



HAL
open science

La relation en psychomotricité, un “ phénomène sensible ”

Thomas Drouet

► **To cite this version:**

Thomas Drouet. La relation en psychomotricité, un “ phénomène sensible ”. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293815

HAL Id: dumas-03293815

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293815>

Submitted on 21 Jul 2021

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.



Institut de Formation en
Psychomotricité de la Pitié

Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



La relation en psychomotricité, un « phénomène sensible »

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien
Session de Juin 2021

Référente de mémoire : Claire Musitelli

Drouet Thomas

Remerciements

Merci beaucoup Claire, de m'avoir épaulé dans l'élaboration de ce mémoire. Merci pour ta disponibilité et ton implication. Nos échanges m'ont enrichi tant professionnellement que personnellement.

Merci également à Benjamin pour son aide lors de l'élaboration du plan. Encore désolé pour ta pause repas.

Merci à tous les enseignants d'avoir su partager leur passion, avec sensibilité.

Merci à Valérie, Victoire, Elodie, Laurène d'avoir tout mis en œuvre pour que mes stages soient les plus enrichissants possible.

Joanne, merci énormément pour ton accompagnement tout au long de cette année. Ton écoute et tes conseils m'ont beaucoup apporté. Merci de m'avoir fait découvrir la magie de l'expressivité du corps. Grâce à toi je sais quel psychomotricien je souhaite devenir.

Merci au groupe 2, c'est quand même fou tout ce qu'on a vécu ensemble quand on y pense !

Merci à l'ANEP pour cette folle aventure et ces rencontres gravées en mémoire.

Merci à mes parents pour leur présence, leur écoute, leur amour. Pourquoi ne pas profiter de ces remerciements pour vous dire que je vous aime.

Merci aux Psychopotes pour ces fous rires, ces discussions, ces Paris by night, ces citations des Bronzés pour se mettre en confiance avant les partiels et ces journées à la BU quand il le fallait.

Merci Kevin de mettre des paillettes dans ma vie.

Merci Julia d'être cette petite boule de douceur et de chaleur.

Merci à tous les patients rencontrés, qui m'ont appris au moins autant que ce que j'ai pu leur apporter.

Introduction5

Les spécificités de la relation en psychomotricité8

- 1) Un espace pour les entrer en relation8
- 2) Une relation à médiation10
 - 2.1. Le bilan, un premier outil de rencontre10
 - 2.2. La médiation comme support de relation11
 - 2.3. Un exemple de médiation : l'expressivité du corps13
- Séance avec Lou une relation d'empathie par le mouvement15
- 3) La relation mère/enfant, psychomotricien/patient, des similitudes17

Clinique de Brune, de la douleur à la douceur.....18

- 4) Des modalités particulières de relation22
 - 4.1. Le toucher22
 - 4.2. L'engagement psychocorporel du patient et du soignant24
 - 4.3. La disponibilité psychique nécessaire25

Le psychomotricien et sa sensibilité face à celle du patient27

- 1) Qu'est ce que la sensibilité ?27
- 2) Le contre transfert corporel : ce que je capte du patient28
- 3) « Histoire d'une sensibilité », vignette de Lucie.....29
- 4) Trouver des appuis38
 - 4.1. Des appuis internes38
 - 4.1.1. Un équilibre sensori-tonique.....38
 - 4.1.2. Un axe de compréhension du patient : la vision psychodynamique..39
 - 4.1.3. Du mouvement interne au mouvement externe, et vice-versa : illustration de la vision psychodynamique.....41
 - Du mouvement externe au mouvement interne, clinique de Camille41
 - Du mouvement interne au mouvement externe, clinique de Maxine43
 - 4.2. Des supports externes :45

III. La relation, un soutien à l'élaboration47

- 1) Les différents supports utilisés pour favoriser l'élaboration47
 - 1.1. « Comment ça va aujourd'hui ? » : une investigation à la Sherlock Holmes.....47
 - 1.2. Guider l'exploration : les différents types de consigne50
 - 1.3. Créer des conditions d'écoute : la médiation pleine présence50
 - 1.4. La silhouette : tracer pour mieux nommer.....51
 - 1.5. Le carnet de psychomotricité : un lien entre dedans et dehors51
- 2) L'accès à l'élaboration51
- 3) Intégrer des appuis : vers une séparation.....53

Conclusion58

Bibliographie59

Introduction

Je suis depuis longtemps intéressé par la relation d'aide. Sa présence dans mon métier était un critère essentiel lorsque j'élaborais mon projet professionnel. Je trouve cela très motivant d'accompagner une personne sur son chemin de vie et de contribuer à son épanouissement.

Mes premières expériences de relations de « soin » ont eu lieu lors de mes études d'infirmier, puis en tant qu'éducateur auprès d'adultes en situation de handicap. C'était là des expériences d'une grande richesse. Mais en arrivant en formation de psychomotricité, j'ai découvert une nouvelle modalité à la relation soignant/soigné. J'étais alors engagé tant psychiquement que corporellement, dans l'expérimentation, auprès du patient.

Lors de mes différents stages, j'ai souvent ressenti qu'il se passait quelque chose de particulier lors des échanges avec les patients. Ce « quelque chose » reste un sentiment parfois diffus, difficile à définir. C'est la volonté de préciser ce qui peut se jouer dans ces moment-là qui m'a incité à choisir la relation comme « phénomène sensible » pour sujet de mémoire.

La question de l'engagement du psychomotricien implique le fait de savoir se préserver. Comme j'en faisais l'expérience lors de mes stages, la relation avec le patient est parfois très forte en émotion, et peut nous déstabiliser. La sensibilité du soignant, importante dans le travail d'accompagnement, ne doit pas devenir trop envahissante, au risque de se transformer en angoisse. Suzanne Robert Ouvray, en parlant de l'anxiété maternelle, décrit l'angoisse et la sensibilité comme les deux facettes d'une même pièce.

« L'anxiété est un état normal de disponibilité sensorielle, affective et émotionnelle dans lequel se trouve la femme après son accouchement. [...] C'est une anxiété phylogénétique qui permet à la mère d'être très réceptive aux états émotionnels de son bébé. Comme dans la plupart des situations dialectiques humaines, c'est à la fois une aide et un handicap » (Robert-Ouvray, 2007, p. 101-102).

Le poème « L'albatros » de Baudelaire me semble aussi mettre en avant le côté handicapant que revêt l'excès de sensibilité.

« *Souvent, pour s'amuser, les hommes d'équipage
Prennent des albatros, vastes oiseaux des mers,
Qui suivent, indolents compagnons de voyage,
Le navire glissant sur les gouffres amers.
A peine les ont-ils déposés sur les planches,
Que ces rois de l'azur, maladroits et honteux,
Laissent piteusement leurs grandes ailes blanches
Comme des avirons traîner à côté d'eux.*

Ce voyageur ailé, comme il est gauche et veule !
Lui, naguère si beau, qu'il est comique et laid !
L'un agace son bec avec un brûle-gueule,
L'autre mime, en boitant, l'infirme qui volait !

Le Poète est semblable au prince des nuées
Qui hante la tempête et se rit de l'archer ;
Exilé sur le sol au milieu des huées,
Ses ailes de géant l'empêchent de marcher. »

(Baudelaire, 1857) ¹

Pour moi, les « ailes de géant » représentent la sensibilité que peut avoir le poète, ou la personne sensible. Elle est ainsi un avantage, en permettant de s'élever, d'observer la situation sous un certain regard. Mais elle constitue aussi un handicap dans la vie de tous les jours. Une personne dont les « ailes de géant l'empêchent de marcher », qui serait exilée « sur le sol au milieu des huées » renvoie l'image de quelqu'un de *gauche*, de malhabile dans les relations sociales et dans l'investissement de son corps.

1 <https://www.poetica.fr/poeme-127/charles-baudelaire-albatros/>

L'élaboration de ce mémoire a donc également permis une réflexion personnelle pour mieux gérer ma sensibilité, et en faire une force dans mon travail.

Les adolescents rencontrés en stage cette année présentaient souvent un manque d'élaboration quant à leur vécu corporel. Il fallait alors les aider à se rendre plus sensibles à ce qu'ils vivaient, puis à élaborer pour intégrer ces expérimentations.

Cela m'a amené à me poser cette question, problématique centrale de mon sujet : « *Comment la sensibilité du psychomotricien permet-elle à la relation d'être un support à l'élaboration chez le patient ?* ».

Pour tenter de répondre à cette question, j'aborderai dans une première partie comment la psychomotricité, par ses modalités particulières de relation, permet au patient de faire des expérimentations dans un climat de sécurité. Dans un second temps, j'expliquerai en quoi la sensibilité du psychomotricien est impactée par la relation avec le patient, et qu'il lui faut trouver des supports pour se rendre de nouveau disponible. Je décrirai ensuite comment la relation peut être un support à l'élaboration. Pour conclure, je montrerai qu'en fournissant au patient des supports à l'élaboration, le psychomotricien peut l'aider à trouver une nouvelle manière d'être au Monde, pour ensuite pouvoir se séparer.

I. Les spécificités de la relation en psychomotricité

Pour mieux comprendre ce que la relation avec un patient met en jeu, il me faut parler des spécificités de la relation en psychomotricité. Comme je l'ai dit dans l'introduction, les relations que j'ai pu vivre avec les différents patients rencontrés m'ont souvent fait penser qu'il se déroulait quelque chose de particulier. En essayant de comprendre ce sentiment, je me suis posé la question de ce qui pouvait faire la spécificité de la relation en psychomotricité. Voici les quelques points que j'ai pu en dégager.

1) Un espace pour entrer en relation

Mes réflexions et les vignettes cliniques qui constituent ce mémoire sont tirés d'un cadre particulier. Elles prennent corps dans un établissement qui, avec ses professionnels, son mode de fonctionnement, la place qu'il donne à la psychomotricité crée un cadre unique. Les relations vécues en psychomotricité y sont donc spécifiques puisqu'elles sont le fruit d'une rencontre entre la sensibilité des patients, la mienne, celle de ma maître de stage et de l'institution.

Il s'agit d'un service hospitalier qui accueille à temps plein des adolescents atteints de trouble du comportement alimentaire, de troubles anxieux et de troubles dépressifs. Ce n'est pas un service d'urgence. Ces patients viennent souvent d'un autre établissement, et arrivent dans le service une fois que le risque vital est écarté. La durée d'hospitalisation varie de quelques semaines à plusieurs mois, selon la pathologie et sa gravité. Les prises en charge en psychomotricité peuvent donc se dérouler sur plusieurs mois ou sur une ou deux séances selon les cas.

Les services hospitaliers peuvent parfois être impersonnels. Leur objectif est avant tout la guérison du patient. J'ai ainsi découvert les services fermés, les chambres des patients avec le nom de l'hôpital sur les draps... Toutefois, ces chambres peuvent être investies par les adolescents, décorées à leur manière. Des installations (baby-foot, salle jeux et TV, salle de

sport) permettent de vrais moments de vie. Dans le hall d'accueil, zone de transition entre le service et l'extérieur, de magnifiques peintures laissent apparaître la sensibilité des patients.

Les objectifs thérapeutiques sont multiples : renforcer leurs assises identitaires, pacifier leur rapport au corps ainsi que leur relation à eux-mêmes, aux autres et à l'environnement. Cela se traduit par des soins curatifs, des entretiens individuels et familiaux et des ateliers thérapeutiques.

Le service propose une prise en soin éclectique, à laquelle chaque soignant contribue en amenant sa propre sensibilité, son propre regard. La réunion des ateliers en est un bon exemple. Chaque semaine, les intervenants des différents ateliers thérapeutiques se réunissent pour parler de certains adolescents. Les intervenants des ateliers musique, arts plastiques, radio, médiathèque et atelier d'écriture, socio-esthétique et parfumerie y sont présents. Chacun apporte un éclairage pour permettre d'avoir une vision globale du patient, de son fonctionnement, que ce soit dans des temps individuels ou de groupe, dans des activités créatives ou ludiques.

L'équipe soignante est aussi composée de médecins et pédopsychiatres, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale et d'une psychomotricienne.

Ma maîtresse de stage est également formée en danse-thérapie et en fasciathérapie.²

Sa sensibilité professionnelle accorde donc de l'importance au mouvement, qu'il soit plus extériorisé (danse thérapie) ou intériorisé (fasciathérapie).

Le faible écart d'âge que j'ai avec les patients favorise le risque d'identification. Leur souffrance manifeste, visible jusque dans leur corps, m'a parfois fortement impactée.

L'adolescence est une phase de transition, de quête d'identité, qui peut être déroutante. C'est un « processus au cours duquel s'organise tout un jeu de *transformations, déformations, formations* tant au niveau corporel que psychique » (Bertin, 2012, p. 66). Certains patients montrent donc une sensibilité exacerbée. Le psychomotricien doit alors se montrer suffisamment contenant pour accueillir cette sensibilité, tout en proposant des dispositifs favorisant l'expérimentation. Pour cela, il utilise des médiations.

2 « La **fasciathérapie** est une **thérapie manuelle et gestuelle des fascias** ». Elle « **sollicite les capacités d'autorégulation du corps**, prend en compte l'unité corps/psychisme et **développe la perception du corps** ». <https://fasciafrance.fr/fascia-la-fasciatherapie/>

2) Une relation à médiation

Le travail en psychomotricité est caractérisé par l'utilisation de médiations. Celles-ci étayent la relation soignant-soigné et favorisent l'expérimentation du patient.

Le bilan psychomoteur reste cependant la première amorce de relation.

2.1 Le bilan, un premier outil de rencontre

Le bilan « contiendrait en germe ce qui va se développer par la suite au cours de la thérapie entreprise, et notamment poserait les bases du lien relationnel qui va soutenir le patient dans une dynamique de changement » (Potel, 2015, b, p. 229). Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue l'importance d'« évaluer » les forces et faiblesses du patient.

Sur mon lieu de stage, les deux premières séances sont généralement consacrées à la rencontre avec le patient. Il s'agit d'avoir un aperçu de sa personnalité, de ses capacités, de ses difficultés et de ses demandes. En effet, le bilan psychomoteur permet de dégager des axes thérapeutiques et d'envisager des médiations. Connaître les loisirs du patient nous renseigne ainsi sur ses capacités créatives et nous donnent des pistes pour amorcer le travail thérapeutique.

Le bilan est également un temps d'introduction à la relation, servant à créer les prémices d'une alliance thérapeutique. Il est donc important de nous présenter et d'expliquer au patient ce qu'est la psychomotricité et en quoi elle peut l'aider. « Le bilan sert de médiation corporelle à cette première rencontre. Le psychomotricien observe le patient dans sa façon d'habiter son corps durant la succession des items. Il se montre aussi dans sa propre implication corporelle. A partir de là, les propositions de travail que nous évoquons ont plus de chance de prendre sens pour le patient » (Gaucher-Hamoudi & al, 2011, p. 50).

Les prises en charge pouvant parfois être très courtes (1 ou 2 séances), il nous faudra alors cibler nos propositions sur les besoins les plus urgents du patient.

Classiquement, le bilan se compose d'un entretien et d'une passation de tests.

L'entretien comporte des questions visant à mieux connaître la personnalité du patient, son humeur du moment, son environnement de vie, son vécu corporel et son image du corps. Il permet également d'apprécier ses capacités d'élaboration. Les ressources du patient pour apaiser ses angoisses, sa capacité à s'écouter en cas de fatigue et à demander de l'aide en cas de mal-être sont également questionnées.

Les tests psychomoteurs permettent d'évaluer le schéma corporel, l'organisation spatiale et temporelle, l'aisance gestuelle, le sens kinesthésique et la proprioception, l'organisation tonico-posturale de l'adolescent selon les chaînes musculaires de Godelieve Denys-Struyf. Cette dernière observation peut également nous donner des indications sur le mode d'entrée en relation privilégiée par le patient, en nous référant au travail de Benoit Lesage. Cela nous donne ainsi une indication sur les chaînes musculaires qu'il peut être intéressant d'aider le patient à découvrir. En effet, « l'analyse de l'expressivité gestuelle est donc un outil précieux, à la fois évaluatif, thérapeutique et structurant. Nous sommes corporellement présents et engagés dans une rencontre du monde, et cet entrelacement sensible et moteur se module dans les qualités posturales et gestuelles » (Lesage, 2014, p. 68).

Le temps d'entretien et de bilan permet donc à la fois de nouer une relation mais aussi de déterminer des axes thérapeutiques, selon les besoins du patient. Catherine Potel qualifie ainsi le bilan psychomoteur d' « outil sensible », permettant d'identifier la « singularité » du sujet. (Potel, 2015, b, p. 233). « Le bilan, outre sa fonction de comptabilité des déficits dus au symptôme, devient un bilan clinique qui donne une image du fonctionnement psychodynamique du patient, fonctionnement s'observant dans sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions d'inhibition corporelle ou au contraire d'excitation » (*Ibid.* p. 308).

A partir de là, nous pouvons réfléchir à quel type de médiation nous souhaitons utiliser.

2.2 La médiation comme support de relation

La psychomotricité est l'une des professions qui se sert de médiations pour étayer la relation avec le patient. Elle met le corps et ses différentes modalités d'expression au centre des expérimentations. Les médiations permettent ainsi la relation avec des patients ayant peu de capacités d'élaboration. En effet, elles permettent d'exprimer des affects et des pensées qui

sont difficilement partageables par la parole. Grâce à l'étayage du thérapeute, elles sont une voie d'accès au travail de symbolisation. Les médiations corporelles permettent ainsi « un travail expressif, relationnel et symboligène » (Lesage, 2021, p. 32). « Les techniques convoquées soutiennent ces dispositifs qui mettent en jeu le corps dans le mouvement, l'expression, l'interaction, pour mobiliser du psychisme, pour symboliser dans un cadre relationnel. L'implication corporelle donne accès à des contenus psychiques et donne l'occasion de les retravailler » (*Ibid.* p. 40). La médiation est ainsi un « dispositif de symbolisation » (Lesage, 2015, b, p. 34).

Le psychomotricien choisit la médiation qu'il utilise en fonction de sa sensibilité. Elle peut être issue d'une activité qu'il fait dans son temps personnel. Il doit cependant l'adapter à l'âge du patient, à ses possibilités physiques et cognitives, ainsi qu'à ses centres d'intérêt. On peut alors faire le lien avec les questions posées au patient lors de l'entretien. « La part de la créativité dans les thérapies à médiation est d'autant plus importante qu'il s'agit, pour le thérapeute, de proposer d'autres supports à la symbolisation, là où les modes de symbolisation habituels ont échoué » (Gatecel & al, 2011, p. 292).

La médiation facilite également la relation car elle y apporte du tiers. De nombreux adolescents rencontrés en stage expriment des difficultés avec le toucher. Le travail autour de la détente et de la sensorialité reste néanmoins possible grâce à l'utilisation d'objets médiateurs (la fameuse balle à picot, des brosses de différentes formes, des bambous pour les percussions corporelles...). Ainsi, la « médiation devient l'organisateur des temps de rencontre, [...] un intermédiaire qui va coder la relation » (Potel, 2015, b, p. 318).

Ces temps de détente permettent au patient un recentrage et une connexion avec son intériorité. D'autres médiations permettent aussi de se vivre dans une posture différente et d'exprimer une autre facette de sa personnalité.

La médiation favorise donc la relation soignant/soigné mais également la relation avec soi-même. « L'objet de médiation apparaît comme un objet « articulaire » entre : Soi et l'autre ; Dedans et dehors ; Soi et soi, révélant la part de nous-mêmes et de la relation qui nous échappe et qui prend forme dans et à travers la médiation » (Bertin, 2015, b, p. 63).

Ainsi, en donnant des supports adaptés, le psychomotricien favorise la relation avec le patient et l'émergence de sa potentialité. « *Aucune médiation n'est productrice d'effet de croissance psychique si elle n'est pas d'abord présentée par un sujet à un autre sujet et alors seulement inventée-crée par l'un et l'autre dans cet accompagnement mutuel* » (Kaës cité par Bertin, 2015, b, p. 64).

Nous allons voir cela plus en détail à travers la description d'une séance d'expressivité du corps.

2.3 Un exemple de médiation : l'expressivité du corps

Un double travail est mis en œuvre en expressivité du corps. En effet, c'est « une activité qui suscite des ressentis, des sensations, des émotions, des pensées et des changements d'états intérieurs. Elle offre l'opportunité aux enfants de faire semblant, de devenir des personnages ou des objets qui vont pouvoir être exprimés par le corps en mouvement. Les impressions intérieures se communiquent et se partagent avec les autres pour s'en nourrir et communiquer » (Stoloff D. & F., 2020, p. 9).

On peut ainsi observer un « mouvement interne » constitué d'« impressions » qui viennent enrichir les perceptions du patient. Et un « mouvement externe », fait d'« expressions », dans lequel le patient met à jour ses états internes. Les impressions « sont la marque de l'empreinte de l'autre, les effets d'un corps sur un autre » (Potel, 2015, b, p. 340). « L'expression est un mouvement (gestuel, verbal) qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, avec une intention de communication » (*Ibid.* p. 339).

L'expressivité du corps permet « une *lecture psychodynamique du corps en mouvement*. Dans ses façons de se tenir, de se mouvoir, quelque chose se dit du sujet, qui peut être déchiffré » (Lesage, 2014, p. 67). Cette médiation favorise le travail d'élaboration chez le sujet : elle peut servir de « *révélateur* dans le sens où un sujet en visitant les différentes catégories d'expression *dé-cèle* des affects, des images, des représentations, qui peuvent donner lieu à un travail associatif » (*Ibid.* p. 68).

L'expressivité du corps met en œuvre des qualités de mouvement, de posture et d'interactions très variées. En cela, elle permet d'aborder différentes modalités de relation. En effet, en séance on peut incarner des personnages dominants ou renfermés, emprunts d'agressivité ou de douceur. Elle met en jeu la régulation tonico-posturale et son implication sur la qualité de la relation. « Dans la danse, la modulation des qualités de mouvement, si importante dans l'expressivité, repose sur des variations toniques » (*Ibid.* p 23).

Pour favoriser cette expérimentation, différents supports sont proposés. Des images représentant différents personnages permettent ainsi de s'inspirer de leur posture pour aller explorer différentes chaînes musculaires. Il est intéressant de proposer des images mettant en jeu différents niveaux de l'espace, différentes chaînes musculaires et différents tempéraments. Nous pourrions alors observer le type de posture que le patient choisit spontanément et celui qu'il évite. Nous pourrions ainsi l'inviter à explorer d'autres postures, d'autres chaînes musculaires. « En jouant sur les différents éléments évoqués, on conduit les partenaires à s'éprouver différemment, à explorer des expressions, des sensations, et émotions qu'ils ignorent parfois totalement » (*Ibid.* p 88). « Un axe de travail sera alors de permettre la découverte et l'investissement des qualités *manquantes*, ainsi que les transitions entre qualités » (*Ibid.* p 89). On peut alors aider le patient à se rendre plus sensible à d'autres manières d'être.

L'imaginaire et la musique sont également des supports intéressants. Le travail des appuis peut, par exemple, être étayé par une musique rythmée. Ainsi, « La danse se situe précisément à cette articulation entre sensorimotricité, imaginaire et relation » (*Ibid.* p. 30).

Benoît Lesage nous dit que « la pathologie est une flexion ou une restriction du flux soi ↔ monde » (*Ibid.* p. 9). L'expressivité du corps vise « à restaurer ou instaurer cette implication et cet entrelacement du sujet avec le monde, par la médiation du corps mouvant et sensible. Cette position phénoménologique interdit au danse-thérapeute de se considérer comme rééducateur. Il doit forcément lui aussi, et je dirais même *d'abord*, s'impliquer » (*Ibid.* p.9).

« Les éprouvés et affects survenus au cours d'une exploration peuvent être discutés, repris, éventuellement retravaillés d'une façon gestuelle et en interaction. Nous entrons là dans une *lecture psychodynamique du corps en mouvement*. Celle-ci a valeur diagnostic, mais de façon large. En effet, elle ne fait pas que pointer les manques, mais souligne également les forces d'un individu » (Lesage, 2014, p. 90). La prévalence d'une qualité de mouvement montre ainsi que « le sujet trouve sa force dans une modalité particulière » (*Ibid.* p. 90). L'expressivité du corps est alors une médiation qui met en avant la vision psychodynamique du sujet.³

Séance avec Lou une relation d'empathie par le mouvement

Lou présente une anorexie restrictive sévère qui évolue depuis un an. Elle vit seule avec sa mère. Ses parents sont séparés et sa sœur a quitté le domicile familial. La relation avec sa mère est très fusionnelle, et elle présente une anxiété de séparation.

Pendant l'entretien, Lou montre un effondrement sur le plan de l'humeur. Elle éprouve des difficultés à mettre des mots sur ses émotions mais pleure beaucoup. Elle verbalise que l'hospitalisation est difficile à vivre.

En séance, nous lui proposons un dispositif mettant en jeu le dialogue tonico-émotionnel et l'empathie par le mouvement. Les consignes données au fur et à mesure permettent d'étayer l'exploration de Lou.

Nous commençons par un travail de conscience corporelle avec un échauffement articulaire. Cela par des auto-massages, des jeux de mise en tension-relâchement et de coordination-dissociation. Nous structurons l'espace de la séance, en commençant par l'espace du corps, puis l'espace extérieur. Par des étirements et des mouvements de repliement et de déploiement, nous construisons notre kinesphère.

Dans un second temps, nous imaginons que les mouvements réalisés tracent des rayonnements partants de notre « noyau interne » pour ouvrir sur un espace plus lointain. Nous cherchons ici à relier centre et périphérie, espace interne et espace externe.

3 Cf. *supra*, II. 4.1.2 Un axe de compréhension du patient : la vision psychodynamique

On voit ainsi une évolution dans les consignes spatiales. En apportant de la structuration corporelle, on donne un sentiment de sécurité qui permet de pousser son exploration à un espace plus lointain. On peut voir un mouvement qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur.

Après avoir apporté de la structure en termes d'espace, nous donnons des consignes d'ordre rythmique. En nous déplaçant dans la salle, au signal sonore, nous devons aller au sol, nous étirer et revenir debout. Le chemin pour se redresser doit être différent à chaque fois. Il peut être plus ou moins rapide. Le but est d'obtenir un relâchement tonique par le contact avec le sol mais également d'explorer différentes qualités rythmiques. Les consignes fournissent donc un cadre mais laissent également de la liberté à l'exploration individuelle.

Une fois l'échauffement terminé, nous poursuivons la séance avec une proposition intitulée « Le jeu des miroirs ». Une personne est « le sujet » et danse comme elle le souhaite. Les autres, « les reflets », reproduisent ses mouvements. Lorsque le sujet s'arrête, la personne suivante prend son rôle. Nous avons chacun une balle souple comme support pour faciliter l'entrée dans le mouvement. Elle apporte un sentiment de contenance et facilite l'inspiration. On peut en effet s'en servir pour la faire rouler, la lancer, la jeter...

Les reflets ont ensuite pour consigne de déformer le mouvement que fait le sujet, en l'amplifiant ou en l'atténuant. L'imaginaire donné est celui d'un manège de fête foraine avec des miroirs déformants. La musique, entraînante, permet de rentrer encore plus facilement dans cet imaginaire, et de créer de l'amusement.

Se décentrer du mouvement de l'autre permet ainsi de sortir de la fusion et de montrer son individualité. Cela prend toute son importance lorsque l'on connaît la relation fusionnelle entre Lou et sa mère.

Ensuite, les rôles de sujet et de reflet s'arrêtent et nous réalisons alors le mouvement tous ensemble. L'attention est alors focalisée sur le groupe entier, ce qui demande une capacité de concentration accentuée, une réceptivité sensible au mouvement des partenaires.

Nous terminons la séance par un jeu d'appel/réponse. Une personne danse et prend une pause quand elle le souhaite. La personne suivante prend la même posture, et poursuit le mouvement

à sa manière. Nous nous servons, dans un premier temps, de la balle comme support, puis nous la laissons. Lou se montre à l'aise malgré le fait qu'elle soit, à ce moment, davantage sous notre regard.

A mon sens, cette vignette clinique montre comment l'expressivité du corps permet, en donnant des consignes structurantes en termes d'espace et de temps, de favoriser l'exploration individuelle ainsi que l'émergence de la potentialité du sujet.

3) La relation mère/enfant, psychomotricien/patient, des similitudes

En réfléchissant aux spécificités de la relation en psychomotricité, et à ce qu'elle m'amène à vivre, j'ai réalisé qu'elle comporte des similitudes avec la relation entre une mère et son enfant.

La mère propose un environnement sécurisant et adapté à l'enfant pour lui permettre de faire des expériences, de trouver une sécurité interne, pour ensuite pouvoir se détacher. Par sa voix, son regard, son ajustement tonique, elle apporte à son enfant un sentiment de contenance. « En psychomotricité, on peut penser à une analogie de la fonction maternelle » (Veeser, 2015,p. 142).

Le psychomotricien peut lui aussi faire appel à cette « fonction contenante » pour apporter un climat de sécurité affective au patient, propice à l'intégration des expérimentations. Ainsi, « par le cadre de la prise en charge, les mises en situations corporelles proposées, ainsi que l'implication et l'engagement tant corporel qu'émotionnel, le psychomotricien apporte de la contenance à son patient » (*Ibid.* p. 142-143).

Dans la relation avec le patient, « la position émotionnelle du thérapeute sera au premier plan. C'est elle qui fournira au sujet le continu de la communication émotionnelle. La neutralité bienveillante n'est donc pas de mise. La personne a une autre personne en face d'elle, empathique, qui a les capacités de se mettre au même niveau émotionnel qu'elle » (Robert-Ouvray, 2010, p. 252).

Certains patients sont en état d'hypervigilance par rapport à leur environnement ambiant. La détente est difficile d'accès. « Ils ont alors besoin que le thérapeute reconstruise autour d'eux toutes les conditions de sécurité afin qu'ils sentent leur vie interne et se permettent de la nourrir et de l'enrichir. Le thérapeute devient l'enceinte protectrice qui contient et rassemble les parties du Moi de l'enfant dans une sécurité émotionnelle » (Robert-Ouvray, 2007, p. 89).

« Le concept de pare-excitation utilisé par Freud (1920,1925,1926) désigne une fonction qui consiste à protéger l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur. D'un point de vue relationnel, c'est la mère qui assure cette fonction vitale» (Robert-Ouvray, 2010, p. 158). Le psychomotricien utilise aussi cette « fonction pare-excitante » pour canaliser la sensibilité du patient. Le thérapeute doit ainsi « trouver des comportements, des attitudes, une qualité d'être dans son corps, sensible au patient, qui puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses, assurer la sécurité de chacun » (Potel, 2015, b, p. 341).

Il permet ainsi d'apaiser l'angoisse et étaye l'élaboration du patient. « Les trois axes essentiels de la fonction thérapeutique sont ainsi incarnés : protection, pare-excitation, appuis » (Potel, 2015, a, p. 112).

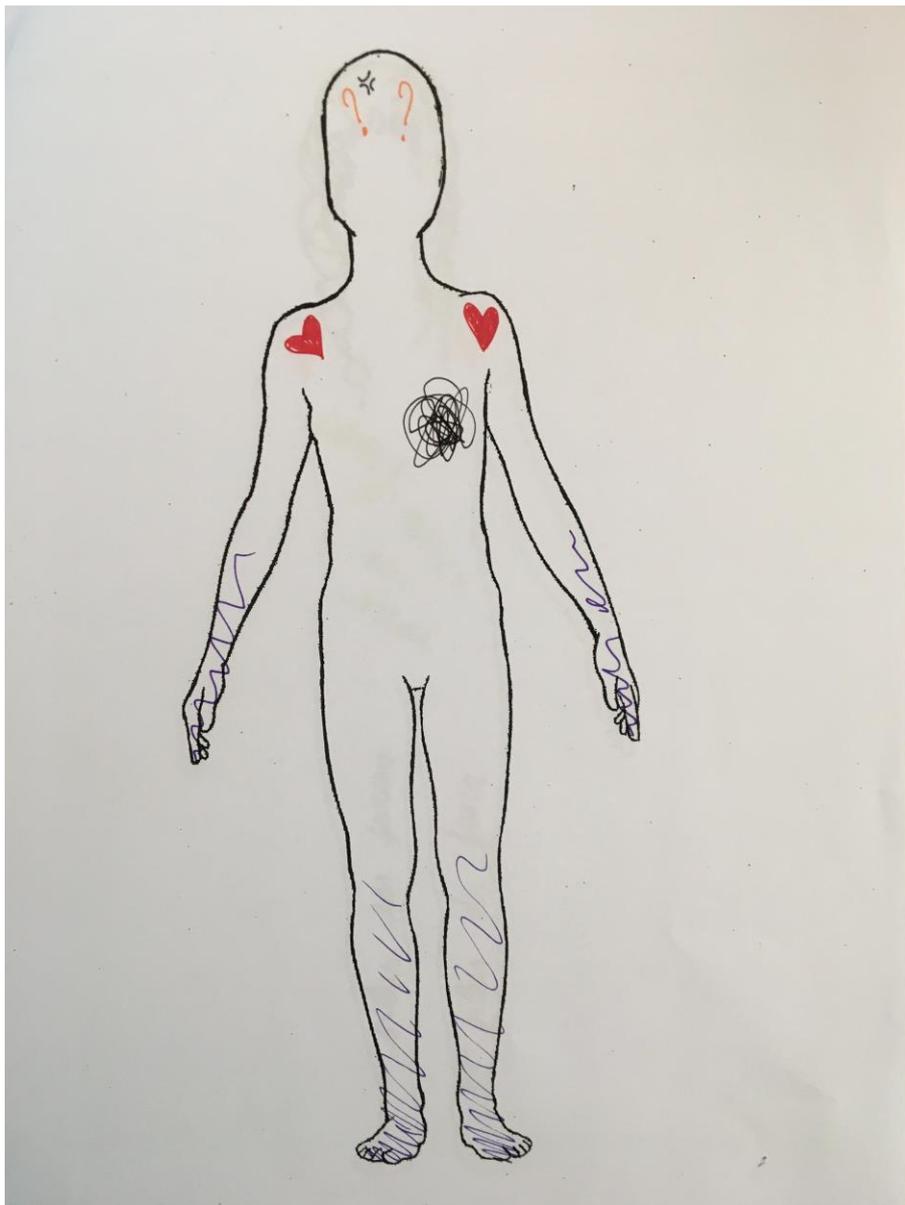
La vignette clinique qui suit illustre comment le sentiment de contenance apporté par une relation sécurisante permet au patient de se relâcher et de modifier la perception qu'il a de lui-même.

Clinique de Brune, de la douleur à la douceur

Brune a 15 ans. Elle est hospitalisée dans le service pour anorexie mentale et trouble de l'humeur. Lors des deux séances de bilan, son attitude m'interpelle. A l'inverse des patientes anorexiques rencontrées jusqu'alors, souvent effondrées sur le plan de l'humeur, Brune se montre très déterminée à guérir. Elle exprime une volonté de retrouver « un bon coup de fourchette ». De plus, lors de l'exercice des ficelles, montrant la différence entre corps perçu et corps réel, elle a pu dire que cela faisait du bien de « revenir à la réalité ».

Cette attitude déterminée se traduit parfois par des réponses très franches, voire avec une certaine pointe d'agressivité.

Le test à la poussée permet d'évaluer le tonus postural par des pressions au niveau des épaules, du dos et du sternum. Brune a l'impression de résister à des endroits où nous la trouvons fragile, et inversement. Fait-elle un amalgame entre états de tension et de détente ? Son dessin de la silhouette met en exergue l'état de colère qu'elle ressent. Il est représenté par le pli au niveau du front et par le brouillard au niveau du cœur.



Silhouette de Brune, séance de bilan

Nous débutons la séance suivante par un jeu de passes mettant en œuvre différentes qualités relationnelles. Nous exprimons différentes émotions (la colère, la timidité, la joie...) par notre manière de nous passer la balle, par notre expression corporelle et vocale. Nous invitons Brune à prendre conscience des différentes modalités relationnelles existantes.

Sur ce chemin vers la douceur, nous utilisons également des techniques issues de la fasciathérapie. Brune présente une forte hypertonie. Ces temps de détente lui permettent de se relâcher.

Un jour, nous lui proposons un dispositif entre gym douce et relaxation. C'est lors de cette séance que les similitudes entre la relation mère-enfant et thérapeute-patient m'ont marqué. Nous commençons la séance par un travail de conscience corporelle. Nous prenons une posture allongée, confortable, qui permet le relâchement et l'écoute des sensations. Avec l'imaginaire d'un « corps maison » et d'un ménage de printemps, nous nous concentrons sur notre respiration. Nous amenons notre souffle vers les parties du corps que nous sentons tendues. Malgré un vécu corporel douloureux, Brune peut ainsi éprouver son corps dans la douceur.

Ensuite, en nous aidant d'une balle placée sous une articulation, nous cherchons à garder ce relâchement dans le mouvement. Brune reste vigilante et tonique. Elle a du mal à se laisser aller dans le mouvement. Ma maître de stage s'approche d'elle et s'agenouille à ses côtés. Elle l'aide, par son toucher et par sa voix, à se relâcher et à trouver de l'amplitude dans le mouvement. L'image d'une relation entre une mère et son enfant me vient alors à l'esprit. Est-ce dû à leur proximité corporelle ? Au niveau d'espace dans lequel elles se trouvent (l'espace bas peut être associé aux expériences archaïques) ? Aux modalités de relation engagées (le toucher, une présence contenante) ?

Pour certains patients, la détente est difficilement atteignable. Elle est source d'angoisse. Par sa présence contenante et rassurante ma maître de stage amène un climat de sécurité qui facilite le relâchement.

Lors de la dernière séance, nous réutilisons les techniques de fasciathérapie. Brune nous dit alors: « Je me sens zen, détendue, un peu dans tout le corps, surtout aux épaules et aux

jambes. J'ai senti de la chaleur, de la pression, les mouvements et la symétrie des mouvements ».

Nous lui proposons de réaliser une autre silhouette, pour représenter ces nouvelles sensations. En comparant le dessin réalisé et la silhouette faite lors de l'entretien, elle verbalise : « Je suis plus reposée. Je ne perds plus mes cheveux. J'ai plus confiance en moi. Je suis plus en forme et j'ai plus de force ». Lorsqu'on lui demande comment se traduit cette confiance en elle, elle nous répond : « Je suis plus affirmée. J'ai moins peur d'aller vers les autres et de ce que les autres vont penser de moi ». Elle ajoute également : « Je me pose moins de questions, je suis moins angoissée. Je n'ai plus cette sensation dans les bras et dans les jambes de lourdeur. La colère est moins présente. »



Silhouette de Brune, dernière séance

En regardant son dessin et en écoutant Brune, je me fais la réflexion qu'elle témoigne plus de douceur envers elle-même

La psychomotricité a permis à Brune de se sentir contenue et d'accéder à la détente, notamment parce qu'elle met en jeu des modalités particulières de relation.

4) Des modalités particulières de relation

4.1 Le toucher

Que ce soit lors du bilan (bilan du tonus, résistance à la poussée) ou lors de temps de relaxation (toucher thérapeutique, relaxation activo-passive de Wintrebert, fasciathérapie), le toucher peut être une modalité de relation en psychomotricité. Patient et psychomotricien se trouvent alors dans une forte proximité, une distance intime si l'on s'en réfère aux sphères sociales de Edward T. Hall.

La zone transitionnelle, créée par l'objet médiateur, n'est plus présente. La limite entre dedans et dehors est « mobile, incertaine, questionnée. Elle est une zone d'échange, non un trait dessiné au couteau. [...] Certains échanges rendent incertain l'appartenance de ce qui se passe à l'un ou l'autre côté... ou deux ? » (Branchard, 2020, p. 37). Thérapeute et patient sont ainsi tous deux impactés par le toucher.

Le toucher est notre sens le plus primitif. C'est celui qui apparaît en premier chez le fœtus. Il permet donc de faire vivre des choses qui sont du degré de l'archaïsme.

La proximité physique peut parfois décontenancer certains patients. En effet, notamment dans les temps de relaxation, celui-ci se trouve en position passive. Accepter d'être touché nécessite une grande capacité de lâcher-prise.

Pour le thérapeute, le fait de toucher n'est pas anodin non plus. Cela d'autant plus lorsqu'il s'agit de patients dont le corps est en souffrance.

En stage, certaines patientes anorexiques sont frêles, et j'ai parfois peur de leur faire mal. L'image d'un verre de cristal que je crains de briser représente la sensation qui m'habite parfois lorsque j'utilise le toucher avec ces patientes.

Cependant, dans les techniques de relaxation, le toucher franc peut être plus agréable que le toucher superficiel. Il vient stimuler le système muscle, voire le système os lors des pressions profondes. « Le squelette est [...] le support d'une perception de soi unifiée » (Lesage, 2014, p. 34). Il apporte un sentiment de continuité d'exister, important à stimuler chez les patients anorexiques. Le toucher léger stimule le système « peau » et peut parfois être source d'excitation, la peau étant « éminemment érotisée » (*Ibid.* p. 40).

Dans le service, la majorité des patientes sont des filles. En tant qu'homme, je peux parfois être gêné de ne pas savoir où poser mes mains pour que cela ne soit pas vécu comme intrusif par la patiente. C'est par exemple le cas lorsque je propose des pressions profondes au niveau du bassin, ou que j'effectue le test de la poussée, au niveau du sacrum. Je me demande si ce contact n'est pas mal perçu par la patiente, et si il ne réveille pas des souvenirs traumatiques. Les enseignements d'anatomie prennent alors tout leur sens. Savoir ce que notre contact vient solliciter chez le patient, en terme de structure et de système, nous permet d'avoir un toucher plus ajusté.

Le toucher n'est pas une médiation anodine. Elle implique la proximité corporelle et la notion d'intimité. « En matière de toucher, rappelons-le, on est réputé risquer gros : la fusion, la confusion et surtout l'érotisation » (Lesage, 2015, a, p. 243).

De plus, le toucher est vecteur de relation. Le dialogue tonique est en effet « une relation corporelle qui s'exprime par les modulations tonico-émotionnelles qui accompagnent les sensations, en particulier le toucher » (Boscaini, 2004, p. 13).

Ainsi en séance, nous utilisons parfois des techniques issues de la fasciathérapie. Elles apportent au patient un sentiment de contenance, et l'aide à se relâcher. Les modifications toniques, posturales et émotionnelles entraînées chez les patients sont impressionnantes. Les

communications entre le tonus du patient et du thérapeute sont très marquées. En relâchant une partie de mon corps, j'ai souvent ressenti une réaction immédiate dans la tonicité du patient.

Lors d'une séance, nous faisons un travail à 4 mains avec ma maîtresse de stage. Elle fait des mobilisations au niveau du buste de la patiente, et j'apporte un contact au niveau des chevilles. Je ressens alors le mouvement se propageant dans les jambes de la patiente, mais également dans mon propre corps.

Cet exemple vient corroborer le fait que celui qui touche est lui-même touché.

Cette communication entre le patient et le psychomotricien ne se fait pas seulement sur le plan tonique mais également sur le plan émotionnel. Ainsi pour « J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14).

Pour toucher, et se laisser « touché », le psychomotricien a besoin de s'engager corporellement et psychiquement dans la relation avec le patient.

4.2 L'engagement psychocorporel du patient et du soignant

Certains patients appréhendent leur première séance en psychomotricité. Ils ont entendu les autres adolescents en parler. Le bruit court qu'il s'agit d'un travail avec le corps. Or, comme nous l'avons dit, le rapport au corps de ces patients peut être douloureux et angoissant.

Au fil de la prise en soin, le patient va expérimenter différentes manières de vivre son corps, dans des temps sensoriels ou expressifs. Cela nécessite un lâcher-prise et un engagement du corps dans la relation. Le patient va ainsi pouvoir investir l'espace de la séance, aidé par les dispositifs mis en place par le psychomotricien. Car lui aussi s'engage corporellement et psychiquement dans la relation. Et cela n'est pas anodin pour lui non plus. Je me souviens que lorsque j'utilisais l'expressivité du corps pour les premières fois, je n'étais pas beaucoup plus à l'aise que le patient.

Cet investissement psychocorporel doit donc se doubler d'une bonne maîtrise de la médiation de la part du psychomotricien, ainsi que d'une forte disponibilité psychique. Cela pour soutenir le patient dans son expérimentation.

« La thérapie psychomotrice nous fait saisir à quel point la relation est importante. C'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment. Mais tout en se laissant glisser dans cet espace, celui-ci n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre. La relation thérapeutique n'est alors pas et ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. C'est au contraire une relation d'implication » (Gatecel & al, 2011, p. 292).
Elle ne peut voir le jour que si nous nous montrons à l'écoute et disponible.

4.3 La disponibilité psychique nécessaire

Le travail en psychomotricité et l'engagement psychocorporel qu'il implique nécessite une forte disponibilité psychique de notre part. Soutenir le patient dans son exploration nécessite une grande capacité de concentration qui peut parfois être éprouvante. « Une vraie rencontre n'est pas sans émotion et sensibilité. Elle implique donc un état de disponibilité intérieure » (Roques, 2002, p. 48).

En « travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle [...] pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients. Accueillir et permettre une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisation plus secondarisées *via* les voies du langage » (Potel, 2015, b, p. 329). Il doit alors développer une attitude « qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire » (*Ibid.* p 330).

Nous aborderons plus loin, comment créer des conditions d'écoute propice à la relation, et nous verrons qu'elles aident également le psychomotricien à se rendre disponible pour le patient.

Lorsque l'on propose au patient un temps de détente par le toucher ou avec un objet médiateur, je m'aperçois parfois que je pars dans mes pensées. J'ai alors l'impression que mon toucher est de moins bonne qualité. La relation avec le patient est alors mise à mal. Il y a comme un écran de fumée entre nous deux. Je dois alors recentrer mon attention, en respirant de manière plus ample, en portant attention à ma posture, à celle du patient, à mes points d'appui. Cela m'aide à être de nouveau disponible pour le patient et à proposer un toucher de meilleure qualité, plus intentionnel.

La disponibilité psychique du psychomotricien est une présence sensible, qui présente des similitudes avec l'état de transe, au sens de France Schott-Billmann. « En état de *flow*, le sujet est totalement absorbé dans la situation, dans l'activité. Sa concentration est si intense que tout le reste disparaît. [...] De par cette pleine présence à la situation, l'activité du cortex préfrontal diminue, ce qui a pour effet de faire cesser le bavardage intérieur et les logiques planificatrices. L'intuition prend le pas sur le rationnel » (Schott-Billmann, 2020, p. 71).

Cet état de conscience « présente les mêmes caractères que l'état de transe mystique ou la méditation de pleine conscience : la disparition de l'ego, *selflessness* ; la disparition de la sensation du temps, *timelessness* ; la disparition de la notion d'effort, *effortlessness* ; l'accès à une réalité plus large et plus riche (augmentation des perceptions), *richness* » (*Ibid.* p. 72).

Cette sensation d'être hors du temps, d'un « vide de conscience qui est pourtant un « plein » et non un néant » (Barbier, 2009, p. 15) me fait qualifier la relation en psychomotricité de « phénomène sensible ». L'origine de ce phénomène est la rencontre de deux sensibilités, celle du psychomotricien et celle du patient.

II. Le psychomotricien et sa sensibilité face à celle du patient

1) Qu'est-ce que la sensibilité?

La sensibilité revêt différentes significations. Il peut s'agir d'une « Aptitude à s'émouvoir, à éprouver de la pitié, de la tendresse, un sentiment esthétique » (Larousse, 2006, p. 975). Elle peut également s'apparenter à une opinion, un courant politique, une tendance (*Ibid.*). Elle implique alors un mode de pensée mais également un regard particulier, spécifique.

En physique, la sensibilité est la « Propriété de la matière vivante de réagir de façon spécifique à l'action de certains agents internes ou externes » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales). Le corps étant une matière vivante, il est ainsi soumis à des impressions, « les pressions du milieu affectent l'individu qui les vit au travers d'une modulation tonique » (Lesage, 2021, p. 136). Il y répond par des expressions, des « actions dirigées en dehors ; c'est alors l'individu qui marque son empreinte sur l'environnement » (*Ibid.* p. 136).

La modulation tonique permet de faciliter ou d'entraver ce passage dedans/ dehors. Elle fait office de « zone transitionnelle interne » (*Ibid.* p. 136). Lorsqu'elle est perméable, les échanges dedans/dehors sont possibles. La personne se rend alors plus sensible à son environnement. Lorsque cette zone est rigide, les échanges ne sont plus possibles. La personne se replie sur elle-même. Les expériences vécues ne viennent pas enrichir les représentations du sujet. « La pénétration des informations rassurantes et douces à travers la paroi étant difficile, voire impossible, le noyau interne se dessèche. Le vide affectif s'installe comme un trou dans l'univers psychique du bébé. Plus la paroi sera dure et imperméable, moins le centre de soi sera tendre et irrigué » (S. Robert-Ouvray, 2007, p 180). Il est ainsi possible de moduler « sa sensibilité en ajustant son tonus et sa posture, pour se laisser plus ou moins affecter par ce qui [nous] sollicite » (*Ibid.* p. 326).

Un corps sensible est donc « un corps qui respire, un corps qui vit des échanges fluides entre le dedans et le dehors, un corps capable d'aimer la vie, un corps en relation au monde » (Potel, 2015, a, p. 67).

Il nous faut alors aider le patient à se rendre plus sensible à ce qui se passe en lui et autour de lui. Grâce à sa propre sensibilité, le psychomotricien peut ressentir les informations émanant du contre-transfert corporel, et s'en servir pour orienter la prise en charge.

2) Le contre-transfert corporel: ce que je capte du patient

Cette année m'a amenée à m'intéresser au phénomène du contre-transfert corporel. En effet, certains midis au stage, notamment les premiers jours, je sentais une oppression dans la poitrine et j'avais du mal à manger. Cette sensation était sûrement due au stress des premiers jours de stage. Elle était peut-être aussi liée à ce que pouvait renvoyer certains patients rencontrés, atteints de trouble du comportement alimentaire.

Ainsi, il nous est plusieurs fois arrivé, ma maître de stage et moi, de ressentir les mêmes sensations pendant une séance avec un adolescent, que ce soit de la fatigue ou une gêne à respirer. Certains patients par leur posture, leurs attitudes, leur discours, leur souffrance nous amenaient à ressentir cela. Dans la relation avec les patients, notre « voix – son timbre, sa tonalité, son rythme – notre tonicité, notre musculature, nos propres résonances toniques et respiratoires, sont forcément convoquées et parfois de façon douloureuse » (Potel, 2015, b, p. 343).

Le contre-transfert est un outil pour le thérapeute. Il aide à comprendre ce que vit le patient et à cerner ses besoins. En gardant la vision de la sensibilité liée à la modulation tonique, le psychomotricien se rend disponible pour que circule les informations entre le dedans et le dehors et qu'il puisse ressentir les informations émises par le patient. Se laisser traverser par ce que nous renvoie le patient nous permet « une élaboration après coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience » (Potel, 2015, a, p. 37). En lien avec la fonction alpha de Bion, il permet d'accompagner le patient sur le chemin de l'élaboration.

Il permet également de comprendre le patient dans son individualité. « S'intéresser au contre-transfert [...] c'est penser que, pour tout individu, il y a une possibilité de chemin personnel

qui n'appartient qu'à lui. Le thérapeute est là pour l'aider à le trouver puis à le suivre » (Ibid. p. 37). Il va donc de pair avec la vision psychodynamique du patient.⁴

En me sentant impacté corporellement par certaines séances (fatigue, sensation d'oppression...), je me suis interrogé sur la manière dont je pouvais digérer ces sensations issues du contre-transfert corporel. M'en servir dans le travail mais qu'elles ne soient pas un poids que je garde avec moi. Je me suis demandé comment m'investir dans mon stage, dans la relation avec le patient, sans que cela soit trop coûteux, en gardant une certaine légèreté, un certain détachement.

Le corps serait alors vu comme un « canal » me permettant de ressentir les informations émanant du patient, pour que je puisse les penser, tout en les laissant circuler, pour ne pas qu'elles m'affectent trop. Car « avant de pouvoir dire, encore faut-il pouvoir contenir ces explosions corporelles massives que le patient projette à l'extérieur » (Potel, 2015, b, p. 326).

Les relations avec les patients peuvent être très marquantes. Elles impliquent la nécessité de savoir se préserver. Dans la prochaine vignette clinique, je montrerai comment j'ai été fortement impacté par une situation, et quelles sont les pistes que j'ai pu trouver pour me préserver.

3) « Histoire d'une sensibilité », vignette de Lucie

Lucie est hospitalisée pour dépression et idées suicidaires avec tentatives de suicide. Son comportement varie selon les circonstances. Dans les différents groupes thérapeutiques, elle se montre motrice, et peut être un soutien pour les autres adolescents. Elle est de bon contact avec nous et avec la plupart des membres de l'équipe. Elle est souvent en T-shirt et montre ainsi ses scarifications, très impressionnantes. Avec d'autres soignants en revanche, elle ne les montre pas mais a une attitude plus agressive. Exhiber ses scarifications n'est-il pas une autre manière d'exprimer son agressivité ?

4 Cf. *supra*, II.4.1.2 Un axe de compréhension du patient : la vision psychodynamique

A l'inverse de son attitude forte qu'elle montre, Lucie est très angoissée lorsqu'elle se retrouve seule le soir. Les conduites de scarification apparaissent souvent à ce moment-là.

A la suite d'un problème de santé, la mère de Lucie est gravement handicapée. Bien que n'étant pas fautive, Lucie exprime une forte culpabilité quant à l'état de santé de sa mère.

Le travail en psychomotricité a beaucoup évolué au fur et à mesure des séances.

Dans un premier temps, nous faisons avec elle un travail « interne », pour l'amener à se détendre. Nous utilisons les percussions corporelles et des propositions issues de la fasciathérapie. Cela semble agréable pour elle. Elle ferme parfois les yeux et verbalise des sensations de détente.

Pourtant, le temps de reprise est toujours très court. Elle ne s'étire pas, ne baille pas... Lors d'une séance où elle est installée sur le dos, nous lui demandons de doucement changer de posture. Elle répond alors « D'accord ! » d'une voix forte et se retourne rapidement. Cela nous fait penser, qu'en dépit de ce qu'elle nous montre, Lucie ne se laisse pas aller à la détente. Nous sentons qu'elle ne nous laisse pas accès à son intériorité. En effet, la relation avec elle est fluide mais nos échanges restent pauvres, en surface. L'équipe médicale se pose la question d'une structuration en faux-self et d'un état-limite chez cette patiente.

En raccompagnant Lucie à la fin de la séance, nous échangeons sur les mangas, que je sais qu'elle apprécie. Son regard s'illumine, on devine son sourire derrière le masque, et la sensation qu'un lien se tisse entre nous me réjouit.

Peut-être que les temps de relaxation passive ne sont plus ce dont a besoin Lucie pour le moment ?

La séance suivante, je propose alors un dispositif mettant en jeu la dynamique porter/être porté. Lucie a en effet du mal à se reposer sur les autres quand elle en a besoin. Nous nous installons 2 par 2 (une autre stagiaire était présente avec nous ce jour-là) assis dos à dos, une balle gonflable entre nous. Le but est de trouver du relâchement tonique en déposant son poids sur l'autre.

La proposition évolue vers un jeu d'écoute dans le mouvement. Une personne guide le mouvement et l'autre le suit, le but étant de ne pas faire tomber la balle. Lucie ne prend pas souvent le rôle de guidant. Elle a besoin de l'étayage de mon mouvement pour bouger.

Nous poursuivons ce dispositif en étant debout, ce qui donne une sorte de danse-contact, avec la balle comme médiateur. Petit à petit, Lucie se sent plus à l'aise dans la position de meneuse. Ses propositions se diversifient et nous pouvons explorer les différents plans de l'espace. Elle s'inspire également du duo formé par ma maître de stage et la stagiaire. A la fin, Lucie exprime ne pas avoir réussi à se relâcher dans le mouvement. Son esprit était centré sur le fait de ne pas faire tomber la balle.

Après les vacances de Noël, Lucie semble quelque peu abattue. « C'est comme si je portais un masque avec les autres, mais là, le masque est trop dur à porter ». Ces propos nous confirment que nous n'accédions pas vraiment à son intériorité. Bien que douloureuse, la chute de ce « masque » peut être une avancée dans le processus de guérison de la dépression.

Lucie a besoin d'être contenue. Nous poursuivons le travail autour du portage en utilisant un objet qui favorise la dynamique de groupe. Il s'agit d'un tissu élastique cousu pour former un cercle. Nous associons des jeux de mise en déséquilibre et d'accordage rythmique en tirant sur le tissu et en revenant ensemble. Nous faisons ensuite la même chose mais en nous glissant à l'intérieur du tissu. La sensation de déséquilibre est alors plus importante et le besoin d'avoir confiance dans le groupe pour lâcher prise l'est d'autant plus. Lorsque nous sommes tous les trois en rythme dans nos balancements, cela procure une sensation de légèreté, de flottaison, très agréable.

Nous faisons ensuite évoluer la proposition. Deux personnes se reculent pour étirer le tissu le plus possible. Ils jouent le rôle de « pilier » et doivent être solides dans leurs appuis. La troisième personne se balance d'un côté à l'autre du tissu. La régulation tonique est mise au travail car le relâchement augmente la sensation d'être porté. Lucie arrive petit à petit à lâcher prise et à se mettre davantage en déséquilibre.

Nous lui proposons ensuite un temps de relaxation, avec des percussions corporelles. A la fin de la séance, Lucie verbalise qu'elle arrive à oublier ses idées noires lors des temps dynamiques. Celles-ci reviennent lors des temps où elle est en position passive. Elle nous demande cependant de conserver ces temps de relaxation.

Lors des séances, nous aidons Lucie à diminuer son hypertonie, à amener une respiration au niveau de sa « *zone transitionnelle interne* » (Lesage, 2021, p. 136). Les échanges entre dedans et dehors peuvent ainsi petit à petit se réguler. Lucie peut alors se laisser « nourrir » par les temps sensoriels que nous lui proposons. Elle parvient également à exprimer davantage son intériorité dans la relation.

Lors d'une réunion d'équipe, j'apprends que Lucie s'est scarifiée de manière très importante. Elle a dû aller aux urgences pour faire de nombreux points de suture. Cette nouvelle me choque. C'est une patiente avec laquelle un lien s'est créé et cela me peine qu'elle puisse vivre une si grande souffrance. Lucie ayant déjà tentée de mettre fin à ses jours, j'ai peur qu'elle se suicide.

J'en discute alors avec ma maître de stage. Elle me répond qu'on aimerait parfois sauver les patients, mais qu'il est important de garder notre posture professionnelle. En tant que psychomotricien, nous les aidons avec nos moyens mais leur guérison n'est pas totalement entre nos mains. Elle me rappelle aussi que nous ne sommes pas seuls. Il est important de resituer notre travail avec celui de l'équipe. Le fait d'avoir le point de vue d'autres professionnels permet de mieux comprendre ce que peut vivre le patient mais aussi de remettre du tiers dans la relation, pour pouvoir l'aider au mieux

Je retourne en stage le lendemain. En chemin, je me mets à ressentir une angoisse importante. J'ai un poids sur les épaules et sur la tête, un nœud dans la poitrine. J'ai l'impression qu'il n'y a plus rien de solide dans mon corps, que rien ne peut contenir ces émotions. Je me pose même la question d'aller ou non en stage, par peur de m'effondrer à la moindre difficulté.

Une nouvelle réunion d'équipe a lieu l'après-midi. Nous abordons en détail le cas de Lucie, ce qui me permet d'en apprendre plus sur son histoire de vie. Je m'aperçois que je ne suis pas le seul à être impressionné par ses scarifications. J'apprends également que peu de temps avant son passage à l'acte, elle a eu une conversation avec son père. Ils ont abordé des sujets douloureux, notamment la situation de sa mère qui est difficile. Ces informations me permettent d'avoir une autre vision de l'acte de Lucie. Il a eu lieu suite à une conversation douloureuse, mais nécessaire pour qu'elle puisse avancer dans son processus de guérison.

Nous la revoyons dans l'après-midi. Lucie étant fatiguée, ma maître de stage propose un échauffement type « Do in » avec des autos-massages et des percussions corporelles. Je me laisse guider par la proposition. Cela me permet de me recentrer, de remettre un peu de distance « affective » avec ce qui s'est passé pour Lucie, pour pouvoir me rendre à nouveau disponible dans la relation.

Nous poursuivons par un travail sensori-moteur, avec le dispositif du « tableau vivant »⁵. Les mouvements de Lucie restent assez intériorisés, proche de son axe. Nous changeons ensuite les rôles. Lucie propose alors des contacts et j'y réponds par un mouvement. Dans la posture active, Lucie se mobilise davantage. Elle peut changer de niveau d'espace en s'accroupissant, ce qui n'était pas le cas auparavant. Elle arrive mieux à réguler son tonus en position d'« actrice » plutôt que de « réceptrice ». A la fin de la séance, elle nous dit qu'elle est plus réveillée.

Nous sentons qu'il est important de travailler cette articulation dedans/dehors. Aller trop loin du côté de l'intériorité est trop angoissant pour Lucie. Il est également difficile d'axer le travail sur l'expressivité, car elle est souvent fatiguée du fait de ses traitements.

La semaine suivante, Lucie nous prévient qu'elle s'est fait mal au poignet. Je lui demande comment cela est arrivé. Elle me répond que c'est en frappant dans les murs, en cherchant à frapper dans les choses les plus dures possibles. Nous devinons alors que quelque chose de difficile s'est passée pour elle, et je n'insiste pas davantage pour savoir ce qui s'est passé. En y réfléchissant, je me demande si c'était pour préserver la patiente, ne pas lui rappeler un souvenir douloureux, ou pour me préserver moi-même.

Ma maître de stage lui demande alors si le fait de frapper dans un coussin, par exemple, ne suffirait pas à une décharge tonique, lui permettant de se calmer. Lucie lui répond alors que le but n'est pas de frapper mais de se faire mal, car elle le « mérite ».

Ma maître de stage lui demande alors si elle arrive à se saisir de ce que nous lui proposons, si cela lui procure une aide. Lucie répond que « par moments, rien n'a de sens ». Elle rajoute néanmoins que ces temps lui permettent de ne pas être toute seule. La solitude l'angoisse, et

5 Nous proposons des contacts à Lucie, elle doit y répondre par un mouvement. Ce dispositif permet un travail sensori-moteur, l'articulation entre sensation et mouvement.

les moments les plus difficiles pour elle surviennent généralement lorsqu'elle est seule dans sa chambre le soir.

Le parcours clinique de Lucie est jalonné de moments d'avancées et de moments où elle s'automutile. Lorsque cela arrive, je peux parfois le vivre comme un échec. J'arrive tout de même à garder plus de recul que la première fois.

Durant la séance, nous lui proposons un temps de percussions corporelles au niveau du dos. S'ensuit un travail autour de la modulation tonique, où Lucie est davantage dans une position active. Nous lui proposons des poussées légères et Lucie doit se laisser aller dans la direction qui lui est indiquée, comme un roseau porté par le vent. Elle doit ensuite opérer un recrutement tonique pour s'opposer à la pression que nous faisons. Pour finir, c'est elle qui choisit si elle préfère se laisser porter ou résister à la pression. Lucie fait des mouvements de petite amplitude, elle reste proche de son axe. L'enroulement est limité dans son ampleur mais elle réalise tout de même une flexion des cervicales, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. J'ai aussi pu observer chez elle à plusieurs reprises, un grand mouvement d'extension comme une reprise de souffle, un bol d'air.

Une fois la proposition terminée, Lucie peut verbaliser qu'elle faisait les mouvements naturellement, sans réfléchir, ce qui change par rapport à certaines séances précédentes et montre l'amorçage d'un lâcher-prise dans l'expérimentation.

Lucie étant hospitalisée dans le service depuis plus de 5 mois, l'équipe soignante aimerait mettre en œuvre une alternance avec un service au sein d'un autre établissement. Cela afin d'aider Lucie à se détacher du service dans lequel elle semble quelque peu installée, et pour préparer une sortie future.

Tout en conservant des temps de détente, à la demande de Lucie, nous orientons les séances de psychomotricité du côté de l'expressivité du corps. Elle s'en saisit très bien et nous voyons une évolution dans sa capacité à créer des liens entre ce qui se passe en séance et à l'extérieur. Ainsi, lors d'une séance, nous proposons un dispositif où nous prenons des postures pour créer des saynètes à deux, sous le regard d'un observateur. Je fais la remarque que Lucie prend souvent une posture protectrice, qui vient entourer l'autre. Elle réfléchit un moment et

nous dit qu'elle a souvent ce rôle dans la vie. Les autres adolescents se reposent beaucoup sur elle et viennent parfois la voir quand ils vont mal. Nous lui répondons que cela est très gentil d'aider les autres, mais qu'elle est également ici pour prendre soin d'elle.

La semaine suivante, nous voyons qu'elle exprime plus de douceur envers elle-même. Nous utilisons en partie le même dispositif qu'avec Lou.⁶ Lucie vient alors jouer avec la balle en la faisant rouler sur elle, avec beaucoup de douceur. Lors d'un moment fort en émotion, elle pose la balle et vient dessiner avec son doigt des traces au niveau de ses scarifications. Elle repasse ainsi avec douceur sur ces lieux d'effraction du corps, qui marquent une telle violence quand elle est angoissée.

Pour des raisons de planning, la séance suivante a lieu un jour où je suis absent. Ma maître de stage propose à Lucie un dispositif autour de l'expressivité du corps. Elles choisissent une image et dansent, l'une après l'autre, en s'inspirant du personnage. A fin de la séance, ma maître de stage demande à Lucie si elle voit des liens entre les images choisies et sa propre vie.

Photo de Link :

« J'aurais aimé que ces étoiles, ce soit ma mère qui me les donne. Mais là ce n'est pas trop possible, parce qu'elle est un peu dans un autre monde ».

Ces propos résonnent avec ce qu'avait dit la pédopsychiatre en réunion. Lucie ne peut pas faire le deuil de sa mère, car celle-ci est toujours vivante, mais ce n'est plus la mère qu'elle a connu. Les paroles de Lucie montrent qu'un travail de deuil est en train de s'opérer.

6 Cf. *supra*, I.1.2 Un exemple de médiation : l'expressivité du corps.



Photo fille cheveux noir et bleu : « Je me scarifie mais c'est un moyen de me raccrocher à la vie. La mort m'attire. J'ai un côté noir et un côté gris et je suis tiraillée entre les deux. C'est un peu mon tiraillement entre la vie et la mort ».



L'oiseau :

« Cette cage, c'est moi-même qui l'ai construite. J'ai envie de la déconstruire. Je ne cesse de la construire et de la déconstruire. J'ai envie de prendre mon envol ».

Lorsque ma maître de stage la questionne sur le sens de cette dernière phrase, Lucie précise que cette métaphore représente la sortie de l'hôpital, et non la mort.



Jeune fille en balançoire : *Durant le travail expressif, Lucie reprend un mouvement de coup de pied réalisé par ma maître de stage dans sa danse. Elle s'en sert pour briser la cloche. Elle peut alors investir plus l'espace et utiliser le mouvement de ses jambes.*

On peut y voir une métaphore qu'elle se défait de ce qui l'entrave, pour gagner en liberté.



Le travail en psychomotricité, ainsi que la prise en charge au sein de l'institution, a permis à Lucie d'exprimer sa sensibilité autrement qu'en se scarifiant. Il a également mis à l'épreuve ma propre sensibilité en tant que thérapeute.

Face à cette situation, il m'a fallu trouver des appuis internes et des appuis externes.

4) Trouver des appuis

4.1 Des appuis internes :

4.1.1 Un équilibre sensori-tonique :

L'équilibre sensori-tonique, premièrement décrit chez le bébé, est « un état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu » (Bullinger, 2000, p. 216). Si nous élargissons cette conception à l'adulte et au thérapeute, « les signaux issus des interactions avec le milieu » peuvent être les ressentis liés au contre-transfert corporel dans la relation avec le patient.

L'équilibre sensori-tonique est alors un état qui me permet de m'impliquer dans la relation sans pour autant être trop impacté.

Lorsque je décris mon état d'angoisse sur le chemin du stage, je ne suis plus dans cet état d'équilibre. Si l'on observe cette situation en ayant en tête que le tonus est une zone transitionnelle⁷, « la pression externe est trop importante et dépasse les possibilités de modulation, la réponse tonique s'effondre. C'est la *dé-pression*. L'individu est écrasé par l'extérieur. Une sensation de pesanteur domine » (Lesage, 2021, p. 136). Le fait d'être sensible à l'histoire de Lucie fait que cette zone transitionnelle devient poreuse. Je me laisse ainsi trop affecter par la situation.

Comment revenir à un état plus apaisé lorsque notre équilibre sensori-tonique est bousculé ? Chaque individu a ses méthodes pour « souffler » et se rendre de nouveau disponible. Cela peut passer par de la méditation, du sport, aller voir des amis. L'une de mes techniques était de sortir prendre l'air à la pause du midi. Je m'étirais en profitant de l'air frais, et je me sentais plus réveillé et disponible.

Ainsi « nous gardons toute notre vie cette possibilité de faire un retour « sur soi » pour nous restructurer » (Robert-Ouvray, 2007, p. 84). Cela permet de remettre du jeu au niveau de cette

7 Cf. *supra*, II.1 Qu'est-ce que la sensibilité ?

zone de modulation tonique. Les échanges dedans/dehors sont à nouveau régulés, et on peut choisir entre être touché et se préserver.

Pour comprendre ce qui se joue pour le patient, et pour pouvoir y répondre au mieux, je peux également m'appuyer sur mes références théoriques. Elles orientent mon regard de psychomotricien.

4.1.2 Un axe de compréhension du patient: la vision psychodynamique

La vision psychodynamique explique le trouble psychomoteur comme étant une solution trouvée par le patient entre ses capacités et son environnement. Il s'agit là d'un moindre mal. « Le symptôme est alors une création, certes inappropriée, mais qui a pour but de soulager le patient ou en tout cas de donner une forme à son mal-être » (Potel, 2015, b, p. 318).

Le vécu psychomoteur du patient est ainsi un « témoignage, non seulement des adaptations ou des failles mais aussi d'un certain état d'être au monde, fruit d'une construction psychocorporelle singulière et propre à chacun » (*Ibid.* p. 235). On peut alors penser qu'en modifiant l'une ou l'autre des données (les capacités du patient ou son environnement), on pourrait agir sur le trouble psychomoteur. « L'abord thérapeutique, forcément interdisciplinaire et holistique, cherchera ensuite à opérer un changement dans le poids respectif des différentes contraintes de façon à favoriser l'émergence de « solutions » plus adéquates ou moins coûteuses pour le sujet. La nature des thérapeutiques dépendra de l'identification des sources de contraintes » (Albaret, 2013, p. 174).

On peut alors faire des liens entre organisation psychomotrice et trouble psychomoteur. En donnant au patient des moyens d'impressions et d'expressions, on vient changer son organisation psychomotrice et lui donner des moyens de ressentir et d'agir sur son environnement. On agit donc sur la perméabilité de la zone transitionnelle entre lui et son environnement.

La vision psychodynamique met aussi l'accent sur l'aspect movable des choses, sur l'importance du mouvement.

Cette vision me parle car elle invite à comprendre ce qui se joue pour le patient et facilite l'empathie. C'est une manière de comprendre le fonctionnement du patient, en le plaçant au centre de la relation. Cela permet de le rejoindre là où il est, pour lui proposer des médiations adaptées. Ainsi, dans la prise en charge de Lucie, nous nous sommes rendus compte qu'elle accédait plus facilement à la régulation tonique en étant dans une position active.

Il existe cependant d'autres courants de la psychomotricité. Par exemple le courant rééducateur. Le métier de psychomotricien est ainsi fait, à la croisée entre plusieurs disciplines, que chacun l'exerce à sa manière, en fonction de ce à quoi il est plus sensible. Il nous faut alors trouver notre identité professionnelle.

4.1.3 Du mouvement interne au mouvement externe, et vice-versa: illustration de la vision psychodynamique

En stage, même si chaque séance est unique, deux grands types de travail se dégagent en psychomotricité. L'un vise à soutenir le patient dans son expressivité, dans son investissement de l'espace, son rapport au corps et au mouvement. Il vise à donner au patient des moyens d'expressions. On peut alors voir un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur.

L'autre modalité invite le patient à se connecter à son intériorité. Elle permet un travail sensoriel et favorise l'abaissement tonique. On peut voir un mouvement qui part de l'extérieur vers l'intérieur.

Avoir un aperçu du fonctionnement du patient permet d'orienter la prise en soin. Les deux vignettes cliniques qui suivent montrent comment la présentation de la patiente lors du bilan nous a aidés dans le choix de nos médiations.

Du mouvement externe au mouvement interne, clinique de Camille

Camille est une jeune fille de 14 ans, qui présente une anorexie restrictive sévère. Il s'agit d'un trouble alimentaire prépubère qui s'est aggravé lors du confinement.

La posture et les attitudes de Camille montrent l'ampleur de son vécu corporel douloureux. Son hypertonie, très marquée, se traduit jusque dans une fixité du regard. Son angoisse et son hyperactivité se perçoivent par des tremblements au niveau des jambes. Malgré des fractures de fatigue aux chevilles, elle continue à marcher dans sa chambre. Cela montre l'importance de son hyperactivité ainsi qu'un manque de connexion avec les sensations en provenance de son corps.

Une fois ses fractures guéries, nous commençons un travail autour de l'expressivité du corps. Nous amenons Camille à moduler son hypertonicité en explorant différentes qualités de posture.

Lors d'une des séances suivantes, je m'aperçois de la nécessité d'aider Camille à se relier à son intériorité. Nous utilisons un dispositif intitulé « le tableau vivant » qui met en avant l'aspect sensori-moteur du mouvement. A partir de sensations que nous lui donnons (des pressions, des percussions, des glissés...), Camille doit répondre par un mouvement. Cette proposition permet le recentrage sur soi, la connexion à son intériorité. Elle favorise l'articulation entre la sensation et le mouvement, entre le dedans et le dehors.

Dans un premier temps, les mouvements de Camille sont beaucoup tournés vers l'extérieur. Elle investit l'espace d'une manière très dynamique, en sautant et tournoyant. Ces mouvements ne sont pas ajustés à l'intensité de la sensation.

Pour l'aider à trouver un mouvement plus interne, nous lui donnons pour consigne de rester dans l'espace où elle se trouve. Nous l'invitons à s'imaginer dans une bulle, la kinesphère. Son mouvement perd alors en amplitude mais coïncide davantage avec la sensation apportée. Sa qualité de mouvement change. En se référant à la grille de lecture de Laban, on peut dire qu'elle passe d'un « flux libre » à un « flux condensé ». Elle gagne également en qualité de présence.

La semaine suivante, nous avons l'idée de commencer par un travail expressif, dans lequel Camille est à l'aise, pour ensuite l'amener à se détendre petit à petit. Nous commençons ainsi la séance par un jeu de mime des émotions. Nous poursuivons en travaillant sur la capacité d'ancrage et les appuis. Camille réalise un mouvement puis prend une posture. Nous venons alors marquer ses points d'appuis avec le sol. Elle s'allonge un court instant, ce qu'elle n'a jamais fait auparavant.

Nous clôturons la séance avec un temps de détente. Camille s'assoit et nous lui proposons des massages avec une brosse et une balle à picot. La qualité postéro-médiane de sa posture est très marquée. Nous l'accompagnons par le toucher pour l'aider à s'enrouler et favoriser le recentrage sur soi.

Lorsque nous terminons, il n'y a pas de temps de transition. Camille se relève directement. Son hyperactivité semble néanmoins avoir diminué car ses jambes ne tremblent plus. La séance suivante, Camille parvient à s'allonger et à fermer les yeux.

Du mouvement interne au mouvement externe, clinique de Maxine

Maxine est une jeune fille de 15 ans, hospitalisée pour anorexie mentale restrictive et dépression. Lors l'entretien de rencontre, elle présente une humeur très basse et une douleur morale intense. Sa posture est figée, avec une prédominance des chaînes antéro-latérale et postero-antérieure. Elle parle avec beaucoup d'émotion et s'arrête parfois pour pleurer. L'hospitalisation et la pose de la sonde naso-gastrique lui pèse beaucoup. Elle décrit également un sentiment de tension permanente, qu'elle arrive cependant à maintenir à distance lorsqu'elle lit ou pendant les ateliers thérapeutiques.

Par ailleurs, Maxine présente une anhédonie, un apragmatisme, des cognitions anorexiques très prégnantes et une forte tendance à l'auto-dévalorisation. Durant les premiers temps de notre rencontre, elle nous dira régulièrement qu'elle se trouve « moche et grosse ».

Maxine semble avoir besoin de portage et de contenance de notre part.

Durant toute une partie de la prise en soin, nous lui proposons alors un travail de « nourrissage sensoriel ». Nous utilisons des percussions corporelles, des jeux de pression

(pour stimuler ses appuis, renforcer son ancrage, et l'aider à se rassembler) et des techniques issues de la fasciathérapie.

Au fur à mesure des séances, Maxine se relâche de plus en plus. Elle s'autorise à fermer les yeux (signe de confiance et de lâcher-prise) et le temps de récupération après la relaxation sera de plus en plus long. Elle nous dit pouvoir se décentrer de ses préoccupations alimentaires lors du travail corporel. Après une séance de fasciathérapie, elle décrit en effet avoir pensé à sa famille et avoir visualisé un mur blanc sur lequel elle écrivait son prénom.

Ce travail sensoriel et proprioceptif semble donc permettre à Maxine de se relier à son intériorité, et cela avec plus de tranquillité.

Lors d'une séance suivante, nous lui proposons des enveloppements secs, afin de l'aider à se rassembler et renforcer sa conscience corporelle. En tirant la couverture, nous faisons des mouvements de balancier pour l'aider à se détendre, d'abord sur les côtés puis au niveau des jambes. Alors qu'elle est encore enveloppée, nous faisons glisser doucement Maxine, pour faire comme des voyages à travers la pièce. A la fin de la séance, c'est à elle de trouver la manière qu'elle souhaite pour sortir de ce « cocon ».

L'imaginaire du cocon et la symbolique de transformation qu'il induit représentent bien ce mouvement de l'intérieur vers l'extérieur.

Maxine étant demandeuse de soins en psychomotricité, ma maître de stage lui propose, pendant un temps, une deuxième séance par semaine. Elles engagent alors ensemble un travail autour de l'expressivité du corps. Pour Maxine, les séances de psychomotricité permettent donc des allers-retours entre un travail sensoriel et un travail expressif, entre l'intériorité et l'extériorité.

Petit à petit, son humeur semble s'améliorer. Nous la voyons davantage s'affirmer et rire.

Lors des séances où je suis présent, nous quittons alors doucement le travail sensoriel pour démarrer un travail sensori-moteur. Lors de différents dispositifs, nous lui proposons des sensations, à l'aide de bambous ou de tissus, auxquelles elle doit répondre par un mouvement. La dynamique d'un mouvement centrifuge, partant de l'intérieur vers l'extérieur, est là encore présente.

Lorsque nous démarrons cette proposition, les mouvements de Maxine ne sont pas toujours en adéquation avec les sensations que nous proposons. Cependant, au fur et à mesure de la séance, nous sentons que les mouvements qu'elle propose sont moins intellectualisés mais sont davantage connectés avec son intériorité.

L'état de santé, psychique et physique, de Maxine s'améliorant, son emploi du temps est davantage occupé par les cours. Je ne la vois donc plus pendant un certain temps car sa séance de psychomotricité ne coïncide plus avec les jours où je suis présent en stage. Je peux néanmoins assister à sa dernière séance pour lui dire au revoir. Lors de la proposition qui est faite, nous nous servons de tissus pour nous déguiser, et créer des saynètes à 3, pendant que la professeur d'arts plastiques nous prend en photo. Cela permettra à Maxine de se voir d'une manière différente. Maxine passera également dans la position de photographe.

Avec les tissus, nous pouvons cacher certaines parties de nos corps, ou au contraire les mettre en valeur. Maxine était alors à même de choisir entre des postures plus intérieures, ou d'autres davantage tournées vers l'extérieur.

Dans les différentes prises en charge, nous pouvons ainsi nous appuyer sur nos supports internes. Des supports externes sont également présents.

4.2 Des supports externes :

En tant que psychomotricien, nous ne sommes pas seul à prendre en charge le patient. La réunion décrite dans la vignette clinique de Lucie me permet d'apprendre des éléments de sa vie que je ne connaissais pas. Mais surtout, elle me permet de voir que je ne suis pas seul à être touché par ce qui lui est arrivé. Je peux voir que le « sort » de Lucie n'est pas entre mes mains, mais qu'une nombreuse équipe de soignants et d'intervenants est également présente. Faire mon stage dans une institution avec une telle équipe me permet de me sentir contenu et m'aide à trouver le rôle que je peux jouer en tant que stagiaire en psychomotricité.

En discuter avec ma maître de stage me permet de remettre de la distance avec ce qui s'est passé, et de moins prendre les choses personnellement. Remettre du tiers dans la relation, que

ce soit par l'institution, la supervision ou l'écriture aide à analyser la situation avec plus de distance. Je peux alors revenir dans la relation, en étant présent à ce qui se vit.

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2015, b, p. 321).

« Ainsi les réunions d'équipe, ce tiers institutionnel obligé et fondamental, tiennent un rôle important en matière de sécurité interne, les diverses aides au travail également (thérapie personnelle, formations, supervision, groupe de travail » (*Ibid.* p. 327).

« un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée » (*Ibid.* p. 323).

L'institution peut ainsi servir de tiers car elle apporte un cadre clair, en termes d'espace et de temps (les réunions ont lieu le même jour d'une semaine sur l'autre). Je me sens faire partie d'une équipe. Ce sentiment est d'autant plus présent que règne une bonne ambiance dans le service. Des temps de repas et d'échanges informels permettent de décompresser.

Trouver des supports sur lesquels m'appuyer me permet de m'engager dans la relation avec le patient en étant de nouveau disponible. Je peux ainsi le soutenir dans ses expérimentations et dans sa capacité d'élaboration.

III. La relation, un soutien à l'élaboration

Le manque d'élaboration présenté par certains patients m'a souvent interpellé. Nombreux sont ceux à éprouver des difficultés à décrire leurs émotions du moment, ou les sensations émergeant durant un travail corporel. Chaque ressenti se présente sous une polarité agréable ou désagréable.

A l'adolescence, et d'autant plus dans ces pathologies, le rapport au corps est source de préoccupations, voire d'obsessions, mais aussi de mise à distance. Ainsi la découverte du travail corporel en psychomotricité est parfois source d'angoisse. Comment aider les patients à se rendre plus sensibles à ce qu'ils peuvent vivre, sans que cela entraîne une insécurité?

En tant que psychomotricien, nous donnons des supports au patient pour faciliter l'expérimentation. Les médiations amènent ainsi le patient à se sentir dans différentes postures, mettant en jeu la régulation tonico-émotionnelle. D'autres dispositifs permettent d'étayer leur propos, de les rendre plus sensibles à ce qu'ils ont vécu, et ainsi de favoriser l'intégration de ces expérimentations.

1) Les différents supports utilisés pour favoriser l'élaboration

1.1 «Comment ça va aujourd'hui?»: une investigation à la Sherlock Holmes

Anaïs est une jeune fille souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit de la première patiente que je prends en charge sans que ma maître de stage soit présente avec nous. Nous entamons ensemble un travail basé sur la détente et des temps sensoriels pour l'aider à moduler son hypertonie. Elle s'en saisi très bien et arrive après plusieurs séances à lâcher-prise petit à petit, à s'allonger, puis à fermer les yeux. Elle verbalise que cela lui fait du bien d'arriver à se détendre. Elle a cependant du mal à élaborer davantage, à décrire la qualité de cette détente, sa localisation.

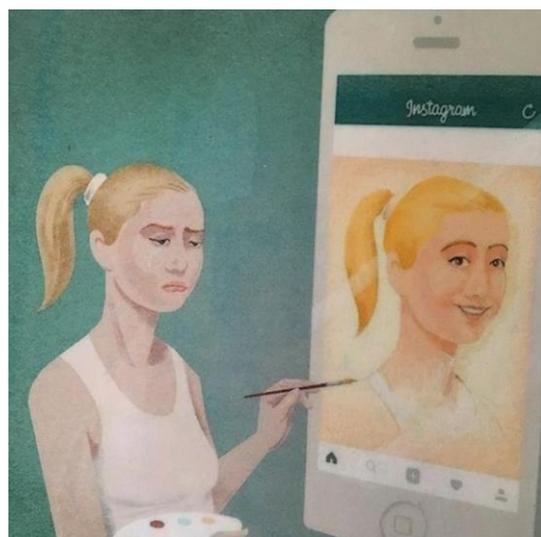
Lors de certaines séances, je lui propose de représenter ce qu'elle a ressenti sur une silhouette vierge, par des dessins, des symboles, des mots, comme elle le souhaite. Ce qu'elle représente reste très superficiel. Il s'agit souvent d'une sensation qu'elle a pu ressentir, mais elle ne la traduit pas par une émotion ou une représentation. Par exemple, après une séance où nous avons utilisé les enveloppements secs et fait des « voyages » à travers la pièce, elle représente par des ondulations les sensations de glissés qu'elle a ressenti.

Au début de la séance, nous nous asseyons quelques instants au bureau pour discuter. Je cherche à savoir comment va Anaïs en ce moment, comment se déroule l'hospitalisation, et si il y a eu des événements marquants pour elle cette semaine. Ses réponses sont souvent très succinctes et se traduisent par un rapide « ça va ». Cela me surprend un peu car les médecins disent qu'elle a de bonnes capacités d'élaboration. Est-ce ce temps dédié au rapport au corps qui réduit ses paroles ? Ou bien ma présence ? Est-ce ma façon de poser ces questions qui ne l'encourage pas à verbaliser ? Ou est-ce que je n'ose pas insister pour en savoir plus ?

Je réfléchis alors à ce que je pourrais utiliser comme dispositifs pour faciliter le dialogue entre nous. Je lui propose différentes images, évoquant différentes situations, mettant en scène différents personnages, des imaginaires, des émotions... Je lui demande de choisir une image pour répondre à la question « Comment ça va ? » et une autre pour répondre à la question « De quoi as-tu besoin en ce moment ? ».

Première question : Anaïs choisit une image d'une fille triste se montrant souriante sur les réseaux sociaux. Lorsque je la questionne sur les raisons de ce choix, elle me dit qu'elle se sent mal mais qu'elle ne le montre pas. Elle a peur de ce que les autres adolescents pensent d'elle.

Par le biais de cette image, elle a pu me partager son mal-être présent derrière le « ça va »,



ainsi que sa préoccupation du regard des autres.

Deuxième question : Ici, Anaïs choisit l'image d'une jeune fille, pleine de joie de vivre et dévalant une pente à vélo, sous un ciel bleu. Elle verbalise qu'elle a besoin de joie en ce moment, et qu'elle aimerait retrouver ces sensations quand elle fait du vélo en famille. Je devine par cela un besoin de liberté, qu'il soit de se défaire de la maladie ou de l'hospitalisation.



L'inviter à choisir des images pour illustrer son vécu a permis à Anaïs d'exprimer ses émotions, ses besoins et d'évoquer des souvenirs. Le fait de nommer ces émotions permet de les accepter pour ensuite pouvoir les dépasser.

1.2 Guider l'exploration : les différents types de consigne

Lors d'une exploration, qu'il s'agisse d'un temps de détente ou d'expressivité, plusieurs niveaux de consignes peuvent être donnés. Il faut s'adapter aux capacités d'élaboration du patient, mais également à ce qu'il peut vivre en ce moment, pour favoriser les liens qu'il peut faire entre ce qu'il vit dans la séance et au dehors. On peut également s'inspirer de ses centres d'intérêts.

Par exemple, si un patient a peu de capacités d'élaboration, nous préférons des consignes concrètes, mettant le focus sur les aspects matériels du corps (poids du corps sur le tapis, contact des pieds avec le sol, posture plus redressée...) à l'utilisation de l'imaginaire.

1.3 Créer des conditions d'écoute : la méditation pleine présence

Nous amorçons toujours les temps de détente par une introspection sensorielle, tirée de la méthode de la pleine présence de Danis Bois. C'est un temps qui permet au patient de se recentrer pour être plus disponible aux sensations qu'il va recevoir. Nous créons ainsi des conditions d'« écoute corporelle » et permettons au patient de mettre de côté ses pensées (pensées autour de la nourriture, souvenirs douloureux, angoisses...).

Cette introspection se fait en plusieurs étapes, dont l'ordre et la durée peuvent varier, en fonction de ce qui s'est déroulé auparavant dans la séance. Il s'agit de prendre conscience de sa respiration, du mouvement de l'air qui rentre et qui sort, des points d'appuis de son corps sur le tapis, qui peuvent se relâcher au fur et à mesure. Il y a aussi la prise de conscience des sons environnants, de la rue, de la salle, de la musique, de nos voix.

Cette prise de conscience permet déjà de créer un espace, une bulle, où les soucis du quotidien sont laissés à l'extérieur. Cela permet à l'adolescent de profiter davantage de ce temps de détente et d'en tirer plus de bénéfices.

1.4 La silhouette : tracer pour mieux nommer

Le dessin de la silhouette est une des épreuves du bilan, mais nous la réutilisons parfois au cours de la prise en charge, lorsque nous sentons que le patient a besoin d'un étayage supplémentaire pour arriver à intégrer les sensations vécues en séance.

Il s'agit d'une silhouette d'aspect neutre que le patient remplit avec des dessins, des symboles ou des mots pour représenter le vécu de son corps.

Lors du bilan, il permet souvent de représenter les zones douloureuses, celles que le patient n'aime pas, ou au contraire celles qu'il apprécie. Lorsque nous proposons la silhouette après un temps de détente, le patient représente les sensations perçues. Cela constitue une autre manière de le dire que par la parole, et donc une autre manière de les intégrer.

1.5 Le carnet de psychomotricité : un lien entre dedans et dehors

Nous proposons à certains adolescents d'avoir un « carnet de psychomotricité », une sorte de journal de bord dans lequel ils représentent ce qu'ils retirent de la séance. Chacun représente cela selon sa sensibilité, en dessinant, en écrivant, en collant des images... Les patients gardent le carnet dans leur chambre mais, s'ils le souhaitent, ils peuvent l'apporter et nous le montrer lors de la séance suivante. Cela permet de revenir d'une autre manière sur la séance précédente, avec plus de recul, de voir ce que l'adolescent en a gardé, d'en reparler ensemble et d'enclencher d'autres processus de symbolisation.

2)L'accès à l'élaboration

Ces différents supports aident le patient à se rendre sensible à ce qu'il vit et favorisent ainsi le processus d'élaboration. En effet, la théorie de l'étayage psychomoteur décrit comment tonus, sensation, affect et représentation sont liés et s'appuient les uns sur les autres (Robert-Ouvray, 2007, p. 117). En proposant des dispositifs d'expérimentation et en favorisant leur intégration,

le psychomotricien vient enrichir les moyens d'impression et d'expression du patient. Le patient transforme ainsi « ses expériences en représentation symbolique, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées » (Potel, 2015, b, p. 368). La relation entre le psychomotricien et le patient est essentielle dans ce processus puisque « l'accès aux affects et aux représentations [...] est un travail de différenciation et d'élaboration qui ne peut se faire sans la relation à autrui » (Robert-Ouvray, 2010, p. 143).

Bion décrit par ce qu'il appelle la « fonction alpha », comment la mère en interprétant « affectivement la motricité de son bébé [...] fait passer des sensations d'un niveau tonique au niveau de l'affect et à celui des représentations » (Ibid. p. 141). Elle a donc « une fonction d'appel à l'intégration » (Ibid. p. 117).

Le thérapeute utilise cette même fonction, en se servant de son propre « appareil à penser », pour aider le patient à mettre du sens sur ce qu'il vit et ainsi favoriser l'élaboration.

« Tous les thérapeutes [...] font donc appel à cette capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi ce qui est à l'autre » (Potel, 2015, b, p. 329). Ainsi, « le psychomotricien, en accueillant et mettant des mots sur les messages [...] va contenir en mettant à disposition son propre appareil psychique. [...] la fonction contenante assure une fonction symbolisante permettant une différenciation et l'accès à une conscience d'un soi et d'un non-soi » (Veesser, 2015, p. 148).

Nous aidons ainsi le patient à élaborer. Car sans l'accès à l'élaboration, il « ne peut investir le monde, le découvrir, ouvrir ses portes intérieures au savoir et aux apprentissages, et ainsi exercer tout son potentiel moteur, psychomoteur, toute son intelligence » (Potel, 2015, b, p. 354). En accord avec la vision psychodynamique, par l'élaboration, le patient pourra trouver un autre fonctionnement psychomoteur, moins invalidant. « Le corps a mal parce qu'il ne peut pas être affecté, représenté, parlé » (Robert-Ouvray, 2010, p. 249).

Le travail opéré en psychomotricité permet donc au patient de trouver une nouvelle manière d'être au Monde. « Les médiations corporelles [...] deviennent alors des voies de passage pour accéder à une meilleure acceptation de soi, à un sentiment de soi plus juste, une estime de soi ancrée dans un plus juste rapport entre soi et les autres, soi et le monde » (Potel, 2015,

b, p. 224- 225). Dans les vignettes cliniques présentées, on peut en effet remarquer que la psychomotricité a permis à ces adolescents de mieux accepter leur corps, d'avoir un rapport plus apaisé avec eux-mêmes et avec les autres.

Rapport au corps, rapport aux autres et rapport au Monde sont ainsi liés. « Nous sommes tous confrontés à la même aventure, qui conditionne notre subjectivation : habiter notre corps et habiter corporellement le monde, entrer en connivence avec autrui, créer un rapport esthétique, au sens premier du terme, c'est-à-dire sensible. Et cela suppose de *bâtir* un corps, le structurer » (Lesage, 2014, p. 27). Or, les « structures corporelles libèrent un potentiel expressif, confortent un propos personnalisé » (Lesage, 2021, p. 370). Le patient pourra alors se dévoiler dans son unicité, il pourra exprimer sa propre manière d'être au Monde.

La relation en psychomotricité permet ainsi « d'aider le sujet à « prendre corps », à se construire psychiquement » (Roques, 2002, p. 55) pour avoir ce que Catherine Potel appelle une « incarnation habitée » (Potel, 2015, C, p. 26). En se sentant confirmé dans son unité, le patient peut alors se rendre sensible à son environnement sans craindre d'être annihilé par lui. Il peut ainsi « se projeter vers le dehors tout en se laissant affecter par ce dernier ; il se rend disponible tout en restant lui-même » (Bertin, 2015, a, p. 30).

Le corps devient donc un « espace sensible et expressif » (Lesage, 2021, p. 371), vecteur de la relation entre soi, les autres et le Monde. J'ai ainsi pu observer des changements de postures, d'expressions, de qualités d'interactions avec de nombreux adolescents au cours de leur hospitalisation. Des patients renfermés, tristes et à l'hypertonie marquée ont pu se relâcher, rire et rentrer en relation avec nous.

3) Intégrer des appuis : vers une séparation

- « *Réaliser le chemin parcouru* », clinique de Violette

Violette est une adolescente souffrant d'anorexie mentale. Elle est présente depuis 6 mois dans le service mais la maladie est toujours prégnante chez elle. Elle a plusieurs fois été

hospitalisée en réanimation pour dénutrition. Elle souffre également de fortes angoisses qui se manifestent par de nombreux TOCS. Elle part alors pour un autre service, plus adapté à ses besoins. La veille de sa sortie, nous faisons une séance « bilan » pour revenir sur ce qui s'est passé ensemble en psychomotricité.

Nous disposons des images sur la table, et demandons à Violette d'en choisir pour répondre à 3 questions :

1) Choisis une ou plusieurs photos qui représentent ton état du moment, à la veille de ta sortie.

2) Choisis une ou plusieurs photos qui représentent des choses que tu as vécu en psychomotricité et qui t'ont marquée.

3) Choisis une ou plusieurs photos qui représentent ce que tu te souhaites pour l'avenir.

1) Pour répondre à la première question, Violette choisit l'image de quelqu'un qui est enfermé dans des tissus et qui essaye de s'en dégager. Elle exprime qu'elle se sent comme « entortillée » par ses TOCS. Elle choisit également l'image d'un groupe de personnes se faisant un câlin. Violette exprime que c'est le soutien qu'elle attend en allant dans le prochain service.

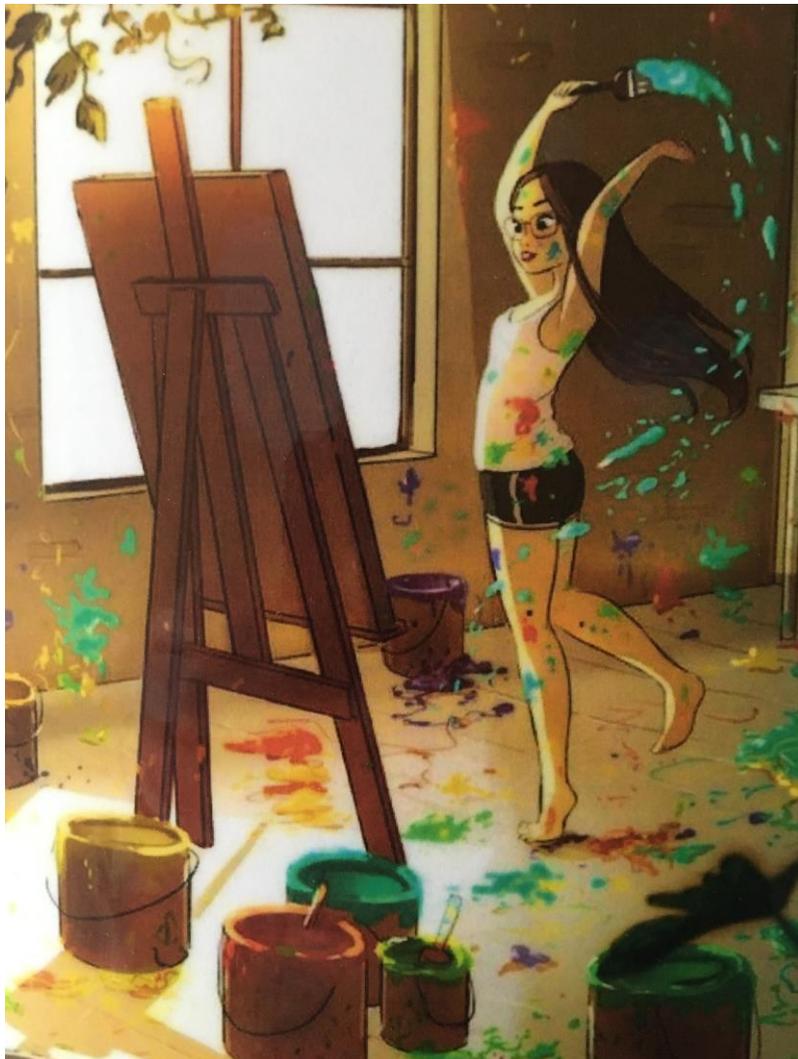


2) Violette choisit 3 images pour répondre à cette question. L'une représente la posture que quelqu'un avait pris lors d'un travail de groupe et qui l'avait beaucoup fait rire. La deuxième représente la danse, médiation utilisée en psychomotricité. La troisième montre une personne avançant en équilibre sur un sentier. Pour Violette, cette image exprime les moments difficiles qu'elle a pu vivre (en équilibre entre la vie et la mort?) mais également l'avancée qu'elle ressent.



3) Une image choisie représente une jeune fille s'amusant en peignant. Elle semble pleine de vie et de créativité. D'autres images sont en lien avec l'astronomie.

Violette souhaite associer ses deux passions, le dessin et l'astronomie, pour réaliser une bande dessinée, avec l'espoir de la présenter au festival d'Angoulême.



Cette « capacité de se mettre en récit » est « un véritable travail d'appropriation de soi et de son identité » (Bertin, 2015, a, p. 33). La séparation « marque et confirme les processus d'introjection au cours duquel le lien s'intériorise » (*Ibid.* p. 31). Violette peut ainsi garder en elle ce qu'elle a vécu de positif dans le travail en psychomotricité pour s'en nourrir et se séparer.

Les 3 questions posées font le lien entre présent, passé (avec le fait d'échanger sur des souvenirs), et futur (en exprimant des rêves). L'accompagnement du patient est donc un processus vers l'individuation.

Joël Riou compare ainsi le psychomotricien à un « passeur » qui « accompagnerait le sujet un petit bout de chemin, le « porterait » ou « l'épaulerait », puis le laisserait poursuivre seul sa route » (Riou, 2005, p. 53).

Toutefois, comme on l'a vu, le psychomotricien est lui-même impacté par cette relation. Il s'engage psychiquement et corporellement, avec sa sensibilité qui lui est propre. Dans le travail en psychomotricité, patient et thérapeute cheminent donc « de concert. Notre accord n'est pas d'aller là, en telle ou telle direction, vers tel ou tel objectif, il est d'aller. D'aller à la rencontre de ce qui se dit entre nous et en chacun de nous, à mots couverts, à ciel ouvert. Faire un bout de chemin ensemble, dans notre métier, c'est aller assez ensemble pour que l'autre puisse marcher seul » (Clerget, 2014, p. 69-70).

Conclusion

La sensibilité du psychomotricien oriente son regard. Elle détermine ses choix de médiation pour donner au patient des supports à l'expérimentation et faire vivre la relation. Elle prend corps dans sa fonction contenant, dans son engagement psychocorporel auprès du patient.

Cette implication corporelle, psychique et émotionnelle de la part du psychomotricien ne se fait pas sans être parfois fortement impacté. Nous devons alors trouver des appuis pour nous aider à prendre du recul et analyser la situation.

La vision psychodynamique nous amène alors à soutenir le patient là où il en est, à enrichir ses moyens d'impression et d'expression pour lui permettre une nouvelle manière d'être au Monde, dans laquelle il déploie son unicité et sa potentialité. La sensibilité se caractérise donc par « une zone de modulation tonique » (Lesage, 2021, p 136) suffisamment perméable pour permettre les échanges entre dedans et dehors, la relation entre soi, les autres et le Monde.

La relation en psychomotricité est ainsi un « phénomène sensible » puisque vivant et mouvant. Elle naît de la rencontre entre deux sensibilités, celle du patient et celle du psychomotricien. Elle se construit chaque jour dans l'expérimentation, dans le tâtonnement parfois. De la même manière que touchant et touché sont impactés par le contact, soignant et soigné sont sollicités par la relation. Elle nous affecte dans notre sensibilité, parfois même jusque dans notre corps.

Permettre au patient d'élaborer, pour intégrer des moyens d'impression et d'expression, est d'autant plus important lorsque l'on travaille auprès d'adolescents, en quête d'identité.

Bibliographie

Albaret, J-M. (2013). Quelle place pour de Ajuriaguerra dans la psychomotricité de demain ? Troubles psychomoteurs et systèmes dynamiques. Dans: F. Joly & A. Berthoz. *Julian de Ajuriaguerra. Développement corporel et relation avec autrui*. (p. 163-179). Editions du Papyrus.

Bachollet, M-S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances&Psy*, n°49,14-19.

Barbier, R. (2009). L'écoute sensible du corps profond. Dans : D. Bois, M-C. Josso & M. Humpich. *Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. (p.11-16). Point d'appui.

Bertin, C. (2012). Se former- Se déformer- Se transformer. Rencontre avec Barbara une adolescente boulimique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°171, *Le psychomotricien hors la séance*, 66-77.

Bertin, C. (2015). *Appropriation du Corps – Appropriation de Soi. Pour une compréhension Psychocorporelle de L'individuation*. Metissage. (a)

Bertin, C. (2015). Pour une compréhension psychocorporelle de la médiation. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°186, 60-64. (b)

Boscaini, F. (2004). Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique. *Evolutions psychomotrices*, n°63(6), 12-20.

Branchard, L. (2020). *Le corps comme seuil. Entre soi et le monde*. Editions In Press.

Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, n°3, *Le bébé, le geste et la trace*. 213-220.

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Sensibilité. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/sensibilit%C3%A9>

Clerget, J. (2014). *Corps, image et contact. Une présence à l'intime*. Erès.

Fasciafrance. (2019). *La fasciathérapie – qu'est-ce que la fasciathérapie*. Fascia France. <https://fasciafrance.fr/fascia-la-fasciatherapie/>

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P. & Corraze, J. (2011). La relation en psychomotricité. Dans : P. Scialom, F. Giromini & J-M. Albaret. *Manuel d'enseignement de Psychomotricité*. (p. 287- 307). Solal.

Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Heures de France.

Larousse. (2006). Sensibilité. Dans *Le Petit Larousse Compact*.

Lesage, B. (2014). *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Erès.

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. Erès.

Lesage, B. (2015). Symbolisation et médiations corporelle : du corps en jeu à l'instauration du corps. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°186, 34-46.

Lesage, B. (2021). *Un corps à construire. Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Erès.

Poetica. (2010, 27 mai). *L'Albatros, poème de Charles Baudelaire*. poetica.fr.
<https://www.poetica.fr/poeme-127/charles-baudelaire-albatros/>

Potel, C. (2012). *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?*. Erès.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapeutique du corps*. Erès.

Potel, C. (2015). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.

Potel, C. (2015). Médiation. Thérapeutique. Corps. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°186, 24-29.

Riou, J. (2005). A partir d'un ouvrage de M. Serres, « le tiers instruit », digression autour de « la gaucherie contrariée ». *Thérapies psychomotrice et recherche* n°142, 48-58

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray, S. (2010). *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.

Roques, B. (2002). Etre en lien ? Ou la thérapie psychomotrice au service de la relation: aide soignant/adulte polyhandicapé psychotique en maison d'accueil spécialisée. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°130, 3-66.

Schott-Billmann, F. (2020). *La Thérapie par la danse rythmée*. Odile Jacob.

Stoloff, D. & S. (2020). *Expression corporelle*. Editions Retz.

Veesser, A. (2015). Contenance en psychomotricité. Dans : E, Pireyre. *Cas pratiques en psychomotricité*. (p. 136-153). Dunod.

Images utilisées :

Photo de Link : « The Legend of Zelda: Art & Artifacts », livre de nintendo, février 2017, édition Soleil

Fille aux cheveux bleu : Couverture de @Pecintakopi18, illustration d'une nouvelle « Arunika's world » écrite par Halodes et publié sur la plateforme wattpad

L'oiseau : Al-Adodi, Pinterest

Jeune fille en balançoire: akhtarakb8.blog.ir

III. 1.1, première question : illustration d'une nouvelle publié en janvier 2019 par Hani sur la plate-forme Cerpen

III. 1.1 deuxième question: illustration de Yaoyao Ma Van

Clinique de Violette, première question: <https://widerangeofnormal.tumblr.com>

Clinique de Violette, deuxième question : : « The art of Michael Whelan », David.A. Cherry, 1993, Bantam Doubleday Dell Publishing Group

Clinique de Violette, troisième question : illustration de Yaoyao Ma Van

Résumé

En quoi la relation en psychomotricité est-elle spécifique?

Elle se caractérise par des modalités de relation particulières, l'utilisation de médiation, du toucher, l'engagement du thérapeute...

La relation en psychomotricité est avant tout une rencontre entre deux sensibilités: celle du patient et celle du psychomotricien.

Puisqu'elle se construit, petit à petit, dans cette rencontre, nous pouvons la qualifier de "phénomène sensible".

What makes relation in psychomotricity unique?

She is made of particular modality of relation, like the utilisation of mediation, touch, involvement of the therapist...

The relation in psychomotricity is first of all an encounter of two sensitivities: the one of the patient and the one of the psychomotrician.

Since it is built, step by step, in this encounter, we can call it a "sensitive phenomenon".