



HAL
open science

Vivre et éclairer la relation thérapeutique en psychomotricité - Quelle supervision pour les psychomotriciens ?

Tiphaine Milcent

► To cite this version:

Tiphaine Milcent. Vivre et éclairer la relation thérapeutique en psychomotricité - Quelle supervision pour les psychomotriciens ?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322949

HAL Id: dumas-03322949

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322949>

Submitted on 20 Aug 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.

Université de Bordeaux
Collège sciences de la santé
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricité

**Vivre et éclairer la relation
thérapeutique en psychomotricité**
Quelle supervision pour les psychomotriciens ?

Mémoire présenté par Tiphaine Milcent
née le 8 août 1996 à Challans (85)

Directeur de mémoire : Denis Grabot

Session : juin 2021

Remerciements

Au cours de ma formation, j'ai eu la chance de rencontrer de nombreux professionnels passionnés et riches de connaissances qui m'ont accordé une confiance précieuse. Un grand merci à eux.

Merci à mes camarades pour nos partages d'expérience et notre soutien mutuel qui a été d'une importance capitale. Merci aux enseignants de l'institut de formation en psychomotricité de Bordeaux pour leurs cours, très hétéroclites, qui nous ont permis d'acquérir une ouverture d'esprit indispensable pour notre future clinique.

Merci à Guylaine avec qui tout a débuté. Merci pour m'avoir transmis la passion de la psychomotricité, son savoir-faire, son savoir être et son humilité.

Merci à Aurélia pour sa patience, son enseignement et nos moments de réflexion.

Merci à Mauricette pour m'avoir partagé sa rigueur, ses expériences et sa qualité d'observation. Merci pour le temps qu'elle m'a consacré dans la dernière ligne droite.

Merci à Emma de m'avoir fait une place auprès d'elle, me permettant d'apprécier sa pratique, empreinte d'une formidable préoccupation bienveillante.

Merci à Stéphane du précieux temps qu'il m'a accordé pour superviser ma pratique naissante.

Merci à Denis Grabot pour m'avoir accompagné dans la réalisation de mon mémoire, pour ses encouragements, son implication, sa confiance et son étayage.

Et enfin, merci à ma famille, mes proches et à Benjamin pour leur amour et leur soutien sans faille.

À Paulo et à sa famille.

Sommaire

Introduction.....	1
I - Les processus en jeu dans la thérapie : au-delà de l'alliance thérapeutique.....	3
I.1 - L'alliance thérapeutique.....	3
I.2 - Le transfert.....	6
I.3 - Le contre-transfert.....	9
I.4 - Le principe de résonance.....	11
I.5 - L'empathie.....	16
I.6 - La thérapie d'enfant comme métaphore de la relation maternelle.....	17
I.7 - Conclusion sur les processus en jeu dans la thérapie.....	27
II - Les spécificités de la relation en psychomotricité.....	28
II.1 - L'implication psychocorporelle du psychomotricien.....	28
II.2 - Le transfert et le contre-transfert en psychomotricité.....	35
II.3 - La co-construction dans la médiation.....	38
II.4 - Le cadre de la séance.....	43
II.5 - La passation du bilan psychomoteur.....	48
II.6 - Conclusion sur les spécificités de la relation en psychomotricité.....	50
III - Les endroits d'élaboration et de décharge.....	51
III.1 - La formation initiale des psychomotriciens.....	51
III.2 - Les lieux d'introspection institutionnels.....	54
III.3 - La supervision.....	62
III.4 - Les groupes de supervision.....	69
III.5 - Autres intérêts de ces dispositifs.....	74
III.6 - L'éthique des psychomotriciens.....	77
Conclusion.....	80
Bibliographie.....	83
Annexe 1.....	90
Annexe 2.....	91

Introduction

Le choix de ce thème est le fruit d'une longue réflexion. Mes études, en psychologie puis en psychomotricité, m'ont conduite à me questionner sur le thérapeute : comment étayer sa stabilité personnelle afin d'offrir la meilleure disponibilité possible au patient ? Comment fait-il face aux impasses lors d'une prise en charge délicate ? Délicate pourquoi ? Quels sont les processus conditionnant la thérapie ? Est-ce que la psychomotricité s'expose davantage que les autres professions thérapeutiques et rééducatives aux phénomènes transférentiels ? Ces questions ne trouvent pas toujours leurs réponses mais m'ont permis de creuser une réflexion autour des possibilités et de l'intérêt du psychomotricien à accéder à des lieux d'élaboration.

Rédiger ce mémoire au sein du contexte sanitaire dû à la COVID-19 fut une aventure à la fois riche et difficile. Riche car cette situation d'enfermement est propice à une forte réflexion théorique et intime. Mais également difficile car les moments informels, discussions et débats animés, les activités et pratiques personnelles ont été fortement réduits. Nous avons donc pu, malgré nous, mesurer l'importance de diversifier les vécus, les expériences et l'élaboration collective dynamique, fait qui n'est pas étranger au sujet de mon mémoire.

Lors de mes stages et de mes observations, la nécessité du bien-être des soignants continua à me marquer. Même si le professionnel met tout en œuvre pour offrir un espace le plus paisible et contenant possible, lorsque les conditions d'exercice ne sont pas idéales et que le soignant n'a pas d'espace bienveillant où parler de ces conditions, je me demande les retentissements que cela peut avoir sur le principal intéressé : le patient.

C'est en partant de ces constats que j'ai décidé de rédiger mon écrit sur les possibilités pour les psychomotriciens, en formation ou diplômés, de nourrir leur pratique et d'avoir du soutien face aux situations difficiles. Ce mémoire n'a pas pour vocation de faire une liste exhaustive des lieux d'élaboration. Le but est d'analyser quelques ressources où le psychomotricien peut puiser en aval, afin d'optimiser sa pratique et affiner sa compréhension du sujet, ou en amont, pour sortir d'une impasse. La supervision restant au centre de ma réflexion.

Une grande partie de cet écrit est consacrée aux éléments déterminant la relation en thérapie, puis en psychomotricité, car il m'a paru fondamental de décrire quels processus relationnels et affectifs sont à élaborer, avant et après les séances.

Dès l'intitulé de la première partie de mon mémoire, il est question d'une pratique thérapeutique. Le débat entre thérapie et rééducation psychomotrice est un débat tout à fait actuel au sein de la psychomotricité et tend malheureusement à diviser les professionnels. Ma réflexion n'est pas encore assez mature pour que je puisse me positionner sur ce sujet si épineux. Cependant, lors des enseignements à l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP), la réponse d'une enseignante – psychomotricienne en service de suite et de réadaptation – à cette question m'a particulièrement marquée. Ce désaccord sous-entendrait qu'il y a une différence, voire une opposition, entre la rééducation et la thérapie. Mais pourquoi ne pas percevoir les deux comme un continuum dans le soin de l'individu ? En effet, dans une approche perçue comme rééducative, le psychomotricien est engagé physiquement et psychiquement dans la relation. Il est très difficile pour un psychomotricien de réduire sa pratique à un aspect purement technique. « Toute intervention, quelles que soient sa rigidité technique et la fixité de sa distribution des rôles ne peut échapper pour autant au transfert. Mettez-le à la porte, il revient par la fenêtre. » (Lauras-Petit, 2001, p. 260). Ainsi, même dans les pratiques perçues comme rééducatives, le psychomotricien apporte une lecture clinique et un investissement qui étoffe son approche d'un apport thérapeutique pour le patient.

Nous commencerons par étudier les enjeux généraux de la relation thérapeutique pour explorer ce qui peut conditionner le soin, ensuite, nous verrons quelques aspects spécifiques à la relation en psychomotricité. Nous analyserons alors les possibilités pour un psychomotricien d'accéder à des lieux d'aide et d'enrichissement de sa pratique.

Mon propos s'articule autour de deux questions principales : comment et pourquoi un psychomotricien ne peut faire l'économie d'un travail personnel ? Quelle supervision pour les psychomotriciens ?

I - Les processus en jeu dans la thérapie : au-delà de l'alliance thérapeutique

La psychomotricité est un métier de soin qui s'inscrit dans la relation. La complexité de la rencontre entre le patient et le soignant m'a conduite vers les théories de la relation thérapeutique de manière générale. Ensuite, ayant principalement effectué des stages auprès d'enfants, j'ai pu observer des enjeux relationnels au sein de la thérapie faisant référence aux relations primaires.

I.1 - L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique représente le socle de la relation soignant / soigné. C'est un contrat – plus ou moins explicite – au travers duquel le thérapeute et le patient s'accordent sur la demande de soins et sur les buts à atteindre ensemble. C'est donc une collaboration entre le patient et le thérapeute portée vers le mieux-être du patient. D'après Bordin (1979), si l'alliance thérapeutique n'est pas curative en elle-même, elle constitue le levier sur lequel le patient peut s'appuyer afin d'adhérer et de poursuivre les soins. Selon lui, l'alliance thérapeutique est « constituée en trois composantes interdépendantes : les tâches, les buts et le lien. ». Les *tâches* étant les « activités spécifiques pour lesquelles le patient doit s'engager pour bénéficier du traitement », les *buts* étant les « objectifs généraux vers lesquels le suivi est dirigé » et le *lien*, la « qualité affective de la relation entre patient et thérapeute (la façon dont le patient se sent compris, respecté, estimé) ». (Bioy & Bachelart, 2010, pp. 320-321).

L'importance de l'alliance thérapeutique dans la perspective de la thérapie fait aujourd'hui consensus dans les différents courants psychologiques et somatiques. Les recherches tendent toutes à ériger l'alliance thérapeutique comme l'élément le plus déterminant de l'évolution de la thérapie.

Dans les soins somatiques, l'alliance thérapeutique, appelée alors *alliance de travail*, est aussi un facteur fondamental. Une étude de 2002 (Hall et al.) effectuée sur 261 patients et 44 médecins a mis en évidence une corrélation entre une meilleure santé du patient, un meilleur état émotionnel après la visite et les comportements du médecin décrits comme plus favorables par le patient. Une recherche du National Institute of Mental Health (NIMH) a démontré que « l'alliance de travail a une influence importante sur les résultats des traitements médicaux et pharmacologiques » (Bioy & Bachelart, 2010, p. 322).

L'efficacité et l'incidence des actes, même les plus techniques sont donc également tributaires de la qualité relationnelle entre le soignant et le soigné. On peut alors se questionner sur les différences de la relation lors des consultations médicales qui tendent à se faire de plus en plus à distance – en téléconsultation vidéo ou téléphonique.

L'alliance thérapeutique dans les psychothérapies n'est pas constante et linéaire. Des moments de « crise » bouleversant l'alliance thérapeutique peuvent émerger. Ces perturbations sont à accueillir car elles sont porteuses de changements parfois nécessaires à la thérapie ; les conditions étant que les décalages entre le thérapeute et le patient ne soient pas trop importants, que le thérapeute puisse aider à l'élaboration de cet événement et que le calme suive la crise (Roten et al., 2007). Le thérapeute doit alors montrer de grandes qualités de flexibilité, dans un ajustement permettant à la fois l'exploration du patient et une contenance suffisante. L'alliance thérapeutique est alors importante à penser, seul ou en groupe, afin que le praticien se comporte de manière adaptée à la situation.

Le thérapeute a sa part active dans l'alliance thérapeutique car elle est « fonction de ses attributs personnels, par exemple de sa compétence, de son empathie, de sa sincérité et de son acceptation du [patient]. » (Perono M & Grabot D, 2006, p. 4).

Dans une recherche sur la naissance de l'alliance thérapeutique, M. Perono et D. Grabot mettent en évidence que l'alliance thérapeutique est « bien présente dès le premier rendez-vous » mais qu'elle « se construit [...] de manière partielle et fragile, se basant sur [...] les

premières impressions et la communication non-verbale. » (Perono M & Grabot D, 2006, p. 9).

Mais alors comment susciter cette alliance thérapeutique et quels sont les résultats ?

Henry et son équipe en 1993 ont étudié cela en proposant à des psychothérapeutes – avec au moins deux ans d’expérience – une formation de cinquante semaines autour de l’alliance thérapeutique et de son analyse. Les psychothérapeutes bénéficiaient de deux heures de séminaire par semaine et d’une supervision. Les chercheurs ont noté une meilleure adhésion à la thérapie mais une détérioration de la relation, avec des praticiens plus autoritaires et pessimistes quant aux suivis de leurs patients. Cette étude montre que l’alliance thérapeutique est une attitude naturelle qui ne peut se forcer et se contrôler qu’en dépit d’une altération de l’authenticité de la relation. (Bioy & Bachelart, 2010, p. 323).

On peut donc conclure que la qualité de l’alliance thérapeutique est prédictive des bénéfices de la thérapie pour le patient. Cependant, si elle est intéressante à étudier et à penser, chercher à la maîtriser présage d’une moins bonne relation. Pour que l’alliance thérapeutique soit meilleure et plus solide, il faudrait alors davantage que le thérapeute ait conscience de ses propres problématiques interpersonnelles car « les conséquences que peuvent engendrer une mauvaise connaissance de soi peuvent être lourdes, elles peuvent influencer le lien et donc la qualité de l’alliance thérapeutique. En effet, il est important pour le psychologue de ne pas se laisser aller dans un contre transfert néfaste pour sa relation avec le sujet. » (Perono M & Grabot D, 2006, p. 8)

L’alliance thérapeutique est la condition indispensable à l’émergence des dynamiques transférentielles. Sans une bonne alliance thérapeutique, le cadre de la thérapie ne peut laisser le patient déverrouiller des défenses jusque-là scellées.

I.2 - Le transfert

Le transfert et le contre-transfert sont les objets principaux de la relation thérapeutique traités en supervision. De quoi veut-on parler à travers ces termes ?

La définition du mot *transfert*, d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), désigne un « Déplacement, transport (de personnes ou de choses) d'un lieu à un autre selon des modalités précises. ». Le CNRTL précise ensuite la notion de transfert en psychologie : « Phénomène par lequel un sentiment éprouvé pour un objet est étendu, par association, à un autre objet. » puis est décrit pour la psychanalyse comme un « Mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour ses parents ou ses proches (Man.-Man. Méd. 1980). *Transfert négatif, positif* (Man.-Man. Méd. 1980). ». (TRANSFERT : Définition de TRANSFERT, s. d.).

Dans le *Vocabulaire de la psychanalyse*, Laplanche et Pontalis définissent eux le transfert comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi entre eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. ». Dans cette première partie de définition, on voit que Laplanche et Pontalis n'incluent pas intrinsèquement le transfert à la situation analytique, même s'il est largement favorisé, mais à une relation établie entre deux protagonistes dans un cadre précis. Ils écrivent ensuite qu'« il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. » (Laplanche & Pontalis, 2009, p. 492). Le sujet vit donc l'émergence de désirs inconscients sans concevoir l'origine sous-jacente mais en la projetant sur l'objet effectivement présent dans la réalité spatio-temporelle : le thérapeute.

Le transfert est un mécanisme qui a été mis en avant par Freud dès l'émergence de la psychanalyse. Il le désigne comme étant ce que le patient peut ressentir vis-à-vis du thérapeute qui, en réalité, n'est pas le destinataire de l'affect éprouvé mais le devient par déplacement. Le terme apparaît en 1895 dans les *Études sur l'hystérie* de S. Freud et J. Breuer à travers le célèbre cas de Anna O., souffrante de symptômes massifs omniprésents. Ses

symptômes disparaissent uniquement lors des séances avec J. Breuer. Anna O. sera alors prise d'une admiration et d'un engouement démesuré pour ce dernier. C'est par un travail d'élaboration que J. Breuer et S. Freud théorisent cette notion de transfert (Chiche, 2013). H. Brunschwig nous donne un exemple clinique du transfert issu de sa pratique psychanalytique.

Voici une anecdote parmi d'autres : une patiente à qui je venais de consacrer du temps, entend sonner à ma porte et me dit : « Pourquoi recevez-vous d'autres gens que moi ? Cela m'exaspère ». Si j'avais répondu : « Cela fait cinquante minutes que je m'occupe de vous et vous n'êtes encore pas contente, quelle insatiable vous faites ! », le résultat aurait été catastrophique, bien sûr. Tenant compte de la souffrance de cette dame, j'ai répondu dans la situation transférentielle : « En dehors d'aujourd'hui, avez-vous déjà ressenti ce genre de souffrance auparavant dans votre vie ? ». Elle a pu alors commencer de raconter la jalousie qui la dévorait depuis toujours par rapport à sa sœur. Notre relation a servi en quelque sorte de relation prototypique reproduisant, dans des circonstances différentes, ce qu'elle avait déjà souffert. Cette remontée des souvenirs pénibles n'a pas été dangereuse pour elle, mais libératrice. Elle ne s'est pas sentie jugée, elle avait le droit d'exprimer ses sentiments négatifs en étant comprise, elle a pu les intégrer en se sentant moins coupable. (Brunschwig, 2001, pp. 91-92)

D'après cette citation, la conscientisation du transfert à partir de sa manifestation inconsciente, met en exergue des mécanismes défailants reliés à un événement de vie ou sa répétition. C'est ici le thérapeute qui repère le transfert du patient d'un ressenti positif (amour, sympathie...) ou négatif (haine, jalousie...) sur lui. Ce ressenti ne lui est en réalité pas destiné et son analyse permettrait d'accéder à des éléments inconscients, parfois pierre angulaire de la problématique. C'est dans un cadre sécurisant, au travers d'une relation d'alliance thérapeutique, que le patient peut exprimer ces affects. Cette mise en évidence étayerait la compréhension d'un système défailant par le patient afin qu'il puisse le moduler et le façonner. Cette idée place le transfert comme un matériel fondamental à analyser.

Mais si le transfert peut être perçu comme un point clé de la cure analytique, il est également présenté comme un obstacle au bon déroulement de la cure. Comme le dit J. P. Lucchelli dans sa thèse de psychologie clinique :

En psychanalyse, on a une tendance à célébrer le « transfert », à faire l'éloge du transfert, tout en oubliant que le transfert apparaît pour la première fois sous la plume de Freud, comme étant une résistance, un obstacle à la cure. Ainsi, dans les « Etudes sur l'hystérie », le transfert apparaît comme une « fausse association », un mauvais fonctionnement de l'association libre : la résistance se produit lorsque « la malade craint de reporter sur la personne du médecin les représentations pénibles nées du contenu de l'analyse. C'est là un fait constant dans certaines analyses. Le transfert au médecin se réalise par une fausse association » [...] Le transfert est donc compris par Freud comme une « erreur » sur la personne que nous avons en face : l'analyste. C'est une erreur parce qu'on se trompe d'interlocuteur. (Lucchelli, 2007, p. 37).

Le processus de transfert fait alors ici partie des résistances en psychanalyse, définies, comme le rappelle J. Lacan (1975), par S. Freud comme « tout ce qui détruit, suspend, altère la continuation du travail analytique » (Lucchelli, 2007, p. 35). Le transfert viendrait parasiter la première règle de la cure analytique qui invite le patient à dire tout ce qui lui vient à l'esprit, sans censure. Le transfert filtrerait la parole et l'association libre d'idées.

Le processus transférentiel, s'il en puise son origine, n'est pas cloisonné à la psychanalyse. Comme l'écrit J. P. Lucchelli, « on dit bien du thérapeute, du soignant même, et pas forcément du psychanalyste, puisque le transfert n'est pas quelque chose qui se produit seulement en analyse. En effet, le transfert peut se produire dans n'importe quel type de relation. » (Lucchelli, 2007, p. 31).

Si le phénomène de transfert n'est pas inhérent à la situation d'analyse mais est présent dans toute relation, on peut en conclure que le processus de transfert est présent dans la pratique psychomotrice. Qu'il soit perçu comme un phénomène intéressant avec lequel on peut travailler ou comme un obstacle à l'élaboration, je pense qu'il est important que tout thérapeute y soit sensibilisé.

I.3 - Le contre-transfert

Le contre-transfert repose sur le même mécanisme que le transfert. Avec ce terme, on nomme cette fois les réactions éprouvées par le thérapeute pour son patient. Laplanche et Pontalis définissent le contre-transfert comme l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 2009, p. 103). Ce phénomène peut être étudié sous deux angles : ce que le patient fait éprouver au thérapeute et ce que le thérapeute éprouve face à ce patient. Ces deux angles peuvent, à première lecture, paraître ne se différencier que par leur formulation. Mais à y regarder de plus près, le premier point de vue engage davantage le patient que le thérapeute dans ce qui émerge au travers de la relation. Cette perception implique donc que le contre-transfert renseigne sur ce que le patient peut faire ressentir à son entourage, et donc renseigne sur lui.

Une de mes patientes tenait un discours qui, depuis quelque temps, m'agaçait beaucoup sans que j'aie pu comprendre cette impression ni l'analyser. Il me semblait qu'elle cherchait tout le temps à « me mettre dans son camp ». J'ai utilisé cette impression en lui en faisant part, avec le plus de tact possible. Elle m'a répondu : « ah ! oui j'agace tout le monde avec ce besoin de me justifier toujours, et ça exaspérait mon père qui me battait ». De là est venu un discours très long et très émouvant sur son enfance. Si je n'avais pas dit mon « ressenti », elle serait restée peut-être avec ce discours répétitif et stérile. (Brunschwig, 2001, p. 92).

Dans cet exemple, l'expression verbale du contre-transfert fait émerger des souvenirs chez le patient et révèle des problématiques profondes et anciennes de sa vie.

Si nous considérons la deuxième formulation « ce que le thérapeute éprouve face au patient », cela implique potentiellement des problématiques provenant davantage du thérapeute que du patient. Le thérapeute, s'il est le plus neutre possible et qu'il porte en lui un bagage théorique, travaille avec sa subjectivité. Sa subjectivité peut être exprimée et questionnée en supervision, ce qui lui permettra d'être conscient et attentif à ce qui peut venir de lui afin que son vécu ne se confonde pas avec celui du patient. Il faut tout de même considérer qu'il sera parfois complexe et peut-être hors de propos de décrypter ce qui provient

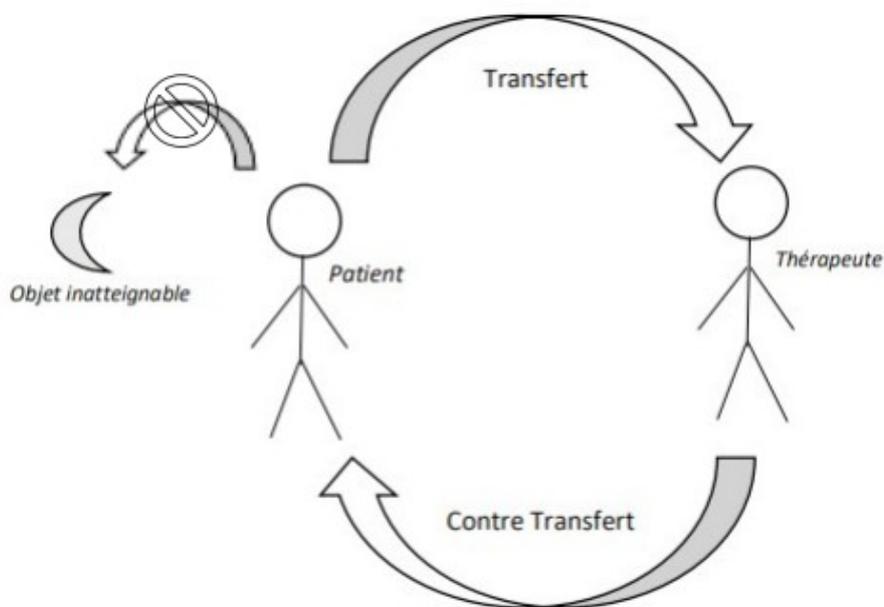
du patient ou ce qui provient du thérapeute. En ce qui concerne l'interaction entre les deux, il est intéressant de se référer au principe de résonance, que nous verrons ultérieurement.

Voici un dernier exemple, toujours issu de la pratique de H. Brunshwig, qui relate différentes expressions de ce processus contre-transférentiel.

Une autre de mes patientes m'a ainsi mise en face d'un de mes problèmes. Au cours d'une séance, elle m'a dit : « J'ai beaucoup de soucis d'argent ». J'ai immédiatement pensé : « Je la fais payer trop cher ». Au lieu de la laisser parler de ce problème, étourdimement, je lui ai rétorqué : « Vous savez, si vous trouvez que je vous demande trop cher, je pourrais baisser mes prix - Ah ! je savais bien que vous n'étiez pas claire avec l'argent... » a-t-elle répondu. Ce qui était parfaitement vrai. Je lui ai donc dit la fois suivante : « Vous savez, quand vous m'avez dit que je n'étais pas claire avec l'argent, vous avez mis le doigt sur ma difficulté à faire payer mes patients... Je préfère que l'on puisse en parler de façon à ce que mes problèmes ne pèsent pas sur vous ». A ce moment elle a éclaté en pleurs, en me disant : « Vous êtes la première personne à me dire que vous ne voulez pas peser sur moi, tout le monde a l'habitude de me coller des fardeaux sur le dos, je me sens comme sous le poids d'une pierre tombale, sans pouvoir la soulever. » En ne passant pas sous silence mon erreur et en analysant mon contre-transfert devant ma patiente, j'ai pu entraîner toute une chaîne de réactions verbales très importantes chez elle. De plus, j'ai pu lui montrer que cette culpabilité qu'elle avait provoquée chez moi, elle l'induisait aussi chez d'autres personnes et que d'une certaine manière, elle suscitait ce poids qui l'écrasait. (Brunshwig, 2001, p. 93).

Afin de synthétiser ces notions de transfert et de contre-transfert, voici un schéma récapitulatif. L'objet peut être inatteignable pour plusieurs raisons. Il peut l'être par exemple, car le patient a dénié ses ressentis à son égard, ou bien ne peut agir dessus parce que trop ancien. Le contre-transfert naît de ce que le patient fait éprouver au thérapeute, que ce soit à partir du transfert ou non.

Le transfert et le contre-transfert en thérapie



I.4 - Le principe de résonance

Le principe de résonance est un principe qui étudie les phénomènes transférentiels d'une façon moins linéaire que le transfert et le contre-transfert. Ce terme, introduit par le psychothérapeute et psychiatre M. Elkaim en 1989, provient de sa pratique de thérapie de couple. Il le généralisera ensuite à tous les couples, notamment au couple patient / thérapeute qu'il observe dans sa pratique de superviseur.

Le concept de résonance est un concept systémique et circulaire : il insiste sur la fonction du vécu d'une personne pour les membres du système humain auquel elle participe. On pourrait imaginer la résonance comme un iceberg dont la partie visible au-dessus de l'eau s'apparente au contre-transfert, au lien entre le passé d'une personne et son vécu à un moment spécifique. La partie la plus importante de cet iceberg est celle qui se trouve au-dessous de la ligne de flottaison. Elle représente la fonction du vécu de cette personne en tant que renforcement et « protection » des constructions du monde, des croyances profondes des membres du système humain auquel elle appartient ; il s'agit d'ailleurs non seulement de protéger les constructions du monde de ceux qui l'entourent mais aussi les siennes propres. Par ailleurs, cette fonction a comme propriété d'amplifier un élément de notre histoire, une croyance qui nous est propre. (Elkaim, 2010, p. 1).

Le phénomène de résonance impliquerait que nous percevons notre environnement à travers notre vécu et nos croyances, et que nous les enrichissons en fonction de ce que nous voulons percevoir. L'individu fait en sorte de valider ses croyances pour que le monde soit vécu d'une façon constante et logique. Il peut ainsi anticiper et comprendre l'environnement qui l'entoure grâce à des règles et une logique qu'il a construites sur des faits plus ou moins valides au cours de sa vie. Chaque individu porte en lui ce que M. Elkaïm appelle *carte du monde*. Le terme de « carte » désigne un référentiel sur lequel on se base pour se repérer, s'orienter et se déplacer. La *carte du monde* est donc un référentiel interne et propre à chacun, qui guide l'individu dans sa compréhension des relations et du monde en général.

Lorsque deux individus se rencontrent, ils confrontent leur *carte du monde*. Des éléments de leur carte peuvent rentrer en sympathie, c'est-à-dire, en résonance. Les phénomènes transférentiels sont les véhicules qui transportent les perceptions des deux protagonistes pour alimenter leur *carte du monde*.

Encore une fois, il ne s'agit pas de dénier toute pertinence à l'interprétation contre-transférentielle ; je prétends seulement qu'il faut l'enrichir et la compléter par une lecture systémique qui peut montrer comment un élément lié à l'histoire de l'un ne s'amplifie que dans un contexte où cette amplification a une fonction pour l'autre. Chacun, dans son dos, invite l'autre à une danse qui permet la répétition, et l'art de la thérapie consiste justement à analyser cette invitation, à en reconnaître pleinement la légitimité, à la comprendre et l'accepter... puis à refuser d'entrer dans cette danse, quitte à esquisser les pas d'une autre, plus ouverte au changement.
(Elkaïm, 2004, p. 147)

L'intérêt de la résonance repose donc sur son identification et sa transformation afin de remodeler la *carte du monde*, parfois pathogène, du patient. Mais la complexité même de la rencontre implique une double contrainte : le matériel venant du patient et celui provenant du thérapeute.

Si on l'étudie avec le principe de résonance, le contre-transfert pourrait donc avoir deux rôles : alimenter et rester en cohérence avec le système de croyance du thérapeute, et valider le système de croyance du patient en faisant éprouver des sensations au thérapeute. Ces sensations tendent à engendrer un jugement ou des comportements en cohérence avec ce que le patient pense de son environnement.

Au sein de mes stages, j'ai pu observer des phénomènes de résonance. C'est par exemple le cas de G., petit garçon de 7 ans et 10 mois, suivi à l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) pour un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. On le rencontre dans le cadre d'un bilan psychomoteur où il refuse toute proposition. Malgré les incitations à dessiner, les propositions de petits jeux ludiques, G. se dirige vers d'autres éléments de la salle, repoussant ainsi toute initiative de la psychomotricienne. Il vient me voir avec la trousse de docteur pour me soigner. J'accepte et un jeu symbolique s'instaure. Après avoir testé le tensiomètre sur moi, il me tend le téléphone et me dit d'appeler le médecin (joué par lui-même), me dit qu'il arrive et part à la recherche d'une voiture pour venir. Il dévie, fait le tour de la salle, silencieusement, me fait attendre, et attendre... Nous comprenons qu'il rejoue l'histoire de sa vie d'enfant abandonné. G. attend des nouvelles de sa mère depuis des mois, en vain. De même qu'il ne viendra pas me soigner malgré mes relances.

G. décide ensuite de jouer au père Noël. Tour à tour, nous jouons le père Noël qui apporte des cadeaux au pied du sapin et attend que l'autre se réveille pour le voir découvrir ses cadeaux. Il ne sera jamais satisfait des cadeaux que je lui apporte et me fait beaucoup attendre avant de se réveiller.

La semaine suivante, son éducatrice nous explique que cet enfant la « malmène ». Il se met constamment en danger et si elle parvient à entrer succinctement dans une relation plaisante avec lui, G. agit d'une manière agressive et désagréable pour l'ensemble du groupe. G. valide ainsi inlassablement sa « carte du monde » : que les personnes ne sont pas satisfaisantes pour lui, qu'il ne vaut pas d'être aimé et qu'il sera perpétuellement abandonné. En prévision de cet abandon, G. refuse de se laisser aller dans une relation plaisante et provoque des ressentis négatifs à son égard afin que la scission soit la plus rapide, et donc, la moins douloureuse possible. Nous retrouvons ces observations dans les écrits sur l'enfant abandonnique.

L'abandonnique est dans une quête affective incessante, mais il s'ingénie à tenir l'autre à distance par des attitudes de repli ou d'agressivité. Il passe de l'agitation à l'abattement, en alternance. Il est hyperémotif. Les compliments le paralysent, il les défléchit. Les critiques le mortifient et viennent révéler et amplifier sa déchirure narcissique. (About, 2004, p. 129).

Rapporté au principe de résonance, l'enfant abandonnique valide sa vision du monde avec des comportements déviants, ce qui provoquera un sentiment d'épuisement et de rejet à son égard. Le thérapeute, s'il n'est pas sensibilisé à cette problématique et à ce qui se joue dans la relation, pourrait profiter de l'expérience et de la connaissance d'un superviseur plus averti. Ce lieu lui permettra de se décoller de la relation et d'élaborer une réflexion autour de ses affects envers ce patient pour y porter un regard critique.

L'intervenant éprouve, plus ou moins consciemment, des émotions dans la rencontre avec l'usager, émotions qui le renvoient à sa propre histoire et sont en lien avec ses propres croyances profondes [...] Ainsi, usager et intervenant vont, sans nécessairement le percevoir, effectuer ensemble, l'un entraînant l'autre, une danse répétitive d'émotions et de résonances sans mettre en péril les croyances de chacun. [...] Repérer une résonance s'avère souvent difficile en situation directe, mais cela peut s'interroger lors d'une discussion avec des collègues, d'une réunion ou d'une supervision. (Barthels et al., 2019, p. 139).

Dans le cas de G., la connaissance de la problématique de l'enfant abandonnique éviterait que la résonance ne provoque un contre-transfert négatif, qui confirmerait les croyances du sujet abandonnique, et cristalliserait la relation dans des répétitions du passé. « L'enjeu sera de répondre à l'attitude de l'usager tout en faisant un pas de côté, afin de ne pas y répondre frontalement et d'amener un changement. » (Barthels et al., 2019, p. 139). Lorsque le travail est effectué en équipe, dans une institution par exemple, la mise en évidence que le sujet fait « résonner » son entourage sur la même fréquence, peut amener à questionner la *carte du monde* de l'individu. C'est ce que Pierre Delion a théorisé sous le nom de « constellation transférentielle », notion que nous explorerons ultérieurement.

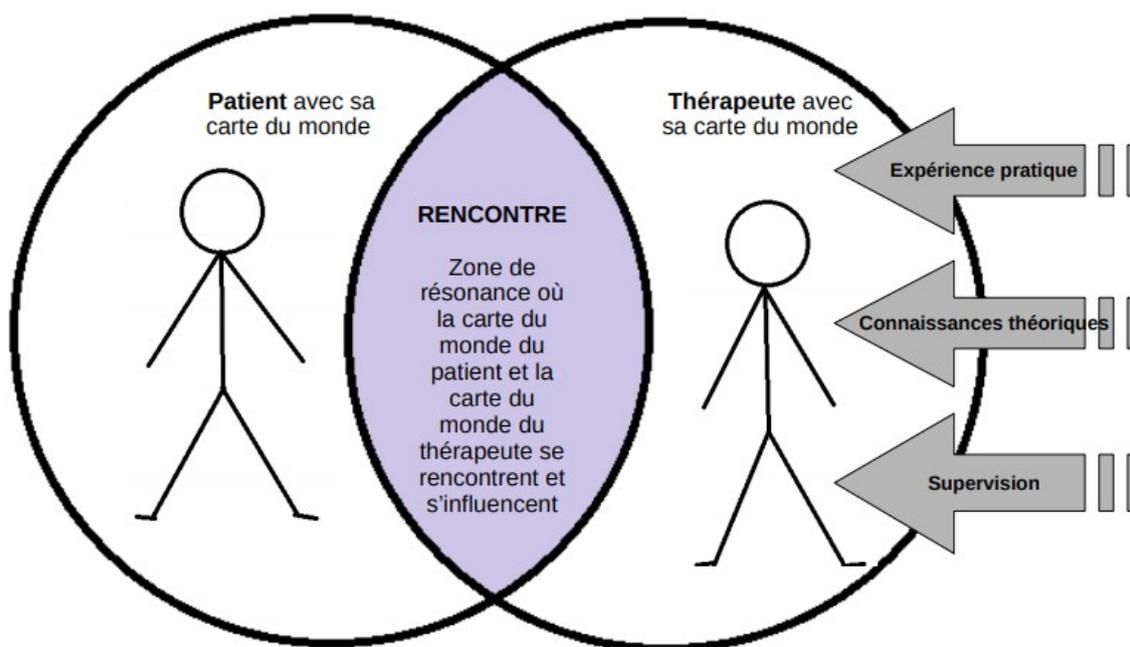
Mon attention est particulièrement retenue par ces différents phénomènes transférentiels. Dans ces situations, la supervision adopte le rôle d'altérvision, d'une autre

vision sur la pratique du thérapeute. Elle offre un lieu où il est possible de mettre en évidence une résonance qui perturbe la neutralité bienveillante du thérapeute, aussi idyllique soit-elle. Le thérapeute aura donc l'occasion d'étudier sa *carte du monde* et de repérer ce qui vient de lui dans la relation, ce qui vient de la *carte du monde* du patient et ce qui vient de la résonance entre les deux cartes.

Le thérapeute doit donc s'efforcer de comprendre son vécu non seulement en le référant à son histoire propre, mais aussi en analysant sa fonction actuelle par rapport au patient, au couple, ou à la famille qui le consulte. [...] On n'a guère le temps, en séance, d'analyser le lien de son vécu avec son histoire personnelle, mais on peut le faire en supervision, ou dans le groupe de collègues avec lequel on réfléchit à sa pratique. (Elkaïm, 2004, pp. 148-149).

Afin d'illustrer le principe de résonance, voici un schéma récapitulatif. La zone de rencontre implique les éléments de la *carte du monde* du patient et du thérapeute qui rentrent en sympathie. Il y a tout de même une asymétrie entre les deux protagonistes du fait de l'apport théorique et pratique du thérapeute. La supervision, les connaissances théoriques et l'expérience professionnelle influencent la résonance avec ce patient et permettent au thérapeute d'apporter un soutien particulier.

Le principe de résonance en thérapie



I.5 - L'empathie

D'après le CNRTL, le mot *empathie* est « composé du préfixe grec *em-*, de *en*, « dans », et de *-pathie*, d'après *sympathie*. Capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve. » (« EMPATHIE : Définition de EMPATHIE » s. d.). Ce concept a été introduit dans le grand domaine de la psychologie par C. Rogers, au sein du courant humaniste, accompagné de deux grands concepts clés : la considération positive inconditionnelle et l'authenticité.

L'empathie se différencie en deux grandes catégories :

- l'empathie cognitive : pouvoir comprendre ce que l'autre ressent, donc indéniablement liée à la théorie de l'esprit¹.
- l'empathie émotionnelle : partager ce que ressent l'autre du point de vue de l'affect.

Le terme d'empathie, de part son origine néologique moderne, souffre d'un manque de consensus. Provenant du terme *Einfühlung* apparu chez les esthéticiens allemands, « pour Vischner, auteur du néologisme (1872), elle signifie le rapport qu'entretient un sujet avec une œuvre d'art, lui permettant d'accéder à son sens. » (Simon, 2009, paragr. 6). Le terme est ensuite traduit par Lipps en anglais, en 1903, pour désigner le sens que nous lui connaissons aujourd'hui.

Pour définir l'empathie émotionnelle, j'ai retenu une description selon quatre conditions :

- Émotion : il faut que le thérapeute soit dans un certain état affectif.
- Similarité : l'état affectif ressenti par le thérapeute est accordé avec l'état affectif du patient. Si le thérapeute comprend l'affect (empathie cognitive) mais qu'il ressent tout autre chose, nous serions dans le cadre de la sympathie.
- Processus : il y a un lien causal entre le ressenti du patient et celui du thérapeute. C'est bien ce que renvoie le patient qui cause l'affect du thérapeute et non le fruit du hasard.

¹ Aptitude cognitive permettant à un individu d'attribuer des états mentaux inobservables à soi-même ou à autrui.

- Attribution : le thérapeute sait que son émotion vient de ce que le patient lui rapporte. S'il ne détecte pas la source de son émotion, alors, il sera dans le cadre d'une *contagion émotionnelle* et non d'une empathie envers son patient. (Vignemont, 2011).

L'empathie est indéniablement présente en thérapie. Cela implique donc que le thérapeute ressent, de manière plus ou moins forte, ce que le patient exprime. Si le thérapeute est empathique face à la situation – parfois extrêmement difficile – et que cette empathie touche sa propre sensibilité, il doit être capable de garder sa place professionnelle pour ne pas se fondre et se confondre dans le malheur de celle-ci. L'empathie en thérapie est donc isomorphe mais dosée à un degré inférieur, supportable pour le thérapeute qui pourra ainsi accompagner le patient sans s'effondrer avec lui. Si le thérapeute « empathie » il n'« en pâtit » pas.

C'est donc sur ce point que le thérapeute peut nécessiter de l'aide. Bien qu'il garde sa posture professionnelle, des histoires peuvent toucher sa sensibilité et il peut ressentir le besoin de recourir à une écoute extérieure.

I.6 - La thérapie d'enfant comme métaphore de la relation maternelle

Dans certaines conditions, le cadre de la thérapie permet de revisiter la relation au premier objet : l'objet maternant². La relation thérapeutique devient alors une métaphore des premières relations du patient à son environnement (relations primaires). En psychomotricité, nous sommes particulièrement exposés à ce phénomène car « certaines modalités relationnelles utilisées par le psychomotricien se révèlent être équivalentes à celles de la mère envers son bébé » (Grégoire, 2019, p. 46). Nous verrons ici les parallèles que nous pouvons faire entre la relation thérapeutique et la relation à l'objet maternant. En effet, même si ce phénomène est particulièrement présent en psychomotricité, il a été plus largement décrit dans la relation en thérapie.

2 J'utilise ici le terme d'objet maternant pour désigner la personne s'occupant de l'enfant de manière privilégiée et alors exerçant la « fonction maternelle » sans obligatoirement être la mère biologique ni être une femme. Pour servir à la clarté de mon propos, il m'arrive d'utiliser le terme de « mère ». Il convient alors de l'entendre dans le sens d'objet maternant.

I.6.1 - L'apport de D. W. Winnicott

Si la relation thérapeutique ne peut bien évidemment pas remplacer la relation maternelle, certains mécanismes de cette relation primaire et privilégiée peuvent étayer la compréhension des enjeux en thérapie. Dans la relation de soin, la préoccupation particulière du thérapeute pour son patient favorise la « régression » et le transfert. Le patient pourra percevoir, plus ou moins consciemment, le thérapeute comme une figure de bon parent. Le thérapeute, en analysant le transfert et sa portée symbolique, pourra ainsi s'en saisir afin de jouer ou rejouer différemment le rôle que lui attribue le patient. C'est dans la pratique psychomotrice auprès d'enfants, que j'ai eu l'occasion d'observer ce transfert des relations primaires au sein de la relation thérapeutique.

L. est une enfant de 8 ans suivie en psychomotricité à l'ITEP. Ma maître de stage l'accompagne dans un jeu avec la médiation sable et je joue le rôle d'observatrice : je reste dans un coin de la pièce, avec mon crayon et mon cahier où je note ce qui se passe durant la séance. L. rentre très vite en rivalité avec moi, une rivalité sororale qui met en jeu l'amour maternel, la figure maternelle étant interprétée par ma maître de stage. Dans son jeu avec le sable, elle verbalise que je suis une adolescente qui construit des châteaux « moches et pourris » qui ne seront jamais aussi beaux que les jolies châteaux de la mère, qui d'ailleurs refuse de m'aider à construire un beau château. En me modélisant avec des tas de sable, L. m'écrase, me déteste, m'insulte et m'aime. L'ambivalence est omniprésente, tant dans son affection pour moi que pour celle de la mère qui est parfois adorée, adulée, puis détestée et insultée. Tour à tour, L. nous fait des châteaux moches ou magnifiques. Elle se situe toujours dans le joli château. Quand nous lui posons la question, la réponse est catégorique, le père est absent (mort ou aux toilettes). Le tiers est sous contrôle et ne peut moduler ses impulsions. Toujours dans une relation duelle, il est inconcevable pour elle que nous habitons à trois dans le même joli château. Elle rejoue ici son histoire d'enfant unique aux parents séparés. Ainsi, son agressivité et son amour ne peuvent être nuancés par un tiers. Lors de notre moment de régulation hebdomadaire, nous avons convenu avec ma maître de stage qu'il fallait un tiers pour cadrer ses pulsions d'amour et de haine. Il me fallait donc passer du rôle de la grande sœur à celui du père, qui gronde lors des insultes de L. et qui

protège de son agressivité contre les autres et contre elle-même.

La carence de tiers vécue au cours du développement de L. a donc pu être exprimée, rejouée et revisitée au sein du cadre sécurisant de la prise en charge psychomotrice.

D. W. Winnicott explique que la dépendance est naturelle dans les relations primaires du nouveau-né à sa mère et est indispensable à la survie du nourrisson car « un bébé [seul], ça n'existe pas » parce qu'« un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation » (Winnicott & Stronck-Robert, 2003, p. 115).

Un peu avant la naissance et dans les premières semaines de vie du nourrisson, la mère est dévouée et préoccupée principalement, voire exclusivement, par les besoins de son bébé, délaissant les préoccupations ne le concernant pas. Ainsi, cette expérience favorise le développement d'un sentiment continu d'exister (notion que Winnicott nommera le *Self*). Cette *préoccupation maternelle primaire* est l'état particulier dans lequel la mère se trouve et lui permet de comprendre les besoins du bébé avant même qu'il ne les exprime. Tous les sens de la mère sont sollicités pour la détection des signaux émis par le bébé. La mère étant dans cette préoccupation particulière est décrite par le terme de *mère suffisamment bonne*. Cette mère peut accompagner le bébé de la dépendance absolue à une dépendance relative et enfin vers l'autonomie. En adoptant le terme de « suffisamment », Winnicott nous indique qu'elle est généralement bonne, mais imparfaite. Elle pourra faire des erreurs et éprouver transitoirement des affects négatifs envers son bébé. À travers la notion de *haine dans le contre-transfert*, Winnicott explique que la mère peut haïr son enfant sans pour autant le rejeter. Ainsi, le bébé peut accepter sa propre haine en percevant que la haine transitoire ne détruit pas l'autre.

Winnicott a également développé les notions de *holding* et de *handling*, notions permettant de comprendre comment cette *mère suffisamment bonne* est en contact avec son nourrisson.

Nulle part ailleurs qu'à propos de *holding* et de *handling* n'est autant perceptible le lien intrinsèque entre la pratique du pédiatre qu'avait été Winnicott et celle de l'analyste. Ce qu'il a été amené, engagé dans la relation transférentielle qu'il ne cessait d'étudier en lui, à transposer dans les cures d'analysants engagés eux-mêmes dans une profonde régression, est la réplique de ce qu'il avait longuement et finement observé des relations entre les mères en état de préoccupation maternelle primaire et leurs nourrissons. (Lehmann, 2007, paragr. 11).

On comprend ici le lien que Winnicott observe entre sa pratique en tant que pédiatre et sa pratique d'analyste. Je me permets donc dans cet écrit d'élargir ce constat aux thérapies autres qu'analytiques, d'autant plus dans les thérapies auprès des enfants où la régression est souvent visible.

Le *holding* désigne la façon dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement par sa mère. Le bébé vit ce portage, tout d'abord par des sensations tactiles, visuelles, olfactives et auditives mais aussi par les sentiments d'amour éprouvés par la mère lorsqu'elle le tient dans ses bras. La *mère suffisamment bonne* sait ce qui est bon pour son enfant et s'adapte aux changements que le développement engendre. Le thérapeute, percevant le besoin de régression du patient, accompagne cette régression à l'image de l'adaptation de la mère à son enfant. « Ces changements et ce savoir sont ceux qui lui permettent de fournir le *holding* nécessaire aux patients tout le temps de la régression. » (Lehmann, 2007, paragr. 13). Si la confiance du patient en son thérapeute permet de rejouer des problématiques anciennes par transfert du bon parent sur ce dernier, la notion de régression est à utiliser avec prudence. La « régression » n'est pas simplement le retour à un stade plus archaïque, car à ce stade antérieur s'ajoute toute l'expérience que l'individu a vécue depuis. Il regarde et revisite ainsi cet ancien temps d'une manière qui n'a pas été possible avant grâce à tout l'éclairage de l'expérimentation qu'il a acquis jusqu'ici.

En ce qui concerne le *handling*, Winnicott entend ici le prolongement du *holding* dans les soins apportés au bébé. Dans le *handling*, la mère apporte des soins à l'enfant dans son entièreté, sans séparation entre la psyché et le soma, un peu à l'image du regard moniste de la psychomotricité.

Cette notion de maternage du patient est délicate et doit être discutée pour repérer quand, dans une dynamique transférentielle de la mère idéalisée, le patient est dans une forte dépendance au thérapeute.

Que le patient identifie son psy (thérapeute ou analyste) à la mère assez bonne, c'est son affaire, l'affaire du transfert, mais que le psy décide d'incarner activement cette figure, de répondre à ce qu'il imagine être l'attente du patient, c'est évidemment autre chose. (André, 2011, p. 36).

Le thérapeute devra alors percevoir si accepter le rôle que le patient lui attribue est favorable pour la thérapie et s'il est prêt à emprunter ce rôle. Dans le cadre d'une forte dépendance du patient, le thérapeute doit rester vigilant à ne pas le brusquer dans un changement ou une séparation trop brutale. Lorsque le patient sera prêt, le praticien pourra l'amener dans un changement progressif vers une dépendance relative, puis une autonomie. Le cheminement vers l'autonomie est fondamental car le professionnel doit être conscient qu'il ne pourra combler les manques de son patient mais l'aider à vivre avec. Tous les signes sont importants à percevoir et à élaborer. Lorsque le thérapeute exerce en institution, cette notion de dépendance du patient et de juste distance peut être discutée en équipe. L'équipe pourra alors aider une séparation progressive quand elle est nécessaire. En pratique libérale, il sera profitable – voire indispensable – de bénéficier d'un apport extérieur comme celui d'une supervision.

De plus, être atteint de cette *maladie normale* – pour reprendre les mots de Winnicott – qu'est la *préoccupation maternelle primaire* requiert un effort particulier. « Ce vocabulaire tiré de la psychopathologie souligne le travail psychique nécessaire de la mère pour mettre sa sensibilité et sa pensée au service d'une relation avec un petit être complètement dépendant et qui n'a pas encore accès au langage. » (Di Rocco, 2011, p. 9).

Si une analogie est possible entre la relation thérapeutique et la relation à l'objet maternant dans la prise en charge du patient, et que la *préoccupation maternelle primaire* requiert un travail pour la mère, nous pouvons ici comprendre que le thérapeute aura également tout intérêt à élaborer une réflexion autour de cette relation. Une supervision

permettra par exemple d'éclairer le stade de dépendance du patient au thérapeute. Il pourra alors bénéficier d'un apport afin de porter psychiquement le patient à travers un *accordage affectif* optimal – pour reprendre les termes de D. Stern. C'est parfois ce qu'on peut observer lorsque, la séance suivant la supervision, un changement soudain apparaît dans le comportement du patient, sans que rien ne soit dit explicitement à celui-ci. Le portage psychique extérieur à la séance a donc certainement un rôle dans le changement, « le patient ne peut donc qu'être influencé par les effets de la supervision même s'il en ignore tout. » (Delourme et Marc 2007, p. XXXII).

De surcroît, nous pouvons nous demander si le *holding*, qui est influencé par le transfert, le contre-transfert et le principe de résonance, n'est pas également influencé par la manière dont le thérapeute a lui-même été porté – psychiquement et physiquement – dans ses propres relations primaires. Ce serait alors grâce à un travail personnel en amont que le thérapeute pourrait questionner ses qualités de *holding* à travers son propre vécu.

C'est dans le phénomène de *transparence psychique* que la mère effectue naturellement cette introspection.

I.6.2 - De la transparence psychique de la femme enceinte à la transparence psychique du thérapeute

La venue d'un enfant est une étape particulière, elle demande une grande préparation pour offrir une disponibilité nécessaire à son développement. Je me permets ici d'établir un parallèle entre la préparation de la mère à accueillir son enfant et celle du thérapeute pour prendre soin de ses patients. Le travail psychique que la mère doit effectuer pour l'accueil du nourrisson est réalisé durant la grossesse. (Raynaud, 2020).

La femme enceinte est dans un état de *transparence psychique*, ses émotions et ses conflits refoulés émergent lors de la grossesse. Ce phénomène est expliqué biologiquement par une modification du fonctionnement du système endocrinien – un peu à l'image de la puberté – et des noyaux gris centraux.

Des chercheurs espagnols ont publié dans *Nature neuroscience* une étude prospective auprès de femmes multipares³, de femmes nullipares⁴ souhaitant devenir mères pour la première fois et d'un groupe témoin de vingt femmes nullipares sans désir d'enfant (Hoekzema et al., 2017). Ils ont observé que la grossesse entraîne des changements substantiels dans la structure du cerveau, principalement des réductions du volume de matière grise dans les régions de la cognition sociale. Les chercheurs expliquent cela par des changements hormonaux. Lors de la grossesse, la production d'hormones stéroïdiennes augmente considérablement et devient supérieure à celle qu'une femme nullipare produira tout au long de sa vie. Ces hormones étant reconnues pour réguler la morphologie et le nombre de neurones, il n'est pas étonnant que ces modifications entraînent une fluctuation du fonctionnement cérébral. Cette réduction de la matière grise – perdurant au moins deux années post-partum – est prédictive de la relation d'attachement de la mère à son enfant. Le cerveau féminin subit une maturation (ou une spécialisation) du réseau neuronal au service de la cognition sociale pendant la grossesse et notamment celui impliqué dans la théorie de l'esprit. En effet, dans la discussion de l'étude, les chercheurs mettent en avant l'importance de la capacité d'une mère à comprendre et à commenter avec précision les états et processus mentaux de son enfant et d'elle-même. Cette compétence est nécessaire pour sécuriser l'attachement parent-enfant et pour le développement des propres fonctions cognitives sociales de l'enfant. Le réaménagement du volume de la matière grise au cours de la grossesse prédit de manière significative, la qualité de l'attachement mère-enfant, et l'absence d'hostilité prolongée de la mère envers son nouveau-né pendant la période post-partum.

La recherche clinique auprès des femmes enceintes révèle en effet que la grossesse est le moment d'un état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience. Ce phénomène qui, cliniquement, caractérise souvent de graves affections, se présente chez la femme enceinte comme un événement ordinaire. (Bydlowski, 2001, paragr. 2).

Nous retrouvons ici des termes faisant référence à la pathologie mentale comme dans la théorie de Winnicott. Ces remaniements rendent les mécanismes préconscients et inconscients

3 Femmes ayant déjà eu au moins deux enfants.

4 Femmes n'ayant jamais eu d'enfant.

beaucoup plus perméables à la conscience. Ainsi, à l'image des enjeux d'une psychothérapie, des problématiques inconscientes et d'anciens souvenirs peuvent refaire surface.

La future mère a intérêt à vivre cette émergence des souvenirs pour se préparer à prendre soin de son bébé. L'enfant, lors de ses cinq premières années, fonctionnera principalement avec la partie reptilienne de son cerveau ; le cerveau limbique – ensemble des structures cérébrales permettant la gestion et la compréhension des émotions – n'étant pas mature. Les adultes entourant l'enfant devront donc être prêts à accueillir et à décoder les émotions de l'enfant pour l'aider à les intégrer et lui apprendre à les comprendre. Cette période que représente la grossesse, où l'auto-censure de l'inconscient cède, permettrait à la mère de faire le point sur ses problématiques non résolues afin d'être davantage disponible pour accueillir et prendre soin de son enfant.

Si nous reprenons la métaphore du soin thérapeutique et du soin maternel, nous pouvons nous demander comment le thérapeute fait pour effectuer une telle préparation. N'ayant pas de réaménagement cérébral pour la venue du patient, le thérapeute devra se préparer autrement pour répondre à la demande. Bien sûr, les connaissances théorique et pratique constituent un soutien indispensable mais il sera parfois important d'ajouter à cela des supports complémentaires que nous verrons ultérieurement. Ce parallèle comporte nécessairement un biais non négligeable : il s'applique seulement à la mère biologique et non plus à l'objet maternant décrit précédemment. Loin de moi l'idée d'exclure les objets maternants possibles autres que la mère biologique mais ce phénomène physiologique est, je pense, reflet de l'importance d'un travail sur soi pour prendre soin d'autrui et pour développer une disponibilité maximale.

I.6.3 - La fonction de contenance et la barrière de contact

Si le thérapeute prend soin du patient dans un *holding* et un *handling* pouvant être comparable à celui de l'objet maternant, il est également dans une dynamique de contenance similaire (Bion & Robert, 1979).

Comme dit précédemment, l'enfant naît néoténique et ne peut survivre sans adultes pour prendre soin de lui. Ses capacités intellectuelles ne lui permettent pas de comprendre son environnement. Les sensations internes et externes sont perçues de manière trop brutes pour être élaborées. Bion nomme ces *impressions des sens* : *l'écran élément bêta*. Ces éléments non-symbolisés ne peuvent être refoulés ni mémorisés et ne peuvent qu'être évacués. L'évacuation de ses *impressions de sens* se fait par des décharges motrices sans valeur de communication. En fait, ils prendront une valeur de *communication inconsciente* par identification projective des sensations brutes et désorganisatrices (Bronstein & Hacker, 2012). Pour que ces éléments bruts soient accessibles à la pensée, la *fonction alpha* « transforme les impressions des sens liées à une expérience émotionnelle en éléments-alpha qui s'assemblent à mesure qu'ils prolifèrent pour former la barrière de contact » (Bion & Robert, 1979, pp. 34-35). Lorsque la *fonction alpha* ne peut s'exercer, les éléments *bêta*, trop bruts pour être pensés et pour passer la *barrière de contact*, sont alors ressentis comme une émotion terrible et impossible à symboliser. L'intensité de l'excitation augmente alors et l'évacuation devient de plus en plus violente (Bronstein & Hacker, 2012). Afin de ne pas atteindre le point de rupture où le bébé ne pourra plus évacuer autrement ces éléments *bêta* qu'en troubles psychosomatiques, un objet maternant devra l'accompagner pour digérer ses éléments *bêta* en éléments *alpha* et de ce fait, servir de *fonction alpha*.

Ainsi, l'objet maternant prête en quelque sorte son psychisme pour exercer la *fonction alpha* encore immature du bébé. L'objet maternant doit donc être disponible et lui-même disposer d'une *fonction alpha* opérante afin de digérer les éléments que le bébé projette. En effet, « la mère doit avoir elle-même une barrière de contact perméable qui lui permet de distinguer réalité intérieure et réalité extérieure et de ne pas se sentir submergée par ses propres impressions sensorielles non élaborées, ni par ses propres angoisses catastrophiques. » (Bronstein & Hacker, 2012, paragr. 28)

C'est une des fonctions que le thérapeute peut être amené à exercer auprès du patient qui est en manque de symbolisation et ne peut intégrer ses sensations brutes, voire archaïques en représentations. Le thérapeute devra assimiler ces projections brutes, les contenir, les digérer et les exprimer de manière moins insupportable pour que le patient puisse les incorporer en élément *alpha*. Le thérapeute cherchera à conscientiser ces décharges motrices afin d'aider le patient à les symboliser, ou pour mieux comprendre ses problématiques. Cette

capacité à décrypter les expressions *bêta* est d'autant plus importante en psychomotricité, où la relation psychocorporelle permet une observation globale des dynamiques physiques du patient.

H. est un enfant de 7 ans que je rencontre en prise en charge avec la médiation sable. Il est petit, chétif et nous fait penser à un petit oiseau tombé du nid. Sa mère l'élève seule, elle n'a plus de contact avec ses propres parents depuis la grossesse de H.. La rupture relationnelle avec ses parents a été provoquée par cette grossesse hors mariage.

Ma présence le perturbe beaucoup et il me donne l'impression que mon regard le persécute. La présence de la stagiaire dans le rôle de l'observatrice paraît être très inquiétant pour lui. Cette année, il parvient à dépasser en partie sa gêne, il peut se soumettre à mon regard et joue sans se cacher derrière ma maître de stage. Malheureusement, nous avons dû arrêter la prise en charge en février car H. va désormais à l'école le jour de notre rendez-vous. Nous décidons de réaliser une dernière séance pour que je puisse lui dire au revoir. Quand nous arrivons le chercher, H. est très agité. Nous échangeons avec lui et son éducatrice sur la nouveauté de l'école et les changements que cette scolarité partielle va impliquer pour ses soins. Il sautille sur sa chaise et son excitation ne peut être contenue, s'exprimant par de fortes stéréotypies motrices de mains et de doigts. Il rigole nerveusement et devient hypertonique dans un mouvement perpétuel. La séance lui permet de calmer un peu son agitation, même s'il paraît très préoccupé et que les stéréotypies persistent. Lors du rhabillage, il nous dit « ma mère, quand elle était petite, elle avait une maman elle aussi ».

Ainsi, dans cette angoisse extrême d'être à l'école, se cache la question de grandir, et potentiellement de perdre lui aussi sa maman. H. exprimait dans tout son corps, de manière désorganisée l'idée insoutenable et impossible à intérioriser que, quand on devient grand, on perd sa mère. La prise en charge lui a permis de nous exprimer verbalement des fragments de son angoisse. Les adultes peuvent donc disparaître et les choses peuvent changer brutalement sans crier gare. Nous prenons un petit temps pour verbaliser le fait que quand nous devenons adultes, nous pouvons toujours avoir une maman, mais que sa grand-mère maternelle n'a pas pu s'occuper de sa mère pour des raisons exceptionnelles.

Quand nous le ramenons, nous expliquons à l'éducatrice ce qui s'est dit. Pendant cet échange, H. se blottit sur les genoux de son éducatrice et prend la position d'un fœtus, dans une détente encore jamais observée jusqu'alors, comme un bébé repu.

Ainsi, H. nous a exprimé corporellement, par de nombreuses décharges motrices, une angoisse de type bêta, non élaborée et brute. Il a alors été nécessaire de la recevoir, de la contenir durant la prise en charge, d'en identifier la nature, de la décrypter et de lui renvoyer ce que nous en avons compris.

Cette vignette clinique est un exemple dans lequel la compréhension des éléments *bêta* n'a pas nécessité de tiers pour la contenance et le décryptage de ceux-ci. Or, il est parfois indispensable de faire appel à la connaissance d'une personne plus avisée et extérieure à la situation pour comprendre la signification de ces décharges motrices et ainsi, de *penser les pensées* du patient. De plus, contenir des éléments *bêta* peut s'avérer difficile pour le soignant. En effet, quand la symbolisation est impossible, le thérapeute reçoit alors ces éléments bruts mais peut seulement les contenir sans pouvoir les digérer. Que fait-il alors de cette « indigestion » ? C'est à mon sens notamment ici que des démarches, telles que la supervision, peuvent se révéler indispensables.

I.7 - Conclusion sur les processus en jeu dans la thérapie

La pratique psychomotrice est différente de celle d'un psychanalyste ou d'un psychologue. Cependant, les processus transférentiels et de résonance sont présents dans la clinique du psychomotricien. Le psychomotricien est engagé physiquement dans la relation, faisant alors écho aux relations primitives de l'individu. En plus des mécanismes transférentiels verbaux et paraverbaux à l'œuvre dans toutes les thérapies, les composantes non verbales de la pratique psychomotrice enrichissent-elles le transfert ? Si les processus transférentiels ne sont pas quantitativement plus présents en psychomotricité, les liens protéiformes de l'alliance les exacerbent-elles ? Les complexifient-elles ?

II - Les spécificités de la relation en psychomotricité

La psychomotricité est un métier de relation où le professionnel se met en jeu, voire en scène afin d'accompagner un patient en mal d'être. Le psychomotricien rejoint le sujet où il se situe afin de questionner et de visiter des étapes ou facettes du développement psychomoteur non expérimentées, non résolues ou dégradées. Le psychomotricien s'appuie sur ses connaissances théoriques du développement psychomoteur et s'adapte au patient qu'il rencontre. Cette capacité d'adaptation requiert un sens aiguisé de l'observation, une sensibilité particulière dans la rencontre et une disponibilité optimale. L'exercice du métier de psychomotricien nécessite une implication physique et psychique, les deux étant en permanente influence. Le praticien est donc un outil nécessaire de la prise en charge psychomotrice, outil qui est forgé lors de sa formation, puis aiguisé lors de sa pratique. Même si le psychomotricien est formé pendant ses études, c'est une personne avec un vécu, un environnement, des problématiques personnelles, ... Comme le dit Audrey Decreuse dans son mémoire : « notre identité professionnelle est intimement liée à notre identité personnelle car nous devons prendre soin de l'autre mais prendre soin de l'autre à travers ce que nous sommes -notre observation, notre sensibilité, notre compréhension, notre singularité. » (Decreuse, 2017, p. 8)

La complexité de la relation thérapeutique est alors à son comble dans les thérapies psychomotrices. Le psychomotricien propose un cadre de rencontre et une médiation qui sont indéniablement le reflet de sa subjectivité et de son propre vécu. De plus, par son implication psychocorporelle, le psychomotricien s'expose davantage aux phénomènes transférentiels.

II.1 - L'implication psychocorporelle du psychomotricien

La psychomotricité se différencie des psychothérapies par l'implication psychocorporelle du professionnel. Le psychomotricien et son patient se rencontrent pleinement par le regard, la parole, le toucher, la posture. Les expériences corporelles proposées en séances viennent faire écho à certains vécus archaïques du patient. (Grégoire, 2019, p. 46).

La spécificité de la psychomotricité repose sur le soin à travers les corps en relation. Cela nécessite donc la présence de deux personnes : le patient et le psychomotricien. La présence et l'implication tant physique que psychique du psychomotricien est indispensable à la dimension thérapeutique de la relation. Deux conséquences découlent de cette relation particulière. Premièrement, le psychomotricien s'expose davantage aux phénomènes transférentiels, il peut se retrouver face à ses propres problématiques et reçoit mentalement et physiquement les difficultés du patient qui peuvent toucher sa sensibilité. Deuxièmement, la relation étant la rencontre entre deux subjectivités, plus il a exploré ses propres particularités, dans une sorte de *transparence psychique* – et physique – plus il comprendra ce qui provient du patient ou ce qui rentre en résonance avec sa propre histoire psychocorporelle.

II.1.1 - La disponibilité psychocorporelle

La première condition à l'implication du psychomotricien est sa disponibilité psychocorporelle. (Mongabure, 2015, p. 34). Cette disponibilité implique que le professionnel soit présent psychocorporellement avec le patient et qu'il ne soit pas limité par des préoccupations externes à la relation.

Pour cela, il ne peut certes pas faire l'impasse d'une connaissance de lui-même dans son corps, sa sensorialité, sa réceptivité corporelle à l'autre mais, presque plus important encore, il doit s'intéresser à ses propres cheminements internes qui lui ont permis de tisser des liens, en lui, entre les deux niveaux de symbolisation. (Potel, 2015b, p. 38).

Cette disponibilité est influencée à la fois par des facteurs internes, intimes au praticien et des facteurs provenant de son environnement (Mongabure, 2015, p. 35). S'il ne peut avoir une influence sur toutes les sources d'altération de sa disponibilité, il doit l'optimiser en se plaçant dans la disposition la plus favorable à l'écoute du patient.

Une des spécificités du psychomotricien est qu'il accompagne et guide le patient dans ses activités en étant co-acteur de la scène. Le psychomotricien doit être à la fois impliqué psychocorporellement dans la scène et élaborer sur ce qui s'y passe pour mettre un sens, une

signification aux agissements du patient – et ainsi servir de *fonction alpha* à celui-ci. Le psychomotricien est alors pratiquement constamment dans cette double tâche d'action et de réflexion. Même si cette disponibilité utopique peut parfois être atteinte, le psychomotricien devra mettre de l'après-coup à la séance, la penser et la repenser une fois qu'il s'en est soustrait. C'est tout l'intérêt de la prise de notes, d'une supervision, d'une régulation entre les co-thérapeutes dans les situations de co-thérapies, d'un groupe d'analyse des pratiques... « l'interséance, ces moments où l'on met en mots, où l'on élabore bien souvent du non-verbal. [...] Ceci demande une quantité d'énergie considérable, mais nous sommes garants de cette élaboration. » (Ballouard, 2006, p. 186).

II.1.2 - Le dialogue psychocorporel

Le psychomotricien, en étant disponible psychocorporellement dans une écoute et une observation particulière, se place dans les meilleures dispositions afin d'être dans un dialogue psychocorporel avec le patient.

C'est à l'image du *dialogue tonico-émotionnel*⁵ que le psychomotricien, apprend, au cours de sa formation initiale et de sa formation continue, à détecter les manifestations tonico-émotionnelles de son patient, les signes et le dialogue qui s'instaure dans la rencontre entre celles-ci.

Dans le cadre de mon stage, je passe des bilans psychomoteurs aux adolescents de l'ITEP. C'est à V., 16 ans, que je passe le premier bilan de manière autonome. En l'attendant dans la salle, je me rends compte de mon appréhension, j'installe le matériel et je m'assois au bureau, prends un moment pour me mettre en condition et V. arrive. Entre deux épreuves, je dis à V. – que je sens pris dans la précipitation des épreuves – « prends ton temps, respire ». À ce moment, V. me regarde et me dit « quand tu dis « respire », tu parles à moi ou à toi ? ».

5 Le dialogue tonico-émotionnel est un échange émotionnel entre deux personnes par le biais d'un état tonique particulier.

À cet instant, je prends conscience que l'agitation n'est pas seulement la sienne et que je suis dans un tonus élevé, préoccupée par le fait de ne rien omettre. Ses paroles m'ont fait sourire et j'ai pu ensuite, grâce à cette prise de conscience, continuer la passation du bilan de manière plus détendue.

Le psychomotricien doit alors emprunter un état tonique le plus adapté possible à la rencontre avec le patient. Le tonus étant la *toile de fond des émotions* et une émotion n'étant pas contrôlable, le tonus ne peut être maîtrisé comme on maîtriserait la parole. Si aucune maîtrise n'est possible, il est important d'avoir conscience de son état émotionnel. Le psychomotricien renvoie une information de son état interne et capte l'état interne du patient.

C'est donc dans une compréhension et une expression authentique – à comprendre à travers *l'authenticité du thérapeute* théorisée par C. Rogers – que le psychomotricien peut exprimer verbalement son état interne pour éviter toute ambiguïté d'interprétation de ce qu'il peut renvoyer au patient. Dans l'exemple clinique ci-dessus, la réponse la plus authentique est d'expliquer que, passant pour la première fois un bilan psychomoteur toute seule, je suis nerveuse par peur d'omettre un détail de l'évaluation.

Pour une expression authentique de nos émotions, la condition *sine qua non* est d'en avoir conscience. Le psychomotricien a alors tout intérêt à bien se connaître pour comprendre ses expressions psychocorporelles et pouvoir les expliquer, quand cela est nécessaire, au patient.

L'état émotionnel du patient est donc perceptible à travers son expressivité, notamment par son expression tonico-émotionnelle. Le psychomotricien, formé à l'écoute des manifestations psychocorporelles du patient, capte toutes les informations pertinentes, par le regard, l'écoute, l'odorat, le toucher ou par ce que le patient lui fait éprouver dans son propre corps (nous reviendrons sur ce dernier point à travers la notion du *contre-transfert corporel*). Pour décrire cette sensibilité particulière du psychomotricien aux manifestations toniques du patient, V. Defiolles-Peltier parle d'*empathie tonique* comme « une sensibilité plus aiguë aux

modifications tonico-émotionnelles de l'enfant qui, par des ajustements, favorise le dialogue tonique. » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 137).

Un dialogue psychocorporel s'instaure ainsi entre le psychomotricien et son patient, les deux corporités⁶ s'influencent l'une l'autre. Je pense que c'est à travers le toucher, modalité spécifique au psychomotricien, qu'il est le plus exposé à ce dialogue fait de « toutes petites choses » (Potel, 2010, p. 429). D'autant plus que la sensation tactile favorise l'émergence de sensations éminemment archaïques.

II.1.3 - Le toucher comme vecteur transférentiel

La réflexivité de la peau précède probablement toutes les autres puisque, d'emblée, dès que l'on touche, on est touché par ce que l'on touche, et c'est seulement dans un temps second que ce couplage entre la position active (toucher) et la position passive (être touché) s'organisera au niveau des autres sensorialités (voir / se voir, entendre / s'entendre, sentir / se sentir, goûter / se goûter). (Golse, 2015, p. 11)

Le toucher est le premier sens qui se développe in-utéro, il se développe dès la sixième semaine de gestation. Les recherches ont mis en évidence, notamment par échographie, que les pressions sur l'abdomen de la mère, les mouvements de la mère ou les contacts par le jumeau en cas de grossesse gémellaire, provoquent des réactions motrices du fœtus. Ces réponses motrices soutiennent le développement neuromusculaire nécessaire à la coordination des mouvements. Les expériences vécues durant la vie intra-utérine ont une incidence sur les préférences sensorielles dès la naissance du nourrisson. Ces faits sont la preuve que nous gardons en mémoire corporelle les événements intra-utérins. (Busnel & Heron, 2010)

Par la suite, le toucher représente le sens le plus développé à la naissance. Le nouveau-né possède une densité de récepteurs tactiles égale à celle de l'âge adulte. (Segond, 2008). Ces éléments mis en avant par les recherches ont permis de prendre soin des nourrissons

6 Pour Françoise Giromini : « la corporité est le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel. » (Giromini, 2019, p. 21).

désormais reconnus comme sensibles au toucher et à la douleur. Toute expérience vécue corporellement s'imprime dans cette mémoire corporelle de manière non-consciente. L'individu porte donc en lui une histoire psychocorporelle dont il a plus ou moins conscience. Cette mémoire comporte le toucher mais également le portage, alliant *holding* et *handling*. D'autant plus que « toucher, c'est en quelque sorte « porter l'autre » vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet. Quand un psychomotricien touche un patient, même s'il est très attentif à la technique, il ne peut ignorer cette charge symbolique inconsciente, émotionnelle qui est à l'œuvre. » (Potel, 2010b, p. 125). Au sein du toucher, impliquant deux personnes, réside donc la rencontre entre deux histoires intimes.

Le psychomotricien, dans sa pratique, peut être amené à toucher. Le toucher au sein des séances de psychomotricité est alors à aborder avec précaution. Il peut provoquer à la fois apaisement, reviviscence ou excitation. « Parler du toucher, c'est donc forcément s'ouvrir à une réflexion beaucoup plus large sur les interdits, les frontières et les limites entre soi et l'autre, la symbolisation, la parole qui garantit l'existence, et enfin les sentiments. » (Potel, 2010b, p. 128). Le psychomotricien doit pouvoir mettre du sens à son intention en amont et pouvoir réfléchir à ce qui s'est joué en aval. Le toucher n'est jamais anodin tant pour le patient que pour le psychomotricien. Une supervision pourrait alors soutenir cette réflexion.

J., une adolescente nouvellement arrivée, questionne beaucoup. Son anamnèse indique un climat familial maltraitant qui a abouti à un placement judiciaire avant ses un an, elle vit actuellement en foyer.

Depuis qu'elle est arrivée, J. se présente avec des postures étranges et des décharges motrices qui interrogent tout de suite (inspirées de combats japonais). Elle peut terroriser ses pairs lorsqu'elle se sent en danger. Au début, J. ne touchait pas, elle mimait des coups quand elle se sentait dépassée mais ne tapait pas vraiment. Il y a eu arrêt soudain de menace de coups, elle s'est alors mise à faire des câlins aux adultes d'une manière très, trop forte. Elle comprime le ventre avec une telle force qu'il n'est alors plus possible de respirer. Malgré la situation sanitaire ne permettant normalement pas de contact physique, il a été convenu institutionnellement que ces contacts (interprétés comme affectueux), soient acceptés selon le ressenti de chacun. Depuis ce changement de comportement, J. peut faire peur à certains adolescents en les tapant réellement

dans le « jeu ».

Nous recevons J. en prise en charge psychomotrice. Un cadre très strict est posé dès le bilan psychomoteur. Elle y adhère vite mais il faut être extrêmement prudent à ne pas trop la contrarier et à doser les excitations car elle a des réactions difficiles à anticiper, potentiellement agressives. Nous marchons alors sur des œufs, nous nous adaptons sans cesse à ses réactions tout en maintenant un cadre précis et argumenté. Une des règles fondamentales de cette prise en charge est l'interdiction du toucher sans accord. Un toucher peut être permis s'il est accepté et que le sens est discuté en amont. Personne n'est autorisé à toucher l'autre sans s'être au préalable assuré de son autorisation. J. se permet donc de refuser le toucher, ce qui paraît être une donnée très sécurisante pour elle. Les contacts de J. sont-ils alors réellement affectueux ?

C'est grâce à l'expérience et à la réflexion permanente de ma maître de stage que j'ai ainsi compris l'importance d'une élaboration profonde avant d'user du toucher.

Dans une interview, A. Lauras-Petit parle de son expérience du toucher au sein de la relaxation Sapir. Pour elle, la relation transférentielle dans le toucher est très puissante, elle va jusqu'à exprimer un « vécu dont les patientes se défaussaient sur [elle] » (Boutinaud, 2014, p. 10) et explique que de recevoir ces projections et de les accepter n'est pas chose facile. En effet, la réflexivité du toucher implique que le praticien soit aussi touché, et « être touché » contient un double sens : le sens de toucher physiquement et de toucher psychiquement, émotionnellement. Le psychomotricien peut alors être touché, de par son empathie et son implication, par les difficultés du patient. Il doit rester suffisamment flexible pour montrer son empathie face à la problématique du patient mais également suffisamment solide pour l'accompagner. A. Lauras-Petit décrit des manifestations très archaïques dans la pratique du toucher. Pour sortir de ce que le toucher peut provoquer, l'expérience et la recherche de théorisation lui ont permis de se distancier de ces éléments transférentiels massifs. « C'est un travail que l'on ne peut pas faire sans garde-fou, sans supervision et sans avoir bien évidemment soi-même l'expérience d'être touché dans un cadre thérapeutique. » (Boutinaud, 2014, p. 21).

Le toucher est un vecteur transférentiel puissant à utiliser avec prudence, auquel il faut réfléchir en amont et mettre de l'après-coup. Mais c'est également une médiation très

intéressante pour le psychomotricien, qui lui offre alors des informations supplémentaires sur l'écoute psychocorporelle du patient et permet d'enrichir le dialogue psychocorporel avec celui-ci. « Dans toute médiation corporelle, mais surtout dans le toucher, il y a une vibration, une contagion relationnelles qui vont permettre au psychomotricien d'ajuster son propre tonus aux mouvements tonico-corporels et émotionnels de l'enfant. » (Sarda, 2002, paragr. 6).

Les modalités de rencontre du psychomotricien avec ses patients sont différentes des autres thérapies : prise en compte du toucher, du mouvement, du tonus, de la proximité et des grandes fonctions psychomotrices. Mais alors, qu'entendons-nous par « transfert » et « contre-transfert » en psychomotricité ?

II.2 - Le transfert et le contre-transfert en psychomotricité

Les phénomènes transférentiels, présents dans toutes relations thérapeutiques, s'expriment en psychomotricité. « La notion de transfert a largement franchi la limite de la situation qu'est l'analyse pour imprégner le champ de la thérapie psychomotrice. » (Moyano, 1994, p. 1). Cependant, sont-ils différents en psychomotricité et en analyse ?

II.2.1 - Quel transfert en psychomotricité ?

La notion de transfert est désormais régulièrement utilisée mais nous avons tendance à oublier que cette notion a été théorisée pour des patients névrotiques, ayant élaboré un contenant psychique. En psychomotricité, la différence fondamentale est que les patients sont souvent souffrant « d'une mauvaise adaptation dans le réel des fonctions psychomotrices en voie de construction [ou de dégradation]. Cette mauvaise adaptation est la résultante d'une faiblesse de base du contenant psychique, qui devient alors le lieu du travail thérapeutique. » (Moyano, 1994, p. 8). Le psychomotricien servira transitoirement de contenant psychique, à l'image de la contenance théorisée par Bion décrite précédemment. Le patient ne transfère alors plus (ou moins fréquemment) l'image du bon parent dans le thérapeute mais projette ses propres contenus, impossibles à contenir par carence de contenant. Lorsque nous prenons cette notion en compte dans notre réflexion, il est alors évident que le psychomotricien est comparable à l'objet maternant. Il reçoit les éléments en manque de contenance et fait office

de *fonction alpha* dans une relation étroite de portage psychique et physique. Donc, « le transfert en psychomotricité se joue au fil d'une relation qui part du chaos et de l'irreprésentable pour aboutir à la mentalisation, par l'expérience agie et contenue » (Lauras-Petit, 2001, p. 274). Quand le patient sera autonome dans cette tâche, et quand il aura suffisamment progressé dans ses qualités psychomotrices, ce sera la fin de la prise en charge.

Si le transfert du patient au sein de la prise en charge psychomotrice ne peut être interprété et n'est pas l'objet premier de travail comme en psychanalyse, il représente une information importante pour une lecture clinique plus approfondie des expressions du patient. C. Ballouard considère « le transfert comme indispensable, inhérent à la prise en charge psychomotrice. » (Ballouard, 2011, p. 34). Le psychomotricien peut se retrouver en difficulté face à ces manifestations qu'il ne peut comprendre dans leur dimension symbolique. C'est dans cette situation qu'il fera appel à un tiers externe à la relation pour mettre en sens ce transfert.

De plus, une autre forme de dynamique transférentielle est présente en psychomotricité. De part l'implication psychocorporelle dans la thérapie psychomotrice, ces phénomènes peuvent s'exprimer par des modalités physiques non conscientes de prime abord. « Le transfert corporel, c'est exactement cela. Une expérience a minima qui porte en elle les germes d'une émotion immense, parce que réactivant les traces contenues dans la mémoire du corps. » (Potel, 2015b, p. 113). Il faut être fin observateur afin de développer une sensibilité aux plus petites manifestations expressives corporelles du patient et de soi-même, les noter, y mettre de l'après-coup et pouvoir repérer les récurrences. La tâche du psychomotricien est donc divisée en deux : l'action et la réflexion comme décrit précédemment. Mais en plus, la réflexion est subdivisée en deux : la réflexion sur le patient et sur soi-même. Se rajoute à ces réflexions celle intriquée au sein de l'interaction (parfois dans le phénomène de *résonance*).

II.2.2 - Le contre-transfert corporel

Le *contre-transfert corporel* désigne l'écoute contre-transférentielle du corps des patients. Cette sensibilité nécessite au psychomotricien, avant tout, une qualité de présence particulière à son propre corps. Le psychomotricien est sensible à toutes les informations que

son corps peut lui donner sur ses réactions face au patient : son corps devient alors « un appui pour donner [l']occasion au patient de « faire résider sa psyché dans son corps ». » (Potel, 2015b, p. 35). Cette qualité est préparée lors de notre formation pratique, nous permettant de vivre les médiations corporelles à la fois pour en comprendre les enjeux et pour vivre nos propres éprouvés corporels jusqu'aux canaux de communication primitive. Ainsi, le psychomotricien prête son corps pour permettre l'expression de ce qui se vit dans l'interaction, de manière transitoirement plus fiable que dans celui du patient (Ballouard, 2006, p. 27).

O. est un garçon de 10 ans que nous rencontrons au sein de la prise en charge avec la médiation sable. Les fins de séances sont toujours très longues et il prend un temps considérable à se changer ; il tergiverse, boutonne son pantalon avant de le relever, se fixe dans le miroir et emprunte une hypotonie corporelle générale dans laquelle il se liquéfie sur sa chaise. O. s'enferme à ce moment dans des onomatopées incessantes me rendant mal à l'aise. Il fait des vocalises avec une prosodie de tout-petit, je vois alors un grand garçon qui « fait le bébé ». J'ai noté qu'à ces fins de séances, je me sens gênée. Je me replace régulièrement sur ma chaise, je ressens des sensations d'inconfort corporelle et mon corps devient hypertonique. Je comprends alors que je suis dans un contre-transfert corporel négatif. Pour le dire autrement, O. m'énerve.

Avec ma maître de stage, nous avons eu l'occasion de parler de ces fins de séances en régulation et en supervision. Nous avons mis en commun nos ressentis contre-transférentiels, qui se sont avérés similaires. Avec l'éclairage de notre superviseuse, nous avons pu percevoir cette hypotonie – mêlée à une enveloppe sonore qui ne laisse aucune place à la réflexion – comme une expression corporelle où O. nous signifie son incapacité à se séparer, n'étant pas certain de nous retrouver la semaine suivante car incapable de penser le futur. Il a alors été possible de travailler cela avec lui. Grâce à cet éclairage, nous vivons les fins de séances d'une manière différente. Même si son hypotonie ne me rend pas impassible, je peux rationaliser et comprendre son attitude.

C'est alors à travers une lecture psychocorporelle des manifestations de O. et de nos manifestations que nous avons pu élaborer cela. Il nous a fallu être réceptives au langage corporel inconscient de O. à travers notre propre langage corporel pour comprendre ce que

ce premier signifiait.

Ainsi, à la différence des thérapies à médiation langagière, « notre disponibilité corporelle à être le réceptacle de leurs sensations [des patients] joue pour beaucoup dans notre capacité à contenir la relation. [...] Cette symbiose va progressivement s'orienter vers l'individualisation à partir des manifestations transférentielles ». Alors, ça ne sera « qu'au prix d'une analyse intérieure de notre contre-transfert que nous pouvons repérer ces projections dont le sujet nous pénètre. » (Lauras-Petit, 2001, pp. 272-273). C'est à mon sens en partie cela qui rend la supervision si importante pour le psychomotricien ; il doit mettre en sens ces projections souvent en carence de contenant et parfois décharger le « trop-plein » de ces introjections non-digérées et chargées émotionnellement. La pratique psychomotrice ne pouvant s'exposer à ces introjections sans médiatiser la relation, c'est alors que le choix d'une médiation s'impose.

II.3 - La co-construction dans la médiation

La subjectivité du psychomotricien dans la relation avec le patient s'exprime par ses manifestations psychocorporelles mais également dans ses choix pratiques, que ce soit dans le cadre qu'il instaure ou à travers ses médiations. Il devra ensuite s'adapter à l'utilisation qu'en fait le patient et comprendre la dimension métaphorique qu'il y exprime. C'est pour cela que le psychomotricien doit avoir vécu la médiation, encadré par un expert (au cours de sa formation initiale ou complémentaire). Il doit savoir à quel patient la proposer et doit pouvoir faire des liens théorico-cliniques lors des inter-séances.

II.3.1 - L'espace de la médiation

La médiation, d'après le CNRTL est le « fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses » et désigne, plus précisément en psychologie, le « processus par lequel une connaissance sensorielle se transforme en une donnée intellectuelle » (« MÉDIATION : Définition de MÉDIATION » s. d.). En psychomotricité, la médiation sert d'intermédiaire relationnel entre le patient et le psychomotricien. L'expérience de la médiation permet de

symboliser, de rencontrer et de rééduquer avec douceur. Aujourd'hui, la médiation en psychomotricité comporte « ses théories, ses techniques et ses pratiques [qui] sont enseignées et transmises. Elle fait appel à la liberté et à la responsabilité de chacun en y intégrant la réflexion sur les pratiques et les processus créatifs. » (Giromini, 2012, paragr. 3). Elle permet un espace qui n'est ni celui du thérapeute, ni celui du patient et est ni dans le vrai, ni dans le faux.

Cette notion fait écho à *l'espace potentiel* théorisé par Winnicott. Dans cet *espace de jeu potentiel* du nourrisson, il a l'illusion de trouver-crée grâce à de vraies expériences psychocorporelles au sein d'une réalité spatio-temporelle. Ces expériences, fondamentales pour la construction du sentiment d'exister, sont à différencier de la médiation car elles sont permises par l'absence de l'Autre, l'absence de l'objet maternant. Au contraire, comme nous l'avons vu dans les définitions, la médiation fait tiers à la relation. Très souvent, les enfants sont suivis parce qu'il y a eu des difficultés dans cet *espace potentiel*, où les expériences corporelles ne se sont pas déroulées dans les meilleures conditions. C'est alors à travers la médiation que le psychomotricien offre au patient l'occasion de réaliser ses expériences. Il y a ainsi un « chevauchement d'aire intermédiaire », dans laquelle vont se tisser des liens et se rencontrer deux créativités en relation ». (Potel, 2015a, p. 49). Ensuite, le psychomotricien prend peu à peu des distances en s'ajustant aux progrès du patient dans l'autonomisation à travers la médiation. Les acquisitions que le patient aura fait à travers la médiation pourront ainsi être généralisées dans des domaines de sa vie, extérieurs à la prise en charge psychomotrice.

La médiation n'aura une valeur rééducative et thérapeutique seulement si le psychomotricien l'investit personnellement, d'abord supervisé par une personne experte de cette médiation et qu'il comprend les enjeux de celle-ci. Ensuite, lorsque le psychomotricien la propose au patient, il doit pouvoir élaborer une réflexion théorico-clinique adaptée (Potel, 2010, p. 369). Il doit avoir réfléchi à l'intérêt pour le patient avant de lui proposer cette médiation – par exemple en réunion de projet personnalisé lorsque le psychomotricien exerce en institution – et observer ensuite comment le patient investit celle-ci.

Dans la médiation, il y a alors une part du psychomotricien qui l'a travaillée, l'a réfléchi, qui la propose au patient et la redécouvre avec lui. Il y a aussi une part du patient, qui la découvre et se l'approprie. Tous deux se rencontrent alors dans la co-création de la médiation, au sein de cet *espace intermédiaire*, où des éléments transférentiels et métaphoriques pourront apparaître. Le psychomotricien, étant embarqué dans cet espace intermédiaire, devra réfléchir lors de l'inter-séance à ce que le patient a pu y exprimer.

II.3.2 - De la médiation au médium malléable

Concernant la médiation en elle-même, M. Milner, psychanalyste, peintre et écrivaine introduit le terme de médium malléable. C'est à travers l'observation de ses jeunes patients, manipulant des objets malléables, qu'elle établit l'analogie entre le médium de l'artiste lorsqu'il s'exprime et les modalités de la thérapie (thérapeute et cadre des séances).

R. Roussillon reprend ensuite le terme de médium malléable et y ajoute cinq qualités :

- Avoir une disponibilité inconditionnelle,
- Être prévisible et constant,
- Être transformable et adaptable,
- Être sensible,
- Être suffisamment non destructible.

Le médium malléable transforme les variations de quantités en qualités. La médiation choisie en psychomotricité, pensée comme médium malléable, n'est alors pas le fruit du hasard mais bien une réflexion sur les propriétés qu'elle assume. Le médium malléable doit être élaboré en fonction de ses « propriétés sensorielles qu'il met à disposition du sujet, et ensuite [du] type de pratique clinique qu'il implique. » (Roussillon, 2019, paragr. 8). Cette médiation peut être parlée, revisitée et transformée en supervision pour que le praticien puisse « disposer d'une véritable métapsychologie du médium et de l'utilisation de ses propriétés au sein du processus de symbolisation. » (Roussillon, 2019, paragr. 8). Les patients, par leur originalité de symbolisation individuelle, pourront, par la suite, montrer au psychomotricien

d'autres utilisations et d'autres caractéristiques de la médiation auxquelles le psychomotricien n'aurait pas pensé. Le psychomotricien doit donc être également assez flexible pour percevoir ces nouvelles utilisations, assez disponible psychocorporellement.

On pressent que le clinicien aussi doit être une forme de « médium malléable », qu'il doit réaliser un accompagnement s'ajustant en permanence au besoin du développement de l'illusion, qu'il doit rendre une part de lui « plastique » et transformable en fonction du processus transférentiel auquel il est soumis. (Roussillon, 2019, paragr. 38)

Ainsi, le thérapeute devient cette matière malléable étayant la cohérence interne du patient. Le patient peut effectuer un transfert sur la matière et sur le thérapeute, sans craindre qu'il casse ou disparaisse. Le psychomotricien doit alors trouver ce juste milieu entre la malléabilité et la solidité qui lui permet de ne pas s'effondrer face aux attaques du patient. Il peut s'appuyer sur le cadre ou sur un soutien externe afin d'amortir les agressions du patient. Il est tout de même plus aisé pour le patient de s'exprimer sans limite sur la matière inanimée proposée dans le cadre de la séance car « il est bien évidemment plus facile d'être « sans retenue » avec un médium malléable « matériel » qu'avec la fonction médium malléable d'un clinicien. » (Roussillon, 2019, paragr. 32). La médiation permet ainsi au patient d'exprimer son agressivité sans enfreindre les règles primordiales de la séance (ne pas se faire mal ou faire mal à autrui).

En reprenant les qualités du médium malléable, nous pouvons alors les appliquer en partie au psychomotricien. Le psychomotricien se doit d'être disponible lors de la séance, à l'image de la disponibilité psychocorporelle décrite précédemment. Il ne s'affaire pas à autre chose qu'au patient dont il s'occupe. Cette caractéristique est à respecter au mieux mais des intrusions peuvent faire irruption au cours d'une séance et mobiliser l'attention du psychomotricien en dehors de la séance. Dans le cadre d'une pratique institutionnelle, on peut penser à une situation de crise qui interpelle le psychomotricien. Il n'est alors plus entièrement disponible pour le patient. Dans ces situations de baisse de disponibilité, il est intéressant d'observer les réactions du patient et de pouvoir les réfléchir par la suite.

Le psychomotricien est prévisible et constant. La notion spatio-temporelle est importante dans le cadre des séances de psychomotricité. Quand cela est possible, garder les séances le même jour de la semaine à la même heure est préférable. Un lieu spécifique ou un moment particulier permet de définir le contour spatio-temporel du cadre. Le psychomotricien est prévisible également dans ses réactions et réponses au patient. Les problématiques personnelles n'ont pas lieu d'entraver le travail, même si c'est dans la relation avec le patient que ces problématiques émergent. Si tel est le cas, il faut pouvoir le verbaliser avec le patient – si cela est pertinent – ou bien dans un cadre extérieur à la séance.

Le médium est transformable et adaptable. Je pense que c'est sur ce point que le psychomotricien est expert. Étant donné qu'il doit répondre à la demande de soin tout en tenant compte du patient dans le moment présent, à travers un regard holistique, le psychomotricien est en quasi-permanente adaptation à ce que son patient lui montre.

Au sein de la prise en charge de A., ça fait désormais depuis le début de mon stage que la psychomotricienne et moi-même sommes des héros de Marvel. A., petit garçon pour qui un trouble du syndrome autistique a été diagnostiqué, nous fait inlassablement jouer les mêmes rôles. Nous sommes les méchants, lui, au long de la séance, se transforme en héros de Marvel : il est tour à tour Hulk, Volverin, Captain América... et j'en passe. Il teste ses personnages comme pour se rassurer qu'ils gagnent toujours. Les changements que nous essayons de proposer dans le jeu ne sont pas saisis par A., qui nous perçoit comme des Moi-Auxiliaires ou des personnages qu'il peut emprunter pour jouer ses combats. La séparation entre le jeu et le réel n'est pas évidente et parfois très confuse. A. peut se laisser submerger par l'imagination, ce sont des moments repérables où A. n'est plus accessible. Si nous ne sommes pas prudentes à surjouer nos rôles ou en marquant des pauses dans les combats, A. peut alors montrer une réelle angoisse face à ces méchants qui l'attaquent.

Cet exemple illustre la quatrième caractéristique du psychomotricien suffisamment malléable qui est sensible et réceptif. En effet, la capacité à observer le patient, à pouvoir décrypter les signaux psychocorporels ou symboliques de son état interne permet une sensibilité particulière à ce qu'il exprime. Il est parfois difficile d'élaborer une réflexion immédiatement par l'observation directe du patient alors que le psychomotricien est engagé

dans l'action. C'est avec de l'après-coup que cette sensibilité pourra prendre forme et permettra au psychomotricien de nourrir sa lecture clinique du patient pour l'accompagner au mieux (en supervision par exemple).

Enfin, le psychomotricien doit être suffisamment non-destructible. C'est une caractéristique qui est souvent testée au début de la relation et vérifiée de temps à autre, quand le doute que le psychomotricien soit assez solide persiste. Il est alors nécessaire que le psychomotricien tienne bon, comprenne ce qui se joue dans ces moments afin d'accompagner au mieux le patient. Il lui montre ainsi qu'il est assez solide pour ne pas s'effondrer ou surréagir face à ses attaques, qu'il sera donc assez solide pour continuer à l'accompagner. La « non-destructibilité » est tout de même relative, le psychomotricien garde une sensibilité, où il peut parfois être mis à mal. Pour cela, la séance est contenue au sein de limites à ne pas franchir, ces limites sont étayées par le cadre instauré.

II.4 - Le cadre de la séance

D'après le CNRTL, le cadre est la « bordure de bois, de métal, de marbre, etc., qui entoure un tableau, un miroir, une photographie... tout autre objet qu'elle protège et décore. » (« CADRE : Définition de CADRE » s. d.). En gardant l'idée de l'encadrement d'une œuvre, voici la description du cadre d'une personne dont le métier est d'encadrer :

- Le cadre est un bord qui met en évidence, il exerce une fonction de centration, il valorise ;
- Il ne fige pas, il est au service de la relation que l'œuvre entretient avec le spectateur ; un cadre trop présent aura tendance à étouffer l'œuvre ;
- Le cadre se pense : selon l'œuvre à laquelle il se destine ; selon l'environnement dans lequel il donnera à voir ;
- Il protège et permet le déplacement d'une œuvre ;
- Il est respectueux de l'œuvre ;
- Le cadre évolue, se transforme au fil du temps et des époques ;

- Il permet d’imaginer ce qui est au-delà du cadre, etc. ;
- Le cadre est aussi le support, indissociable de l’œuvre, c’est-à-dire indispensable autant que contraignant. (Barthels et al., 2019, p. 91)

Nous pouvons percevoir ici le lien métaphorique entre l’encadrement d’une œuvre et l’encadrement d’une séance de psychomotricité. Le CNRTL définit le cadre dans cette vision métaphorique comme le « milieu physique ou humain dans lequel se déroule habituellement l’existence et l’activité d’une personne, d’un groupe » puis, comme les « limites assignées à un sujet, à une matière, à un pouvoir » (« CADRE : Définition de CADRE » s. d.). Ainsi, le cadre borde et sert de contenant aux contenus.

Pour qu’un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l’espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l’enfant va pouvoir se vivre dans son corps. (Potel, 2010, p. 322).

La relation en psychomotricité, comme décrite précédemment, part l’implication psychocorporelle dans le soin, favorise une relation comparable à celle du petit avec l’objet maternel. Part ses règles, ses limites et ses contraintes, le cadre permet ainsi de faire tiers et de passer de la relation métaphorique « mère-enfant » (« thérapeute-patient ») à la triade « père-mère-enfant »⁷ (« cadre-thérapeute-patient »). Cette configuration est fondamentale car « il est absolument nécessaire que la relation primaire puisse à un moment être triangulée pour pouvoir évoluer et ne pas se figer dans la fusion/confusion. C’est une garantie contre la toute-puissance maternelle et contre la toute-puissance infantile, aussi ravageuses et psychotisantes l’une que l’autre. » (Potel, 2015a, p. 42). Le cadre assume alors cette double fonction d’objet maternel – par sa contenance et la possibilité d’y « régresser » – et d’objet paternel – par les règles et les contraintes spatio-temporelles. De plus, si le transfert est universel, ce sont « les modalités du cadre thérapeutique [qui] seront déterminantes quant au type de transfert qu’elles appellent et qu’elles autorisent ». (Lauras-Petit, 2001, p. 260). Mais alors, comment construire ce cadre si particulier ?

⁷ Loin de moi l’idée de promouvoir le schéma de la famille nucléaire classique. La « mère » restant de le symbole de l’objet maternel et le « père », la personne faisant office de tiers à la relation dyadique entre le petit et l’objet maternel.

Nous pouvons distinguer deux composantes principales du cadre : le cadre physique et le cadre psychique. De nombreuses subdivisions sont possibles pour considérer le cadre, mais voilà la formule qui me paraît être la plus claire.

II.4.1 - Le cadre physique

a - Le cadre matériel

Le cadre matériel est présent avant que le patient n'entre dans la salle de psychomotricité. Plusieurs possibilités s'offrent au psychomotricien : laisse-t-il les objets médiateurs à disposition du patient ? Sont-ils hors de la vue ou seulement hors de portée ? Accessibles à la demande ?

Tout au long de mes stages, j'ai observé plusieurs façons de présenter le matériel. Aucun de mes maîtres de stage n'organisaient le matériel de manière identique, cependant, tous l'avaient longuement réfléchi en amont.

b - Le cadre temporel

La séance a un début et une fin et se déroule à un moment précis dans la semaine. Ce moment n'est pas choisi de la même façon en fonction de la modalité de rencontre entre le psychomotricien et le patient. Que ce soit en libéral ou en institution, la décision du moment de la rencontre n'est pas seulement dépendante du patient et du psychomotricien, mais également des contraintes externes d'emploi du temps où se joue parfois un réel casse-tête. Le moment du rendez-vous doit être adapté à tout le monde, le psychomotricien en libéral devra penser à la fois au confort de l'enfant et des parents. C'est là la viabilité de la prise en charge qui est mise en jeu. Lorsque le moment de la semaine est choisi, plusieurs paramètres sont à considérer, comme la fréquence des rencontres ou l'immutabilité du jour de la semaine. La personnalité du patient à qui le psychomotricien s'adresse peut modifier les conditions instaurées, il peut nécessiter un cadre plus ou moins rigide. La durée de la séance est également à cadrer.

N. est un adolescent que je rencontre seule en prise en charge individuelle. Introverti, phobique social, il se montre à l'aise au sein de la relation duelle. Quand l'heure de la fin de séance approche, je le préviens, ce qui ne l'empêche pas de se montrer en difficulté face à la séparation : il devient logorrhéique et je ne peux l'interrompre. Je me sens démunie face à son flot de parole et me demande comment agir ; cette situation touche ma propre sensibilité. J'assouplis alors légèrement le cadre temporel pour que N. puisse exprimer cette difficulté de séparation et qu'il puisse être l'« œuvre » du cadre. Sans « étouffer l'œuvre », je finis tout de même par lui signifier qu'il doit retourner auprès de son groupe. Le cadre est ainsi suffisamment malléable pour être « au service de la relation » et laisser place à l'expression mais suffisamment bordé pour être contenant.

c - Le cadre spatial

L'espace où se déroule la prise en charge est fondamental. Il comporte la question de la limitation spatiale de la salle de psychomotricité, des espaces différenciés au sein de celle-ci (par exemple, l'espace de jeux, l'espace de verbalisation ou l'espace où l'on reçoit les parents) mais il y a aussi la notion des limites dedans-dehors en référence métaphorique à la construction du dedans-dehors de soi et de l'ontogenèse de la distinction soi-non-soi.

Ainsi, les repères physiques du cadre spatio-temporels et matériels construisent « un espace-temps du possible qui accueille et respecte les modalités d'action et représentation du sujet » (Lauras-Petit, 2001, p. 271). Ces conditions sont nécessaires à l'émergence et à l'élaboration des phénomènes transférentiels ensuite étudiés en supervision. Ce cadre physique n'est rien sans élaboration, il n'est donc rien sans cadre psychique.

II.4.2 - Le cadre psychique

a - Choix théorique

Le cadre est également délimité par des références théoriques qui permettent au thérapeute de mettre en pensées les démonstrations symboliques et métaphoriques du patient.

En fonction de sa sensibilité, de ce qui l'aide à comprendre et du public face auquel il est confronté, le psychomotricien peut être amené à privilégier un courant de pensée plutôt qu'un autre. Cependant, il doit rester ouvert à différentes perspectives pour permettre une approche hétéroclite et ne pas se créer des œillères à la lecture des manifestations du patient. Il peut alors s'appuyer sur les théories pour « mettre des mots et des pensées sur ces vécus, souvent éprouvants » (Potel, 2010, p. 327).

b - Solidité interne

Le cadre est assuré par le psychomotricien qui le pense, le repense et l'assure. Étant le garant du cadre, il doit s'assurer d'une solidité interne, « il doit pouvoir s'appuyer également sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. » (Potel, 2010, p. 327). Le psychomotricien, par sa disponibilité et son implication psychocorporelles ainsi que par sa connaissance de soi, peut alors servir de base solide en qui le patient peut avoir confiance.

Le psychomotricien contient et transforme les éléments *bêta* : il reçoit les expressions psychocorporelles du patient, les réfléchit et les lui renvoie une fois pensées et élaborées grâce à ses connaissances théoriques et à sa solidité interne.

En d'autres termes, il ne suffit pas que l'enfant s'extériorise, il faut que ces « extériorisations corporelles » soient « travaillées » par le thérapeute dans son propre appareil à penser, afin de ne pas se laisser séduire au point d'entrer en connivence avec un corps « totalitaire » et dictateur dont l'expression se suffirait à elle-même. (Potel, 2010, p. 331).

Cette solidité interne est bien sûr agrémentée de règles que le psychomotricien instaure au sein du cadre thérapeutique (comme la règle de « ne pas toucher sans l'accord de l'autre » dans la prise en charge de J., lui permettant de se sentir plus en sécurité et nous protégeant de ses impulsions).

Il faut percevoir le cadre physique et psychique de manière plus ou moins malléable (à l'image du *médium malléable* de R. Roussillon) en fonction de ce que le psychomotricien perçoit du patient. Le patient peut avoir plus ou moins besoin de contenance et plus ou moins besoin d'immuabilité. « Le cadre, comme enveloppe d'une organisation suppose d'opérer une distinction entre un dedans et un dehors et de repérer un invariant au sein d'un processus de changement. » (Ballouard, 2011, p. 186). À l'intérieur de ce cadre, le psychomotricien et le patient, placés habituellement dans une relation asymétrique, sont à égalité face aux règles contenues dans le cadre car elles « ne dépend[ent] ni du patient, ni du thérapeute » (Ballouard, 2011, p. 186). Cependant, le psychomotricien reste le garant du respect de ces règles.

II.5 - La passation du bilan psychomoteur

Dans le code de la Santé Publique, le bilan psychomoteur fait partie des premiers actes professionnels du psychomotricien : les psychomotriciens diplômés d'État sont habilités à « accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants : 1) Bilan psychomoteur [...] » (« Article R4332-1 - Code de la santé publique - Légifrance » s. d.). Le bilan permet d'évaluer où le patient en est à cet instant précis dans les items de la psychomotricité – ses capacités de repères spatio-temporels, sa motricité fine et globale, sa latéralité, son équilibre, son tonus d'action et de fond, son schéma corporel, son image du corps... Il permet de poser les bases de la relation et de délimiter les objectifs de la prise en charge psychomotrice. Il a donc une part importante dans l'élaboration de l'alliance thérapeutique. Ensuite, au cours de la prise en charge, le bilan d'évolution tente de mettre en exergue, pour le patient, son entourage et le psychomotricien, les progrès effectués depuis le début de la thérapie et les difficultés persistantes. Le bilan, s'il cherche à objectiver le profil du patient, avec ses difficultés et ses capacités, comporte souvent des biais multifactoriels dont il est important d'avoir conscience. Certains sont incontrôlables, d'autres peuvent être amoindris. Le professionnel gagnera alors à les examiner en supervision.

Un des facteurs déterminants est le sens que le psychomotricien met dans la réalisation du bilan psychomoteur de ce patient car « la passation de tests s'appuie sur le sens que chacun donne à son observation, marquant la nécessité de comprendre « les sens du bilan psychomoteur ». » (Vincent, 2019, p. 43).

Au sein de mon stage en ITEP, j'ai fait passer des M-ABC2 aux adolescents afin d'observer leur profil gestuel pour le module pré-professionnel (pour une formation pré-professionnelle ou une insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé) en complément des bilans psychomoteurs antérieurs et des observations de ma maître de stage au sein d'ateliers. Je me suis retrouvée plusieurs fois démunie face à des adolescents empêtrés dans leur corps, mal à l'aise et très embêtés de se retrouver face à leurs échecs. Dans ces situations, j'avais la sensation d'emprunter un mauvais rôle où je mettais ces adolescents dans une position tout à fait inconfortable sans proposer de leur venir en aide ensuite.

J'ai donc ressenti le besoin d'en parler en groupe de supervision. Au sein du groupe, j'ai exprimé que lors de la passation des bilans psychomoteurs des adolescents, j'avais très envie de leur donner des indications et de pallier leurs difficultés pour ne pas les voir autant désolés de leurs échecs – ce qui constituerait un biais considérable dans la cotation. À travers l'échange, il était évident que je ne pouvais expliquer le sens des passations de ces M-ABC2. Pour y mettre du sens, il aurait été évident pour moi de compléter le test par d'autres grands items de la psychomotricité (schéma corporel, coordination globale, repères spatio-temporels etc.) pour constituer un bilan complet et proposer des pistes de rééducation. Ainsi, je ne mettais pas de sens derrière la passation du bilan à part « m'entraîner à faire passer le M-ABC2 en autonomie » ou « rapporter des notations sur la dextérité, l'équilibre et la coordination occulo-manuelle dans le dossier médical des adolescents ».

Cet échange en supervision m'a permis de me rendre compte de l'importance de mettre du sens à notre pratique, même les plus codifiées.

Ainsi, le bilan psychomoteur, comme base de la prise en charge psychomotrice (que ce soit pour la relation thérapeutique, les objectifs poursuivis, la mise en relief du profil psychomoteur du patient...) est aussi important à questionner que le reste de la pratique psychomotrice.

II.6 - Conclusion sur les spécificités de la relation en psychomotricité

Bien évidemment, ce chapitre ne décrit pas tous les attributs de la psychomotricité mais relève certaines spécificités du psychomotricien qui, pour moi, impliquent l'importance pour le professionnel de ne pas rester seul dans sa pratique. Que ce soit un apport pour l'approfondissement de la médiation corporelle qu'il choisit d'utiliser, une réflexion sur ses spécificités individuelles, une élaboration sur une prise en charge qui le met en difficulté, une recherche d'enrichissement de ses connaissances théoriques et théorico-cliniques... Le psychomotricien gagnera à continuer d'alimenter sa curiosité du fonctionnement humain, pathologique ou non. D'autant plus qu'en psychomotricité, la compréhension de l'être humain se fait par une approche *moniste complexe*⁸ (reprenant ainsi les mots de F. Joly). Les patients sont abordés dans leur ensemble – en refusant une distinction du psychisme et du physique – et les questions qui en découlent, intarissables, gagnent à être échangées entre professionnels ou avec une personne experte dans un ou plusieurs des domaines traités.

Mais alors, comment, où, quand et avec qui le psychomotricien peut façonner, cultiver et alimenter sa clinique psychomotrice ?

8 Le monisme est un concept philosophique qui perçoit les éléments d'une chose comme constituant cette chose de manière inséparable. La psychomotricité perçoit l'individu comme une unité. Elle perçoit le psychique et le physique non comme reliés (qui sous-entendrait un dualisme habituel corps/esprit) mais comme constituant l'individu de façon indissociable.

III - Les endroits d'élaboration et de décharge

À travers ce que nous avons vu précédemment, je pense que nous pouvons dégager trois principaux intérêts que le psychomotricien pourrait avoir à réaliser une élaboration extérieure à la prise en charge :

- En amont et au cours de sa pratique : pour se connaître lui-même, ses outils de médiation et solidifier son ancrage.
- Au cours de l'accompagnement d'un patient : pour élaborer et penser la pratique psychomotrice en général, la problématique de ce patient, la relation et ce qui s'y joue.
- Lors d'impasses : pour tenter de comprendre ce qui bloque le processus de soin ou pour que le psychomotricien soit lui-même soutenu lorsque la situation touche sa sensibilité.

C'est à travers les différentes possibilités d'effectuer ces démarches, pour un psychomotricien exerçant en institution ou en libéral, que nous examinerons ces trois points.

III.1 - La formation initiale des psychomotriciens

La formation initiale des psychomotriciens permet de créer un tronc commun entre les futurs praticiens, qui, chacun à leur manière, s'approprient cette matière première. C'est à travers trois grands modules que l'étudiant apprend petit à petit le métier de psychomotricien :

- la formation pratique,
- l'apprentissage théorique,
- les liens théorico-cliniques.

Je trouve le témoignage de Romain Delaroche, sur la formation en psychomotricité, particulièrement éloquent :

L'étudiant subit des processus qui ne sont pas sans rappeler ce que subit la chenille au cours de sa métamorphose. Moment où, à l'abri de sa chaude chrysalide – l'enveloppe de l'école, du groupe – toute sa matière est concassée, mélangée, re-structurée, en vue de produire le splendide papillon [...] à ce moment, toutes ces expériences font retour. Retour sur l'enseignement, sur les toutes premières expériences. Dans les pratiques il s'apprivoise peu à peu sous le regard de l'autre, il découvre des pans insoupçonnés de lui-même, il acquiert un regard, une parole, de plus en plus élaborés. En stage il apprend la rencontre et l'accordage avec chaque patient, se forme une image qu'il vient rapporter, comparer, discuter aux grandes entités nosologiques. Car la métamorphose n'est pas une donnée, quelque chose d'assuré du simple fait de suivre la formation, il nécessite un travail de réflexion, de synthèse [...]. (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 514).

En effet, l'étudiant en psychomotricité subit une transformation préparant son envol seul – ou presque – dans la complexité de l'être humain. Les cours de pratique corporelle lui permettent d'en apprendre plus sur lui-même. Cette conscience corporelle et cette identité psychocorporelle préalables sont indispensables à la bonne pratique du psychomotricien qui est à la fois pris dans la relation et garant de cette relation. C'est à l'image du phénomène biologique de la *transparence psychique* de la future mère, que le psychomotricien en devenir rencontre des aspects de son fonctionnement psychocorporel – encore non conscientisés jusqu'alors – et aiguise son observation psychocorporelle sur lui-même et sur autrui. Le partage des expériences individuelles à la fin de chaque atelier pratique permet d'entrevoir la diversité des ressentis au sein d'une même proposition. Supervisé par les enseignants, il apprend ainsi à questionner les vécus et les ressentis de chacun, tout en restant sensible aux siens. Enfin, il apprend à animer des séances psychomotrices à médiation corporelle.

Pour les psychomotriciens, l'étude sur soi de la sensorialité, des structures psychocorporelles, la découverte des liens qui s'établissent entre elles et l'influence du monde extérieur (travail à deux et en groupe), vont contribuer à conscientiser le sentiment d'existence de soi. La connaissance qui en est ainsi faite va d'une certaine manière servir de médiateur entre soi et soi (au niveau de la manifestation des émotions par exemple), entre soi et autrui, et entre soi et le monde. (Giromini, 2012, paragr. 27).

Parallèlement, les cours théoriques offrent un angle de lecture particulier et permettent de faire des liens avec les vécus de stage, liens appelés théorico-cliniques. Tout cela forme l'étudiant à observer, évaluer, synthétiser et retransmettre une situation clinique, à laquelle il s'adapte et élabore un projet de soin. Petit à petit, il devient de plus en plus à l'aise, tout d'abord supervisé par ses enseignants et maîtres de stage. Tous ces apports alimentent un axe professionnel qui est comparable à la genèse d'un axe corporel solide. Au début, toute l'attention est portée au contrôle de cet axe alors hypertonique, avant de l'appivoiser et de pouvoir ainsi se défaire de l'hyper-contrôle. L'étudiant, lui, « apprend à manier des techniques, apprend aussi à s'en défaire pour pouvoir s'imprégner profondément d'un rapport subtil à son propre corps et à sa sensorialité. Il peut ainsi entrer dans cette écoute très particulière, et presque à son insu, du patient et de son corps. » (Potel, 2010, p. 424). L'aisance de l'utilisation de cet axe permet petit à petit une stabilité, déliant les praxis, le regard, l'attention, la disponibilité psychocorporelle, soutenant une interaction congruente avec l'environnement et l'adaptation à l'extérieur.

Ces premiers enseignements, jusqu'au Diplôme d'État (D.E.), servent alors de point de départ de la réflexion que le psychomotricien affine en fonction de son lieu d'exercice et alimente tout au long de sa pratique.

Cette élaboration préalable de la conscience psychocorporelle du futur psychomotricien n'est pas sans rappeler l'analyse personnelle (didactique) du psychanalyste avant d'exercer lui-même en tant que clinicien. Les racines psychanalytiques de la psychomotricité sont-elles à l'origine de cette exigence de l'élaboration et de conscience psychocorporelle préparatoire à la pratique ? En tout cas, si nous pouvons penser le parallèle, les deux formations sont très différentes car, si la formation des psychomotriciens favorise une conscience psychocorporelle particulière, elle « n'est ni l'acquisition d'une technique ni celle d'une expertise et encore moins d'une thérapie. » (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 506).

Une fois le psychomotricien diplômé, il continue sa formation car cet « état de veille du psychomotricien est nécessaire tout au long de sa vie professionnelle » (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 519). Pendant la formation initiale, il commence à capter le dialogue transféro-contre-transférentielle corporelle, l'empathie dont il fait preuve, les enjeux spécifiques de la

prise en charge psychomotrice et sa propre sensibilité. Cependant, ces notions, par leur complexité, sont sans cesse à approfondir.

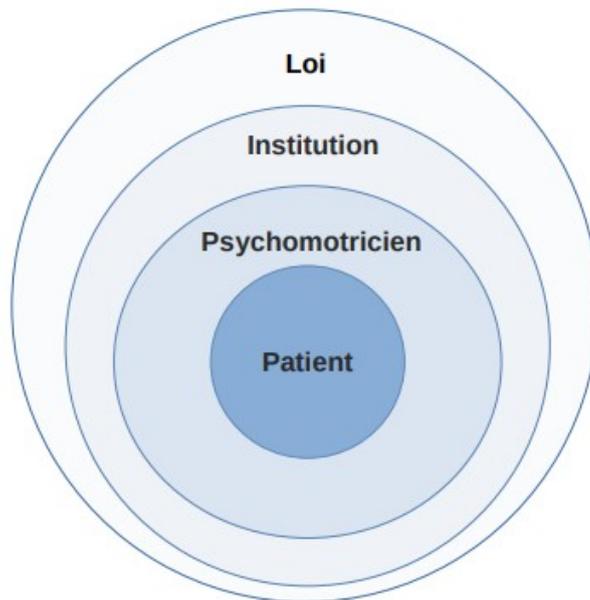
III.2 - Les lieux d'introspection institutionnels

Mes deux stages longs, se situant tous deux en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP), sont des expériences qui m'ont poussée à investiguer plus largement la situation du psychomotricien en institution : où les soignants peuvent-ils échanger sur leur pratique ou sur un patient ? Comment le soutien peut-il être interne à l'institution ? Quels sont les intérêts et les limites à ce que le regard extérieur à la pratique soit interne au lieu d'exercice ? Comment faire lorsque l'institution est elle-même insuffisamment contenant ?

Faisons un tour d'horizon des différents lieux où le psychomotricien peut questionner, améliorer, enrichir sa pratique au sein de ces établissements. Certains lecteurs avisés pourront percevoir des différences entre mon écrit et ce qu'ils vivent. Considérons que ces différences sont dues à une liberté d'appropriation de ces lieux et qu'elles peuvent refléter des aspects du fonctionnement de la structure.

Ces lieux institutionnels ont une valeur de cohésion des soignants entourant le patient dans une contenance indispensable pour les problématiques qui l'ont amené dans ce système de soin. Le cadre institutionnel ainsi constitué devient un réel métacadre aux séances de psychomotricité, indispensable à la cohérence des différents soins apportés au patient. Le soin et la préoccupation entourant le patient prennent alors la forme d'un « oignon » constitué de plusieurs couches. Le patient est placé au centre des préoccupations. Le soignant (ici le psychomotricien) avec tout son savoir, son savoir-faire et son savoir-être, encadre le patient. Ensuite, l'institution où se déroulent les soins, encadre à la fois le patient et le soignant. Elle comporte des règles qui s'appliquent au patient (règlement intérieur) et d'autres qui s'appliquent au soignant. La législation (comprenant l'éthique et la déontologie) comporte également de nombreuses règles de conduite. Face à la loi, le psychomotricien et le patient sont à égalité, les protégeant l'un et l'autre et l'un de l'autre, elle est garante du respect des règles fondamentales. La loi protège l'institution, les soignants, le patient et sa famille.

Organisation des cadres



Cette institution contient une hiérarchie des employés, chacun y exerçant son métier. Ce système, conçu pour fonctionner en équipe interdisciplinaire, comporte alors des moments de rassemblement où les soignants peuvent penser le patient, leur pratique et l'agencement de leur rôle dans une préoccupation commune apportant chacun leur spécificité.

III.2.1 - Le métacadre de la pratique : l'institution

Les lieux d'élaboration de la pratique, internes à l'institution ont l'avantage de travailler le système dans son ensemble. Tout d'abord, qu'est-ce que l'institution ?

D'étymologie latine, le mot institution prend racine dans *statuo* : « poser » « ériger », « se mettre debout » et *in statuo*, *in stituo*, qui enrichit cette racine d'un caractère dynamique. Donc étymologiquement, *institution* correspond à aider quelqu'un à se mettre debout. (Delion, 2016). Pour cela, l'équipe de l'institution doit être debout, avec un axe et des appuis solides pour élever et soutenir le patient.

L'institution est faite pour que l'équipe soit la plus vivante possible et qu'elle soit capable d'un bon accueil pour « mettre sa force vivante, psychique et physique au service de ses missions » (Delion, 2016). L'institution devient ainsi l'organisme essentiel pour que les membres de l'équipe soignante réfléchissent ensemble l'organisation de leur pratique pour répondre à la demande que le patient ou ses parents font à l'établissement. L'institution doit donc être réfléchie pour être un tissu vivant, déformable au contact du patient mais pouvant manifester sa solidité. À l'image du *médium malléable*, le cadre institutionnel est plastique, adaptable mais peut se durcir lorsque des limites sont franchies (à la fois par le patient, ses parents ou par les salariés) ou que le patient nécessite un étayage solide avec une proximité serrée.

Pour que ce tissu reste vivant, les différents lieux de rencontres des sous-ensembles de cette institution sont indispensables. Ils permettent de mettre en mots les contre-transferts de chaque soignant et la résonance que les patients peuvent susciter, et ainsi, décrypter leur *carte du monde*. Pierre Delion nomme *constellation transférentielle* « l'ensemble des personnes qui sont au contact de l'enfant et qui vont, ensemble, pouvoir travailler sur « *qu'est ce que je vis dans la relation avec cet enfant ?* » « *qu'est-ce que je comprends de toi, ce que tu vis dans la relation avec cet enfant ?* » » (Delion, 2016). C'est alors dans ces conditions que la réunion de l'équipe prend tout son sens, permettant de créer des projets pour les patients et de comprendre ce qu'ils font résonner chez le personnel.

Les réunions sont donc les lieux d'élaboration essentiels pour travailler notamment cette *constellation transférentielle*, les mécanismes contre-transférentiels individuels et la résonance des soignants face à ce patient. Le psychomotricien peut enrichir sa compréhension du sujet et adjoindre à la réflexion commune ce qu'il a repéré de ses observations en psychomotricité et des phénomènes transférentiels corporels.

III.2.2 - La réunion de synthèse

La réunion de synthèse, ou réunion de projet personnalisé, est une réunion pluridisciplinaire. Elle permet de mettre en commun les observations et interventions des différents professionnels pour un patient afin d'évaluer son évolution depuis son arrivée dans

l'établissement. Cette synthèse vise à adapter le projet de prise en charge du patient en fonction des éléments rapportés par les professionnels. Plusieurs patients peuvent être évoqués chacun leur tour lors de la réunion. La fréquence de ces rencontres est définie par l'institution, mais elle est le plus souvent hebdomadaire. Un protocole permettant d'homogénéiser son application dans les institutions fixe trois étapes : la préparation, la présentation (au sein de laquelle sont regroupés discussions et débats), puis les options et actions (qui définissent le projet personnalisé). (« Réunion de synthèse » s. d.)

Dans le cadre de mon stage au sein d'un ITEP, j'assiste à une réunion de synthèse qui se déroule tous les vendredis matins de 10h à 12h. Lors de cette réunion hebdomadaire, quatre patients sont étudiés pendant une demi heure chacun. Deux patients d'un même groupe puis deux patients d'un autre groupe pour que l'éducatrice de jeunes enfants (EJE) et l'aide médico-psychologique (AMP) du groupe ne soient absentes qu'une heure dans la matinée.

Les intervenants prennent la parole chacun leur tour : c'est d'abord le médecin pédopsychiatre de l'ITEP qui présente le patient, évoque le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques suivant les différentes classifications internationales ou françaises. Si c'est un nouveau patient ou s'il y a de nouveaux éléments médicaux, l'infirmière lit l'anamnèse médicale ou les derniers événements médicaux de l'enfant. Ensuite, l'EJE référente de l'enfant lit sa synthèse qui traite de ses observations à travers différents domaines ; autonomie (alimentation, mobilité, toilette et habillage), communication, occupation (agilité et dextérité) et socialisation. À ses côtés se tient l'AMP, son binôme, qui approuve, hoche la tête et prend parfois la parole pour appuyer ou ajouter des propos à ses dires. Ainsi, j'ai plaisir à voir la finesse d'observation et la pertinence des éducatrices de jeunes enfants dans la description du patient au quotidien. Ensuite, la psychologue, l'orthophoniste puis la psychomotricienne lisent leur compte-rendu de bilan. La cheffe de service lit le compte-rendu individuel du groupe de thérapie rédigé par les thérapeutes de groupe qui ne sont pas présents à la réunion. Pour conclure, le médecin pédopsychiatre fait une synthèse de toutes les observations et construit des liens théorico-cliniques afin d'étayer la compréhension des problématiques du patient. Le patient peut parfois susciter différents contre-transferts dans le personnel, ou au contraire, faire résonner les mêmes sensations à l'équipe. C'est lors de cette synthèse que les soignants peuvent exprimer leurs différentes sensations face à ce patient.

Une réflexion prend alors forme en rassemblant les investigations des différents lieux d'élaboration où le patient n'exprime pas toujours ses troubles de la même manière. Des incompréhensions sont parfois éclaircies et des axes de travail peuvent émerger afin d'apporter une cohérence au travail thérapeutique et éducatif de chaque intervenant de l'institut.

Les réunions sont cadencées par la cheffe de service qui donne tour à tour la parole. Il arrive que la cheffe de service accélère la synthèse car la réalité institutionnelle ne permet pas au binôme du groupe d'enfants de rester plus d'une heure. Le médecin pédopsychiatre et la cheffe de service jouent toujours le même rôle : le médecin pédopsychiatre, riche de ses connaissances théoriques, alimente la discussion de liens théorico-cliniques. La cheffe de service fait la liaison entre la réunion de synthèse, qui nous plonge dans une profonde réflexion, et la réalité spatio-temporelle de l'institut. On peut d'ailleurs percevoir l'immuabilité de leur place par leur position autour de la table, qui ne change jamais d'une réunion de synthèse à l'autre. L'inverse se produit pour les thérapeutes, les éducateurs et moi-même qui changeons de chaises d'une semaine à l'autre. Le cadre reste stable mais les éléments internes sont mobiles.

III.2.3 - La réunion institutionnelle

La réunion institutionnelle convie tous les membres du personnel de l'institution à se retrouver dans un cadre formel. Le thème de cette réunion porte sur la vie et les missions de l'institution et peut faire appel à un superviseur externe. Ces rassemblements pourraient soutenir, dessiner et consolider la fonction d'*enveloppe institutionnelle* conceptualisée par Didier Houzel (Ciccone, 2012). Ils pourraient également mettre en exergue un fonctionnement défaillant, ce qui a des conséquences inévitables sur les patients. En reprenant le schéma de *l'organisation des cadres*, il est évident que si l'institution ne se porte (et ne porte) pas bien, l'enveloppe sera défaillante et sa carence se répercutera sur le soignant et, indéniablement, sur le patient.

Dans le vaste réseau institutionnel des métiers de la relation, la qualité du travail effectué avec les usagers est inséparable de la nécessité d'articuler de multiples formes d'analyse institutionnelle. Si l'on n'y prend garde, tout dispositif tendra à se rigidifier et se chroniciser jusqu'à risquer de devenir lui-même pathogène. (Barthels et al., 2019, p. 13)

Sur le terrain, nous rencontrons une réalité qui s'éloigne parfois de cette définition. La réunion institutionnelle tend alors à se métamorphoser en une réunion purement informative sur le fonctionnement de l'institution. Le thème ne porte plus sur les relations et les rôles des différents intervenants au sein du système mais sur des renseignements pratiques. La parole peut être ouverte à des problématiques rencontrées par les intervenants mais la réunion n'étant pas conçue comme le lieu propice à cela, les intervenants pourront ne pas oser parler de situations implicitement jugées hors-sujet. D'autres réunions peuvent être prévues pour cela, mais l'effectif n'est pas au complet. On peut alors questionner la fertilité de ces rassemblements sur la création collective de l'institution qui soutiendrait un fonctionnement harmonieux ou qui permettrait la résolution de situations pathogènes touchant l'ensemble de l'établissement. Ce lieu n'est plus, dans cette configuration, un lieu introspectif mais informatif.

Au cours de mon stage au sein de ce même ITEP, j'ai eu l'occasion d'assister à des réunions institutionnelles. Étant donné le contexte sanitaire dû à la crise de la COVID-19, les rassemblements physiques se font soit en groupe à nombre limité, soit à distance. Ainsi, malgré la situation, tous les membres de l'institution peuvent assister à la réunion. Ce dispositif, adapté à la situation, parasite cependant la dimension naturelle de la rencontre et inclut bien souvent des décalages temporels entre les différents groupes. Mais même si prendre la parole est rendue plus difficile, le directeur, qui donne le rythme de cette réunion, laisse le temps aux membres de s'exprimer s'ils le souhaitent.

En partant d'une étude de cas, à l'image des réunions de synthèses, où éducatrices et soignants lisent leur compte-rendu, la parole est ouverte à tous les membres de l'institution. Le choix de l'enfant peut être pensé pour parler d'un thème prédéfini ou tout simplement parce que sa situation questionne les professionnels. C'est par exemple le cas d'un enfant pour qui l'orientation à la sortie de l'ITEP posait question aux membres de l'équipe. Une réflexion autour du devenir et

des orientations des enfants, lorsqu'ils quittent l'ITEP, a pris forme, permettant aux soignants d'exprimer leurs inquiétudes et préoccupations sur ce sujet.

III.2.4 - La régulation

a - La régulation d'équipe

La régulation d'équipe concerne les relations qui se jouent entre ses membres. Une équipe peut avoir besoin d'un ajustement pour adoucir des tensions ou des conflits dans l'institution. Les séances de régulation permettent de comprendre les dysfonctionnements et les rôles de chacun dans la situation afin d'élaborer la potentialité d'un changement vers un fonctionnement moins pathogène. Le cadre des séances est préétabli et strict sur les règles de participation et de respect mutuel. Cette régulation intervient donc lorsque la situation de l'équipe est devenue trop conflictuelle pour collaborer. Cependant, si le terme de régulation d'équipe désigne l'intervention d'un tiers pour traiter les « relations dans l'équipe indépendamment des personnes accueillies » (Allione, 2005, p. 55), une certaine confusion de ce terme est parfois présente avec les autres rencontres institutionnelles. (Allione, 2005).

b - La régulation en co-thérapie

La régulation d'équipe est à différencier de la régulation entre co-thérapeutes, régulation qui intervient à la suite de séances animées en binôme ou en groupe. Les professionnels peuvent ainsi échanger sur la séance, sur les agissements du ou des patient(s). C'est un échange qui permet de mettre en commun les ressentis des thérapeutes face au(x) patient(s) et leur compréhension (ou incompréhension) de ce que le(s) patient(s) a (ont) pu montrer lors de la séance. À la différence de la régulation d'équipe, qui a pour thème les relations, il n'y a pas d'intervention de tiers. Cette régulation vise à synthétiser les interactions entre soignants, patient(s), les uns entre les autres et ce qui s'est produit au cours de la séance.

Dans mon rôle de stagiaire observatrice au sein de la médiation sable, je note tout ce que je peux sur ce qui se passe et se dit au cours de la séance. À la fin de la journée, nous prenons un temps avec ma maître de stage pendant lequel nous lisons ce que j'ai noté dans le cahier

de chaque enfant. Ma maître de stage synthétise et apporte quelquefois des éléments qu'elle a observés que je n'ai pas vu pendant la séance. J'écris alors point par point les événements importants que nous retiendrons de la séance. Ainsi, ces cahiers sont à la fois une trame narrative de la prise en charge du patient, un témoin de nos observations et un contenant des agissements du patient que nous digérons ensemble (à l'image de la digestion des éléments bêta du tout petit). Ensuite, une fois par mois, nous faisons appel à une superviseuse externe qui permet d'apporter un regard extérieur à ce qui se joue dans les séances.

III.2.5 - Les instances institutionnelles

Nous le verrons, la définition de la supervision comporte une notion de contrôle et d'encadrement. Il est donc utile dans notre réflexion de positionner les organismes officiels des institutions que l'on nomme « instances » évoquées dans le code du travail. D'un point de vue institutionnel et au sein des établissements privés ou publics, les instances traditionnelles – telles que le CSE (Comité Social Économique) ou le CTE (Comité Technique d'Établissement) – même si elles ne traitent pas de cas individuel, peuvent être le lieu de débat et de décision sur l'organisation du travail. Les commissions paritaires sont elles spécifiquement le lieu de l'examen des situations individuelles, comme par exemple l'examen des situations disciplinaires. Il existe de nombreux comités qui cadrent et peuvent remettre en question les actions des salariés et des décisionnaires. Ces instances permettent de contrôler les conduites des salariés ou de les protéger. Elles se situent en aval de la supervision ou prennent le relais lorsque les difficultés passent un cap.

Pour les réunions, la plupart du temps mensuelles, le CSE prépare un *ordre du jour* contenant les points à aborder et les questions des salariés, de la direction et du CSE lui-même. Suite à ces réunions, le CSE rédige un *procès verbal* rendu disponible pour tous les membres de l'établissement. La question même de la mise en place d'une supervision – ou d'une régulation d'équipe, d'une analyse des pratiques ou autres – en tant que forme d'organisation du travail, peut être à l'ordre du jour du CSE et faire l'objet de débats entre le conseil d'administration et les représentants du personnel. Par exemple, est-ce qu'on pense une supervision officielle comprise dans le temps de travail ? Si oui, qui participe ? Est-ce que

la participation à ces séances sera obligatoire ? Comment l'aménager dans le temps de travail et dans le financement de l'établissement ? Est-ce le personnel qui doit investir à la fois de son argent et de son temps personnel afin d'accéder à une supervision ?

Ces différents lieux d'élaboration et instances au sein de l'institution permettent au psychomotricien de s'exprimer à travers ses spécificités, de réfléchir, de comprendre, de mettre en commun avec les autres soignants agissant auprès du patient. Ensemble, ils peuvent ainsi construire des projets et homogénéiser leur pratique.

Sortons désormais de l'institution pour nous intéresser plus précisément à la supervision (même si des groupes de supervision peuvent parfois avoir lieu au sein même de l'institution).

III.3 - La supervision

Derrière ce terme se cachent différentes possibilités pour un professionnel, seul ou en groupe, d'obtenir un lieu d'élaboration avec un professionnel plus expérimenté sur la relation avec ses patients et sur sa pratique.

Le terme de supervision est défini sur internet comme l'« action de superviser, c'est-à-dire d'exercer un contrôle, d'effectuer une vérification sur l'activité ou le travail d'une ou plusieurs personnes. » (« Supervision : Définition simple et facile du dictionnaire » s. d.). Le préfixe *super* implique une notion de supériorité et de hauteur de la vision portée sur la production de quelqu'un de moins averti. Afin d'annihiler cette perception de toute-puissance, J. Daveloose – dans le contexte de l'intervention d'un superviseur extérieur à l'institution – préférera le terme d'« alter-vision » (Barthels et al., 2019). L'alter-vision implique donc un regard nouveau, et non plus supérieur, sur le travail. Certains auteurs ne perçoivent pas cette notion de toute-puissance mais une prise de distance qui permet de reculer pour mieux voir. (Allione, 2005, p. 42).

Dans les termes psychanalytiques, où elle puise son origine pratique, la supervision n'est pas une option et fait partie intégrante de la formation du psychanalyste. « La formation du psychothérapeute a été conçue dès les années 1910, par le courant psychanalytique, comme reposant sur un triptyque : une analyse personnelle [dite didactique], un enseignement théorique et une analyse de contrôle qui deviendra par la suite « supervision » » (Delourme et Marc 2007, p. 11). À l'origine de sa conception, la supervision (alors *analyse de contrôle*) était une critique sur la pratique du supervisé par un superviseur indiquant « « la » bonne marche à suivre » (Allione, 2005, p. 38). Nous retrouvons ici l'idée d'un regard supérieur sur la clinique du supervisé.

Par ailleurs, ces trois aspects du triptyque, même s'ils correspondent à des lieux distincts, peuvent se chevaucher sans toutefois se confondre. En effet, une analyse personnelle ne peut-elle pas soutenir l'ancrage du professionnel afin qu'il conscientise les phénomènes transférentiels en jeu dans la prise en charge du patient ? (On pourrait ici faire le parallèle avec le psychomotricien qui pratique la médiation corporelle personnellement : même si elle se déroule en dehors d'une intention thérapeutique, elle étaye l'expertise de la médiation). Les enseignements théorique et pratique ne permettent-ils pas une compréhension plus objective et plus poussée des problématiques du patient ? (Au sein de la formation psychocorporelle initiale des psychomotriciens, tout l'apport théorique, pratique et théorico-clinique étaye la stabilité interne du psychomotricien permettant ainsi une lecture clinique plus assurée). Les enseignants et maîtres de stage ne supervisent-ils pas notre réflexion ? (Nous pourrions ici métaphoriser le terme de *contrôle* de la supervision aux *examens* et *évaluations* lors de notre formation).

Si toutes ces questions émergent à la lecture de la définition de « supervision », c'est qu'il est nécessaire de préciser de quoi nous parlons lorsque nous faisons référence à la supervision.

III.3.1 - La supervision comme transmission du savoir

Il est compliqué d'atteindre un consensus pour définir la supervision. Même au sein de la discipline dont elle émerge : la psychologie, les avis divergent. Une enquête nationale

(Castro et al., 2009) a tenté de mettre en évidence les représentations professionnelles associées au terme de supervision en comparant les réponses de psychologues plus ou moins confirmés et d'étudiants en cours de formation. Les résultats de l'enquête montrent que les étudiants sont plus préoccupés par l'identité professionnelle de leur futur métier et perçoivent davantage la supervision comme un soutien bienveillant. Les psychologues, exerçant ou non la pratique de superviseur, perçoivent, eux, la supervision comme un lieu de formation en se basant sur l'étude de cas. Ils définissent la supervision comme l'étude poussée des phénomènes de *transfert* et de *contre-transfert* dans la relation avec le patient. Elle est perçue à la limite thérapeutique car elle permet une décharge des tensions provoquées par les difficultés de la profession et des potentiels conflits institutionnels (s'apparentant alors à la régulation d'équipe).

Cette enquête montre que les étudiants ont une représentation tournée plutôt vers un intérêt identitaire et de confiance en soi. Les professionnels évoquent, eux, l'aspect formatif et thérapeutique. La supervision n'est alors pas investie de la même façon tout au long du parcours professionnel du supervisé. Au début de sa carrière, la supervision sera davantage « l'ajustement de la confiance en soi », ensuite, « on peut imaginer que supervision et perfectionnement se séparent davantage et se réalisent dans des lieux et des temps différents » puis, quand le praticien est très expérimenté, rien ne le dispense d'un superviseur qui peut lui « faire voir autre chose que ce qu'il voit » (Ranjard, 2009). Ainsi, la supervision permet « à la fois d'éduquer, c'est-à-dire de transmettre les bonnes pratiques [...], de diriger le jeune professionnel dans son apprentissage de la technique et de l'aider à poursuivre son analyse à travers ses réactions contre-transférentielles avec son patient. » (Chartier, 2009, paragr. 2). J'ajouterai qu'elle permet l'étayage du supervisé par des liens théorico-cliniques et par le bagage théorique du superviseur.

La supervision jouerait alors un rôle de formation continue. Les aînés transmettent⁹ leurs savoirs puisés dans leurs expériences et leurs connaissances servant la mise en sens de ce qui se joue dans la relation du supervisé avec son patient. Mais en quoi la supervision permet d'enclencher ou de soutenir une analyse personnelle du professionnel ?

9 Cf Annexe 1 : texte sur le sens de la transmission de Oxmo Puccino.

III.3.2 - La supervision comme soutien au professionnel

En définissant la supervision pour un superviseur, Claude Allione écrit que

[...] l'on considère que la supervision est un espace de parole dédié au soutien, *holding*, c'est-à-dire à soutenir, à contenir et à maintenir ; qui en outre produit du sens dans l'action quotidienne, selon la logique décrite par l'Anglais Wilfred Bion de la *fonction-a*, laquelle ne saurait fonctionner justement sans appui, c'est-à-dire sans une *fonction-a*, ou plutôt sans une chaîne de sens ; qui enfin ne saurait se situer sans la nécessaire *tiercéité*, autrement dit la constante référence à un tiers. (Allione, 2018 paragr. 34).

Ainsi, la supervision n'est pas thérapeutique en elle-même mais soutient le professionnel pour éviter qu'il se retrouve face à des impasses, seul face aux difficultés de ses patients. Elle renforce les qualités du thérapeute en étudiant ses relations dans le soin. Elle permet au soignant de décharger un trop-plein d'affects lorsqu'il se retrouve émotionnellement touché par ce que vit le patient. Si la supervision traite des réactions émotionnelles du thérapeute dans sa pratique, elle se différencie de l'analyse personnelle. La frontière (pas toujours évidente) est que la supervision n'approfondira pas ce que la situation vient invoquer de l'histoire intime du professionnel. Le superviseur ne pourra qu'encourager le supervisé à investiguer davantage ces problématiques plus amplement s'il perçoit que cela vient perturber son travail. De plus, une supervision fera largement appel à la théorie afin de tisser des liens théorico-cliniques, là où l'analyse personnelle se centrera sur le discours de l'analysé.

Nous comprenons cependant la difficulté à distinguer clairement la supervision d'un enseignement formatif et d'une thérapie du professionnel face à ses difficultés et à l'exercice de sa profession – qui fait parfois résonner en lui des affects liés à sa propre histoire. Convenons alors qu'elle peut s'y apparenter mais n'en est qu'une facette que le supervisé pourra approfondir dans les lieux appropriés à cela (lieux de formation continue, pratique corporelle pour les psychomotriciens, analyse personnelle etc.). La supervision est à la limite de plusieurs lieux sans s'y confondre.

Si la supervision est interne au lieu d'exercice, elle a tout intérêt à être exercée par une personne externe : cela permet que les rapports hiérarchiques institutionnels n'influent pas la supervision et que la réflexion du superviseur s'appuie seulement sur les dires du supervisé (au travers de son contre-transfert) et non sur ce qu'il sait du patient. Nous pouvons également questionner la présence des cadres aux séances de supervision.

III.3.3 - Un exemple d'entretien de supervision : l'entretien d'explicitation

Comment la supervision peut-elle alors se dérouler ? Prenons l'exemple de l'entretien d'explicitation, technique d'entretien théorisée par P. Vermersch. Les applications de cette technique d'entretien sont extrêmement variées, celle qui nous intéresse est bien sûr celle qui correspond à la pratique de la supervision. L'entretien d'explicitation se différencie des autres entretiens, en s'intéressant non plus seulement à ce que dit le sujet, mais en quoi ce qu'il dit permet d'informer sur le déroulé de ses actes. Cet entretien a pour vocation de recueillir des informations dont le supervisé peut témoigner précisément et l'aider à s'autonomiser dans ce processus de pensée. Cela permet de comprendre ce qui a réellement existé pour la personne, avec le déroulement de l'action physique autant que l'acte mental. (Vermersch - Comment est né l'entretien d'explicitation, 2013). Le praticien qui mène l'entretien s'attache à interroger la mémoire concrète, qui n'implique pas d'effort conscient de rappel et qui décrit une action plutôt qu'un contexte, un jugement ou des commentaires. Le supervisé, en quelque sorte, revit la situation avec les dimensions sensorielles et affectives avec les actes mentaux internes liés au déroulement de la temporalité.

Le superviseur, en s'informant sur le déroulé de l'action et de l'acte mental du praticien, permet en retour *l'auto-information* du supervisé. Cela permet à ce dernier de prendre conscience lui-même de comment il a procédé. P. Vermersch parle ici de « l'aide à la prise de conscience ». (Vermersch - Les applications de l'entretien d'explicitation, 2013b). Le thérapeute passe donc de la conscience en acte, à travers sa mémoire concrète, à la conscience réfléchie. Cet entretien, lorsqu'il est vécu, peut aider le supervisé à l'appliquer en dehors des séances de supervision, en se questionnant lui-même. L'auto-explicitation est possible pour le professionnel qui peut alors s'interroger sur le déroulé des événements.

Pour un psychomotricien, l'entretien d'explicitation permet au superviseur de s'informer sur la situation rapportée et d'aider le psychomotricien dans la réflexion de ce qui s'est joué dans la médiation, dans l'expérience partagée et dans les dynamiques transférentielles psychocorporelles. En situation de supervision de groupe, les autres membres pourront comprendre de manière factuelle et précise la situation rapportée. Tout en étant non-directive, cette technique contraint donc le sujet à se focaliser seulement sur la situation précise et ensuite à un point précis de cette situation qui questionne le superviseur. Ceci permettra *d'élucider*, c'est-à-dire de décrire finement ce point précis.

III.3.4 - Supervision ou intervision ?

L'intervision est à différencier de la supervision. C'est une rencontre de professionnels exerçant le même métier ou ayant des pratiques s'unissant autour d'une personne ou d'un thème. L'intervision diffère de la supervision car il n'y a pas de hiérarchie entre le superviseur et le supervisé, qui peuvent être l'un et l'autre en fonction des situations rapportées. C'est une introspection des pratiques entre pairs, sans asymétrie d'expériences et de connaissances nettement définies. Mais alors, dans la supervision, qui est ce superviseur ?

III.3.5 - Qui supervise ?

Certains psychomotriciens déclarent effectuer la supervision d'autres psychomotriciens moins avertis. Étant donné que la supervision est une pratique qui consiste à repérer le « contre-transfert », mais aussi, parfois, le « transfert » de son supervisé sur son client. [...] Cette compétence n'est autre que celle de psychothérapeute » (Ranjard, 2009, paragr. 34). Un psychomotricien peut-il alors réellement prétendre superviser sans avoir reçu de formation spécifique ? Un psychomotricien, sans être psychomotricien et psychanalyste peut-il nommer sa pratique *supervision* ? Est-ce qu'un psychothérapeute peut superviser un psychomotricien alors qu'il n'a pas de formation en psychomotricité et les apports que cette formation requiert (fonctions psychomotrices, anatomie, neurologie, pathologie génétique, ontogenèse corporelle...) ? Ces questions, aussi complexes soient-elles, méritent réflexion.

En ce qui concerne la légitimité à superviser, y-a-t-il une formation spécifique ?

Le premier critère du superviseur est qu'il doit avoir confiance en lui, en ses capacités et que le supervisé reconnaisse ces compétences. Dans une interview, J-D. Nasio dit « je ne connais pas de formation à la supervision autre que d'avoir été supervisé et de se considérer apte à transmettre les fondements de la pratique. » (Delourme et Marc 2007, p. XXXII)

Des formations sont proposées pour les superviseurs mais elles ne sont pas obligatoires, voire perçues comme inutiles. Par exemple, P. Ranjard – président de déontologie de la SNPpsy durant huit ans – écrit « je ne trouve pas de compétence spécifique à quoi il faudrait former les futurs superviseurs » (Ranjard, 2009, paragr. 44) puis, il conseille de « chercher un superviseur comme on devrait se chercher un thérapeute : non pas en fonction des diplômes mais en fonction de comment on se sent avec lui. » (Ranjard, 2009, paragr. 58). La qualité principale (voire la seule requise) du superviseur est alors une expertise particulière, une expérience riche et un lourd bagage théorique. C'est par exemple grâce à son expérience de psychomotricien supervisé que J. M. Demarchi est devenu lui-même superviseur (Demarchi, 2008). N'ayant pas de formation spécifique, c'est par l'expérience d'être supervisé et d'enseigner qu'il exerce la supervision pour des psychomotriciens.

III.3.6 - Mon expérience de la supervision

Au sein de mon stage, j'effectue la prise en charge psychomotrice de N., adolescent de 16 ans. Ma maître de stage étant absente lors du rendez-vous et n'ayant pas toujours le temps d'échanger avec moi sur le sujet, j'ai ressenti le besoin de faire la démarche d'une supervision. J'ai donc débuté des recherches pour trouver un superviseur qui me correspondrait, recherches qui ont porté leurs fruits. J'ai opté pour une supervision individuelle afin que l'on puisse plus aisément faire émerger les phénomènes transférentiels en jeu dans la relation. Malgré des séances de psychomotricité principalement rééducatives, des mécanismes psychiques inhérents à la relation ont été mis en exergue grâce à nos échanges et à la lumière des connaissances théoriques de mon superviseur. Cela illustre que, même avec une approche technique, le soignant ne peut être à l'abri des enjeux relationnels. De plus, ayant une formation en psychologie mais également en psychomotricité, mon superviseur est sensible aux dimensions corporelles et aux capacités psychomotrices

sollicitées dans les séances. Nous nous rencontrons ainsi une fois par mois pour réfléchir ensemble aux évolutions de N., à ce qu'il exprime et comment la relation peut faire écho en moi. Ayant débuté la supervision environ à la moitié de la prise en charge (à deux mois et demi de prise en charge sur les cinq mois), j'ai pu apprécier la différence entre la période avec supervision et celle sans. N. fait preuve de beaucoup de complexité tant psychique (angoisses corporelles, investissements particuliers etc.) que physique (répartition tonique imparfaite, faible élaboration du schéma corporel etc.), m'embarquant dans ses questionnements. Ne me suis-je pas laissée aspirer dans le « tourbillon de ses préoccupations » ? La supervision m'a ainsi permis de mettre en relief les points cruciaux de la prise en charge et m'a aidée à cibler mon attention tout en m'apportant de nouvelles pistes de travail.

Sur mon autre lieu de stage, je vais en supervision avec ma maître de stage pour que nous échangions sur les patients que nous recevons en psychomotricité avec la médiation sable. Nous évoquons principalement les patients pour lesquels nous nous retrouvons en panne de symbolisation. Nous pouvons ainsi profiter de l'apport théorique de notre superviseuse qui nous prête un regard extérieur ; elle fait parfois office de fonction alpha aux agissements des patients que nous ne comprenons pas et nous aide lorsque les patients font résonner en nous des affects particuliers (holding du holding).

III.4 - Les groupes de supervision

À l'origine de la création de la supervision, le superviseur – appelé *le contrôleur* – vérifiait que son élève applique la *bonne technique*, et surveillait les éventuelles erreurs, pouvant aller jusqu'à retirer le cas du supervisé et prendre le relais de l'analyse. L'expression des dynamiques transférentielles peut révéler des affects intimes liés à l'histoire du supervisé (même s'ils ne sont pas toujours approfondis). Nous comprenons que ce dispositif originel ne prévoyait pas de supervision en groupe, « il faut être deux, pas plus » (Delourme et Marc 2007, p. XXXI). Pourtant, il existe aujourd'hui de nombreux groupes de supervision.

La condition de groupe est éminemment différente de celle d'une supervision individuelle car le professionnel ne s'exprimera pas de la même manière et n'exprimera pas la même chose en relation duelle qu'en relation groupale.

La groupalité nous invite à reconsidérer le *statut du sujet* à partir des relations intersubjectives qu'il établit comme autant de conjonctions ou de corrélations de subjectivités. La groupalité nous enjoint de prendre la mesure de la place et de la fonction que les sujets occupent au sein d'un appareil psychique groupal. (Vidal, 2019, paragr. 30).

En tant que superviseuse d'un groupe, E. Abdoucheli-Dejours écrit que, dans cette situation de groupe, elle est « forcément plus confrontée au « climat » général, à la circulation de la parole, qu'aux individualités précises ». (Abdoucheli-Dejours, 2011, paragr. 12). En effet, alors que la supervision en groupe permet une réflexion riche à plusieurs, en individuel, « elle peut pointer plus directement les implications personnelles du psychomotricien. ». (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 529).

III.4.1 - Le cadre du groupe

Le cadre du groupe de supervision est comparable au cadre des séances de psychomotricité décrit précédemment. Il contient un déroulé type qui fait squelette et structure les séances, un lieu spatio-temporel (pour que les supervisés fassent groupe), un cadre théorique de référence et un accord sur les objectifs poursuivis. La règle de confidentialité est fondamentale dans le groupe : il peut être difficile d'exprimer un contre-transfert très fortement positif ou négatif envers un patient qui révèle parfois des pans intimes de soi-même – d'autant plus si le groupe est constitué d'une équipe travaillant dans la même structure (dans le cas d'une supervision au sein d'une institution par exemple).

Ainsi, les supervisions psychanalytiques classiques ont évolué en supervisions groupales pouvant s'appliquer à différentes professions. Elles changent alors parfois de nom pour ne pas s'y méprendre, et permettent de définir un cadre spécifique.

III.4.2 - Groupes Balint

Les groupes Balint ont été créés par le médecin M. Balint – analysé lui-même par S. Ferenczi – et popularisés en France dans les années 1960. Le groupe se constitue de huit à douze médecins généralistes animé par un psychiatre psychanalyste et un ou deux observateur(s). « Les participants assis en rond, sans table, apportent, sans utiliser de notes, un « cas », c'est-à-dire l'histoire d'une relation qui leur pose problème avec l'un de leurs patients. On aborde généralement deux cas par session. » (Cohen-Léon, 2008, paragr. 18). Ils visent à aider les médecins dans leur pratique, non seulement à travers le savoir mais également à travers la relation entre le médecin et le malade et les phénomènes transférentiels qui émergent au sein de cette relation. Ces phénomènes ne sont pas relevés comme tels mais le médecin supervisé, par répétition, pourra les identifier de manière autonome. La vision de M. Balint rejoint l'idée – que nous avons visitée à travers l'alliance thérapeutique – que la relation avec le médecin est plus importante que le médicament prescrit. M. Balint considérait ces groupes comme des temps de formation où « il s'agissait de former les médecins, à travers ces relations de cas, de les sensibiliser à une approche psychothérapeutique de leur pratique, ou plus exactement de ne pas la négliger. » (Allione, 2005, p. 40). À partir d'études de cas, ces groupes permettent au médecin de développer une capacité d'écoute particulière, à la fois du patient et de ce qu'il provoque en lui. Ces groupes, ne sont pas thérapeutiques pour autant et les sphères privées y sont exclues. (Cohen-Léon, 2008, paragr. 11). Cependant, c'est bien le thème de l'émotionnel que ces groupes traitent.

Dans son ouvrage *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Balint différencie deux sortes de compréhensions :

- l'une intellectuelle, tout à fait indispensable, qui ressortit à la démarche clinique, à l'établissement du diagnostic et même à la théorisation médicale ;

- l'autre, émotionnelle, à bien des égards plus complexe, est au cœur du travail de ses groupes.

(Cohen-Léon, 2008, paragr. 16).

Désormais, ces groupes s'adressent à tous les professionnels de santé « tels les infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens..., mais également, aujourd'hui, les avocats ou encore les enseignants y ont recours pour parler,

analyser, prendre du recul, évaluer les enjeux inconscients des difficultés relationnelles rencontrées. » (Reznik, 2009, paragr. 17).

III.4.3 - Groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAP)

Le protocole des GAP, s'inspirant de la formation des groupes Balint, a été écrit par André De Peretti en 1975 avec une approche humaniste rogérienne, créant ainsi une scission avec l'approche psychanalytique. Une personne du groupe présente un cas ou un problème professionnel en cinq minutes, les autres participants du groupe réfléchissent avec cette personne sur la problématique posée. L'animateur cadence les interventions, cadre et refuse tout jugement pouvant être porté sur le narrateur. (Lecomte, 2011).

Le travail conduit dans les dispositifs d'analyse des pratiques vise essentiellement l'évolution de l'identité professionnelle des praticiens dans ses différentes composantes : renforcer les compétences requises dans les activités professionnelles exercées, accroître le degré d'expertise, faciliter l'élucidation des contraintes et enjeux spécifiques de leurs univers socioprofessionnels, développer des capacités de compréhension et d'ajustement à autrui... (Fablet, 2004, paragr. 8).

En réalité, il y a aujourd'hui une grande diversité de GAP qui sont très différents les uns des autres en fonction de l'animateur qui choisit son cadre, « la supervision est encadrée par un psychomotricien-psychanalyste, là où les GAP semblent prôner une « multiréférentialité » de celui qui guide et garantit la tenue du groupe. » (Mussault, 2020, p. 83). La multiréférentialité permet une appropriation et des références théoriques larges mais peut parfois créer de la confusion. Claude Allione, en parlant des GAP écrit que ce nouveau terme (foisonnant dans les années 1990) « brouille encore plus l'ensemble puisqu'il semble mêler en une seule instance les deux orientations de régulations d'équipe et de supervision clinique. » (Allione, 2005, p. 55).

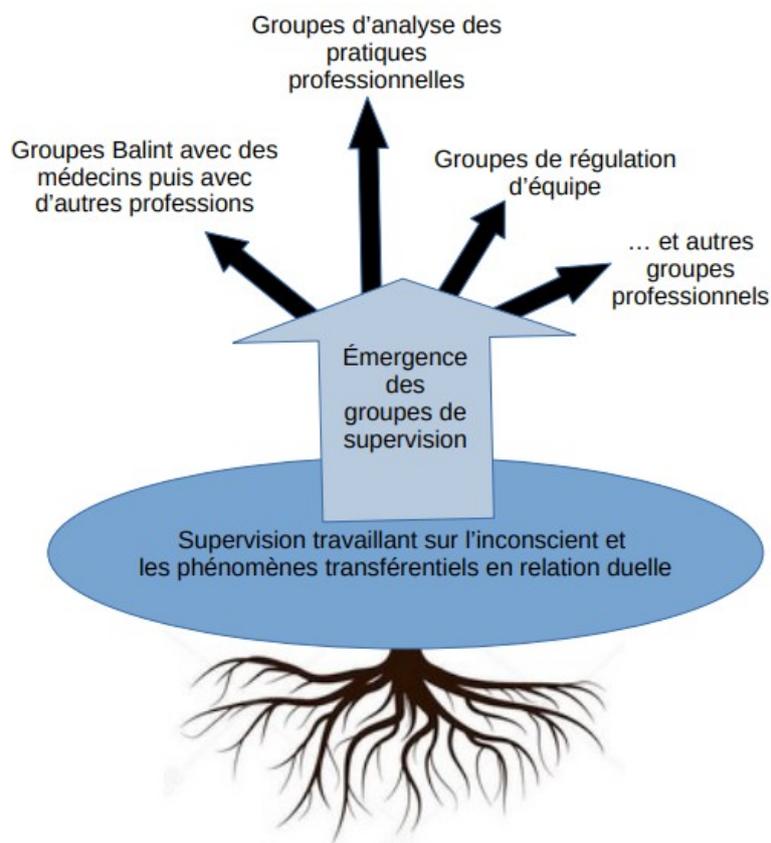
Ce qui différencie en tout cas les GAP des groupes Balint et des groupes de supervision est : la référence à un registre psychosociologique et non psychanalytique, le thème est la pratique professionnelle et non les processus inconscients et enfin, les GAP différencient le

professionnel de la personnalité du praticien là où les groupes Balint et la supervision tendent à les considérer comme indissociables. (Fablet, 2004).

III.4.4 - Entre supervision, groupe d'analyse des pratiques, groupes Balint, régulation... où donner de la tête !?

Ces différents dispositifs ont émergé et évolué au cours de l'Histoire. D'origine psychanalytique, l'analyse de contrôle, aux résonances trop coercitives, adopte ensuite le nom de supervision. Elle vérifie alors les capacités d'application des connaissances théoriques du supervisé, améliorant ses compétences pratiques, la prise de conscience du contre-transfert et son utilisation dans la thérapie. Ensuite, des groupes de supervision apparaissent, ne s'appliquant plus seulement aux psychanalystes mais aux médecins, avec les groupes Balint. Ces groupes Balint s'ouvrent à d'autres professions et de nombreuses arborescences apparaissent alors, ne se référant plus seulement à une lecture psychanalytique. Ils donnent naissance à de nombreuses appellations : GAP, régulation, groupe de soutien au soutien etc.

Arborescences de la pratique de la supervision



La définition même de la supervision est différente d'une personne à l'autre. Si certains considèrent la supervision comme différente des groupes d'analyse des pratiques, des régulations ou autres groupes pouvant être constitués pour parler de la pratique professionnelle, d'autres les confondent dans leurs discours et ne peuvent apporter une distinction franche entre ceux-ci. Comment les différencier réellement dans leur application ?

Pour J-P. Vidal, la distinction entre ces groupes est davantage portée par l'orientation théorique de l'intervenant que par la dénomination de ceux-ci. Pour lui, la séparation de ces différents groupes n'est pas évidente en pratique.

Convenons que si les distinctions sont nécessaires pour la rédaction d'un article, il n'est pas aisé, ni même opportun, dans un travail groupal, d'interrompre un récit, une évocation, des associations pour rappeler que cela est à exclure parce que hors de propos ou déplacé, sous prétexte que ce n'est pas de l'ordre de l'*analyse de la pratique* mais que cela relèverait davantage de la *supervision* (du transfert, du contretransfert et de ce fait de la vie privée du participant) ou de la *régulation* (imputable à des conflits relationnels au sein de l'équipe, par exemple) ou de l'*analyse institutionnelle* (impliquant l'héritage, l'histoire et les refoulés, les non-dits...). (Vidal, 2019, paragr. 12).

Cependant, considérons ici que la supervision est centrée sur la personne du professionnel – dans ses praxis professionnelles – principalement à partir d'études de cas, alors que les groupes d'analyses des pratiques sont davantage centrés sur le patient, ses problématiques et les moyens professionnels pour lui venir en aide.

III.5 - Autres intérêts de ces dispositifs

Que nous parlions de supervision individuelle ou non, de groupe Balint, de GAP ou de régulation, certaines qualités – même si elles ne sont pas toujours visées – peuvent se retrouver. Pour servir la clarté de mon propos, j'utiliserai le terme de supervision, comprenant alors tous les dispositifs cités précédemment. Nous nous dégageons donc désormais de la définition originelle de *supervision* de la psychanalyse pour emprunter celle d'un lieu identifié

de rencontre entre le psychomotricien (seul ou en groupe) et un expert, parlant de la pratique et de la relation avec les patients.

III.5.1 - Prévenir le passage à l'acte et la « toute-puissance »

Plusieurs définitions du passage à l'acte ont été proposées. Retenons ici l'idée qu'il s'agit d'un manque d'élaboration psychique, d'un manque de mots qui s'exprime alors en un acte auto ou hétéroagressif. L'origine est multifactorielle et résulte d'un « état de tension, une poussée déclenchée par des signaux internes ou externes, un milieu dans lequel s'exerce un contrôle social, une évaluation cognitive de l'acte, un jugement moral, l'investissement de la relation à autrui. » (Raoult, 2006, paragr. 8). Il est possible en séance de psychomotricité d'être témoin d'un passage à l'acte. Il y a alors deux grandes questions accompagnant cet acte : qu'est-ce qui a été à l'origine de ce passage à l'acte ? Que veut-il signifier ?

Afin de prévenir le passage à l'acte, résultant d'un manque d'élaboration psychique et de contenance des impulsions, le psychomotricien gagnera à étayer cette élaboration par un apport extérieur. Il pourra alors détecter les mises en acte¹⁰, souvent précurseurs des passages à l'acte. S'il a déjà eu lieu, un espace de supervision pourrait aider à le mettre en sens. Dans des cas extrêmes, le psychomotricien peut en être l'auteur, il est alors indispensable de le réfléchir. Ne pas faire appel à un tiers dans une situation délicate augmente les risques d'un passage à l'acte (à la fois du psychomotricien, perdant alors ses facettes de *médium malléable* et du patient qui le percevra immanquablement).

Cela peut être alors dû à un sentiment de toute-puissance du professionnel, ne percevant pas ses potentielles difficultés, et pensant savoir ce qui est bon pour la prise en charge.

Chaque fois qu'il se sent en difficulté, il renonce à juger seul et met sa difficulté en supervision. S'il ne le fait pas, parce qu'il est sûr de ne pas se tromper, et s'il maintient cette position malgré les difficultés qui surgissent dans la relation thérapeutique, il s'installe dans une

10 La mise en acte est « l'aspect partagé et cocréé d'un processus auquel les deux participants contribuent. [...] ce qui peut se passer dans l'imaginaire, les rêves, ou ce qui peut être communiqué de façon subtile par des gestes ou même des changements de posture. » (Delourme et Marc 2007, pp. 85-86).

position de toute-puissance et met son client en danger. Le critère *supervision* garantit au public qu'un dispositif permanent va tenter de contrôler le risque de toute-puissance. (Ranjard, 2009, paragr. 14).

Il est alors indispensable que le psychomotricien garde en tête le *sens de la transmission* du savoir et de l'expérimentation de professionnels plus avertis. De plus, l'humilité et la remise en question sont des qualités qui permettent une évolution permanente.

III.5.2 - Prévenir les risques psycho-sociaux

Ces endroits permettent de parler des difficultés rencontrées par les professionnels au sein de leur pratique. Ce partage possède parfois un effet cathartique. Des règles protégeant le lieu, permettent au professionnel de s'exprimer plus librement sur les sujets ou les situations dont il ressent le besoin d'une plus grande élaboration. Le lieu fait alors office de contenance et crée une dynamique de réflexion partagée.

Ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. (Abdoucheli-Dejours, 2011, paragr. 9).

La supervision devient alors le lieu de décharge du trop plein, du non-digéré. Le professionnel, ne pouvant parfois plus faire office de *fonction alpha* prend appui sur le dispositif pour qu'il l'étaye dans cette fonction. Une sorte de *holding* du *holding car* « pour soutenir, il faut aussi – et peut-être d'abord – se sentir soutenu ; pour contenir, il faut que le dispositif offre un contenant (physique, mais surtout psychique) à celui qui prétend apporter du contenant » (Allione, 2018a, paragr. 13).

La supervision aide alors à diminuer les risques psychosociaux du professionnel face aux difficultés de son métier (fatigué de porter, mauvaise entente au sein de l'équipe, touché par des histoires de vie difficiles...). Le stress est par exemple un facteur de risque

psychosocial pour lequel le psychomotricien doit être particulièrement attentif car du « point de vue psychomoteur, une répétition de situations de stress nous impacte : elle entraîne entre autres, des tensions corporelles, une hypertonicité, une labilité émotionnelle [...] une mise à mal de l'image du corps ». (Limacher, 2019, p. 463). Or, le psychomotricien utilise sa corporéité comme moyen de rencontre avec le patient. Écouter ses propres manifestations psychocorporelles n'est alors pas une option car cette corporéité propre constitue la médiation de la relation à l'autre et est décisive dans le soin. Cette introspection fait alors partie intégrante de l'éthique¹¹ du psychomotricien : se centrer pour mieux se décentrer.

III.6 - L'éthique des psychomotriciens

III.6.1 - L'éthique du corps

F. Giromini décrit une éthique spécifique au soin à médiation corporelle : l'éthique du corps.

Qu'entendons-nous par conscience corporelle ? Que faut-il mettre à l'œuvre, comment procéder pour s'engager dans une prise en charge à médiation corporelle ? Comment en mesurer les conséquences ? Et, comment faire en sorte que le patient se responsabilise en devenant acteur de sa thérapie ? L'affaire est complexe car il suffit ni plus ni moins d'utiliser sa corporéité [...] comme médiateur de la relation à l'autre et d'en mesurer les effets. [...] En s'engageant dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être (le corps avec l'âme, le corps avec la psyché, le corps avec la pensée), qui s'implique dans la relation. (Giromini, 2019, p. 21).

Ainsi, le psychomotricien doit expérimenter les médiations avant de les proposer au patient. Sa propre corporéité faisant partie intégrante de ses outils de médiation, l'éthique du psychomotricien implique une élaboration constante de sa « continuité d'existence à travers la sensorialité [...] et du sentiment d'identité (en utilisant des exercices empruntés au travail de symbolisation et de représentation comme on le rencontre dans la formation corporelle de l'acteur). » (Giromini, 2019, p. 22). Le psychomotricien devra cependant rester prudent à ne

¹¹ Le CNRTL définit l'éthique comme la « science qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale. » (« ÉTHIQUE : Définition de ÉTHIQUE » s. d.).

pas projeter ses propres vécus corporels au sein de la médiation à ceux du patient, c'est là sa capacité à se décentrer qui est fondamentale.

Le psychomotricien est amené à « s'interroger constamment sur la pertinence et la vérité relative des savoirs, ce qui évite, somme toute, les enseignements dogmatiques et les certitudes universelles et garantit les bonnes pratiques, la recherche et l'éthique. » (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 533). L'éthique, qui exige une réflexion permanente, permet un garde-fou au passage à l'acte, au sentiment de toute-puissance ou autres risques d'éloignement des *bonnes pratiques* du soignant. Le psychomotricien bénéficie d'un large panel de formations inscrites dans le *développement professionnel continu*¹² (DPC). Le développement professionnel continu fait partie intégrante de l'éthique des professionnels de santé¹³.

III.6.2 - L'éthique de la profession

La déontologie, inspirée de l'éthique, est constituée de l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession. Les psychomotriciens, ne disposant pas d'Ordre, les membres de l'Association Française des Psychomotriciens Libéraux (AFPL) ont publié une « Charte éthique et déontologique ». Cette charte permet à la pratique des psychomotriciens qu'elle « soit cohérente et qu'elle réponde à des critères réglementaires, de qualité et d'éthique en harmonie avec ceux des autres professions de santé, ceci au service de l'individu et de la santé publique ». (Charte éthique & déontologique – Association Française des Psychomotriciens Libéraux, s. d.).

De plus, des situations particulières peuvent solliciter l'éthique du psychomotricien dans un questionnement très complexe. S'intéressant au vécu corporel, il peut être amené plus facilement que les autres professions face à des problématiques en rapport avec l'éthique. Dans le cas par exemple d'une suspicion de maltraitance infantile, faut-il faire une information préoccupante, un signalement ? Cela impactera-t-il obligatoirement l'alliance thérapeutique ? Cette démarche sera-t-elle réellement bénéfique pour l'enfant ? Quelles en

12 Défini par la HAS : « Le développement professionnel continue (DPC) s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation quelque soit le mode d'exercice. Il vise à maintenir et actualiser les connaissances et les compétences, améliorer les pratiques. » (« Développement professionnel continu (DPC) » s. d.).

13 Cf Annexe 2 : Article L. 4021-1.

seront les conséquences ? Ces situations nécessitent de ne pas rester seul et de pouvoir en parler en équipe (si le psychomotricien exerce en institution ou en collaboration), en réunion interdisciplinaire ou en supervision.

Conclusion

Pour penser mon écrit, j'ai tout d'abord ciblé mon attention spécifiquement sur la supervision. Au cours de mes recherches, et à l'aide de discussions avec des professionnels qui ont croisé le cheminement de ma réflexion, je me suis aperçue que la supervision n'était qu'une partie des lieux d'élaboration et d'aide pour les psychomotriciens. De plus, comme nous l'avons vu, derrière le terme *supervision* se cachent des pratiques diverses car la définition ne fait pas consensus. Il m'a donc fallu élargir mon champ de vision à d'autres possibilités d'élaboration du psychomotricien – pouvant alimenter sa clinique psychomotrice ou ses outils de médiation – avant de revenir sur le thème précis de la supervision pour en dégager les intérêts en psychomotricité.

À cela s'ajoute la complexité de faire du lien entre la théorie et la pratique de la supervision, n'ayant encore qu'une mince expérience en ce domaine. Cependant, vivre moi-même une supervision, notamment pour la prise en charge d'un adolescent, m'a beaucoup apporté – que ce soit dans la mise en sens de mon travail, dans l'apport théorique ou dans l'élaboration de la relation thérapeutique et rééducative qui s'est tissée. Je pense alors important, en fonction d'où le psychomotricien exerce et de ce qui l'aide à réfléchir, de bénéficier d'un apport extérieur à sa pratique. Chaque psychomotricien peut ainsi puiser dans de nombreuses ressources ce qui lui convient le mieux.

Le psychomotricien exerce avec sa *corporéité* comme médiation. Il est impliqué psychocorporellement dans la relation pour permettre au patient de visiter ses qualités psychomotrices à travers cette relation. C'est dans l'expérience partagée que le psychomotricien aide le patient à faire des expérimentations jusqu'alors non réalisées. Le patient pourra ainsi s'en saisir pour les exercer en dehors de la prise en charge. La psychomotricité, impliquant proximité, accordage tonique, mouvement et toucher, relève parfois davantage de vécus archaïques, non-verbalisables par définition. Si le psychomotricien a notamment ce rôle de mettre des mots sur les maux, il peut parfois se retrouver en panne dans cette verbalisation. Cependant, « superviser, c'est vouloir par-dessus tout privilégier l'expression par la parole, ce qui revient dans les faits à inhiber toute autre forme, qu'elle soit action, mouvement, etc. » (Allione, 2018a, paragr 20).

La spécificité de la supervision en psychomotricité tient à la spécificité même de la pratique psychomotrice. Elle cherche à rester au plus près du déroulement des séances et à permettre au psychomotricien(ne) de témoigner de son engagement corporel et psychique avec le patient puis de le mettre en mots pour l'élaborer. La supervision souligne donc les modalités corporelles spécifiques du transfert et du contre-transfert en psychomotricité. [...] Il arrive parfois que l'archaïque des échanges d'un suivi ne puisse pas se traduire d'emblée dans le langage. Nous pouvons alors passer par des médiations actives. (Valentin-Lefranc & Lauras-Petit, 2019, p. 531).

À ce jour, « Il n'existe pas d'institutionnalisation de l'instance de supervision clinique en psychomotricité. » (Demarchi, 2008, p. 193). À mon sens, la supervision pour les psychologues leur permet de façonner leur outil principal de travail : la pensée, l'élaboration de la clinique et, pour les psychanalystes, l'inconscient. Si la supervision est très utile pour les psychomotriciens, je pense qu'elle n'est pas totalement satisfaisante car toujours amputée d'outils fondamentaux de la psychomotricité – le corps en relation, le mouvement, le toucher, la médiation, le tonus...

À la question « quelle supervision pour les psychomotriciens ? », je répondrai alors « pouvons-nous penser un dispositif de supervision spécifique aux psychomotriciens ? ».

Le cadre des séances de supervision serait à délimiter. Nous pourrions penser à un espace similaire à une salle de psychomotricité où se déroule une rencontre divisée en trois temps :

- L'exposition des problématiques rencontrées par le supervisé.
- Un temps d'expérimentation psychocorporelle en lien avec les dires du supervisé. Il serait à définir avec lui pour correspondre à ses attentes : comme ce qui peut être pratiqué en supervision en Gestalt-thérapie ; sous forme de psychodrame ou de représentations graphiques reflétant le vécu interne du supervisé (Delourme & Marc, 2007, p. 131-135), en fonction de la médiation utilisée par le psychomotricien ou de ce qui est mis en jeu dans la relation en psychomotricité (par exemple à travers le contre-transfert corporel). Ce temps ne serait pas obligatoirement « corporel », le

psychomotricien a peut-être simplement besoin d'échanger avec son superviseur. La séance s'apparentera alors davantage à une séance de supervision classique.

- Enfin, un temps de verbalisation pour mettre des mots sur les éprouvés et ce qu'ils évoquent au supervisé. Ce dernier temps pourrait aboutir à des pistes de réflexion théorico-clinique, à des hypothèses ou à de nouvelles propositions ou modalités de rencontre entre le psychomotricien et son patient.

Ces séances pourraient se réaliser en individuel ou en groupe. Chaque psychomotricien serait ainsi supervisé en fonction de sa pratique, de ses médiations, de sa sensibilité et des problématiques qu'il expose.

Bibliographie

- Abdoucheli-Dejours, É. (2011). Effets contenant et élaboratifs de la supervision. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 149-158). Érès.
- About, N. (2004). Paysages et visages de l'abandonnique. *Gestalt*, n° 27(2), 123-139.
- Allione. (2005). *La part du rêve dans les institutions : Régulation, supervision, analyse des pratiques*. Encre marine.
- Allione, C. (2018a). A. In *Vocabulaire raisonné de la supervision d'équipe* (p. 15-58). Érès.
- Allione, C. (2018b). H. In *Vocabulaire raisonné de la supervision d'équipe* (p. 149-162). Érès.
- Allione, C. (2018c). S. In *Vocabulaire raisonné de la supervision d'équipe* (p. 265-283). Érès.
- André, J. (2011). L'analyste Winnicott. *Le Carnet PSY*, n° 152(3), 36-40.
- Article R4332-1 - Code de la santé publique - Légifrance. (s. d.). Consulté le 6 mars 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914164/
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien*. Dunod.
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité en 25 notions*. Dunod.
- Barthels, V., Bivort, P., Daveloose, J., De Keyser, A., Huret, M., Jaumaux, P., Kinoo, P., Meynckens-Fourez, M., Robin, D., Vander Borgh, C., & Delage, M. (2019). *Supervision en institution et analyse de pratiques : Éloge du conflit et du plaisir*. De Boeck Supérieur.
- Bion, W. R., & Robert, F. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, n° 49(4), 317-326.
- Boutinaud, J. (2014). Interview d'Agnès Lauras-Petit. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 47(179), 4-21.

- Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, n° 76(3), 769-778.
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire Inconscient*, n° 2(2), 91-100.
- Busnel, M.-C., & Heron, A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. In *La naissance* (p. 633-643). Albin Michel.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, n° 13(2), 41-52.
- CADRE : Définition de CADRE. (s. d.). Consulté le 23 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/cadre>
- Castro, D., Santiago-Delefosse, M., & Capdevielle-Mougnibas, V. (2009). La supervision de la pratique clinique : Définitions et questionnements. *Le Journal des psychologues*, n° 270(7), 45. <https://doi.org/10.3917/jdp.270.0045>
- Charte éthique & déontologique – Association Française des Psychomotriciens Libéraux. (s. d.). Consulté le 6 mars 2021, à l'adresse <https://a-f-p-l.net/charte-ethique-et-deontologique>
- Chartier, J.-P. (2009). La supervision psychanalytique, le quatrième métier impossible ? *Le Journal des psychologues*, n° 270(7), 38-40.
- Chiche, S. (2013). Qu'est-ce que le transfert ? *Le Cercle Psy, le magazine de toutes les psychologies*, n° 11, 14-41.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 2(2), 397-433.
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 50(1), 141-148.

- Decreuse, A. (2017). *Se sentir prêt pour être psychomotricien : Vivre la construction de son identité professionnelle : comment parvenir à trouver sa place*. [Mémoire de Diplôme d'État de psychomotricité. UPMC, Paris]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615458>
- Defiolles-Peltier. (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin.
- Delion, P. (2016). *I comme Institution*. [Vidéo]
https://www.psynem.org/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Clinique_techniques_conditions/Institution
- Delourme, A., & Marc, E. (2007). *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*. Dunod.
- Demarchi, J. M. (2008). Le rôle de la supervision clinique en psychomotricité. *Evolutions psychomotrices*, n° 82, 191-197.
- Développement professionnel continu (DPC)*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté le 15 mars 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019319/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
- Di Rocco, V. (2011). La préoccupation maternelle primaire : « presque » une maladie. *SANTE MENTALE*, n°155, 9.
- Elkaïm, M. (2004). L'expérience personnelle du psychothérapeute : Approche systémique et résonance. *Psychotherapies*, n° 24(3), 145-150. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-3-page-145.htm>
- Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 45(2), 171-172.
- EMPATHIE : Définition de EMPATHIE*. (s. d.). Consulté le 28 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/empathie>
- ÉTHIQUE : Définition de ÉTHIQUE*. (s. d.). Consulté le 15 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9thique>

- Fablet, D. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : Une visée avant tout formative. *Connexions*, n° 82(2), 105-117.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Érès.
- Giromini, F. (2019). spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. In Anne Vachez-Gatecel & Aude Valentin-Lefranc (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. (pp. 15-26). Dunod.
- Grégoire, A. (2019). *Penser la relation thérapeutique pour mieux panser : L'histoire d'une rencontre en pédopsychiatrie* [Mémoire de Diplôme d'État de psychomotricité. UPMC, Paris]. Dumas.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, n° 20(2), 287-296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Pr. Univ. de France.
- Lauras-Petit, A. (2001). Le transfert en psychomotricité : Est-ce bien raisonnable ? In *Psychologie clinique, psychanalyse et psychomotricité : Questions épistémologiques autour d'une praxis à médiation*. L'Harmattan.
- Lecomte, C. (2011). Analyse des pratiques et processus de subjectivation en situation professionnelle. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 11(1), 53-66.
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. *Transition*, 170-206.
- Limacher, A. (2019). La place du psychomotricien dans la prévention des risques psychosociaux. In Anne Vachez-Gatecel & Aude Valentin-Lefranc (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. (pp. 461-468). Dunod.
- Lucchelli, J. P. (2007). *Le transfert, de Freud à Lacan*. [Thèse de psychologie clinique, Université Rennes 2]. TEL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00204461>

MÉDIATION : Définition de MÉDIATION. (s. d.). Consulté le 20 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9diation>

Mongabure, L. (2015). *Nous impliquer pour leur permettre d'être au monde : À propos de l'implication psychocorporelle du psychomotricien.* [Mémoire de Diplôme d'État de psychomotricité. UPMC, Paris]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187935>

Moyano, O. (1994). La relation psychomotrice, une autre idée du transfert. *L'Information Psychiatrique*, 8, Octobre 1994, 686-693. *L'Information psychiatrique*, n° 8, 686:693.

Mussault, C. (2020). *Psychomotricités ou psychomotricité ? : Pouvons-nous nous rassembler autour d'une psychomotricité, riche et variée, au service du patient ?* [Mémoire de Diplôme d'État de psychomotricité. UPMC, Paris]. Dumas.

Perono M & Grabot D. (2006). La fragile naissance de l'alliance thérapeutique (A.T.). *Évolutions psychomotrices*, n° 18(52), 61-68.

Potel, C. (2010a). *Être psychomotricien.* Érès.

Potel, C. (2010b). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique.* In Press.

Potel, C. (2015a). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* [Nouvelle édition actualisée]. Érès.

Potel, C. (2015b). *Du contre-transfert corporel.* Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.potel.2015.01>

Ranjard, P. (2009). Supervision, perfectionnement et formation. *Gestalt*, n° 35(1), 81-97.

Raoult, P.-A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, n° 481(1), 7-16.

Raynaud, A. (2020, 10 mars). *La grossesse psychique* [Conférence] Institut de la Parentalité, Bordeaux.

Réunion de synthèse. (s. d.). Consulté le 1 novembre 2020, à l'adresse <https://metiers.action-sociale.org/pratiques/reunion-synthese-medico-social>

Reznik, F. (2009). Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Le Journal des psychologues*, n° 270(7), 29-30.

- Roten, Y. de, Michel, L., & Peter, D. (2007). Pour un dialogue entre recherche et clinique : Une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychotherapies*, n° 27(1), 37-45. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2007-1-page-37.htm>
- Roussillon, R. (2019). Chapitre 2. Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In *Manuel des médiations thérapeutiques: Vol. 2e éd.* (p. 42-70). Dunod.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances Psy*, no20(4), 86-95.
- Segond, H. (2008). *Le Toucher en développement. Perception tactile et continuité transnatale* (p. 75-108).
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 98(3), 28-31.
- Supervision : Définition simple et facile du dictionnaire.* (s. d.). Consulté le 7 mars 2021, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/supervision/>
- TRANSFERT : Définition de TRANSFERT.* (s. d.). Consulté le 1 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/transfert>
- Vachez-Gatecel, A., Valentin-Lefranc, A., & Cohen, D. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices.* Dunod.
- Valentin-Lefranc, A., Lauras-Petit, A. (2019). Le travail du questionnement en formation continue : une nécessité éthique. In Anne Vachez-Gatecel & Aude Valentin-Lefranc (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices.* (pp. 525-532). Dunod.
- Vermersch, P. (2013, octobre 6). *Comment est né l'entretien d'explicitation.* [Vidéo] YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ISQKNR7lJgI>
- Vermersch, P. (2013, novembre 23). *Les applications de l'entretien d'explicitation.* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=aYpC9s57mFQ>
- Vidal, J.-P. (2019). Supervisions en groupe et/ou analyse de pratique(s) professionnelle(s) ? L'enjeu décisif de la groupalité. *Dialogue*, n° 224(2), 77-94.
- Vignemont, F. de. (2011). L'empathie, des réponses aux questions majeures. *Le Journal des psychologues*, n° 286(3), 16-19.

Vincent, F. (2019). Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. In Anne Vachez-Gatecel & Aude Valentin-Lefranc (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. (pp. 39-50). Dunod.

Winnicott, D. W., & Stronck-Robert, A. (2003). *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations*. Payot.

Annexe 1

Sens de la transmission – Oxmo Puccino

« Chaque jour, il nous arrive de nous tromper. Si on a le droit de chercher son chemin, par manque d'expérience, ne pas le trouver relève souvent d'un manque d'écoute et d'observation. Qu'il provienne d'un ami, d'un parent proche ou d'une œuvre, nous sommes tous le fruit de la transmission du savoir. J'aime à me rappeler qu'Alexandre le Grand a construit sa vision sur l'influence d'Aristote, qu'Aristote fut le disciple de Platon qui lui-même fut un élève de Socrate. L'échange de la connaissance est un lien essentiel, qui nous offre aujourd'hui la grâce de se confronter encore à des vérités éprouvées sur la façon dont fonctionne ce monde et la manière de le penser. S'il y a des aînés, c'est parce qu'il faut se fier à quelqu'un, puisqu'il est rarissime d'avoir confiance en soi. Vu que la confiance s'acquiert avec l'expérience. L'expérience est très souvent une question de temps, et le temps exige de la patience. Quelqu'un vous dira qu'il faudra toujours attendre, qu'aller vite ne veut pas dire aller loin. Nous sommes tous perfectibles et il faut savoir écouter les anciens car, si leurs réussites sont des leçons, leurs erreurs peuvent atténuer la douleur du « on t'avait prévenu ». Avoir été permet sans aucun doute de protéger et guider ceux qui sont en devenir. L'échange va dans les deux sens, mais on ne pousse que dans une direction. Tout comme à distance entre ceux qui savent et les autres qui supposent, le bruit des corbeaux ne vaudra jamais le silence de ceux qui l'ont vécu. Alors, faites-vous aimer, et restez à l'écoute pour le jour où, à votre tour, vous serez un aîné. »

Annexe 2

Article L. 4021-1

« Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu. »

Table des matières

Introduction.....	1
I - Les processus en jeu dans la thérapie : au-delà de l'alliance thérapeutique.....	3
I.1 - L'alliance thérapeutique.....	3
I.2 - Le transfert.....	6
I.3 - Le contre-transfert.....	9
I.4 - Le principe de résonance.....	11
I.5 - L'empathie.....	16
I.6 - La thérapie d'enfant comme métaphore de la relation maternelle.....	17
I.6.1 - L'apport de D. W. Winnicott.....	18
I.6.2 - De la transparence psychique de la femme enceinte à la transparence psychique du thérapeute.....	22
I.6.3 - La fonction de contenance et la barrière de contact.....	24
I.7 - Conclusion sur les processus en jeu dans la thérapie.....	27
II - Les spécificités de la relation en psychomotricité.....	28
II.1 - L'implication psychocorporelle du psychomotricien.....	28
II.1.1 - La disponibilité psychocorporelle.....	29
II.1.2 - Le dialogue psychocorporel.....	30
II.1.3 - Le toucher comme vecteur transférentiel.....	32
II.2 - Le transfert et le contre-transfert en psychomotricité.....	35
II.2.1 - Quel transfert en psychomotricité ?.....	35
II.2.2 - Le contre-transfert corporel.....	36
II.3 - La co-construction dans la médiation.....	38
II.3.1 - L'espace de la médiation.....	38
II.3.2 - De la médiation au médium malléable.....	40
II.4 - Le cadre de la séance.....	43
II.4.1 - Le cadre physique.....	45
a - Le cadre matériel.....	45
b - Le cadre temporel.....	45
c - Le cadre spatial.....	46
II.4.2 - Le cadre psychique.....	46
a - Choix théorique.....	46
b - Solidité interne.....	47
II.5 - La passation du bilan psychomoteur.....	48
II.6 - Conclusion sur les spécificités de la relation en psychomotricité.....	50

III - Les endroits d'élaboration et de décharge.....	51
III.1 - La formation initiale des psychomotriciens.....	51
III.2 - Les lieux d'introspection institutionnels.....	54
III.2.1 - Le métacadre de la pratique : l'institution.....	55
III.2.2 - La réunion de synthèse.....	56
III.2.3 - La réunion institutionnelle.....	58
III.2.4 - La régulation.....	60
a - La régulation d'équipe.....	60
b - La régulation en co-thérapie.....	60
III.2.5 - Les instances institutionnelles.....	61
III.3 - La supervision.....	62
III.3.1 - La supervision comme transmission du savoir.....	63
III.3.2 - La supervision comme soutien au professionnel.....	65
III.3.3 - Un exemple d'entretien de supervision : l'entretien d'explicitation.....	66
III.3.4 - Supervision ou intervision ?.....	67
III.3.5 - Qui supervise ?.....	67
III.3.6 - Mon expérience de la supervision.....	68
III.4 - Les groupes de supervision.....	69
III.4.1 - Le cadre du groupe.....	70
III.4.2 - Groupes Balint.....	71
III.4.3 - Groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAP).....	72
III.4.4 - Entre supervision, groupe d'analyse des pratiques, groupes Balint, régulation... où donner de la tête !?.....	73
III.5 - Autres intérêts de ces dispositifs.....	74
III.5.1 - Prévenir le passage à l'acte et la « toute-puissance ».....	75
III.5.2 - Prévenir les risques psycho-sociaux.....	76
III.6 - L'éthique des psychomotriciens.....	77
III.6.1 - L'éthique du corps.....	77
III.6.2 - L'éthique de la profession.....	78
Conclusion.....	80
Bibliographie.....	83
Annexe 1.....	90
Annexe 2.....	91