accompagnons en lui montrant que nous le regardons quand il joue et nous lui donnons des conseils pour parvenir à toucher les billes en jeu. Tous ces éléments permettent d'offrir à Younès un espace contenant, autant physiquement que psychiquement. Ainsi, je constate qu'en étant contenu et étayé, l'agitation excessive de Younès ainsi que ses comportements de provocation et d'opposition s'atténuent voire disparaissent : il n'est plus débordé par l'agir et cela semble le rendre disponible psychiquement.

C. POTEL précise que « Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique ». ³⁹ En effet, le psychomotricien doit pouvoir être capable de recevoir « les explosions massives que le patient rejettent à l'extérieur, faute de pouvoir les contenir à l'intérieur sans dommage ou risque d'implosion. » ⁴⁰

En pratique, c'est plus difficile, il ne s'agit pas uniquement de poser un cadre et de se révéler indestructible pour permettre au patient d'extérioriser ses maux. Il s'agit aussi d'un travail réflexif et introspectif du thérapeute : il doit trouver « des comportements, des attitudes, qui

³⁹ POTEL C., 2010, p.324

⁴⁰ Ibid., p.326

vont permettre que le cadre soit respecté, “que le cadre tienne”, que la sécurité ne soit pas mise en péril, etc. Mais il doit pouvoir s’appuyer également sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l’enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses.»⁴¹ Le travail thérapeutique n’est pas éducatif, le rôle du psychomotricien n’est pas de « gérer » des comportements difficiles, mais bien de les recevoir et de les comprendre afin d’éclairer et de travailler la problématique du patient.

Daniel MARCELLI, pédopsychiatre « qualifie de “présence perceptive” cette présence à son corps du thérapeute, qui va être un appui pour donner occasion au patient de “faire résider sa psyché dans son corps”. Pour cela, le thérapeute doit trouver, certes, des comportements, des attitudes qui vont permettre que le cadre soit respecté, qu’il tienne dans la sécurité. Mais il doit pouvoir s’appuyer également sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible au patient, sans être en “surcharge” interventionniste, et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses, transformer en jeu ce qui était déliaison et anarchie.»⁴²

Malgré l’analogie entre la fonction contenante de la mère et celle du psychomotricien, il est évident que ces deux personnes, aux statuts différents, n’entretiennent pas la même relation avec l’enfant. La nature de l’une est intime et familiale tandis que celle de l’autre se veut thérapeutique. De cette distinction, émerge alors la question de la distance : par quelle distance relationnelle se caractérise la relation thérapeutique ? Existe-t-il une distance thérapeutique ?

2. La distance thérapeutique

Selon le dictionnaire Larousse, le terme « distance » correspond à « un écart, un intervalle ou un espace, qui sépare deux ou plusieurs personnes ».⁴³ Dans le sens commun, le mot « distance » appliqué à la relation est doté d’une connotation négative, il est souvent associé aux termes « éloignement » et « séparation ». Pourtant, dans le cadre du soin, qu’il s’agisse de soulager une souffrance physique ou psychique, chaque rencontre ou relation suppose une certaine distance. Celle-ci évolue constamment en fonction du contexte

⁴¹ POTEL C., 2010, p.327

⁴² POTEL C., 2015, p.35-36

⁴³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042?q=distance#25925>

émotionnel et de l'état actuel du patient et du thérapeute. Chaque distance travaillée dans la thérapie est empreinte d'une signification affective et relationnelle, codifiés par les représentations sociales et culturelles.

L'anthropologue américain, E.T. HALL a classifié les différentes distances relationnelles de l'homme en se référant essentiellement à la culture occidentale⁴⁴ : il distingue la distance publique, sociale, personnelle et intime, et précise que celles-ci sont susceptibles de varier en fonction des cultures, de l'âge et de la personnalité des individus. J'ajouterais à ces paramètres, la pathologie : je pense que l'organisation psychique du patient, étroitement liée au rapport qu'il a à son corps, peut influencer la distance qu'il établit dans ses relations. Ainsi, les relations que les individus entretiennent régulent et sont régulés par la distance relationnelle.

La distance dans la relation thérapeutique est spécifique : c'est un espace à la fois physique et psychique entre le thérapeute et le patient. Il s'agit pour le psychomotricien de s'adapter et de tâtonner pour trouver l'écart nécessaire et suffisant à cette relation. En effet, cette distance se doit d'être à la fois suffisamment fine pour percevoir et entendre la souffrance du patient et suffisamment grande pour ne pas être intrusive et risquer d'envahir le patient. C'est un ajustement permanent du thérapeute puisque cette distance n'est pas déterminée : elle varie et s'actualise sans cesse en fonction de l'état actuel du patient, des médiations utilisées et de l'évolution de la prise en charge. Cette juste distance, demandant une fine adaptation du psychomotricien et permettant le développement d'une relation thérapeutique de qualité correspondrait à mon sens à la distance thérapeutique en psychomotricité.

En psychomotricité, la relation thérapeutique amène le professionnel à passer par plusieurs des distances interpersonnelles décrites par E.T. HALL. Certaines d'entre-elles m'ont d'ailleurs parfois suscité un sentiment de malaise qui venait remettre en question le caractère thérapeutique de cette distance. Je vais ainsi illustrer ces propos par deux exemples de distances interpersonnelles que j'ai pu vivre en séance avec Younès.

Par exemple, lorsque Younès court dans la salle, qu'il s'éloigne de moi et qu'il devient nécessaire de parler plus fort, d'utiliser une gestuelle qui vient appuyer mes propos, il se situe à une distance importante de moi, que E.T. HALL qualifie de « distance publique ».

⁴⁴ ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P., 2015, p.261

Cet éloignement physique ne vient généralement pas retirer à la distance son caractère thérapeutique.

En revanche, il m'arrive parfois de partager une « distance intime » avec Younès et certaines de ces situations peuvent me donner un sentiment d'intrusion de ma bulle intime. Lorsque nous sommes en train de faire un jeu d'équilibre sur une planche en bois qui bascule selon le poids que nous exerçons d'un côté ou de l'autre, Younès devient très proche de moi, il vient à ma rencontre lorsqu'il se trouve en situation de déséquilibre : il s'agrippe à moi et peut même avoir un toucher intrusif en me touchant le ventre, les cuisses ou en m'enlaçant pour ne pas tomber. Dans cette situation, il m'a été nécessaire d'ajuster ma propre distance vis-à-vis de lui.

Dans ces cas-là, cette proximité physique correspond à la « distance intime » qu'a développée E.T. HALL, il précise que ce type d'intrusion peut provoquer une réaction de gêne ou de stress. Ainsi, je dirais que lorsqu'une distance entre le psychomotricien et le patient vient susciter une gêne chez l'un ou chez l'autre, cette distance en perd son caractère thérapeutique.

Cependant, dans certains cas, comme celui de l'examen du tonus, nous sommes également à une distance proche l'un de l'autre, c'est une distance intime puisqu'elle induit un toucher. Cependant, cette distance, identique à la situation précédente par sa proximité corporelle, garde à mon sens son caractère thérapeutique puisque la qualité du toucher n'est pas la même. En effet, le toucher mis en jeu lors de l'examen du tonus est un toucher plus technique, moins empreint d'émotion ou d'érotisme. Cette situation semble d'ailleurs ne pas susciter de malaise pour Younès.

3. L'engagement et l'implication psychocorporelle du psychomotricien

« C'est bien le corps en relation qui est la base de la thérapie psychomotrice. »⁴⁵ Le corps prend une place centrale dans la relation thérapeutique : cela suppose donc un engagement psychocorporel particulier du psychomotricien.

Le psychomotricien, par sa disponibilité et sa participation, devient le principal médiateur de la relation : « Le thérapeute se devra de subordonner son intérêt pour l'objet médiateur à ses propres possibilités de se laisser être utilisé voire détourné de son utilisation initiale

⁴⁵ GATECEL A., 2012, p.33

»⁴⁶. C'est en mettant son propre corps en jeu que le thérapeute donne un support relationnel au patient.

Effectivement, il me paraît judicieux d'être pleinement investi dans la relation et dans l'activité que nous effectuons avec un patient pour venir étayer et favoriser l'implication psychocorporelle de l'enfant.

En séance avec Younès, qu'il s'agisse d'une partie de tennis, de mime, de basket ou encore d'une course, d'un jeu de l'oie géant ; lorsque je joue avec ou contre lui je joue vraiment. Prenons l'exemple d'une partie de jeu de l'oie géant : nous disposons dans la salle divers objets tels que des briques, des cerceaux, un banc, des petites chaises et des modules en mousse qui vont représenter chaque case et ainsi former un plateau de jeu géant. Nous affichons les règles du jeu au tableau : les couleurs des différents objets ont chacune une action particulière telle que reculer ou avancer d'une case, sauter son tour ou encore retourner à la case départ. Ainsi, le but du jeu est de parvenir le premier à l'arrivée et pour se faire nous devons chacun notre tour lancer un dé en mousse qui nous indique le nombre de cases que nous devons avancer. Par ce jeu, nous travaillons avec Younès l'attente et respect des tours de chacun, la référence à une règle commune, l'organisation spatiale, la motricité globale et la gestion des émotions selon le déroulement de la « compétition ». Nous effectuons une première partie peu saisissante qui se termine rapidement par la victoire de la psychomotricienne. Nous décidons ainsi de rejouer, cette fois, la volonté grandissante de gagner instaure d'emblée une certaine rivalité entre les trois participants que sont Younès, Patricia et moi-même.

Après plusieurs tours, nous nous apercevons que la psychomotricienne prend de l'avance ; une certaine alliance se crée entre Younès et moi : nous avons pour objectif commun de ne pas laisser Patricia gagner une seconde fois. Lorsque vient mon tour, j'exprime de l'inquiétude et partage avec Younès qu'il faut que nous réussissions à passer devant la psychomotricienne. Quand le score du dé me permet d'avancer de plusieurs cases, j'exprime ma joie ; au contraire, lorsque je tombe sur une case qui me fait reculer ou stagner, je montre une déception et prononce de longs soupirs.

J'espère, par cette implication, faire naître chez Younès un réel investissement psychocorporel qui n'était pas présent lors de la première partie. Au fur et à mesure, Younès

⁴⁶ GATECEL A., 2012, p.35

se prend au jeu : il compte le nombre de case qu'il a besoin de faire, chuchote « à l'oreille » du dé le chiffre qu'il souhaite voir tomber puis il m'encourage et se réjouit de notre avancée tout en narguant la psychomotricienne.

Ainsi, ce qui m'importe ici n'est pas de savoir qui va gagner, mais bien d'étayer et de susciter une implication de Younès dans le jeu et dans la relation. Pour se faire, il me paraît important d'essayer de créer une dynamique vivante dans le jeu qui encourage l'enfant à s'investir pleinement. Dans ce jeu de l'oie, cette dynamique a pris la forme d'une alliance contre la psychomotricienne mais dans d'autres jeux elle peut prendre d'autres formes telles qu'une rivalité ou une collaboration qui viendrait servir de support à la relation.

Dans un jeu qui prendrait la forme d'une compétition, comme la course ou le tennis, c'est l'authenticité de mes actions qui va favoriser l'engagement corporel de l'enfant : en voyant que je ne fais pas exprès de perdre, que je joue pour de vrai, que je m'enthousiasme à chaque victoire ou que j'exprime du mécontentement à chaque point perdu, l'enfant va pouvoir à son tour jouer pleinement, impliquer tout son être et ainsi exprimer sa joie ou sa déception dans le jeu.

Dans la thérapie psychomotrice, « La relation thérapeutique ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. [...] il s'agit au contraire d'une relation d'implication.»⁴⁷ Cette relation d'implication suppose que le psychomotricien « s'exprime à partir de lui-même, de tout son être-corps, ce qui donne une dimension d'authenticité toute particulière à la thérapie. Il parle, agit et s'engage en fonction de ses expériences, de son vécu corporel. »⁴⁸ En s'impliquant, c'est tout son corps, c'est son être dans sa globalité que le thérapeute engage. Cette implication est alors subjective et propre à chaque thérapeute, « ce qui [lui] confère un rôle qui dépasse la neutralité. »

En psychomotricité, « nous ne travaillons pas *avec* le corps mais *sur* le corps. »⁴⁹ Ce travail exige alors l'implication corporelle du psychomotricien : pour travailler sur le corps, le thérapeute va devoir utiliser le sien et servir de support identificatoire à l'enfant. En montrant que s'engager corporellement n'est pas source de danger, il va amener l'enfant à vivre son corps et à se construire à travers ce corps en relation.

⁴⁷ GATECEL A., 2012, p.35

⁴⁸ THIEBO B., 2008, p.149

⁴⁹ GATECEL A., 2012, p.33

Dans cette relation où le psychomotricien est « pris dans le système relationnel de son patient mais actif dans les interactions, l'enfant exercera tant ses capacités motrices et psychiques. »⁵⁰ Ainsi, cette relation d'implication va venir soutenir l'enfant dans sa motricité, ses affects et sa créativité : par cet étayage psychocorporel, l'enfant pourra vivre son corps et vivre la relation tout en étant contenu et soutenu par l'engagement du psychomotricien. « L'enfant se construira dans cette relation réelle qui n'est pas la reviviscence d'une expérience passée, mais qui se veut une fondation affective et effective dans le processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi. »⁵¹

Ainsi, la notion d'implication corporelle en psychomotricité enveloppe plusieurs aspects de la relation thérapeutique : relation d'implication, corps en relation, support relationnel, engagement corporel, subjectivité, étayage psychocorporel, construction.

Cette notion complexe, O. MOYANO la définit simplement comme « la relation partagée entre le patient et le psychomotricien. »⁵²

4. L'attente, l'entente, vers une alliance thérapeutique co-construite

a) L'attente, l'entente

La relation thérapeutique sous-entend un engagement et une implication du psychomotricien et du patient. L'investissement personnel de ces deux protagonistes dans la relation implique donc des attentes. D'un côté, le patient et/ou sa famille attend, espère être aidé et tendre vers un mieux-être ; de l'autre, le thérapeute « attend de comprendre, attend que le patient soit réceptif à ce qu'il apporte, attend que son travail fasse effet, attend que l'autre "aille mieux". »⁵³ C'est autour de ces attentes partagées que s'organise le travail du patient et du thérapeute. Ainsi, elles constituent un moteur de la relation et du travail thérapeutique mais elles peuvent aussi illusionner le thérapeute quant à son efficacité.

« Le risque pour les thérapeutes – et donc pour le patient – est de se rendre trop perméables à la quête impatiente de résultat, de l'évaluation et de la preuve, et d'oublier que les méandres du développement et du fonctionnement psychocorporel sont des lenteurs obligées pour une construction du sujet, celle-ci n'étant jamais définie une fois pour

⁵⁰ GATECEL A., 2012, p.35

⁵¹ Ibid.

⁵² ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P., 2015, p.333

⁵³ POTEL C., 2015, p.47

toutes.»⁵⁴ Pour le thérapeute, la volonté d'aider et de faire évoluer le patient est une motivation importante mais il ne s'agit pas là de se précipiter : pour C. POTEL « Reprendre le fil de la continuité d'existence demande du temps »⁵⁵. En effet, la compréhension de la problématique du patient, le tissage de la relation thérapeutique, la mise en place d'un travail thérapeutique et la progression du patient vers un mieux-être ne sont pas des procédés expéditifs. L'efficacité du travail thérapeutique ne réside pas dans sa célérité.

Ces attentes communes vont permettre au thérapeute et au patient de s'accorder et d'établir une relation thérapeutique. La qualité de celle-ci va favoriser la mise en place d'un projet de soin commun qui va être au cœur de la thérapie psychomotrice. De cette relation thérapeutique va naître une alliance entre le thérapeute et le patient : la confiance mutuelle instaurée par la relation va permettre à ces deux protagonistes de s'allier et de travailler ensemble. La relation va alors s'avérer fondatrice d'une alliance thérapeutique. Ainsi, « la confiance du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver, ainsi que son adhésion et sa collaboration au traitement amènent à une alliance thérapeutique.»⁵⁶

b) L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est unique à chaque relation patient-thérapeute. Elle correspond au processus qui émerge de la relation de soin : elle est co-construite et se crée progressivement, elle ne peut pas être prédite puisqu'elle dépend de plusieurs facteurs. Pour le psychomotricien D. GRABOT, l'alliance thérapeutique s'appuie et est influencée par tout ce qui se passe entre le patient et le thérapeute dès la première rencontre⁵⁷.

Ainsi, l'alliance thérapeutique place le psychomotricien et le patient comme des alliés dans la prise en charge. Pour le psychiatre J. CORRAZE, elle est la collaboration active du patient dans sa thérapie. Ainsi, cette dernière prend la forme d'un partenariat qui va impliquer le patient dans le soin, il va participer et être acteur de sa propre prise en charge.

Cette notion a suscité l'intérêt de plusieurs auteurs : alors que D. GRABOT parle d' « alliance thérapeutique »⁵⁸, le psychologue C. ROGERS, lui, emploie le terme d'«

⁵⁴ POTEL C., 2015, p.32

⁵⁵ Ibid., p.47

⁵⁶ CORRAZE J., 2015, p. 341

⁵⁷ PERONO M. et GRABOT D., 2006, p. 63.

⁵⁸ GRABOT D., 2004, p.230

engagement ». Pour lui, l'engagement est essentiel à la thérapie et il y joint les notions de confiance réciproque, d'acceptation, de confidentialité et de buts communs.

Pour E. ZETZEL, « l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique. »⁵⁹ Ces différents auteurs s'accordent sur le fait que c'est cette alliance, établie entre thérapeute et patient, qui va déterminer de manière significative l'efficacité de la thérapie, quelles que soient les médiations thérapeutiques utilisées.

Par ailleurs, selon le psychologue F. MARTY, l'alliance « est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire. »⁶⁰ Comme le souligne le psychologue, l'alliance thérapeutique est un point d'appui nécessaire à l'élaboration d'un cadre contenant et sécurisant pour le patient. Réciproquement, l'alliance thérapeutique va dépendre du cadre thérapeutique établi par le psychomotricien, si le cadre est suffisamment sécurisant, il va favoriser la création de cette alliance.

« Il est maintenant clairement établi que la base d'une thérapie efficace est une relation et qu'un principe de changement est relatif à l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire à l'accord entre client-thérapeute au sujet des buts et méthodes de changement et de la présence d'un « bon » lien entre client et thérapeute. »⁶¹

Suite aux difficultés rencontrées dans la relation et dans la construction d'une alliance thérapeutique avec Younès, je me suis interrogée sur les fondements de la relation : j'ai essayé d'identifier par quoi la relation thérapeutique est influencée. À l'issue de mes observations, j'ai pris conscience que plusieurs mouvements relationnels se jouaient dans la relation thérapeutique. Ces derniers ont assurément un impact sur la dynamique de celle-ci.

⁵⁹ BIOY A., BACHELART M., 2010, p. 319

⁶⁰ MARTY F., 2009, p.231

⁶¹ ZECH E., 2008, p.39

III - Les éléments qui influencent la relation patient-thérapeute

1. Les mouvements transférentiels

La dynamique de la relation thérapeutique qui lie le psychomotricien et le patient n'est jamais véritablement déterminée, elle s'actualise en permanence en fonction des mouvements intersubjectifs présents entre le psychomotricien et le patient. Elle est ainsi influencée par des mécanismes transférentiels qui se jouent entre ces deux protagonistes. Ces mécanismes correspondent ici au transfert et au contre-transfert.

a) Le transfert

À l'origine, le concept de transfert a été élaboré par le psychanalyste S. FREUD dans le contexte de la cure psychanalytique pour définir le « lien affectif » qui s'établit entre le patient et le psychanalyste. Il s'agirait là d'une projection des émotions et des sentiments de l'analysé sur l'analyste. Selon cette description, le transfert semblerait alors être un terme « réservé » au champ de la psychanalyse.

J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS dans « Vocabulaire de la psychanalyse », le définissent comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué »⁶². Cependant, ils précisent aussi que « c'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse qui a permis de reconnaître dans d'autres situations de l'action du transfert ». Ainsi, cette notion fondamentale issue de la psychanalyse serait présente dans bien d'autres situations. D'autres auteurs moins contemporains comme C. JUNG, élève de S. FREUD, pensaient déjà que le transfert est inhérent à toute relation humaine.

O. MOYANO explique que « depuis de nombreuses années, on observe une intrication de plus en plus étroite entre les concepts psychanalytiques et ceux issus de la pratique psychomotrice. C'est ainsi que la notion de « transfert » a largement dépassé le champ du cadre analytique pour venir s'imposer dans le champ de la thérapie psychomotrice »⁶³.

⁶² LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B., 2007, p.492

⁶³ MOYANO O., 1994, p.686

b) De quel transfert parle-t-on en psychomotricité ?

Dans la thérapie psychomotrice, le transfert ne prend évidemment pas la même forme que dans la cure psychanalytique puisque ces deux dispositifs se distinguent essentiellement par leur cadre respectif. En psychomotricité, contrairement à la cure psychanalytique qui est caractérisée par la neutralité de l'analyste, notre travail nous demande une implication psychocorporelle. Il s'axe principalement autour du corps en relation, réelles expériences corporelles permettant de retravailler certains vécus archaïques du patient.

Ainsi, ce qui se joue ici ne réside pas dans l'analyse des affects inconscients du patient. Comme le précise C. BALLOUARD : « il y a acceptation de l'utilisation du transfert en psychomotricité sans interprétation de celui-ci »⁶⁴. En psychomotricité, il ne s'agit pas de travailler sur le transfert, comme le font les psychanalystes, mais plutôt de travailler avec. Il paraît donc important d'être conscient et de prendre en compte le transfert du patient sans pour autant être dans une recherche d'interprétation analytique.

Dans ma pratique, il m'a fallu un certain temps avant d'identifier ce que Younès pouvait transférer sur moi au cours de nos rencontres. Au fur et à mesure de la prise en charge, je me suis rendue compte qu'il instaurait obligatoirement une rivalité entre nous. Celle-ci se caractérise le plus souvent par un certain rejet et une certaine agressivité à mon égard. La signification de ces conduites m'a longtemps posée question.

J'ai fini par comprendre, à l'aide de Patricia, que dans notre relation une rivalité fraternelle se rejouait probablement. Nous savons que Younès fait partie d'une fratrie de trois enfants : lorsque nous l'accueillons dans la salle d'attente, nous sommes témoins de la relation qu'il entretient avec son frère et sa sœur. Nous apercevons souvent Younès et son frère, à peine plus âgé que lui, en train de se provoquer, de se bagarrer et de se moquer l'un de l'autre. Avec du recul, j'ai réellement le sentiment que le comportement de Younès à mon égard est similaire à celui que j'ai pu observer avec son frère. Ainsi, je ferais l'hypothèse que Younès rejoue dans sa relation avec moi ce qu'il vit dans sa fratrie : il semble projeter sur moi la brutalité et la rivalité qui se joue entre lui et son frère.

Durant les premiers mois de la prise en charge, ces éléments transférentiels m'atteignaient particulièrement, j'éprouvais beaucoup de difficulté à contenir les émotions « négatives »

⁶⁴ BALLOUARD C., 2006, p. 201

qu'il transférait sur moi. Depuis le mois de février, j'estime avoir pris du recul sur ces affrontements en y mettant du sens, cela me permettant de mieux appréhender la relation avec Younès.

Dans cet écrit, j'ai à maintes reprises parlé de mes ressentis en séance avec Younès, ils correspondent en grande partie aux réactions affectives que j'ai pu éprouver face aux mouvements transférentiels initiés par Younès. Le thérapeute est lui aussi sujet à des affects suscités par la relation : ces éprouvés viennent témoigner de la relation établie avec le patient tels que les décrit C. POTEL.

« Le thérapeute est inspiré - au sens presque respiratoire du terme - dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient. Le retour des affects originaires transférés sur sa personne produit en lui des émotions, des sentiments dont une partie lui appartient "en propre" et dont l'autre partie revient au patient.»⁶⁵

2. Les mouvements contre-transférentiels

a) Le contre-transfert

Comme son nom l'indique, le contre-transfert est contraire au transfert du patient : c'est un mouvement qui va du thérapeute vers le patient.

En psychanalyse, il est défini par J. LAPLANCHE et J-B. PONTALIS comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci »⁶⁶. Il correspond donc aux réponses affectives et inconscientes de l'analyste vers le patient. Ces manifestations sont donc une réponse ou plutôt une réaction au transfert du patient vers l'analyste : elles sont liées aux réactions inconscientes induites par le patient ainsi qu'à la personnalité du thérapeute.

Tout comme le transfert, le contre-transfert est un phénomène observable au-delà du champ de la cure psychanalytique.

⁶⁵ POTEL C., 2015, p.115

⁶⁶ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B., 2007, p. 103

b) De quel contre-transfert parle-t-on en psychomotricité ?

En psychomotricité, la notion de contre-transfert « est ce qui est ressenti profondément par le thérapeute en présence de son patient »⁶⁷. Ainsi, le psychomotricien se doit d'être à l'écoute et conscient de ses propres émotions et réactions : il s'agit d'observer ce que la relation avec le patient nous renvoie, les manifestations corporelles que cette relation fait naître en nous.

Pour C. BALLOUARD, c'est une « auto-observation de ses propres réactions et une prise de distance vis-à-vis de ce qui se passe »⁶⁸. Ces manifestations, autant émotionnelles que corporelles ont fait l'objet de deux concepts relatifs au contre-transfert en psychomotricité.

▪ *Le contre-transfert émotionnel*

S. ROBERT-OUVRAY a introduit la notion de contre-transfert émotionnel. « Comme dans tout cadre thérapeutique, le transfert du patient et le contre-transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. »⁶⁹ Lorsque le psychomotricien prend conscience de ce contre-transfert émotionnel, il peut, en s'appuyant sur celui-ci, s'ajuster émotionnellement, sensoriellement et toniquement au patient.

L'émotion, sensiblement liée à l'état tonique de l'individu, devient centrale à la pratique psychomotrice. Être sensible à toutes ces manifestations corporelles que sont « les sensations, les tensions corporelles, les postures, les mimiques émotionnelles, [...], les refus ou préférences de telle ou telle forme sensorielle »⁷⁰ ; c'est-à-dire accueillir et intégrer les émotions et les tensions du patient dans notre corps va nous donner des éléments de compréhension et ainsi nous permettre par un dialogue tonico-émotionnel de répondre par un ajustement corporel. « Notre contre-transfert tonique et sensoriel est un contre-transfert émotionnel. »⁷¹

⁶⁷ POTEL C., 2015, p.36

⁶⁸ BALLOUARD C., 2006, p.28

⁶⁹ ROBERT-OUVRAY S., 2002, p.62

⁷⁰ ROBERT-OUVRAY S., 2015, p.63

⁷¹ Ibid.

▪ *Le contre-transfert corporel*

Dans son ouvrage « *Du contre-transfert corporel* », C. POTEL distingue le contre-transfert inhérent aux psychothérapies, où le canal principal est la parole, au contre-transfert des thérapies psychomotrices où le vecteur privilégié est le corps : pour elle, « le contre-transfert est corporel » puisqu'il est « induit par le corps et les émotions corporelles du patient »⁷². Il « associe, aux éprouvés "empathiques" émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient »⁷³.

Ainsi, cette vision du contre-transfert de C. POTEL rejoint sensiblement celle de S. ROBERT-OUVRAY. Cependant, elle développe davantage le fait que le contre-transfert corporel va faire l'objet d'une élaboration qui va fournir au psychomotricien des éléments de compréhension concernant la problématique du patient.

Ainsi, je me questionne quant à la place que prend le ressenti du thérapeute dans la prise en charge ? De quelle façon celui-ci utilise ces éléments contre-transférentiels ?

c) Quelle place pour le contre-transfert en psychomotricité?

Comme j'ai pu l'évoquer précédemment, il ne s'agit pas d'interpréter les manifestations inconscientes comme le ferait un analyste, mais bien de les écouter afin de ne pas risquer de passer à côté de certaines informations indispensables à la compréhension de la relation qui unit le patient et le psychomotricien. Ce travail d'écoute réside essentiellement dans l'accueil et la reconnaissance de ces manifestations contre-transférentielles afin d'éclaircir certaines zones d'ombres de la relation. La lecture de ses ressentis corporels peuvent ainsi « faire l'objet d'une élaboration après-coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience. Ces émotions "brutes", ainsi retravaillées, peuvent éclairer certaines parties de la psyché du patient, inaccessibles dans le champ de la conscience, clivées ou totalement enfouies. »⁷⁴

⁷² POTEL C., 2015, p.36

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibid., p.37

En effet, comme le dit C. BALLOUARD, le contre-transfert « utilise le corps même du thérapeute comme lieu de repérage plus fiable que celui du patient, à un moment donné, de ce qui se passe dans l'interaction »⁷⁵. Il ajoute aussi que c'est « P. HEIMANN qui, la première, s'exprimera sur la valeur positive du contre-transfert en montrant surtout que la réaction de l'analyste peut être utilement considérée comme le premier indice de ce qui se passe chez le patient »⁷⁶.

À la suite de ces éclaircissements concernant ces deux notions d'origine psychanalytique, vient alors se poser la question suivante : Écouter son patient, revient-il à l'écouter lui ou à s'écouter soi ?

3. La juste écoute du psychomotricien

Les mouvements transféro-contre-transférentiels dont témoigne la relation thérapeutique fournissent une multitude d'informations au psychomotricien.

« Ce que [le thérapeute] ressent et ce qu'il éprouve sont des aides indispensables pour ne pas être trop perméable aux attaques tout en restant sensible. Pour cela [le thérapeute] doit être capable d'être simultanément dans une activité sensorielle et motrice, et dans une activité d'analyse »⁷⁷. Je verrais cette activité d'analyse du psychomotricien comme la capacité à écouter ce qui se passe à l'intérieur de lui tout en restant dans l'observation de ce qui se vit chez le patient. Ainsi, en écoutant ce qui se passe en lui, le psychomotricien va pouvoir percevoir et écouter ce qui se vit chez le patient.

Je pense alors que la juste posture d'écoute du psychomotricien semblerait résider dans l'écoute de son patient à travers soi. L'écoute du patient se ferait donc à travers « les lunettes du psychomotricien », qui elles-mêmes seraient teintées par ce qu'il éprouve.

Cette capacité d'écoute n'est pas tâche facile, j'éprouve toujours aujourd'hui de la difficulté à mettre en pratique cette faculté qui demande à la fois, de rester vigilant à ses propres ressentis tout en étant dans une activité d'analyse des indices qu'émet le patient. De plus, l'implication corporelle que demande l'activité entreprise avec l'enfant vient compliquer cette tâche déjà bien subtile.

⁷⁵ BALLOUARD C., 2006, p.27

⁷⁶ Ibid., p.29

⁷⁷ POTEL C., 2015, p.53

Il arrive bien des situations où par manque d'expérience, je peine à concilier ces trois aptitudes simultanément :

- Parfois, je suis submergée par les émotions que la situation me fait éprouver et me retrouve ainsi en difficulté à m'impliquer corporellement et à analyser quelconque informations transmises par le patient. Je pense particulièrement à une séance où nous avons joué au tennis avec Younès : nous installons au milieu de la salle un banc afin de matérialiser le camp de chacun. Lors de cette partie, Younès ne respecte pas les « règles » et met en échec chacun de nos échanges en tirant de toutes ses forces dans la balle sans réelle intention de me la renvoyer. J'essaye en premier lieu de lui expliquer que s'il tire trop fort nous n'allons pas pouvoir jouer puisque je ne peux pas rattraper la balle qu'il m'envoie. Dès que je stoppe le jeu pour lui donner des conseils et lui expliquer la manière dont il peut tirer, Younès s'impatiente et « m'ordonne » de jouer. À plusieurs reprises, il réitère ses tirs semblables à des décharges motrices incontrôlées et semble même ne pas réellement jouer avec moi. Au fil du jeu, je commence à m'impatienter et à tenter en vain de lui expliquer que nous ne jouons pas ensemble et que si cela lui est trop difficile nous pouvons changer de jeu. Suite à son refus, nous continuons la partie.

Passant mon temps à ramasser les balles que Younès envoie de toute force dans les quatre coins de la salle, je suis prise progressivement d'un sentiment d'impuissance et d'agacement. Ne parvenant pas à assimiler ce que Younès me renvoie je me retrouve ainsi totalement désarmée : son comportement impulsif et désorganisé semble m'envahir corporellement et me fait perdre toute mon énergie, je ne suis plus dans le jeu et ne parvient plus à contenir Younès par la parole. Cette situation, que j'ai l'impression de subir, me plonge dans une certaine détresse qui ne laisse plus aucune place à mon implication corporelle.

À l'inverse, parfois, je suis tellement impliquée dans l'activité que j'entreprends avec l'enfant que j'en oublie le cadre thérapeutique dans lequel nous nous situons. Par exemple, lorsque je joue au basket avec Adam, je suis rapidement prise par son enthousiasme. Adam est tellement investi dans le jeu que je sens son excitation m'emporter : il arrive alors que je sois autant impliquée que lui lorsque nous disputons un match, cette implication presque excessive me décentre alors du patient. Je ne parviens plus à jouer et à garder une posture d'observateur en même temps : le fait d'être prise au jeu me fait ainsi perdre toute capacité d'analyse et d'écoute.

Ces deux exemples montrent bien que la capacité d'écoute du psychomotricien est sous l'influence de plusieurs éléments tels que les mouvements transféro-contre-transférentiels.

Après avoir identifié et développé les éléments qui me semblent être les principales influences de la relation thérapeutique ; il me paraît maintenant important d'orienter ma réflexion sur les différents moyens que le psychomotricien emploie pour tendre vers une relation thérapeutique de qualité. Sur quels outils spécifiques s'appuie-t-il pour faciliter la relation et établir une alliance thérapeutique effective ?

PARTIE 3 : DISCUSSION

L'alliance thérapeutique, processus plus ou moins long qui s'opère dès la première rencontre, est le résultat d'une relation de qualité et représente un facteur prédictif de l'évolution du soin. Pour établir cette alliance avec Younès, véritable reflet de notre progression intersubjective, j'ai disposé de plusieurs outils. Ces derniers, ont, de près ou de loin, participé à l'évolution de notre relation. Dans cette dernière partie, je vais ainsi développer d'une part, quels ont été ces outils, et d'autre part, mes réflexions relatives à la prise en charge et à mon positionnement dans la relation.

I - Les outils spécifiques du psychomotricien

Les thérapies psychomotrices diffèrent essentiellement des psychothérapies par l'aspect corporel qu'elles mettent en jeu. Cette particularité confère ainsi au thérapeute des outils spécifiques à sa pratique. Mais alors quels sont ces outils ? Par quels moyens le psychomotricien favorise et encourage-t-il la relation thérapeutique ?

1. La relation thérapeutique : un modèle proche de la relation mère-enfant

La relation thérapeutique en psychomotricité s'inscrit dans un modèle qui s'apparente à la relation qui lie la mère et son enfant. Ainsi, certaines modalités relationnelles utilisées par le psychomotricien se révèlent être équivalentes à celles de la mère envers son bébé.

a) Le dialogue tonico-émotionnel :

Le « dialogue tonico-émotionnel » est une notion élaborée par J. DE AJURIAGUERRA dans la continuité des travaux de H. WALLON sur le « dialogue tonique ». Il s'agit du premier mode de communication infra-verbal entre la mère et son enfant. Cette communication se déploie à travers les variations toniques du bébé qui vont renseigner sa mère sur son état émotionnel. C'est donc par le tonus, principal vecteur de la communication, que le bébé exprime corporellement, ses émotions et ressentis internes encore non-élaborés.

Ce moyen de communication n'est d'ailleurs pas unilatéral, ces échanges sont réciproques allant autant du bébé vers la mère que de la mère vers le bébé. Chacun des partenaires impliqués dans l'échange s'ajuste à l'autre par l'intermédiaire de ses manifestations toniques, il s'agit là d'une véritable interaction corporelle. Le bébé et sa mère, par l'intermédiaire de ce mode de communication très primitif, s'accordent dans la relation par un dialogue corporel. Selon J. DE AJURIAGUERRA, même si cette communication non-verbale s'établit avant que le dialogue verbal n'advienne, elle reste au-delà de cette période précoce et subsiste tout au long de la vie.

Ainsi, il existe un échange tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient. Cet échange devient un des outils essentiels du psychomotricien pour entrer en relation avec l'enfant : il est un véritable moyen de rencontre et de compréhension du patient. C'est par son corps, lieu d'expression de son monde interne, psychique et affectif, que l'enfant exprime ses états émotionnels.

Pour S. ROBERT-OUVRAY, il est « une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier. »⁷⁸ Le psychomotricien devient le réceptacle des états tonico-émotionnels du patient ; cette résonance va ainsi le renseigner, lui permettre de voir et de ressentir les émotions qui se vivent chez le patient.

Le dialogue tonico-émotionnel permet ainsi un ajustement précis et permanent du psychomotricien, ce qui renforce la relation thérapeutique. Je vais ici prendre l'exemple de la quatorzième séance avec Younès, séance où par un dialogue tonico-émotionnel, j'ai tenté de m'adapter au mieux aux états tonico-affectifs de Younès.

Nous sommes en Janvier, la séance commence autour du bureau : Younès demande à Patricia une feuille. Il commence à dessiner un hibou et le colorie attentivement. Soudain, dans un élan d'impulsivité Younès se met à tout gribouiller. Puis, il le découpe de manière très soignée et, dans un nouvel élan d'impulsivité, il finit par déchirer le dessin en l'écrasant dans sa main pour en faire une boulette de papier qu'il lance vers la poubelle. Durant cette production, à chaque fois que Younès dégradait son dessin, il me regardait afin d'observer ma réaction, comme s'il cherchait à me faire réagir.

⁷⁸ ROBERT-OUVRAY S., 1997, p.43

Par la lecture de cette première partie de séance, j'ai cru comprendre par son attitude que Younès exprime une volonté de destruction. La dégradation soudaine de sa production à deux reprises m'a transmis plusieurs indications quant à son état tonico-émotionnel : il semble montrer une volonté de bien faire, de se concentrer sur la production de quelque chose pour ensuite, dans un élan de destruction, tout défaire. Ces décharges toniques se sont aussi manifestées lorsqu'il jette sa boulette de papier jusqu'à la poubelle.

Ces différents éléments m'ont permis de comprendre l'état tonique dans lequel Younès se trouvait à cet instant et ainsi d'ajuster ma séance et ma propre posture en fonction de celui-ci. Je lui propose alors de jouer au bowling, chose qu'il accepte avec enthousiasme. Ce jeu sensiblement adapté à ce que Younès vient de m'exprimer par son attitude corporelle me paraît alors pertinent : l'objectif ici est donc de canaliser les pulsions destructrices de Younès, de leurs donner un moyen d'expression à travers le jeu.

De plus, cette activité permet aussi d'alterner entre un moment de défoulement, qui correspond au lancer de la boule de bowling et un moment de recentrage qui nécessite de la concentration afin de replacer les quilles dans une forme donnée. J'observe au cours de la partie que Younès prend beaucoup de plaisir à lancer la boule mais il ne parvient que rarement à toucher les quilles puisque son geste est totalement désorganisé : il est tellement pris dans l'élan du lancer, qu'il ne regarde pas où il tire et ne régule pas sa force en fonction de la distance qui le sépare des quilles. À chacun de ses tours, il m'est alors nécessaire de l'accompagner autant verbalement que physiquement pour qu'il prenne le temps de lancer correctement : ici s'installe un dialogue tonique bref mais efficace puisque Younès, en suivant le geste de mon bras, ni trop tendu ni trop mou, réussit petit à petit à ajuster seul le sien et à faire tomber de plus en plus de quilles.

Après une dizaine de minutes de jeu, je sens par son attitude que Younès se lasse, il ne me dit rien verbalement, mais je perçois dans sa manière de lancer, qui redevient peu maîtrisée, dans son agitation et dans son investissement décroissant du jeu qu'il est temps de changer d'activité avant qu'il ne se désorganise complètement. À ce moment-là, Younès enfle le sac dans lequel nous venons de ranger les quilles et se met à imiter un garçon qui se promène et qui part en voyage avec son sac à dos sur le dos : je me saisis ainsi de ce qu'il vient de me montrer pour lui proposer un jeu de mime sur lequel nous pouvons terminer la séance. Encore une fois, Younès accepte sans hésitation et nous terminons la séance à mimer des animaux chacun notre tour.

La lecture de l'état tonico-émotionnel de Younès a facilité nos échanges et donc son accompagnement dans la séance. Au travers du dialogue tonico-émotionnel, j'ai pu m'adapter aux états de Younès et ainsi proposer des activités en lien avec celui-ci. Cependant, cette capacité d'ajustement tonico-émotionnelle est parfois mise à mal, les émotions transmises par le patient peuvent être difficile à gérer et à assimiler, ce qui empêche toute adaptation de la part du psychomotricien⁷⁹.

Une autre analogie entre la relation mère-enfant et psychomotricien-patient peut être observable : dans la pratique psychomotrice, en plus d'utiliser le dialogue tonico-émotionnel, le thérapeute va aussi mettre en œuvre sa capacité à transformer les éprouvés du patient en éléments plus assimilables.

b) La capacité de rêverie maternelle de W. BION

Cette théorie, conceptualisée par le psychanalyste W. BION, avance l'idée que des traces psychiques non-élaborées existent avant la capacité de penser : à sa naissance, le nourrisson n'a que des impressions sensorielles et émotionnelles très primitives, ce sont les « proto-pensées », aussi nommées éléments « bêta ». Ils correspondent à des vécus internes tels que la faim, la soif, le froid, le manque, qui plongent le bébé dans l'angoisse.

Il introduit ici que la figure maternelle, par sa maturité psychique, a une fonction de contenant, elle va être capable d'accueillir et de transformer les manifestations primitives de l'enfant : cette capacité de recevoir et de transformer les projections du nourrisson est appelée « rêverie maternelle ». Ces éléments « bêta » vont ainsi être projetés sur la mère puisque trop difficiles à assimiler pour l'enfant. La mère va, si elle est « suffisamment bonne », les recevoir, les « digérer » et les transformer en éléments plus assimilables psychiquement pour l'enfant : éléments « alpha ». Elle prête ainsi son appareil psychique à l'enfant en tentant, par un processus de symbolisation, de donner du sens et mettre des mots sur ces sensations archaïques (élément « bêta ») pour que le nouveau-né puisse intégrer et penser lui-même ces stimulations : c'est l'appareil à penser les pensées.

Cette capacité de « rêverie maternelle » représentant la fonction transformatrice de la mère est tout à fait comparable à celle du psychomotricien. Le thérapeute reçoit par le dialogue tonico-émotionnel et le transfert corporel les éprouvés non-élaborés du patient et tente de

⁷⁹ Cf. PARTIE 2 : III – 3. La juste écoute du psychomotricien, p.43

mettre en pensée, en images et en mots ce qu'il saisit de ces manifestations. Autrement dit, il s'agit de verbaliser et de mettre du sens sur un état corporel « brut » et non-pensé qu'exprime le patient. « C'est le travail de transformation des éléments 'bêta' en éléments 'alpha' qui sont, eux, figurés.»⁸⁰ Cette analogie de la « rêverie maternelle » qui est de transformer un état en mots, de lui donner une signification et un symbole, va permettre à l'enfant d'accéder à une représentation de cet état et surtout une représentation de lui-même.

Cette qualité me paraît importante dans la prise en charge de Younès. Il s'agit fréquemment de donner du sens et de verbaliser ses gestes, souvent peu pensés et élaborés. Par exemple, les jours où nous dessinons au bureau, je constate qu'après avoir réalisé un premier dessin, Younès ne s'y attarde pas et « passe » directement à une autre production en demandant une nouvelle feuille. Ce jour-là, Younès s'installe au bureau et demande une feuille sur laquelle il se met à griffonner quelques formes de manière impulsive. Dès lors qu'il remarque que, de son côté, Patricia a dessiné un bonhomme, il s'empresse de retourner sa feuille avec la volonté d'effectuer le même. Après un instant, Younès, en difficulté quant à ses capacités graphiques, lui demande de le faire à sa place. Patricia lui explique que chacun a sa façon de dessiner les bonhommes et l'encourage à faire comme il peut. Il semble contrarié et réalise tout de même son propre personnage.

Au fil de la séance, en créant de nombreux objets tels qu'un téléphone portable, un ballon de foot ou encore un lit, Patricia parvient à créer avec Younès une histoire imaginaire caractérisée par la rencontre de leurs personnages. Malgré ses difficultés à produire, Younès se prend au jeu et se montre persévérant et minutieux. En partant de la production graphique peu élaborée de Younès, Patricia a mis à l'œuvre sa capacité de rêverie afin de mettre du sens et de donner vie à une situation dénuée de symbole. En prêtant son appareil psychique et son imaginaire, elle a permis à Younès de s'investir et de participer à la création d'un jeu symbolique élaboré mais aussi de trouver en lui des ressources imaginaires.

« Tous les thérapeutes [...] font donc appel à cette capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi ce qui est de l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement. Chacun, dans

⁸⁰ BOUTINAUD J., 2013, p. 152

son cadre thérapeutique avec ses propres moyens.»⁸¹ Cette capacité de rêverie est donc singulière à chaque individu, elle varie en fonction de son histoire, de son vécu et du cadre thérapeutique qu'il instaure.

Aussi, je pense que notre capacité de rêverie est sensiblement liée à notre créativité : je dirais qu'elle dépend de notre capacité à déployer notre imagination auprès du patient. Ainsi, je suppose que la créativité du thérapeute joue un rôle essentiel dans le dispositif thérapeutique.

2. La créativité du thérapeute

La créativité du thérapeute m'apparaît comme un élément clé du processus thérapeutique puisque je pense qu'elle facilite la relation et la mise en sens des vécus du patient. De ce fait, il me paraît important de m'interroger sur son utilité ? Comment la créativité est-elle mise à profit dans la thérapie psychomotrice ?

La créativité n'est pas un terme souvent employé dans le domaine de la science et du paramédical. Pourtant, elle prend une place centrale dans la thérapie psychomotrice. « L'espace thérapeutique met en scène aussi bien la créativité du patient que la propre créativité du thérapeute »⁸² précise A. GATECEL. En effet, même si le développement de la créativité du patient est un objectif important de la thérapie psychomotrice, cette dernière met également en jeu la capacité créative du psychomotricien.

a) La créativité du psychomotricien : un outil thérapeutique fondamental

La créativité du psychomotricien joue un rôle prépondérant dans le dispositif thérapeutique, elle prend toute sa valeur à partir du moment où elle est pensée et élaborée pour le patient. La mise en œuvre de cette créativité a pour finalité d'accompagner le patient dans son développement psychocorporel, de le soutenir dans un processus de changement et de transformation.

⁸¹ POTEL C., 2010, p.329

⁸² GATECEL A., 2009, p.54

Pour se faire, il faut que la créativité du psychomotricien soit orientée et adaptée à la problématique du sujet : avant même de créer, le psychomotricien doit avoir en amont identifié la direction que doit prendre son expression créative. Cette direction correspond à la manière de se servir de sa propre capacité à créer. Il ne s'agit pas là de créer et d'exprimer sa créativité tel un artiste qui cherche à créer une œuvre, mais bien d'utiliser cette capacité dans un objectif thérapeutique bien défini. C'est par la lecture du fonctionnement psychocorporel de l'enfant, par l'observation des mouvements transférentiels, par le dialogue tonico-émotionnel et enfin par l'articulation de tous ces indices entre eux que le psychomotricien parvient à établir un espace de création adéquat. La créativité, inhérente à son propre appareil psychique, devient ainsi un outil spécifique du psychomotricien.

Après avoir exposé l'importance de la créativité du thérapeute en psychomotricité, je souhaite maintenant évoquer ma difficulté à développer cette capacité créative au cours de mes stages.

b) Une capacité qui s'acquiert avec l'expérience :

Selon C. POTEL : « Accompagner l'engagement du corps du patient nous demande d'inventer, d'imaginer, de créer des espaces de jeu intermédiaires. »⁸³ Cependant, ce processus permanent de recherche d'idées nouvelles n'est pas l'effet du hasard, la créativité est le fruit d'un travail actif qui exige une adaptation au patient, des connaissances et un investissement certain dans cette activité de recherche. Ainsi, je pense que la capacité de créer du psychomotricien n'est pas nécessairement innée, elle s'acquiert et se développe avec le temps et l'expérience.

Par exemple, dans ma pratique en stage, je remarque que ma capacité créatrice est limitée : je montre parfois de grandes difficultés à créer et à déployer mon imaginaire au service du patient, d'autant plus lorsque j'éprouve des difficultés dans la relation avec celui-ci. Je constate que la majorité de mes idées proviennent le plus souvent de situations ou de jeux que j'ai déjà pu observer et expérimenter au cours de ma formation ou de mes stages.

D'une certaine manière, le fait de reproduire une situation déjà vécue ou observée auparavant est analogue à l'imitation par laquelle l'enfant apprend en imitant avant de se

⁸³ POTEL C., 2010, p.370

laisser guider par sa propre imagination : l'enfant imite avant de faire par lui-même. Je suppose qu'il en est de même pour l'étudiante que je suis : le fait de reprendre ce qui ne vient pas de moi m'apporte une certaine sécurité qui me permet d'expérimenter par mes propres moyens ce que j'ai pu observer. C'est en pratiquant que j'ai pu voir émerger de nouvelles idées propres à ma créativité : au fur et à mesure de l'année, il m'a été possible de décliner certains jeux à ma façon ou encore d'en créer de nouveaux. Ainsi, par la pratique et la mise en situation, j'ai pu, avec la participation du patient, développer, chercher et construire plusieurs dispositifs de jeu thérapeutique en créant une aire transitionnelle de co-création, véritable expression de notre potentiel créatif.

J'ai également noté que ma capacité à penser et à créer dépendait en grande partie de l'environnement dans lequel je me situais. Comme le pense D. WINNICOTT : « le comportement de l'environnement est partie prenante dans le développement personnel de l'individu »⁸⁴. En effet, l'environnement joue un rôle essentiel dans le déploiement de la créativité du thérapeute ; par « environnement », je sous-entends le cadre de ma pratique psychomotrice qui correspond au climat instauré par la psychomotricienne et l'enfant en face de moi. C'est pourquoi, « toute remarque s'appliquant à l'individu en tant qu'être isolé ne conduira pas au problème central de la source de la créativité »⁸⁵. Bien que le cadre, suffisamment contenant et sécurisant, ait permis de développer une confiance mutuelle entre la psychomotricienne et moi-même, la subjectivité du patient et la place de stagiaire que j'occupe ont parfois été un frein au déploiement de ce potentiel créatif.

En effet, j'éprouve avec certains enfants une grande difficulté à user de ma créativité et ce fut particulièrement le cas avec Younès. Je me suis ainsi questionnée quant à ma capacité à créer en séance : quels éléments agissent sur ma créativité ? La subjectivité du patient, sa pathologie et notre relation ont-elles un impact sur celle-ci ?

Pour répondre à cela, je souhaite ici développer un exemple qui témoigne particulièrement de ces interrogations.

Début Novembre, nous recevons Younès pour la sixième fois, ce jour-là, Patricia me propose de mener la séance. J'accepte, tout en me dirigeant vers le placard pour trouver une idée de proposition à faire avec Younès. Après quelques instants, je me rends compte

⁸⁴ WINNICOTT D., 1975, p. 109

⁸⁵ Ibid., p.139

qu'aucune idée ne me vient, cela fait naître en moi un sentiment de panique qui ne fait que croître lorsque je vois Younès s'agiter dans la salle en courant se jeter dans les coussins de manière répétitive : je prends ainsi conscience qu'il est nécessaire que je me « dépêche » puisque je ne peux pas le faire attendre plus longtemps.

Or, je me trouve là confrontée à un néant psychique : ma capacité à réfléchir, à penser et à créer s'est rapidement retrouvée mise à mal par cette situation. Je suis à la fois face à un enfant qui nécessite une présence corporelle et psychique afin de le contenir, mais aussi face à mon incapacité à agir et réagir. La psychomotricienne, témoin de cette « scène », essaye de m'étayer verbalement mais rien n'y fait : je suis d'une certaine manière paralysée, autant physiquement que psychiquement. Puis, Younès m'exprime alors l'envie de faire de la trottinette, n'ayant toujours pas la moindre idée d'activité, j'accepte sa demande et le lui donne en espérant que cet objet m'apporte une once d'inspiration. Au contraire, maintenant sur la trottinette, Younès déambule dans toute la salle à grande vitesse et cette agitation motrice autour de moi ne fait qu'empirer le blocage de ma réflexion.

Cette situation, mêlant un sentiment de stress et d'impuissance, s'est débloquée progressivement au cours de la séance : avec l'aide de Patricia, j'ai pu proposer à Younès un jeu autour d'un circuit de trottinette avec des plots. Au début, cette proposition était à l'image de ma pensée : désorganisée et dénuée de sens ; puis, sous les conseils de la psychomotricienne il m'a été possible de faire évoluer cette proposition pour que celle-ci devienne ludique et significative.

À la lecture de cet exemple, nous pouvons nous demander d'où m'est venue cette incapacité à penser et à créer ? Quels facteurs ont empêché l'expression de ma créativité ?

Dans cette vignette, je mets l'accent sur l'agitation psychomotrice de Younès puisqu'elle représente à mon sens l'un des premiers freins à ma créativité. Je pense que la créativité demande une disponibilité psychocorporelle : D. ANZIEU explique dans son ouvrage *Le corps de l'œuvre* qu'il y a des moments où l'on doit se recentrer sur son propre corps et ceci pour aboutir à un mouvement créateur. Or, en séance avec Younès je suis souvent préoccupée par ses comportements agités et difficiles à contenir. De ce fait, je ne pense pas être entièrement disponible psychiquement à l'élaboration d'un jeu ; cette disponibilité est en grande partie occupée par ma difficulté à me positionner et à agir en sa présence.

Ainsi, je pense qu'elle témoigne de ma crainte de ne pas réussir à contenir Younès et de mon appréhension quant à la manière dont il va se saisir, répondre et investir ma « création ».

Je peux ici affirmer que les troubles de Younès, relevant de sa pathologie, ainsi que la relation qui se joue entre nous, ont un effet certain sur ma capacité créative. Je dirais que la créativité est le fruit de la relation thérapeutique, elle-même habitée par nos sensations, nos éprouvés psychocorporels et nos subjectivités respectives.

Pour résumer, la créativité du psychomotricien occupe une place certaine dans le dispositif thérapeutique : elle représente un véritable outil à sa pratique mais celle-ci peut être impactée par plusieurs facteurs de la thérapie psychomotrice. Enfin, la créativité ne s'exprime pas en tant que tel, elle se déploie au travers de la médiation proposée par le thérapeute.

3. La médiation en psychomotricité

a) La médiation, support de la relation

Comme j'ai pu l'évoquer dans la première partie de cet écrit, le matériel et les médiations utilisés par le psychomotricien sont des éléments du dispositif thérapeutique qui permettent, par leur constance, de favoriser l'expression et la créativité des patients. Dans cette partie, je souhaite développer davantage la dimension relationnelle et l'utilité de la médiation dans la thérapie psychomotrice.

Selon F. GIROMINI, « La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle. » Elle explique que la médiation « a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. »⁸⁶

L'aspect relationnel du médiateur, au sens large, se retrouve dès l'instant où nous essayons de trouver avec l'enfant le jeu auquel nous allons jouer. En effet, se mettre d'accord sur un jeu avec l'enfant demande déjà une négociation et une entente pour trouver une solution commune. La recherche de cet accordage constitue déjà un échange relationnel : avant même d'être « utilisé », l'objet médiateur va servir de support à la relation. Nos regards

⁸⁶ GIROMINI F., 2012, p. 254

convergent vers l'objet médiateur discuté et celui-ci prend le statut « d'objet d'attention conjointe »⁸⁷.

Ainsi, en psychomotricité, la médiation détient un rôle certain dans la rencontre entre le patient et le thérapeute : elle représente un « organisateur des temps de rencontre »⁸⁸ et constitue un intermédiaire entre soi et l'autre. Cet objet, faisant office de tiers de la relation, prendra la forme d'un véritable médiateur de contact, d'échange et de communication et favorisera ainsi l'espace relationnel. Pour F. GIROMINI, « le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour faciliter la relation, l'échange et la communication avec autrui »⁸⁹.

Au mois de Novembre, lors de la septième séance, Younès se montre opposant dès le début de la séance : il refuse et rejette chacune de nos propositions et reste assis au bureau, fermé à toute suggestion. Après plusieurs tentatives, nous décidons d'installer un jeu dans la salle pour voir si celui-ci va le faire réagir et l'ouvrir à jouer avec nous. Nous disposons dans la salle un jeu de l'oie revisité en parcours moteur en lui expliquant que s'il ne veut pas jouer ce n'est pas grave, il pourra nous regarder et nous rejoindre quand il le souhaitera. Younès reste fermé et décide de dessiner au bureau. Je remarque qu'il nous regarde régulièrement et semble tout de même intéressé par ce que nous sommes en train de préparer. J'essaie alors de venir vers lui et de lui demander de l'aide pour placer certains objets dans la salle mais encore une fois, il refuse et me dit qu'il ne jouera pas. Cette situation m'ennuie, je crains qu'il se sente exclu et qu'il ne prenne pas place dans cet espace de jeu partagé : je reviens plusieurs fois vers lui pour tenter de le convaincre et lui donner envie, en vain.

Une fois le jeu installé, il se lève et se place directement à la case de départ, sans dire un mot. Je suis à la fois étonnée et rassurée qu'il se joigne à nous, je ne pensais pas qu'il viendrait et encore moins aussi spontanément. Durant le reste de la séance, Younès se montre coopérant et très attentif au jeu : une certaine complicité s'installe entre nous, nous devenons des alliés et voulons éviter que Patricia, qui a de l'avance dans le jeu, ne remporte la partie avant nous. Je n'avais, avant cette séance, jamais connu cette alliance avec Younès : à travers ce jeu, je l'ai découvert dans une relation autre, loin de l'opposition et de la provocation habituelle.

⁸⁷ BRUNER J.S., 1975, p.265

⁸⁸ POTEL C., 2010, p.318

⁸⁹ GIROMINI F., 2012, p. 255

Ici, le jeu a réellement pris la forme d'un médiateur de la relation. Par cette séance, j'ai compris que ce qui avait permis et soutenu la relation avec Younès c'était le jeu que nous avons mis en place. Younès n'est pas venu se joindre à nous lorsque je venais moi-même le chercher, lorsque j'essayais d'établir une relation avec lui ; il est d'abord venu investir le jeu ce qui a permis par la suite de faire émerger une alliance dans la relation.

« La thérapie supposera alors l'instauration d'un jeu en commun, d'un accompagnement soignant interactif et ludique, dans le registre de 'l'être ensemble' et du 'jouer-avec', instituant une sorte d'intimité où chacun participe à la création de l'espace de jeu et de la pensée. »⁹⁰

b) La médiation, porteuse d'expériences symboligènes

La médiation possède également une véritable fonction de symbolisation, la thérapie psychomotrice s'inscrit « dans un nouage entre expériences vécues et la représentation symbolique »⁹¹. L'enfant qui vit, ressent et exprime une multitude d'éprouvés primitifs difficilement représentables va pouvoir, à travers la médiation et l'accompagnement du psychomotricien, transformer ses éprouvés en représentations plus assimilables. La médiation va aider l'enfant à « assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées. »⁹² Cette transformation des éprouvés encore non-élaborés en représentations significatives relève aussi de la capacité de rêverie du psychomotricien.

La qualité transformatrice et élaboratrice de sens de la médiation va, à l'aide du psychomotricien, avoir un effet constructif sur le développement psychique de l'enfant, ces expériences symboligènes vont s'inscrire dans un processus de construction d'un espace psychique interne et ainsi participer à la subjectivation de l'enfant.

Mais alors, quelles médiations le psychomotricien utilise-t-il pour faciliter la relation, comprendre le fonctionnement psychique de l'enfant et favoriser la subjectivation de ce dernier ?

⁹⁰ JOLY F., 2014, p. 256

⁹¹ GIROMINI F., 2012, p.256

⁹² POTEL C., 2010, p.368

4. Le jeu, un outil de médiation

a) Le jeu comme processus thérapeutique

Selon C. POTEL, « le psychomotricien a un savoir-faire du jeu »⁹³. Elle rappelle également qu'« à une certaine époque, dire que le psychomotricien jouait constituait une révolution en soi. »⁹⁴. Aujourd'hui, c'est une banalité : le jeu est devenu une médiation privilégiée du psychomotricien. En psychomotricité, nous faisons, nous ressentons et nous vivons des expériences corporelles et sensorielles en jouant. La particularité du travail en thérapie psychomotrice réside dans l'aspect ludique des médiations utilisées : le plaisir du jeu vient favoriser l'investissement psychocorporel du patient et permet de le rendre acteur de sa prise en charge. Le jeu se situe alors « au centre du dispositif que le psychomotricien met en place pour soutenir l'investissement du corps, autant dans ses aspects instrumentaux que relationnels »⁹⁵.

L'une des premières à s'être intéressée au jeu comme véritable outil thérapeutique dans le travail avec des enfants est la psychanalyste M. KLEIN. Pour elle, le jeu est le moyen qu'utilise l'enfant pour exprimer ce que l'adulte formulerait par les mots⁹⁶. Elle met également l'accent sur l'analogie qui existe entre la vie onirique de l'enfant et son activité ludique⁹⁷. M. KLEIN utilise donc le jeu comme substitut de l'association libre de l'adulte mais elle n'évoque en aucun cas l'implication du thérapeute dans le jeu de l'enfant au sein de la relation thérapeutique.

D. WINNICOTT, lui, établit une « distinction marquante entre la signification du substantif 'play' (le jeu) et la signification verbale 'playing' (l'activité de jeu, jouer).»⁹⁸ Pour lui, la capacité de jouer en elle-même est un objectif thérapeutique puisque « Jouer est une thérapie en soi ».⁹⁹ Il ajoute que « Là où le jeu n'est pas possible, le travail 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.»¹⁰⁰

⁹³ POTEL C., 2010, p.352

⁹⁴ Ibid., p.350

⁹⁵ POTEL C., 2006, p.23

⁹⁶ KLEIN M., 1953, p.199

⁹⁷ KLEIN M., 1929, p.242

⁹⁸ WINNICOTT D., 1975, p.58

⁹⁹ Ibid., p.71

¹⁰⁰ Ibid., p.55

Cette vision du jeu de WINNICOTT met donc davantage l'accent sur la présence du thérapeute dans le jeu de l'enfant.

Cependant, nous ne pouvons pas parler du jeu tel que le voit WINNICOTT sans évoquer la notion d'aire transitionnelle. Ce dernier envisage le jeu comme un espace transitionnel qui correspondrait à « une zone transitionnelle intermédiaire entre le soi et l'autre, une zone exploratoire de création commune, dont les buts vont tendre vers la représentation symbolique des affects et des éprouvés »¹⁰¹. Pour le psychanalyste, le jeu constitue un espace d'échange, de relation et de transition : autrement dit, par la rencontre de l'autre et l'expérience partagée, il permet le passage d'un état à un autre, il encourage les processus de transformation et de symbolisation du sujet.

b) Le jeu, outil privilégié du psychomotricien

F. JOLY, auteur contemporain, s'est également penché sur les fonctions du jeu et du « jouer avec ». Cet auteur, avant tout psychomotricien, a permis d'élargir les vertus du jeu au champ de la psychomotricité. Dans ses travaux, s'appuyant principalement sur ceux de ses précurseurs que je viens de citer, il développe l'intérêt du jeu comme médiation en psychomotricité. Pour lui, « Le jeu est un – sinon 'le' - carrefour princeps du processus de subjectivation »¹⁰².

En effet, le jeu est indispensable à la construction de l'enfant : « L'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps-en-relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle. »¹⁰³. A travers le jeu, c'est tout le corps, son expression, ses éprouvés, ses émotions et sa créativité qui vont se déployer. Cette mise en exergue va ainsi permettre à l'enfant d'accéder à la symbolisation de ses expériences. C. POTEL explique bien ce phénomène en écrivant que : « Le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matières symboliques », qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense. »¹⁰⁴

¹⁰¹ POTEL C., 2010 p. 217, reprenant la conception de Winnicott

¹⁰² JOLY F., 2015, p.9

¹⁰³ Ibid., p.11

¹⁰⁴ POTEL C., 2010, p. 348

c) Le jeu : un moyen de compréhension et d'adaptation du psychomotricien

« Le jeu est, [...] une expérience intersubjective impliquant totalement l'être, dans sa globalité psychomotrice »¹⁰⁵. En s'impliquant entièrement, l'enfant va laisser paraître au psychomotricien des éléments relatifs à son fonctionnement psychique. Le jeu, véritable reflet du monde interne de l'enfant, lui permet alors d'exprimer ce qui est encore non-communicable par la parole et ainsi de devenir un lieu de construction psychique et corporelle. De ce fait, le jeu représente un outil fondamental pour le psychomotricien. C'est à travers lui, véritable support de l'activité expressive et créative du patient, que le psychomotricien va pouvoir observer et ainsi travailler avec le patient sur sa problématique.

Dans cet exemple, je vais tenter d'illustrer comment, à travers ce qu'exprime l'enfant dans le jeu, le psychomotricien va pouvoir lire et comprendre des éléments du fonctionnement psychique de l'enfant.

▪ « Le jeu des voisins » avec Younès :

C'est un jeu symbolique où nous bâtissons chacun notre maison à l'aide de modules en mousse pour ensuite construire ensemble l'histoire de deux voisins. La psychomotricienne, elle, est assise au bureau et prend le rôle de la marchande : cet espace du marché symbolise un espace commun, lieu de rencontre où nous pouvons venir acheter divers fruits et légumes.

Dans un premier temps, il est intéressant de voir la manière dont Younès construit sa maison, puisque comme le dit P. HUERRE : «Une cabane reflète toujours « l'âme » de ceux qui l'ont pensée».¹⁰⁶ En effet, je pense que l'agencement de cet espace personnel reflète la construction psychique de l'enfant. J'observe d'abord que sa maison possède deux cloisons : il utilise la petite maison en toile qu'il place au centre de sa construction pour ensuite construire une seconde paroi avec les modules en mousse. Cette seconde paroi est plutôt désorganisée, elle n'entoure pas réellement la maison en toile, certains côtés sont inexistantes et d'autres ne représentent qu'un entassement de module dans un coin.

Younès semble pris dans un élan de « remplissage », il ne s'agit plus là de construire une maison mais bien de prendre tous les objets qu'il y a à sa disposition pour les accumuler

¹⁰⁵ JOLY F., 2014, p.250

¹⁰⁶ HUERRE P. 2006, p. 20

sans réelle organisation. Patricia doit alors lui expliquer qu'il ne peut pas tout prendre et qu'il a suffisamment de choses pour faire une belle maison.

Après avoir fini sa maison, Younès s'approche de la mienne, donne un coup de pied sur l'un des « murs » et me dit que ma maison n'est pas solide. Je tente de lui expliquer qu'il ne peut pas détruire ma maison ainsi et que si elle n'est pas assez solide ce n'est pas grave, je vais pouvoir la reconstruire une seconde fois.

Dans ce jeu, il lui arrive de pénétrer dans « mon » espace lorsque je suis « absente », de voler des choses à l'intérieur et d'en ressortir en détruisant une partie de la construction. Dans ces moments-là, Younès ne semble plus réellement jouer, il exprime une certaine nécessité de venir « intruser » mon espace et de mettre à mal le jeu auquel nous sommes en train de jouer.

Cette vignette clinique vient souligner plusieurs éléments qui, je pense, témoignent du monde interne de Younès. Pour B. SENN, les constructions de cabanes « permettent la réunification, par un acte concret, de ce qui est de l'ordre corporel, du tangible et de ce qui est de l'ordre du psychisme, de l'affectif et du rêve »¹⁰⁷ La maison construite par l'enfant serait donc le lieu de projection de son enveloppe psychique dans le réel : elle témoignerait de certains aspects du fonctionnement mental de l'enfant.

Concernant la maison de Younès, la présence de deux parois dans sa construction m'évoque l'idée d'une carapace désorganisée et défailante qui vient envelopper le cœur même de sa maison. D'un point de vue psychocorporel, cette carapace, présente mais défailante, me fait sens : elle m'évoque l'activité motrice brutale et excessive de Younès qui semble venir compenser un manque de limites psychocorporelles. Comme si Younès, se trouvant dans l'incapacité de contenir et d'identifier ce qui se joue à l'intérieur de lui, extériorise de manière désorganisée l'expression de ce monde interne, fragile et déconstruit. Il est également intéressant de voir que Younès vient tester la solidité de ma maison, en quelque sorte, il semble venir tester ma propre solidité et ma manière de réagir face à cet acte de destruction : cela va-t-il m'affaiblir ou m'affecter ? Vais-je pouvoir me reconstruire après avoir été « détruite » ? Je lui ai donc montré qu'après avoir été défaite, il était possible que je refasse ma maison.

¹⁰⁷ SENN B., 2005, p. 72

Enfin, la question de l'intrusion se manifeste souvent en séance avec Younès. Dans ce jeu, je suppose que l'intrusion de ma maison est le reflet d'une limite entre soi et l'autre encore confuse : il donne l'impression, par des comportements d'intrusion et d'effraction de la sphère intime, de ne pas savoir où s'arrête la limite entre ma maison et sa maison, la limite entre ce qui lui appartient et ce qui ne lui appartient pas. Je pense que cette confusion a un lien certain avec son manque de limites corporelles mais également avec son environnement familial. En effet, je peux observer lorsque nous accueillons Younès et sa famille dans la salle d'attente, que dans cette fratrie, tout le monde s'occupe des affaires de tout le monde. Ainsi, cet environnement ne semble pas favoriser la construction d'une distinction entre l'espace de l'autre et son propre espace.

Cet exemple montre que l'enfant, par sa façon de jouer, d'agir, de réagir et d'être en relation à travers la médiation du jeu, met en lumière son propre fonctionnement psychique. Ces éléments, relatifs au monde interne de l'enfant vont constituer de précieux indices pour la compréhension et la prise en charge de l'enfant par le psychomotricien.

L'ensemble de ces outils m'a donné la possibilité de saisir et de déchiffrer le fonctionnement psychocorporel de Younès en m'offrant une visibilité sur ses difficultés de comportements, sa manière d'être en relation, ses représentations et sa souffrance. Ainsi, ces multiples informations m'ont été d'une aide précieuse pour établir la relation avec Younès : elles m'ont permis d'étayer chacune des interactions avec Younès et ont donc constitué un véritable soutien dans la relation.

Par ailleurs, leur utilisation ou au contraire, ma difficulté à les employer, a soulevé plusieurs questionnements quant à ma pratique et à mon statut de stagiaire. Ces interrogations se sont ainsi révélées porteuses d'une transition stagiaire-professionnel.

II - La convergence de deux cheminements

Dans cette partie, je souhaite mettre en avant deux cheminements sensiblement liés qui, je pense, correspondent à la concrétisation de ce que j'ai pu éprouver cette année, autrement dit, de l'ensemble des réflexions dont j'ai pu faire part dans cet écrit.

Ces deux cheminements s'avèrent être d'une part l'évolution de la relation et de la prise en charge de Younès, et d'autre part, la progression de mes réflexions quant à ma pratique,

étroitement liée à mon statut de stagiaire. J'ai longtemps été préoccupée par cette place particulière qui a, je pense, eu un réel impact sur la nature de la relation avec Younès.

Je commencerai d'abord par décrire l'évolution de la prise en charge de manière chronologique afin d'exposer par la suite l'évolution de mes propres réflexions relatives à la place de stagiaire que j'occupe.

1. Evolution de la prise en charge

Au cours de ces huit mois, l'évolution de Younès s'est faite de façon irrégulière. La première partie de l'année fut marquée par un véritable temps de découverte et d'adaptation réciproque. Durant cette période, il s'agissait principalement d'établir le cadre de la thérapie psychomotrice : cet espace-temps devait permettre à Younès d'éprouver notre capacité à recevoir et à accueillir ses angoisses et comportements difficilement maîtrisables. À de nombreuses reprises, Younès s'est montré agressif et menaçant afin de venir tester les limites du cadre et nos propres limites. Jusqu'où allions nous tenir ? Au fur et à mesure, Younès semblait se saisir de notre dispositif, ainsi, nous avons pu commencer à établir une alliance thérapeutique.

Les échanges avec Younès variaient beaucoup d'un instant à l'autre : durant les séances nous alternions entre des moments de jeu, où Younès était totalement disponible et investi dans la relation, et des moments de conflit où il venait mettre à mal ces moments de partage en se montrant soudainement destructeur et provocateur. Cette oscillation entre ces deux extrêmes, illustre bien la fragilité de notre alliance thérapeutique.

Au mois de février, nous avons connu une période marquée par de véritables changements dans le comportement de Younès. Durant deux semaines consécutives, son attitude était loin de l'agitation et de la provocation habituelle : « l'atmosphère » dans laquelle nous avons reçu Younès était réellement différente des séances précédentes. Ces deux séances se sont déroulées dans le calme, à dessiner au bureau : Younès, installé sur sa chaise le dos collé au dossier, me semblait réellement contenu et apaisé. Il n'exprimait pas l'envie d'aller jouer dans la salle. Je me souviens avoir été étonnée par le déroulement de ces séances tellement le changement fut brutal et soudain.

J'ai d'ailleurs eu le sentiment de découvrir un tout autre aspect de Younès que je n'avais encore jamais perçu jusqu'ici : plus serein et plus structuré. Au cours de ces semaines, je me suis sentie beaucoup plus à l'aise dans la relation avec Younès, de réels échanges ont

pu s'opérer et cela a permis de créer une alliance voire une complicité. Pour la première fois, j'ai eu l'impression de pouvoir être moi-même dans la relation et d'éprouver de la sympathie pour Younès. J'ai également eu le sentiment d'être moins vigilante et de pouvoir m'investir pleinement dans nos échanges puisqu'il n'était plus dans l'opposition ni dans la provocation.

Ces séances m'ont apporté un certain recul quant à la relation que j'entretenais avec Younès. Parallèlement, ce fut aussi le temps de l'élaboration et de l'écriture de ce mémoire : le fait d'effectuer des recherches théoriques, de les mettre en lien avec ma clinique, de mettre en mots mes observations et ressentis m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement psychique de Younès et ainsi mieux me positionner dans la relation thérapeutique.

Au retour des vacances de Février, nous retrouvons Younès dans un état d'excitation extrême. Ses comportements sont similaires à ceux du début l'année : il s'oppose, provoque, crie, cherche le conflit et se montre également violent envers nous. Nous avons beaucoup de difficultés à le contenir, il ne semble pas disponible et aucun échange n'est possible : la reprise est difficile.

Semaine après semaine, nous avons progressivement réussi à rétablir l'alliance qui s'était fragilisée lors des vacances. Depuis maintenant un mois, nous jouons au jeu « des voisins »¹⁰⁸. Malgré qu'il soit désormais possible de co-crée une histoire et de partager un jeu en y prenant du plaisir, Younès présente toujours des troubles importants du comportement et de la relation. Aujourd'hui encore, nous vivons des moments difficiles où Younès exprime de l'agressivité, de la menace et des conduites destructives.

Cette évolution relative à ma compréhension ne rend pas pour autant la relation thérapeutique moins difficile. Sans cesse mise à mal, celle-ci reste précaire et demande encore à être étayée. C'est pourquoi, après un entretien avec sa mère nous avons convenu qu'il serait nécessaire pour Younès, d'introduire une consultation psychologique afin de soutenir notre travail et d'inclure davantage la famille dans le soin.

De manière parallèle, ces huit mois ont également été marqués par un certain changement dans ma façon d'appréhender la relation avec Younès. En approfondissant mes

¹⁰⁸ Cf. PARTIE 3 : I – 4 – c) Le jeu : un moyen de compréhension et d'adaptation, p.60

questionnements et en remettant en question ma place de stagiaire, j'ai pu accéder à une progression certaine dans ma façon de penser, de voir et de faire les choses.

2. Mes réflexions quant au statut de stagiaire

a) Un statut complexe

Dès le début de la formation, j'ai rapidement constaté qu'être stagiaire confère un rôle et un statut particulier au sein de l'institution et des thérapies. Pour C. BALLOUARD, le stagiaire a « une place bien particulière : il ne peut pas être thérapeute auprès des patients, car il vient, non seulement pour vivre une expérience, mais aussi pour rendre un travail en fin d'année. Il se situe ainsi, à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution. »¹⁰⁹ Il s'agit dans un premier temps d'intégrer et de trouver sa place parmi l'institution et son équipe. Puis, c'est au sein des thérapies qu'il faut venir se positionner : la présence du stagiaire dans la prise en charge instaure une dynamique à trois qui demande un temps d'ajustement relationnel indispensable.

La place que va occuper le stagiaire dépendra en partie du patient et de la façon dont il nous investit. Mais cette place est également soumise à plusieurs paramètres : si nous arrivons au milieu d'une prise en charge qui a déjà débutée avant notre arrivée, si nous sommes déjà présents lorsque le patient rencontre le psychomotricien pour la première fois, si nous arrivons au cours d'une prise en charge individuelle où se jouait une relation duelle entre le psychomotricien et le patient, si nous sommes une femme ou un homme, si nous sommes plus ou moins âgés ou si nous sommes affirmés ou en retrait dans les séances.

b) Une dynamique "à trois"

Quel que soit le contexte, la présence du stagiaire introduit un tiers dans le soin. Cette place de troisième personne n'est alors pas évidente à occuper puisqu'il doit s'impliquer et participer à la thérapie tout en acceptant son manque d'expérience : « Être stagiaire donne une place particulière qui semble avoir de nombreuses implications plus ou moins faciles à gérer et à assumer par le stagiaire. »¹¹⁰

¹⁰⁹ BALLOUARD C., 2006, p.182

¹¹⁰ BOUTINAUD J., 2014, p.306

Cette place particulière ainsi que ses implications se sont révélées difficiles à tenir avec Younès. J'étais déjà présente au sein de l'institution lorsque la prise en charge de Younès a débuté, autrement dit, Younès n'a jamais vu la psychomotricienne sans ma présence, nous avons d'emblée commencé à travailler à trois. Le fait d'avoir participé à l'élaboration et à la construction de cette prise en charge a fait que je me suis rapidement sentie impliquée dans celle-ci.

c) Un investissement différent de la part de l'enfant

Dès le début de la prise en charge, j'ai remarqué que Younès n'entretenait pas la même relation avec Patricia qu'avec moi. En prenant en compte la singularité de chacune des relations humaines, j'ai constaté que ce n'est pas la même chose qui se joue entre Younès et moi et entre Younès et la psychomotricienne. Pendant longtemps, je n'ai pas réussi à élaborer et identifier quelle était cette disparité, je note seulement que sa manière de me provoquer et de me faire réagir n'est pas de la même nature que celle qui se joue avec la psychomotricienne.

Par exemple, avec Patricia il s'agit surtout d'un conflit de pouvoir et d'autorité, la question du « chef » est récurrente. Younès exprime souvent que c'est lui le « chef », que c'est lui qui décide. Lorsque Patricia énonce une consigne ou une règle de sécurité comme ne pas monter debout sur la planche à roulettes ou encore de ne pas tirer trop fort dans le ballon, il remet en question ses dires en disant « ce n'est pas toi le chef/la directrice » et vient souvent tester ses limites en faisant l'inverse de ce qui vient de lui être dit. Il semble attendre qu'elle réagisse et qu'elle entre dans le conflit.

La relation que Younès a avec moi prend une toute autre forme : je suppose qu'il saisit bien que je ne suis pas la psychomotricienne, que je n'ai pas les mêmes responsabilités et la même expérience qu'elle, ainsi c'est par cette distinction qu'il m'investit. Contrairement à d'autres enfants qui ne montrent pas de grande différence dans leurs comportements face à chacune de nous, Younès, lui, est la plupart du temps dans la confrontation à mon égard, il semble vouloir me déstabiliser et chercher une réaction de ma part.

Ainsi, je me suis longtemps questionnée sur la façon dont il me perçoit et à quoi correspond cette relation particulièrement conflictuelle ; je pense que cette dernière est largement influencée par mon statut de stagiaire, de tierce personne.

En effet, Younès se permet avec moi plusieurs comportements qu'il n'a pas avec la psychomotricienne : il essaye souvent de se montrer menaçant ou intimidant, il semble essayer de me vexer ou de me blesser avec des paroles provocantes, il me donne des ordres ou encore jette des objets sur moi. Dans certains cas, l'intervention de Patricia est nécessaire puisque ma tentative de lui expliquer qu'il ne peut pas agir de cette manière ne suffit pas.

Ces comportements m'ont alors interrogée : Suis-je perçue comme une rivale aux yeux de Younès ? Comment me positionner face à de tels comportements ?

d) Le psychomotricien, un pare-excitant pour le stagiaire

Dans ces situations difficiles, c'est la psychomotricienne qui joue un rôle de tiers : sa présence me permet de ne pas me laisser déborder et envahir par les comportements menaçants de Younès. Puisque, souvent, face à ses conduites excessives, je me retrouve comme sidérée et dans l'incapacité à réagir face à ces « attaques ».

C'est en rédigeant ce mémoire que certaines de ces situations prennent sens : À chaque début de séance, lorsque nous sommes dans le couloir qui mène à la salle de psychomotricité, Patricia est devant nous, le dos tourné. Younès se retourne vers moi et marmonne des paroles difficilement compréhensibles avec un ton moqueur et intimidant. Cette interaction ritualisée semble avoir pour objectif de me déstabiliser et de me faire réagir mais, ne saisissant pas ce qu'il veut me dire, j'éprouve une certaine difficulté à répondre convenablement à cette provocation, je reste muette et ignore cet aparté. Le fait que Younès profite de ce moment où Patricia nous tourne le dos et ne nous entend pas montre bien qu'il souhaite tirer quelque chose de particulier de cette situation exclusive. Je suppose, qu'à cet instant, il pense que Patricia n'étant pas « présente » lui permet de venir me confronter sans qu'une personne tierce assiste à cette « scène » et vienne donc intervenir. De plus, lorsque Patricia questionne Younès sur ce qu'il est en train de me dire, celui-ci lui fait comprendre que cela ne la regarde pas.

Au vu de mes difficultés à me situer dans la relation avec Younès, c'est avec lui que la présence pare-excitante de la psychomotricienne a pris le plus de sens à mes yeux. Ces interactions parfois complexes me confrontent réellement à des affects parfois difficiles à maîtriser. « Il est plus que fondamental que le maître de stage serve de filtre pare-excitant

auprès du stagiaire aux prises avec la violence des liens émotionnels qui l'unissent à l'enfant. La mise en mots, l'intervention dans le cours de la séance tout comme la reprise de matériel lors d'un temps d'élaboration ultérieur sont autant de façons de protéger l'élève d'un vécu trop envahissant et inélaborable et de lui apprendre à donner du sens aux mécanismes en jeu »¹¹¹

Je pense que ces réflexions ont pu voir le jour « grâce » aux difficultés face auxquelles j'ai été confrontée tout au long de l'année avec Younès. Réciproquement, j'estime que l'élaboration de ces réflexions a également participé à l'atténuation de ces difficultés et ainsi à la co-création d'une relation thérapeutique. En prenant conscience des éléments impliqués par le statut de stagiaire, j'ai pu comprendre ce qui se jouait dans la relation avec Younès. J'établirai ainsi une relation réciproque entre l'évolution de la relation avec Younès et ma prise de conscience relative à ma position dans la thérapie.

De plus, je ne peux évoquer la place du stagiaire et clore ce chapitre sans parler du processus d'individuation qu'engendre la fin de cette prise en charge et, de manière plus générale, la fin de la formation en psychomotricité.

3. Une identité professionnelle en construction

Être stagiaire est parfois une place difficile à occuper : c'est la dernière étape avant l'obtention du diplôme, étape décisive et formatrice pour notre avenir. À ce stade, il paraît plus qu'important de développer sa propre pensée, de trouver son identité professionnelle et ainsi se détacher du modèle identificatoire incarné par le maître de stage. Cependant, derrière ces différentes étapes finales, les psychomotriciens en devenir que nous sommes traversent l'une des périodes des plus complexes de la formation. « Le stagiaire se situe bien en effet au cœur du processus où émerge progressivement son identité de soignant, période de changement et de transition chargée de doutes, de questions et d'incertitudes »¹¹².

En effet, m'affirmer, être confiante et à l'aise dans la relation thérapeutique tout comme dans ma pratique s'est révélé être un travail laborieux et encore inachevé. Passer d'un statut d'observateur en début de formation à un statut d'acteur de la relation et de la prise en charge m'a demandé de surpasser certaines craintes.

¹¹¹ BOUTINAUD J., 2014, p.299

¹¹² Ibid., p.298

À mon sens, l'approfondissement de mes réflexions quant à la relation thérapeutique, les difficultés que j'ai rencontrées en tant que stagiaire et enfin, l'expérience que m'a apporté l'évolution de cette prise en charge, n'ont fait que développer et encourager la construction de ma propre identité professionnelle. En effet, c'est en passant par tous ces questionnements et en vivant cette expérience souvent difficile que j'ai pu évoluer et intégrer un savoir-être relatif au futur métier de psychomotricien qu'est le mien.

Conclusion

Ce mémoire, reflet de l'expérience que j'ai vécue cette année, fut l'occasion de mettre en mots un sujet qui m'a mis en difficulté tout au long de ma formation, celui de la relation thérapeutique. La rencontre de Younès n'a fait que cristalliser toutes ces réflexions latentes. Sa symptomatologie, caractérisée par une instabilité psychomotrice importante, a un réel impact sur son fonctionnement relationnel. Ainsi, la nécessité de penser la relation pour pallier ces difficultés m'a parue évidente : j'ai ressenti le besoin de constituer de nouveaux repères articulant théorie et clinique. Cela m'a alors permis de démêler la situation complexe vécue avec Younès par l'organisation et l'éclaircissement de ma pensée.

À partir de ce cas clinique, j'ai pu mettre en exergue plusieurs éléments relatifs à la relation thérapeutique de manière générale. À l'issue de ce travail de rédaction, j'ai aujourd'hui le sentiment d'avoir une perception plus juste de la place que prend la relation en psychomotricité. Les expériences vécues dans la relation au cours de la thérapie psychomotrice jouent un rôle prépondérant dans la construction psychocorporelle de l'enfant.

Finalement, penser la relation thérapeutique m'a amené à me questionner sur mon propre positionnement. En réfléchissant à ma place de stagiaire, j'ai pu percevoir l'existence d'une mise en abyme entre la relation patient-stagiaire et celle de stagiaire-thérapeute. Dans l'apprentissage de son métier, le stagiaire tente de déployer les qualités nécessaires au soin psychique du patient. Parallèlement, en plus de veiller au bon développement de son patient, le maître de stage doit accompagner la professionnalisation de son stagiaire. Ses qualités maternelles - fonction : pare-excitante, de mise en sens et de dialogue tonique - se dirigeant habituellement vers le patient peuvent alors se mettre au service de son étudiant.

Les échanges riches en réflexion partagés avec Patricia ont grandement étayé mes réflexions cliniques tout au long de l'année. Je comprends ainsi l'importance de trouver un espace permettant de repenser la clinique. Dans l'exercice de mon futur métier, il semble donc judicieux de participer à un travail de supervision clinique : l'apport d'un regard extérieur particulièrement neutre peut constituer, à mon sens, une aide précieuse pour élaborer, verbaliser et penser la clinique.

Bibliographie

ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P. (Sous la direction de) (2015), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1, Paris, De Boeck-Solal.

ANZIEU D. (1995) *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.

BALLOUARD C. (2011) *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Paris, Dunod.

BALLOUARD C. (2006) *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod.

BIOY A., BACHELART M. (2010) *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Dans *Perspectives Psy*, (Vol. 49, p.317-326).

BLAIZE J. (2001) *Ne plus savoir, Phénoménologie et éthique de la psychothérapie*. L'exprimerie.

BOURGER P. (2010) *De l'appropriation de concepts à l'individuation de la prise en charge en psychomotricité*. Dans *Psychomotricité : Entre théorie et pratique*, Paris, In Press.

BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M. (2014) *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives*, Paris, In Press.

BOWLBY J. (1969) *L'attachement*. UK, Hachette.

BRUNER J.S. (1975) La capacité de conjonction de l'attention visuelle chez le très jeune enfant.

BURSZTEJN C. (2011) *Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : questions épistémologiques*. Dans *L'information psychiatrique* (Vol. 87, n°5, p.363-367).

CORRAZE J. (2015) *La relation en psychomotricité*. Dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, sous la direction de ALBARET J.M, GIROMINI F., SCIALOM P., Paris, De Boeck-Solal.

FORMARIER M. (2007) *La relation de soin, concepts et finalités*. Dans *Recherche en soins infirmiers* (n°89, p.33-42).

GATECEL A. (1998) *Acte thérapeutique ? Intervention thérapeutique ? Effets thérapeutiques ?* Dans *Thérapie psychomotrice - et recherches -*, (n°114-115, p.14-20).

GATECEL A. (2009) *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, Paris, Heures de France.

GATECEL A., (2012), *Recherche en psychosomatique : La psychomotricité relationnelle*. Paris, Editions EDK.

GIBELLO B., (1994), *Les contenants de pensée et la psychopathologie*. Dans ANZIEU D. *Émergences et troubles de la pensée*.

GIROMINI F. (2012) *La médiation en psychomotricité*. Dans *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, sous la direction de LESAGE B. (p. 253-264). Toulouse, Erès.

GRABOT D. (2004), *Psychomotricité : Émergence et développement d'une profession*, Paris, Broché.

HUERRE P. (2006) *L'enfant et les cabanes*. Dans *Enfances & Psy* (Vol. n°33).

JOLY F. et BERTHOZ A. (2013) *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité ; Volume 4 : Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1er et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra*, Papyrus.

JOLY F. (2015), *Jouer ... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Paris, In Press.

KLEIN M., (1929), *La personification dans le jeu des enfants*. Dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

KLEIN M. (1953), *La technique psychanalytique du jeu, son histoire, sa signification*. Paris, PUF.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. (2007) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, Quadrige.

MARTY F. (2009) *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.

Sous la direction du professeur R. MISES, (2012) *Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R-2012*, 5e édition, Rennes, Presses de l'EHESP.

MORASZ L., (1999) *Le soignant face à la souffrance*, Paris, Dunod.

MOYANO O. (1994) *La relation psychomotrice, une autre idée du transfert*. Dans *L'information Psychiatrique*, (n°8, p 686- 693).

PERONO M. et GRABOT D. (2006) *La fragile naissance de l'alliance thérapeutique*. Dans *Evolutions psychomotrices* (n° 72).

POTEL C. (2006) *Corps brûlant, corps adolescent*, Toulouse, Erès.

POTEL C. (2010) *Le corps à l'adolescence. Des médiations corporelles pour les adolescents : de la danse à la relaxation.* Dans *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de C. POTEL, Paris, In Press.

POTEL C. (2010) *Être psychomotricien*, Toulouse, Erès.

POTEL C. (2015) *Du contre transfert corporel - Une clinique psychothérapique du corps.* Toulouse, Erès.

ROBERT P. (2011) *Le petit robert*, Paris, Millésime.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Le contre-transfert émotionnel.* Dans *Thérapie psychomotrice - et recherches* – (n°132, p.62-67).

ROBERT-OUVRAY S. (1997) *Intégration motrice et développement psychique.*

ROGERS C. (1998) *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.

SAPIR M. (1991) *La relation est-elle possible ?* Dans *Revue de médecine psychosomatique* (n°26, p.11-76).

SENN B. (2005) *Enjeux de la construction de cabanes en thérapie psychomotrice - Le corps en lien.* Dans *Le journal de l'ASTP* (p.71-76).

WINNICOTT D. (1972) *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.

WINNICOTT D. (1975) *Jeu et réalité, l'espace potentiel.* Paris, Gallimard.

ZECH E. (2008) *Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après l'article de Carl Rogers publié en 1957.* Dans *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche* (Vol. 8, n°2, p. 31-49).

Sitographie

Définition de distance

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042?q=distance#25925>

Définition de relation

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

Définition de thérapeutique

<http://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeutique>

Syndrome de Beckwith

https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=116

THIEBO B. (2008) *Unité psychomotrice : Des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*. Dans *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, (n°56, p.148-151)

<https://www.fichier-pdf.fr/2012/08/08/unite-psychomotrice-des-enjeux-developpementaux-aux-enjeux-therapeutiques/preview/page/1/>

Résumé

Ce mémoire retrace ma réflexion quant à la relation thérapeutique en psychomotricité. Établir une relation thérapeutique de qualité est loin d'être un processus expéditif, celle-ci peut parfois faire l'objet d'un travail difficile et laborieux. N'étant pas déterminée, elle s'inscrit dans un processus dynamique et se co-crée avec l'enfant à chaque instant. L'alliance thérapeutique, nécessite un cadre suffisamment réfléchi, une distance thérapeutique adaptée et l'implication psychocorporelle des deux partenaires. Ainsi, plusieurs outils sont à la disposition du psychomotricien pour atteindre les conditions nécessaires à une relation thérapeutique de qualité. Ce travail met également l'accent sur l'intérêt de penser sa propre place dans le dispositif psychomoteur.

Mots-clés : psychomotricité - relation - cadre thérapeutique - implication psychocorporelle - créativité - jeu - alliance thérapeutique - transfert - contre-transfert

Summary

This thesis presents my reflection about the therapeutic relationship in psychomotricity. The establishment of a quality therapeutic relationship is not an expeditious process, it sometimes meets difficulties and needs hard work. As it is not predetermined, it is part of a dynamic process and is built with the participation of the child along the therapy. The therapeutic alliance needs a good reflection in his framework, a relevant therapeutic distance and the psychocorporal implication of both partners. Thus, the psychomotor therapist disposes of many tools to obtain the necessary conditions to a quality therapeutic relationship. This study emphasis as well the interest to think about its own place in the psychomotor system.

Key-words : psychomotricity - relationship - therapeutic framework - psychocorporal implication - creativity - play - therapeutic alliance - transference - counter-transference