



HAL
open science

L'art de trouver l'équilibre : à la recherche de la juste distance relationnelle en hospitalisation complète de pédopsychiatrie

Sarah Larnaudie

► **To cite this version:**

Sarah Larnaudie. L'art de trouver l'équilibre : à la recherche de la juste distance relationnelle en hospitalisation complète de pédopsychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04715826

HAL Id: dumas-04715826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04715826v1>

Submitted on 1 Oct 2024

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière

Faculté Santé Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 PARIS

L'art de trouver l'équilibre

À la recherche de la juste distance relationnelle en hospitalisation complète de
pédopsychiatrie

Mémoire présenté par Sarah LARNAUDIE en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricien

REMERCIEMENTS

À Monsieur Laurent MANEC, qui m'a accompagnée tout au long de cette année. C'est grâce à sa présence, son écoute, son temps et ses conseils que ce mémoire a pu être possible. Merci pour sa confiance.

À Madame Soraya EL FARHANE, pour son soutien lors de mon stage, dans les bons comme les mauvais moments.

À Madame Anne VACHEZ-GATECEL, pour son écoute et ses précieux conseils.

À Madame Catherine POTEL, pour avoir su me donner l'impulsion nécessaire au début de mon mémoire.

À tous les patients qui ont croisé ma route et à qui, je l'espère, j'ai apporté autant qu'ils m'ont apporté.

À l'association Pour Une Enfance Sénégal, qui m'a permis de réaliser sans doute la plus belle expérience humaine de ma vie. Merci pour les rencontres, pour les moments inoubliables, et pour m'avoir permis d'apporter mon aide aux enfants.

À mes amis, pour les incroyables moments passés ensemble, de près ou de loin.

À mes parents et ma sœur, pour leur présence, leur aide et leur amour.

À toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont croisé ma route durant ces trois années de formation. Vous n'avez fait que les rendre plus belles.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : Une clinique bien précise	3
1. « <i>LACHEZ-MOI !!!</i> » : situation d'appel	3
2. La crise : quelles significations ?	5
2.1. La crise.....	5
2.2. L'urgence psychiatrique	6
2.3. La crise clastique	8
3. Présentation du stage	9
3.1. Concept d'un stage expérimental	9
3.2. Lieu de stage	10
3.3. Les adolescents.....	12
3.4. L'équipe pluridisciplinaire	14
4. Cas clinique numéro 1 : Joséphine.....	14
4.1. Présentation générale	14
4.2. Histoire de la maladie	16
4.3. Prise en charge en psychomotricité et première rencontre	18
5. Cas clinique numéro 2 : Tim	20
5.1. Présentation générale	20
5.2. Histoire de la maladie	20
5.3. Evolution dans l'unité.....	21
5.4. Première rencontre	22
5.5. Prise en charge en psychomotricité	24
PARTIE 2 : La relation en psychomotricité	26
1. Les spécificités et modalités de la relation thérapeutique	26
1.1. La relation de soin.....	26
1.2. Le cadre thérapeutique : le préalable à la relation	27
1.2.1. Le cadre physique	28
1.2.2. Le cadre psychique	29
1.3. Les processus en jeu dans la relation	30
1.3.1. Le transfert.....	30
1.3.2. Le contre-transfert	32

1.4. L'empathie	34
2. Quand la pathologie impacte la relation	36
2.1. L'agressivité	36
2.1.1. Dans le développement psychomoteur	37
2.1.2. Du normal au pathologique.....	39
2.1.3. La relation face à l'agressivité	40
2.1.4. Agressivité ou crise ?	42
2.2. La régression	43
2.2.1. Un retour à une étape antérieure.....	45
2.2.2. En hospitalisation complète	46
2.2.3. La relation face à la régression.....	47
2.3. La décompensation	48
2.3.1. En hospitalisation complète	49
2.3.2. Quelle dimension psychomotrice ?	50
PARTIE 3 : La complexité de la recherche de la juste distance en unité fermée de pédopsychiatrie	52
1. La complexité de la place de stagiaire	52
1.1. La posture de stagiaire expérimentale	53
1.2. Un positionnement particulier face au patient	54
1.3. Un investissement différent de l'adolescent	56
1.4. Proximité d'âge entre stagiaire et patient : avantage ou inconvénient ?.....	57
2. La juste distance relationnelle : en quête d'un équilibre	59
2.1. La proxémie : la distance physique	60
2.2. Relation unique, distance unique	61
2.3. Une adaptation constante.....	62
2.4. S'écouter soi pour comprendre l'autre.....	64
2.5. Quand les émotions font barrière	65
3. Quels points d'appui pour le soignant ?	67
3.1. Le groupe de parole	67
3.2. L'équipe pluridisciplinaire	68
CONCLUSION	69
Bibliographie	70

INTRODUCTION

Lorsque j'ai élaboré mon projet professionnel, je n'imaginai pas me diriger vers un métier ne comprenant pas l'aide à la personne. La relation d'aide a toujours été ma grande source de motivation. J'avais envie d'accompagner, de soigner, d'aider, de soutenir, et ainsi de pouvoir participer au mieux vivre des autres. J'ai donc choisi les études de psychomotricité. Même s'il y avait des parts d'inconnues et de mystères, quelque chose dans ce domaine m'attirait plus que les autres professions du soin : le lien entre le corps et l'esprit. Au moment de mes premières recherches sur la psychomotricité, c'est ce que j'ai retenu de cette profession, et c'est ce qui m'a convaincue. Je me dirigeais vers l'inconnu, certes avec appréhension, mais aussi avec excitation de ce qui m'attendait.

En choisissant ces études, j'ai pu découvrir ce qu'était une relation soignant-soigné. Grâce à l'enseignement théorique et pratique que j'ai suivi, j'ai ainsi pu comprendre que l'implication du psychomotricien est essentielle à la relation avec le patient.

L'engagement psychique et corporel du psychomotricien dans une relation implique le fait de savoir préserver la sensibilité psychique du patient comme celle du praticien. Comme j'ai pu le constater dans le cadre de certains de mes stages, la relation avec le patient peut parfois être intense et forte en émotions. Nous pouvons être confrontés brutalement aux patients, à leurs comportements, à leur(s) pathologie(s), et être parfois rapidement déstabilisés face à certaines situations, sans savoir comment agir. Cette empathie face au patient, propre à chaque soignant, est importante dans la prise en charge et dans la compréhension du patient. Cependant, elle ne doit pas devenir trop envahissante au risque de trop nous atteindre, et d'impacter ainsi la qualité de la relation.

Durant mon stage de 3ème année en unité fermée de Pédopsychiatrie, certaines situations auxquelles j'ai été confrontée ont suscité chez moi des questionnements avec un sujet commun : la relation.

Dans cet écrit, j'ai choisi de parler de deux patients avec lesquels j'ai parfois connu des phases de difficultés et de remise en question. La relation que j'entretenais avec chacun d'eux dans le cadre de leur prise en charge en psychomotricité était toujours unique, chacune trouvant sa singularité selon de nombreux paramètres. Ainsi, certaines de ces relations pouvaient être faciles d'accès, tandis que d'autres étaient parfois impossibles. Ainsi, j'ai trouvé parfois complexe de me positionner dans chacune d'entre elles, car je ne savais pas toujours quelle était la bonne attitude à adopter face à chaque patient, quelle était la distance à avoir. Ces enjeux d'ajustement relationnel ont alors suscité plusieurs questionnements : comment m'adapter dans la relation selon chaque patient ? Qu'est-ce qui vient influencer la relation thérapeutique ? Comment trouver l'équilibre entre proximité et distance ?

J'en viens alors au questionnement qui découle des réflexions que j'ai pu avoir et des situations auxquelles j'ai fait face : *comment favoriser une juste distance relationnelle face à un patient hospitalisé en unité fermée de pédopsychiatrie ?*

Afin de répondre à ce questionnement, j'exposerai ma réflexion en trois parties. Je présenterai dans un premier temps les caractéristiques de mon stage ainsi que les deux patients sur lesquels je m'appuierai pour illustrer mes propos. Dans une deuxième partie, j'évoquerai ce qui se joue dans une relation thérapeutique entre le psychomotricien et son patient, en prenant en compte ce qu'induit la pathologie psychiatrique de ce dernier. Enfin, je reviendrai sur mes positionnements en tant que stagiaire et sur l'importance de la juste distance relationnelle dans un service de pédopsychiatrie.

PARTIE 1 : Une clinique bien précise

1. « LACHEZ-MOI !!! » : situation d'appel

L'origine de mon mémoire découle d'une situation bien particulière que j'ai vécue cette année en stage dans le service de pédopsychiatrie. J'ai dû faire face à une situation de crise¹ impliquant une patiente nommée Joséphine, que je présenterai plus précisément dans les parties suivantes. C'est une des patientes dont il est le plus difficile de prendre soin dans l'unité d'hospitalisation, bien connue des équipes de soins pour ses nombreuses tentatives de fugues et ses crises impressionnantes.

Très peu de temps après le début de mon stage, alors que nous nous rendions en séance de psychomotricité pour faire de la relaxation, Joséphine a fait une tentative de fugue. Grâce aux psychomotriciens présents avec moi sur le moment, nous avons très vite pu arrêter Joséphine avant qu'elle ne sorte de l'hôpital. Il nous a ensuite fallu l'aide de nombreux soignants afin de ramener Joséphine dans son unité se situant deux étages au-dessus. Dans l'ascenseur, Joséphine était tenue par deux soignants à chaque bras. Elle semblait avoir retrouvé son calme, et ne se débattait plus. Je restais alors sur le côté de l'ascenseur en tant qu'accompagnante, Joséphine étant déjà bien tenue par mes collègues.

J'en viens alors au moment précis qui a fait que cette situation fut si particulière et marquante pour moi. Je suis sortie la première de l'ascenseur, et j'ai entendu crier derrière moi. Lorsque je me suis retournée, j'ai aperçu Joséphine, genoux à terre. Elle venait de s'écrouler. J'ai croisé son regard et vu des larmes couler sur ses joues. Les soignants la tenaient toujours par les bras et essayaient de la relever, en vain, Joséphine restait à genoux et ne cessait de crier tout en pleurant à la fois. Elle criait qu'elle voulait sortir d'ici, qu'elle préférerait mourir plutôt que de rester enfermée ici. Et surtout, elle ne

¹ notion de crise psychiatrique qui sera définie dans la partie suivante

cessait de hurler : « *LÂCHEZ-MOI !!!* ». À ce moment-là, j'étais comme paralysée. D'abord, car c'était la première fois que je voyais un patient dans un tel état, mais aussi parce que je me sentais impuissante face à elle. Je ne savais pas quoi faire pour l'aider, car elle semblait être coupée du monde autour d'elle, comme si elle n'entendait rien à part sa douleur. C'était comme si elle était seule devant cet ascenseur, seule face à sa crise, alors que pourtant, nous étions 6 à l'entourer à ce moment-là.

Étant uniquement spectatrice de la scène, j'ai été confrontée brutalement à la souffrance de cette jeune fille, qui par ses cris et ses pleurs exprimait sa souffrance. Mais ce que j'ai surtout perçu de la situation qui se déroulait devant moi, c'est la rupture complète de la relation entre la patiente et l'équipe soignante. C'était le fait que, quoi que fassent les soignants, peu importe qui ils étaient et quelle relation chacun entretenait avec Joséphine, rien ne lui permette d'arrêter de se débattre, de se calmer et de « revenir à elle ». La rupture relationnelle était telle que, moi aussi, j'avais l'impression que Joséphine était seule.

Après cet événement, Joséphine est redevenue stable. De mon côté, pendant les semaines et les mois qui ont suivi, je ressentais une certaine appréhension lorsque Joséphine venait en séance de psychomotricité. J'avais peur qu'elle décompense à nouveau, qu'elle veuille s'enfuir, qu'elle se mette en danger et qu'elle fasse de nouvelles crises. Mais ce dont j'avais surtout peur, c'était mon impuissance face à elle. Ses crises entraînaient une telle rupture relationnelle entre elle et les autres qu'il devenait compliqué de savoir comment agir. Ses crises pouvaient arriver à n'importe quel moment et à n'importe quel endroit. J'avais alors la sensation d'avoir une Épée de Damoclès constamment au-dessus de la tête, pouvant frapper à tout moment et ainsi rompre la relation thérapeutique. J'avais l'impression qu'une "menace" était constamment présente.

La distance relationnelle à adopter avec Joséphine était assez compliquée pour moi, car certaines phases de notre relation m'ont laissée dans une difficulté d'ajustement relationnel.

Avec une certaine prise de recul sur cet événement que je viens de vous décrire, je me suis très vite demandé si toutes les relations thérapeutiques dans le service de pédopsychiatrie étaient elles aussi menacées de rupture.

Avant de répondre à mes questionnements, commençons d'abord par une présentation de mon lieu de stage ainsi que des patients qui me serviront de cas cliniques dans ce mémoire. Mais avant tout, j'aimerais définir plus profondément une notion clé que je serais amenée à utiliser à de nombreuses reprises dans ce mémoire : la crise.

2. La crise : quelles significations ?

Lorsque l'on utilise le mot « crise » on pourrait penser à la crise économique, la crise écologique, la crise sanitaire ou encore la crise d'adolescence. En réalité, le mot *crise* provient du latin médiéval *crisis* signifiant une « *manifestation grave d'une maladie* ». D'après le Dictionnaire de l'Académie Française, cela signifie un « *accident d'ordre médical, brusque et inattendu* ». C'est « *un événement soudain qui vient, comme l'altération brusque de la santé, troubler et bouleverser une situation jusqu'alors paisible* ». (Crise | Académie Française, s. d.-b). On retrouve dans les différentes étymologies et définitions l'importance de la notion de soudaineté, d'intensité et d'urgence.

En service de pédopsychiatrie, les crises sont très fréquentes. Il y a cependant différents types de crises, qui peuvent être très en lien les unes avec les autres.

2.1. La crise

La crise se situe avant l'urgence, et est caractérisée par un changement brutal de l'état d'un patient. Elle est définie comme « *une situation interactive conflictuelle*

impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...) » (Fousson et al., 2013, p.144).

La crise chez un patient est un moment d'extrême instabilité, et qui peut conduire par la suite à un nouvel état. En l'absence d'intervention adaptée et de prise en charge, la crise évolue alors vers l'urgence psychiatrique. Lors d'une crise, le patient est généralement insensible à ce qui l'entoure et est fermé à toute tentative de raisonnement. Il est fréquent lors d'une crise que le patient refuse tous les soins qui lui sont proposés. C'est d'ailleurs dans ce contexte de crise que s'est déroulée la situation que j'ai décrite précédemment concernant Joséphine. Elle refusait toute aide que nous lui propositions et n'était ouverte à aucune discussion ni raisonnement.

Dans le champ de la psychiatrie, la crise est considérée comme un épisode de la maladie au cours duquel vont se manifester des symptômes aigus tels que :

- des idées délirantes, des hallucinations, de la confusion.
- des troubles de l'humeur : anxiété, tristesse intense ou excitation.
- des troubles du comportement : autodestruction, auto ou hétéro agressivité, scarification, mise en danger de soi ou des autres.

Une crise peut arriver au début de la maladie et ainsi signifier l'entrée dans la pathologie, mais elle peut aussi survenir au cours de la maladie, même lorsque le patient est dans un état relativement stable, comme c'est le cas des patients dans l'unité où j'étais stagiaire.

2.2. L'urgence psychiatrique

L'urgence psychiatrique, elle, est définie par la circulaire² du 30 juillet 1992 comme « *une demande dont la réponse ne peut être différée (...). Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin ; elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin*

² texte administratif rédigé pour informer les différents services d'un ministère, ou les agents des services déconcentrés (préfecture, par exemple)

d'atténuer le caractère de la souffrance psychique ». (Fousson et al., 2013). Dans un cadre médical, l'urgence psychiatrique n'est pas forcément repérée par le patient lui-même, mais par des personnes extérieures comme c'est souvent le cas de l'entourage. L'urgence psychiatrique doit immédiatement être suivie d'une réponse médicale, avec une prise en charge thérapeutique.

L'urgence psychiatrique est liée à l'état du patient en question et à la notion de danger pour lui-même ou pour autrui. Plusieurs types de comportements peuvent faire penser à une urgence psychiatrique :

- une violence de la personne envers elle-même (automutilation, tentative de suicide), envers autrui ou envers son environnement (matériel, ...)
- un état d'agitation, un délire, des hallucinations
- un état d'abattement (la personne ne mange plus, est prostrée, ...)
- une angoisse ou une souffrance psychique extrême, un état dépressif intense.

Dans l'unité d'hospitalisation de mon stage, ces crises ou urgences psychiatriques étaient très fréquentes. Elles apparaissent lorsque les patients sont confrontés à des situations stressantes ou bien lors de changements induits par la prise en charge, comme des changements d'emplois du temps ou d'horaires, mais aussi lors de modifications de traitement. Pour les deux patients que j'ai pu prendre en charge dans cette unité et que je présenterai plus précisément dans les prochaines parties, ces crises étaient fréquemment déclenchées par de la frustration ou de l'anxiété.

Lorsqu'un patient entre en état de crise, le rôle des soignants est alors « *d'intervenir de manière à ce que celle-ci ne débouche pas sur une urgence psychiatrique* » (Fousson et al., 2013, p.145). A ce moment-là, il n'est alors plus question d'agir directement sur le patient, bien que l'objectif reste de prévenir la potentielle décompensation, mais plutôt d'agir sur la situation conflictuelle dans laquelle prend place la crise. Il faut alors prendre en compte les capacités et le contexte relationnel dans lequel évolue la crise de ce patient.

Cependant, il y a aussi un autre type de crise qui pouvait être présent chez certains adolescents et qui diffère des deux crises décrites précédemment : la crise clastique.

2.3. La crise clastique

Le mot *clastique* provient du grec *klastos* qui signifie *brisé*. D'après le dictionnaire Larousse, le mot clastique se dit "*d'une crise violente marquée par des bris d'objets*" (Larousse, s. d.). La crise clastique est une crise au cours de laquelle le sujet devient violent et brise des objets ou du matériel sans but précis. Cela traduit la plupart du temps d'un débordement interne massif. Selon les JUPSO (Journées d'Urgence Pédiatrique du Sud-Ouest), 32,4% des hospitalisations en urgence psychiatrique sont liées à des crises clastiques.

Les crises clastiques peuvent avoir des causes très différentes : causes médicales non psychiatriques (traumatisme crânien, encéphalite, accident vasculaire cérébral, crise d'épilepsie, ...), causes médicamenteuses (médicaments qui engendrent un état de grande agitation), et causes psychiatriques qui peuvent conduire les patients à réagir violemment. Dans mon unité de stage, ce sont les causes psychiatriques qui engendrent les crises.

Dans l'unité d'hospitalisation, ces crises sont fréquentes. Il m'est très rarement arrivé d'y assister, mais je sais par l'équipe soignante que ces crises sont loin d'être rares. Au cours de ce genre de crise, le sujet s'en prend au matériel et à l'entourage du moment, sans provocation de ces derniers. Ce sont des moments de grande agressivité et d'agitation, apparentés à une crise de colère très violente, qui peuvent représenter un danger pour la personne elle-même mais aussi pour son entourage.

La crise clastique demande une grande attention de la part du personnel soignant. Ils doivent rester vigilants à la sécurité et à la santé du patient, à leur propre sécurité, mais également à celle des autres patients se trouvant dans l'unité. Une crise

clastique peut être très impressionnante et très violente, cela demande donc une grande mobilisation de l'équipe soignante.

Maintenant que nous avons détaillé cette notion de crise, intéressons-nous à mon lieu de stage de 3ème année d'étude de psychomotricité, à sa diversité et ses particularités.

3. Présentation du stage

3.1. Concept d'un stage expérimental

Cette année, je n'ai pas été une simple stagiaire, mais plutôt une stagiaire dite "expérimentale". C'est ce simple mot qui fait toute la particularité de ce stage.

Lors d'un stage expérimental, les étudiants exercent le rôle de psychomotricien en autonomie. En général, un stage expérimental s'effectue dans une structure ne disposant pas de psychomotricien, c'est alors un tuteur externe qui suit et encadre les étudiants. Ces derniers ont pour objectif d'apporter de la psychomotricité dans leur lieu de stage. Ce dernier s'effectue toujours en binôme, car les étudiants ne sont pas encore diplômés. Cela permet ainsi de pouvoir s'appuyer l'un sur l'autre tout en ayant des retours sur la pratique professionnelle de chacun.

Le stage expérimental offre une grande liberté aux étudiants. Il permet une meilleure intégration dans le milieu professionnel, et ainsi une meilleure considération et reconnaissance par les équipes pluridisciplinaires. Dans mon cas, grâce à ce statut de stagiaire expérimentale, j'ai ainsi pu assister aux réunions de synthèse chaque semaine. J'avais une place à part entière dans l'équipe, comme tous les autres professionnels. J'ai aussi pu être reconnue par les patients comme véritable soignant, bien que j'aie un statut de soignant en formation, et ainsi avoir des temps de soins avec eux, mais aussi des temps informels. Ce stage m'a aussi permis de réaliser des

passations de bilan psychomoteur, de les coter, de les rédiger et de les interpréter, et par la suite de pouvoir réfléchir à un projet thérapeutique et créer des séances adaptées.

Tout au long de cette année, j'ai ainsi pu faire preuve d'une certaine autonomie et d'une plus grande prise d'initiative. J'ai pu développer mes capacités d'adaptation, d'élaboration et d'imagination. En étant au contact des patients et en les suivant sur plusieurs mois voire sur l'année entière, j'ai pu établir une relation de confiance avec eux. Cependant, être stagiaire expérimentale a parfois pu favoriser mon désarroi face aux particularités relationnelles des patients. Le fait d'être autonome et sans supervision a pu augmenter les difficultés que j'ai pu rencontrer avec certains patients.

3.2. Lieu de stage

Le centre hospitalo-universitaire parisien dans lequel j'ai réalisé mon stage comprend plusieurs services de pédopsychiatrie :

- un service accueillant des adolescents de 12 à 15 ans atteints de troubles psychiatriques, comprenant un Hôpital de Jour (HDJ) et deux unités d'hospitalisations à temps plein.
- un service accueillant des enfants atteints de troubles psychiatriques, comprenant une unité d'hospitalisation à temps plein et une unité psychopédagogique, ainsi que le Centre référent des troubles du langage et des apprentissages et le Centre de référence des maladies rares à expression psychiatrique.
- une Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) accueillant des patients porteurs d'un trouble du Spectre Autistique.

Ce centre hospitalier dispose également de consultations sur rendez-vous, d'un accueil d'urgence pour des consultations sans rendez-vous, ainsi qu'une unité de soins intensifs. Il y a également un dispositif de consultations et de guidance parentale. Enfin, cet hôpital est relié à un CMP (Centre Médico-Psychologique).

Dans le cadre de ce stage, mon binôme et moi étions affectés à l'Hôpital de jour pour adolescents (12-15 ans) ainsi que sur l'unité fermée pour adolescents prenant en charge des patients de 12 à 17 ans.

L'hospitalisation à temps complet s'effectue dans une unité fermée. Il s'agit d'un lieu de soins dans lequel les patients sont placés sous surveillance médicale constante. On considère qu'un patient est en hospitalisation complète lorsque ses soins nécessitent un hébergement en clinique et une surveillance continue. Selon les besoins et les pathologies de chaque patient, l'hospitalisation peut aller de quelques jours à plusieurs mois.

Dans le cadre de mon stage, les patients que j'ai pu rencontrer et avec lesquels j'ai pu travailler dans cette unité fermée étaient hospitalisés pour mise en danger d'eux-mêmes et d'autrui : tentative de suicide, dépression, scarifications, hallucinations, addictions.

L'Hôpital de jour s'adresse à des personnes dont l'état de santé nécessite des soins pendant la journée, mais qui sont en capacité de vivre à domicile. Selon leurs besoins, les patients viennent des journées entières ou des demi-journées par semaine. Ils bénéficient de suivis médicaux et paramédicaux, mais aussi d'activités thérapeutiques animées par des éducateurs, des infirmiers ou des aides-soignants. Ainsi, l'Hôpital de jour permet de maintenir le patient dans son environnement tout en prévenant les éventuelles périodes de rechute ou de crise.

En tant que stagiaires expérimentales, mon binôme et moi prenions en charge nos propres patients sans supervision, que ce soit dans l'unité fermée comme à l'hôpital de jour. Tout comme les autres professionnels, nous disposions des clés des unités fermées et des différentes salles, afin d'aller chercher nos patients en totale autonomie. Cela implique de grandes responsabilités, envers notre lieu de stage, mais surtout envers nos patients.

Dans la suite de ce mémoire, je parlerai uniquement de mon intervention auprès de patients de l'unité d'hospitalisation fermée, car ce sont eux qui ont été à l'origine de mes questionnements et qui ont continué à les nourrir tout au long de mon stage.

3.3. Les adolescents

En unité fermée d'hospitalisation et en Hôpital de jour, je suis intervenue auprès d'une population adolescente.

Le mot adolescence vient du latin *adulescens*, qui signifie *celui qui est en train de croître*. Aujourd'hui, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit l'adolescence comme « *la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est à dire entre 10 et 19 ans* » et qui constitue « *une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé* ». (World Health Organization : WHO, 2019)

L'adolescence telle que nous la connaissons aujourd'hui est un terme très récent. Pendant longtemps, il n'existait pas d'entre deux entre l'enfance et l'âge adulte. On passait directement de l'un à l'autre, sans étape intermédiaire. Cela s'explique par le fait qu'il y a longtemps, l'espérance de vie était bien plus courte que celle d'aujourd'hui, et également par le fait que les enfants allaient peu voire pas du tout à l'école. Ces derniers travaillaient très jeunes et dès que possible pour aider leur famille. Avec l'augmentation de l'espérance de vie due aux meilleures conditions de vie et aux progrès de la médecine, et avec la mise en place de l'école obligatoire au 19ème siècle, une nouvelle période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est née : l'adolescence.

Ainsi, c'est au XXème siècle que les adultes « *ont commencé à tenir compte des besoins et des capacités physiologiques et psychologiques propres des adolescents, et cette perception leur a donné l'occasion de reconnaître un stade de développement humain* » (Sprinthall, Collins, 1994, p. 7). Aujourd'hui, l'adolescence est une période de

transition très importante dans le développement. C'est le moment où l'être humain se développe le plus et le plus rapidement. Françoise Dolto parle d'une "*phase de mutation aussi capitale que sont la naissance pour le petit enfant et les quinze premiers jours de la vie.*" (Dolto, 1997). C'est une période qui amène de grands changements et engendre des transformations physiques, avec des changements morphologiques, mais aussi des transformations psychiques, avec notamment des changements d'humeurs qui deviennent souvent instables.

Lors de l'adolescence, les goûts s'affinent et l'adolescent peut montrer une certaine opposition. Le corps de l'adolescent est alors le siège d'agitation, d'affirmation, de tension, de remaniement identitaire, pouvant avoir pour conséquence de nombreuses ruptures entre soi-même et le monde extérieur. Comme le dit Winnicott, « *l'adolescence est une découverte avant tout personnelle.* » (cité par Birraux, 2013, p.32).

L'adolescence est également une période à risque. Les premières causes de mortalité dans le monde sont diverses et variées, et souvent liées à des mises en danger : accident de la circulation, violence interpersonnelle, autodestruction, noyade, suicide, maladie sexuellement transmissible. Les risques liés à la période adolescente peuvent être de plusieurs types : somatiques (diabète, surpoids...), psychiques et comportementaux (manque d'estime de soi, dépression, suicide, maladie psychiatrique, ...). Elles peuvent également être liées aux difficultés d'insertion sociale (déscolarisation, radicalisation, secte, délinquance, harcèlement, ...).

En hospitalisation à temps plein, les tentatives de suicide sont une cause majeure d'admission. D'après un article publié par le Ministère de la Santé, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 5ème cause de mortalité chez les moins de 13 ans en France. Entre 2017 et 2019, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide était de plus de 88 000 par an. Entre 2015 et 2022, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté de 42 % chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Les adolescents hospitalisés dans l'unité fermée que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage présentaient des troubles psychiatriques divers et variés. Ces derniers

pouvaient être des pathologies abandonniques ou à forte intrication psychosociale, mais aussi des pathologies psychotiques, des troubles thymiques sévères ainsi que des maladies rares à expressions psychiatriques. À toutes ces pathologies pouvaient être associés d'autres troubles comme ceux des apprentissages ou bien du langage.

3.4. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'hospitalisation à temps plein se compose de nombreux professionnels de santé médicaux et paramédicaux : un médecin responsable de l'unité, deux internes, des infirmiers, des aides-soignants, deux éducateurs, une assistante sociale ainsi qu'une psychomotricienne, un psychologue et une orthophoniste. D'autres professionnels comme les animateurs ou l'assistante sociale interviennent dans cette unité mais également dans certaines des autres unités de l'hôpital. Des professionnels extérieurs se rendent également à l'hôpital pour des interventions particulières, comme par exemple l'association de foot partenaire de l'unité qui intervient plusieurs fois dans l'année afin de proposer des tournois de foot entre les différentes unités.

Après cette rapide présentation de mon lieu de stage et de ses particularités, venons-en maintenant aux deux patients qui m'ont marquée et à partir desquels découlent toutes mes réflexions.

4. Cas clinique numéro 1 : Joséphine

4.1. Présentation générale

Joséphine est une patiente de 12 ans, née en Guinée en 2011, en France depuis l'âge de 4 ans. Elle a une apparence physique assez impressionnante, puisqu'elle mesure 1m72 pour 80 kilos alors qu'elle n'a que 12 ans.

Joséphine ayant un parcours de vie et un parcours de soin très complexes, je décide de garder ici seulement les éléments essentiels à la compréhension de son cas.

Joséphine est admise dans l'unité d'hospitalisation à temps plein la même semaine où j'ai débuté mon stage. Avant son arrivée, elle a alterné les séjours entre hôpital et foyer. Ses hospitalisations sont multiples et dans de nombreux hôpitaux de différentes villes. À l'origine de ces hospitalisations, des crises suicidaires avec de multiples tentatives de suicide par ingestion de caustique et par strangulation, ainsi que des passages à l'acte auto-agressifs.

Le contexte familial de Joséphine est très instable, à tel point que l'équipe soignante et les médecins ne parviennent pas à démêler le vrai du faux. Je vous présente donc ci-dessous la situation familiale de Joséphine dont nous avons connaissance, bien qu'aucune preuve de filiation n'ait pu être présentée.

- Mère inconnue
- Mr.B : père, reconnu comme oncle par Joséphine
- Mr.R: oncle, reconnu comme père par Joséphine.
- Mme.M : ex-femme de Mr.R ayant vécu avec Joséphine pendant plusieurs années, reconnue comme mère par Joséphine.
- Mlle.S : sœur aînée, reconnue comme cousine par Joséphine.

L'histoire familiale de Joséphine reste un grand mystère pour toute l'équipe soignante, avec de nombreuses parties qui nous sont encore inconnues. Il en est de même pour son âge. Joséphine dit avoir 12 ans comme ce qu'il est écrit dans son acte de naissance, mais ce dernier étant falsifié, nous n'avons aucune certitude de son âge réel, d'autant plus que son âge osseux est de 16 ans. Ce mystère pour l'équipe soignante est-il aussi un mystère pour Joséphine elle-même ?

À travers cette brève présentation du contexte familial de Joséphine, nous pouvons voir que son parcours de vie est déjà marqué par de nombreuses ruptures. Elles ont eu lieu dès son plus jeune âge, en quittant son pays d'origine pour venir en France,

mais aussi et surtout au cours des années qui ont suivi avec un rapport complexe aux personnes de sa famille. Mais nous allons voir que ces ruptures sont aussi et surtout prédominantes au cours de ces hospitalisations.

4.2. Histoire de la maladie

Depuis plusieurs années, Joséphine rapporte un mal-être avec idéation³ suicidaire et conduite de scarifications (premières scarifications aux alentours de 8 ans).

Joséphine vivait depuis plusieurs années chez son oncle Mr.R et sa femme Mme.M. La scolarisation aurait été difficile avec des troubles du comportement et une chute des résultats scolaires, ce qui aurait généré au sein du couple de Mr.R et sa compagne de nombreuses disputes, aboutissant finalement à leur séparation. Mr.R aurait reproché à Joséphine cette séparation.

En mars 2023, Joséphine appelle le 119, le numéro de l'enfance en danger, pour dénoncer ses conditions de vie avec violences de la part de son oncle et sa femme. On comprend déjà à partir de cet appel à l'aide de Joséphine que sa vie est marquée par des ruptures importantes, et qu'elle en vient elle-même à signaler la "crise" qui se passe chez elle. Cet appel est suivi d'un signalement à la CRIP⁴.

La situation se précipite en mai 2023, date à laquelle Joséphine subit un viol par un garçon de 17 ans qu'elle a rencontré sur internet. Une plainte aurait été déposée par Mr.R, qui, après la révélation de Joséphine sur cet événement, aurait commis des violences physiques et verbales sur cette dernière. A la suite de cet épisode, Joséphine fait une tentative de suicide et est prise en charge aux urgences. De retour chez elle, il y aurait ensuite eu une tentative de viol de la part de son oncle, suivie de multiples tentatives de suicide de Joséphine.

C'est donc après ces événements traumatiques que Joséphine est hospitalisée à Lille. Pendant cette hospitalisation, elle présente des reviviscences et des cauchemars

³ Formation et enchaînement d'idées. L'idéation suicidaire est assimilée au fait d'avoir ou non l'idée de se suicider

⁴ Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

traumatiques quasi quotidiens. Un traitement est mis en place à visée d'apaisement de la composante traumatique. Des anxiolytiques sont introduits devant une symptomatologie anxieuse importante.

Au cours de cette hospitalisation, Joséphine fera de nombreuses tentatives de suicide (principalement par strangulation) et gestes auto-agressifs. Une décision d'introduction d'antipsychotiques est prise devant une labilité émotionnelle et une impulsivité majeure.

La symptomatologie de Joséphine est marquée par des éléments traumatiques (cauchemars, reviviscences), mais aussi par des éléments psychotiques (dissociation, hallucinations intrapsychiques), un vécu abandonnique, des conduites auto-agressives à répétition (tentatives de suicide, scarifications), une instabilité émotionnelle et une anxiété importante.

Face à la gravité du tableau clinique, c'est ainsi que Joséphine est transférée dans le service d'hospitalisation parisien où je suis stagiaire.

Pour résumer, Joséphine est une patiente de 12 ans, placée à l'ASE⁵, hospitalisée dans un contexte de comportements auto-agressifs envahissants avec de multiples tentatives de suicide. Au cours de l'hospitalisation dans le service où je réalise mon stage, les symptômes de Joséphine ont été fluctuants. Elle a alterné des périodes où elle était inaccessible, avec des conduites auto-agressives pluriquotidiennes, et des périodes où elle a pu verbaliser ses ressentis, ses inquiétudes, créant un vrai échange avec les soignants. Pendant l'hospitalisation, l'équipe a travaillé avec le foyer afin d'organiser des visites, puis des permissions, pour préparer la sortie de Joséphine.

Comme nous pouvons le voir ici, le parcours de soin de Joséphine est lui aussi marqué par de nombreuses ruptures, au niveau de sa prise en soin mais aussi au niveau de son état psychique. Il en est de même pour sa prise en charge en psychomotricité, ponctuée par le rythme des ruptures.

⁵ Aide Sociale à l'Enfance

4.3. Prise en charge en psychomotricité et première rencontre

Au début de son hospitalisation, Joséphine n'était pas ma patiente. J'ai commencé à la prendre en charge seulement lors de ses deux derniers mois d'hospitalisation. C'était mon binôme qui la prenait en charge à ses débuts, dans un groupe de relaxation auquel je participais en prenant en charge mon propre patient. J'ai donc ainsi pu l'observer tout au long de sa prise en charge avec mon binôme, même si elle n'était pas ma patiente.

Lors de ma première rencontre avec Joséphine lors du groupe de relaxation, j'ai découvert une jeune fille de couleur de peau noire aux yeux marrons. Elle avait des tresses mi-longues tombant au niveau de ses oreilles. Elle portait un haut rose et un jean bleu moulant. Ses habits semblaient trop petits pour elle, laissant percevoir son ventre et le bas de ses jambes. Joséphine est entrée dans la salle avec une très grande lenteur, les yeux à moitié fermés. Elle semblait ne pas prendre en compte les personnes autour d'elle, les autres patients comme les psychomotriciens. Elle ne parlait pas et elle semblait complètement déconnectée de la réalité, elle se laissait guider.

Joséphine a donc débuté sa prise en charge en psychomotricité par un groupe de relaxation.

Le rapport qu'a Joséphine avec son corps est très complexe. Ayant vécu des traumatismes physiques et sexuels, Joséphine vit son corps d'une manière douloureuse, car, pour elle, il renferme tous les traumatismes auxquels elle a dû faire face. Ainsi, je me permettrais de dire que Joséphine ne vit pas son corps, mais plutôt qu'elle le subit. Ses traumatismes, ses souffrances et son passé semblent être la seule chose qui vit à l'intérieur d'elle, comme elle nous le dit parfois. Son corps semble n'être animé que par cela. Ainsi, Joséphine est très souvent auto agressive. Elle se scarifie très fréquemment et se gratte les bras jusqu'à en saigner. À mon sens, Joséphine est violente envers elle-même, envers son corps, car c'est une des seules sensations qu'elle connaît. Alors elle s'y raccroche. Joséphine ne semble pas être consciente que son corps peut aussi vivre des choses positives, des expériences agréables avec douceur et légèreté, et non avec violence et douleur.

C'est donc pour toutes ces raisons que Joséphine à été indiquée au groupe de relaxation, afin qu'elle puisse vivre son corps d'une manière positive, avec détente et bien-être.

Cependant, cette prise en charge a dû être interrompue au bout de 3 mois car Joséphine n'investissait pas le groupe dans un objectif thérapeutique. En effet, elle utilisait le groupe de relaxation comme moyen de fugue. Venir en relaxation impliquant obligatoirement de passer devant les portes de sortie de l'hôpital, Joséphine profitait donc de ce moment pour essayer de s'enfuir. C'est d'ailleurs dans ce contexte que s'est déroulée la situation que j'ai décrite au début de ce mémoire. De ce fait, Joséphine a assisté à seulement 4 séances.

La relaxation n'étant pas bénéfique voire dangereuse pour Joséphine, les médecins ont donc décidé d'interrompre cette prise en charge. A la suite de cela, mon binôme et moi avons donc proposé de prendre en charge Joséphine en individuelle dans sa chambre de l'unité, ce qui a été approuvé par l'équipe. C'est ainsi que j'en suis venue à travailler avec Joséphine. Nous lui avons proposé des séances de relaxation et de détente qui ont duré 5 semaines, et qui se sont arrêtées à sa sortie. Joséphine investissait très bien nos séances et était très demandeuse.

C'est donc à partir du cas assez complexe de Joséphine que me sont venus de nombreux questionnements concernant la relation en psychomotricité et la distance relationnelle à adapter avec elle. Son état étant très fluctuant dans la journée, passant parfois d'états de décompensation à des états plutôt stables et parfois même joyeux, il m'était donc difficile de m'ajuster relationnellement. De plus, les fugues et les passages à l'acte fréquents chez Joséphine me laissaient dans l'appréhension des séances de psychomotricité. Je me sentais perdue dans cette relation, j'avais l'impression d'être constamment dans le flou par rapport à la bonne manière d'agir avec elle. De mon côté, l'appréhension dominait cette relation de soin. Je ne savais pas dans quel état psychique et physique elle serait les jours suivants, si elle serait ouverte à la relation ou au contraire totalement fermée.

Beaucoup de situations que j'ai vécues avec Joséphine sont à l'origine de mes questionnements, et me serviront de base pour illustrer mes propos. Mais il y a aussi un autre patient qui m'a beaucoup marqué au cours de cette année de stage en unité fermée de pédopsychiatrie, et qui m'a énormément questionné : Tim.

5. Cas clinique numéro 2 : Tim

5.1. Présentation générale

Tim est un jeune garçon de 13 ans, vivant en France avec ses parents et sa petite sœur de 8 ans. Les parents de Tim sont mariés depuis une dizaine d'années. Le père a connu un premier mariage dont sont issus deux enfants âgés de 17 et 20 ans. Tim est passionné de ping-pong et de jeux vidéo.

Tim est admis dans l'unité d'hospitalisation à temps plein 2 semaines avant mon arrivée dans le service pour des troubles du comportement. Auparavant, Tim bénéficiait d'un suivi pluridisciplinaire en CMPP depuis ses 3 ans avec notamment une prise en charge par un pédopsychiatre, une psychomotricienne et une psychologue. Depuis 2020, Tim a fait plusieurs séjours en hospitalisation dans différentes unités pour menace suicidaire et troubles du comportement avec auto et hétéro-agressivité

5.2. Histoire de la maladie

Tim a été suivi au CMPP depuis la moyenne section de maternelle pour des troubles du comportement et une agitation psychomotrice. Progressivement, les troubles du comportement se sont majorés notamment lors de son entrée au CP avec majoration de l'agressivité, de l'anxiété et des difficultés attentionnelles.

En 2020, dans le contexte du confinement, Tim est hospitalisé après une consultation d'urgence pour menace suicidaire et trouble du comportement, après avoir

enjambé la barrière du balcon. Au cours de cette hospitalisation, un trouble de la pragmatique sociale⁶ est constaté. Il est conclu que Tim souffre d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec caractéristiques psychotiques associées à une anxiété généralisée et une dysrégulation émotionnelle.

Deux ans plus tard, Tim est de nouveau hospitalisé dans l'unité pour adolescents devant une dégradation de son état avec des comportements hétéro-agressifs qui s'étaient majorés au domicile, situation accompagnée d'un épuisement de la famille et de Tim. Il est conclu à un trouble oppositionnel avec provocation (modèle récurrent ou persistant de comportements négatifs, provocants ou même hostiles envers les figures de l'autorité), un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (modèle persistant d'inattention avec hyperactivité motrice et impulsivité) et un trouble de l'attachement.

Concernant l'histoire plus récente des troubles, l'état de Tim s'est dégradé depuis environ 1 an. Tim serait moins allé en classe et aurait verbalisé des idées suicidaires. Les parents expliquent avoir vécu un été compliqué marqué par les troubles du comportement majorés de Tim qui a été amené aux urgences suite à une menace avec un couteau envers sa sœur et sa nounou. Devant une prise de poids importante de 20kg en 2 ans, les traitements médicamenteux sont modifiés.

Début septembre 2023, Tim présente une grande excitation avec une logorrhée quasi constante et des troubles de l'endormissement massifs. Tim s'est montré très violent avec ses parents. C'est donc dans ce contexte qu'il a ensuite été admis dans l'unité d'hospitalisation à temps plein.

5.3. Evolution dans l'unité

Au cours de son hospitalisation dans l'unité où je réalise mon stage, Tim peine à respecter le cadre du service. Il est souvent turbulent, écoute peu les soignants et peut

⁶ La pragmatique sociale fait référence à l'intention de communication, mais aussi à l'interprétation du langage verbal et non verbal.

lancer des objets dans le service ou crier. Tim sollicite l'adulte fréquemment pour des demandes utilitaires majoritairement, pour les permissions ou la date de sortie. Il lui est arrivé d'être agressif envers certains soignants, allant jusqu'à les insulter ou les frapper lors de moments d'agitation. Mais agresser un soignant en psychiatrie, est-ce un signe d'irrespect ou est-ce plutôt une modalité relationnelle défensive ?

Tim se montre très intolérant à la frustration, ce qui a entraîné beaucoup de crises et la nécessité d'être contenu par le papoose board⁷, parfois jusqu'à une dizaine de fois par jour. Tim a cependant pu progressivement adapter son comportement et a pu demander lui-même de manière régulière des temps de papoose afin d'éviter certaines crises. Cette demande provenant de Tim lui-même semble impliquer une envie de préserver ceux qui l'entourent de son comportement explosif. Cette demande de contenance ne serait-elle pas pour préserver la relation ? Un remplacement progressif par la couverture lestée a été mis en place, avec gestion de ses crises uniquement à l'aide de la couverture lestée vers la fin d'hospitalisation.

Avec ses pairs, Tim est en difficulté pour être dans une relation à l'autre apaisée, il s'intègre difficilement au groupe du fait de nombreuses provocations. Il peut se sentir rejeté par les autres patients, et se montre parfois persécuté. Sur la fin de l'hospitalisation, Tim réussit à s'adapter un peu plus au groupe de patients mais reste cependant en difficulté.

5.4. Première rencontre

Je rencontre Tim pour la première fois dès ma deuxième semaine de stage, début septembre, dans sa chambre de l'unité fermée. Je suis accompagnée de mon binôme ainsi que de notre maître de stage, présente à nos côtés ce jour-là afin de nous présenter

⁷ Planche de stabilisation médicale temporaire utilisée pour limiter la liberté de mouvement d'un patient afin de réduire le risque de blessure tout en permettant l'achèvement du traitement en toute sécurité.

à l'équipe soignante et également aux patients que nous serons amenés à prendre en charge.

Lorsque nous arrivons devant la chambre de Tim, la porte est entrouverte, les volets semblent fermés et nous ne pouvons distinguer l'intérieur. Nous frappons à la porte, et, sans réponse de sa part, décidons d'entrer. Il fait très sombre, et j'arrive à peine à apercevoir Tim qui est allongé sur son lit. Après avoir ouvert les volets afin qu'il puisse nous voir, j'aperçois enfin son visage lorsqu'il se redresse difficilement. Tim a un visage plutôt rond, des cheveux bruns en bataille qui retombent sur son visage et sur ses yeux marrons. Tim est de taille normale pour son âge et présente une corpulence un peu plus élevée que la moyenne des adolescents de son âge. Il porte un ensemble de survêtement noir, paraissant bien trop grand pour lui.

Tim semble très timide, il se contente de hocher la tête ou de répondre par des « oui » ou des « non ». Il parle très doucement, et regarde constamment ses mains, avec parfois quelques regards dans notre direction. Notre maître de stage lui demande alors de se présenter à mon binôme et moi. Il se présente par des phrases très courtes et sans grande intensité vocale. Lorsqu'il nous parle, il donne l'impression d'être triste. Le ton de sa voix, ses mimiques et sa gestuelle me laissent penser à une grande souffrance psychique.

Après ces rapides présentations, nous lui expliquons qu'il nous a été indiqué en psychomotricité pour un groupe de relaxation qui commence l'après-midi même. Lors de cette annonce, son attitude change instantanément. Je me souviens qu'il a commencé à parler de manière très enfantine, avec une intonation comme s'il allait pleurer, sans pour autant le faire. Il nous a alors dit « *non j'ai pas envie* », « *mais je veux dormir* », « *mais j'étais pas au courant* », tout en gardant cette tonalité immature, entre les pleurs et l'énervement. Il a alors accepté de commencer la semaine suivante. Tim s'est ensuite calmé, et s'est allongé dans son lit dès que nous sommes partis.

Tim a été mon tout premier patient lors de ce stage. C'est le premier patient que j'ai rencontré dans l'unité fermée, mais c'est aussi le premier que j'ai pris en charge. J'ai pu le suivre en groupe de relaxation où nous formions un binôme, en packing avec mon

binôme ainsi qu'une autre psychomotricienne, et enfin lors de la passation d'un bilan psychomoteur.

5.5. Prise en charge en psychomotricité

Tim a commencé sa prise en charge en psychomotricité par le groupe de relaxation auquel il a participé pendant 2 mois. Il y a été indiqué pour pouvoir avoir accès à un espace de détente en prévention de ses crises autre que le papoose. Dès le début, Tim a très bien investi les séances de relaxation. Cependant, il s'endormait de plus en plus régulièrement et il devenait très difficile de parvenir à le réveiller en fin de séance. Je devais souvent le secouer avec beaucoup de force pour y parvenir, parfois avec l'aide de mes collègues, moment peu agréable pour lui.

Au fur et à mesure des séances, nous avons fini par comprendre que Tim utilisait les séances de relaxation pour dormir, car il dormait peu la nuit. Même s'il avait un très bon accès à la détente, Tim s'endormait de plus en plus rapidement en séance, et les bénéfices de la relaxation n'étaient alors pas perçus.

Après une consultation avec l'équipe soignante, il a donc été décidé d'interrompre la relaxation pour laisser place à des séances de packing⁸. L'intérêt de cette nouvelle prise en soin était que Tim puisse accéder à une détente dans un mode plus dynamique induisant des sensations plus fortes, limitant ainsi l'endormissement. Tim a donc bénéficié de 12 séances de packing qui se sont très bien déroulées et qui lui ont été très bénéfiques.

Après 5 mois d'hospitalisation, l'état clinique de Tim s'est nettement amélioré. Ses crises se faisaient de plus en plus rares, ses comportements impulsifs et agressifs avaient nettement diminué, et sa relation aux autres était devenue beaucoup plus apaisée. J'ai remarqué toutes ces améliorations à partir du début des séances de

⁸ Le packing (ou enveloppements humides) est une technique de soin qui consiste à envelopper le patient dans des linges humides et à utiliser le temps du réchauffement pour mettre en place et/ou favoriser le travail psychothérapeutique.

packing. De mon point de vue, le changement a été assez rapide à partir de ces séances. Même si cela ne reste qu'une hypothèse, je pense que le packing lui a permis une meilleure conscience de ses limites et de ses besoins, ainsi qu'une meilleure élaboration et verbalisation de ses ressentis. La verbalisation est un élément essentiel chez Tim et qui d'après moi a fortement joué dans l'amélioration de son état. A la fin de son hospitalisation, il osait dire ce qu'il ressentait lorsqu'il faisait face à une situation difficile, et était capable de se calmer par lui-même. Quelques mois auparavant, Tim se serait renfermé sur lui-même et une crise importante aurait ensuite démarré.

C'est donc après cette nette amélioration de son état clinique que Tim est finalement sorti d'hospitalisation fin janvier et est rentré au domicile familial. Le packing ayant un effet bénéfique sur la fréquence des crises de Tim, il a ainsi été décidé de maintenir les séances à l'hôpital même si celui-ci n'était plus hospitalisé.

Cependant, le retour à la maison a été compliqué pour Tim et ses parents. Les crises de Tim sont redevenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes, sa mère ayant même peur de lui. Tim est devenu violent et menaçant envers ses parents et sa sœur, au point d'essayer d'étrangler son père au volant de la voiture.

C'est ainsi que Tim est revenu en hospitalisation un mois plus tard, début mars. Au vu de son état aigu, il a cette fois été admis dans l'unité de soins intensifs psychiatriques. Il a continué à bénéficier d'un suivi en psychomotricité en packing, mais je n'ai cependant pas pu continuer à le prendre en charge. En effet, pour marquer la différence entre ces deux hospitalisations, il fallait que ce soit de nouveaux soignants, auxquels il n'était pas attaché, qui le prennent en charge. C'est donc ici que s'est achevée ma relation avec Tim.

Joséphine et Tim, deux des cas les plus complexes de l'unité de pédopsychiatrie où j'ai été stagiaire, me serviront donc de support durant la suite de ce mémoire.

Maintenant que nous sommes plus au clair avec mon lieu de stage et les particularités des deux patients dont j'ai choisi de parler, j'aimerais aborder une notion fondamentale de la psychomotricité : la relation.

PARTIE 2 : La relation en psychomotricité

En psychomotricité, la relation avec le patient est un élément central de la prise en charge et des soins. Elle se base avant tout sur la confiance entre le psychomotricien et le patient, mais aussi sur l'écoute, la prise en compte des émotions, la communication et la capacité du professionnel de santé à se mettre à la place de l'autre. Au travers des relations que j'entretenais avec Joséphine et Tim, mais également avec les autres patients, j'ai toujours pensé qu'il se passait de nombreuses choses entre eux et moi. J'en suis souvent venue à me questionner sur ces différentes relations thérapeutiques et sur ce qu'elles mettaient en jeu. Plus généralement, je me suis demandée : quelles sont les conditions préalables à une relation en psychomotricité ? Qu'est ce qui vient influencer la relation thérapeutique dans un contexte d'une pathologie psychiatrique ?

1. Les spécificités et modalités de la relation thérapeutique

Lorsque nous sommes professionnels de santé, nous sommes sans cesse en relation, que ce soit avec les patients comme avec l'équipe soignante. Il est alors important de comprendre ce qu'implique une relation : comment elle se crée, ce qui l'influence, les processus qui y prennent lieu, etc. Les parties qui vont suivre ont pour but de donner un éclairage sur cette notion qu'est la relation en général, mais aussi sur ce que les professionnels de santé appellent plus précisément "la relation soignant-soigné", qui cache un grand nombre d'interactions et de processus divers.

1.1. La relation de soin

Le terme de *relation* provient du latin *relatio* et est défini dans le Dictionnaire de l'Académie Française comme un « *lien qui existe ou se crée entre deux ou plusieurs personnes* » (Française, s. d.). Les relations sont définies dans le Larousse comme «

l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles » (Larousse, s. d.).

Dans le milieu médical, nous pouvons ainsi parler de relation de soin. Ces liens qui naissent et se construisent ne sont pas des liens entre deux simples individus, mais plutôt des liens entre un patient et un soignant. Ce sont des liens spécifiques, car il s'agit de la naissance d'une relation entre une personne qui a besoin d'être aidée et une personne qui veut aider.

Ces relations prenant lieu dans un cadre médical où l'objectif est la santé du patient, elles relèvent alors du champ professionnel. Il est donc nécessaire qu'un cadre soit défini pour contenir et orienter ces relations, grâce à des rapports sociaux codifiés. Dans une relation de soin, le soignant est contraint de respecter certains codes sur les interactions avec ses patients, afin de garder un certain encadrement. J.REYNAUD vient d'ailleurs illustrer ces propos sur les codes professionnels : « *Sans régularité dans les comportements, sans codes et actions répétitives qui encadrent l'action, sans horaires fixes, les actions humaines imprévisibles et chaotiques ne pourraient pas se coordonner entre elles.* » (Reynaud, 1997, p.110)

La relation de soin, codifiée d'une certaine manière pour les professionnels de santé, est définie par un cadre que l'on appelle plus communément le cadre thérapeutique, indispensable à la relation.

1.2. Le cadre thérapeutique : le préalable à la relation

Dans son livre *Être psychomotricien*, C.POTEL définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (Potel, 2019, p.357). Ce qui différencie le cadre thérapeutique des autres cadres pouvant exister dans d'autres professions, c'est justement le fait qu'il soit thérapeutique. Le cadre thérapeutique désigne donc l'ensemble des conditions

pratiques et psychiques qui, en accord avec les possibilités du patient, permettent un processus soignant. C'est un élément qui se déroule toujours autour de l'esprit du soin.

Le cadre, c'est ce qui définit les règles et les conduites, c'est *“le plan qui définit les frontières du possible, et celles de l'interdit”* (Mendiburu, 2003, p.16).

C'est donc dans ce cadre thérapeutique et tout ce qui le sous-tend, que vont naître les relations avec le patient. *“C'est dans cette sécurité que se nidifie une relation si paradoxale avec le thérapeute, à la fois si étrangement artificielle et si totalement réelle, qu'elle va en devenir thérapeutique”* (Mendiburu, 2003, p.16).

1.2.1. Le cadre physique

Quel que soit l'objectif du soin recherché en psychomotricité, le professionnel propose au patient de vivre une expérience impliquant le corps en relation. Le psychomotricien cherche à établir une rencontre avec le patient, une relation qui engage le corps. Il faut donc penser le cadre physique de manière à ce que le patient se sente suffisamment en confiance pour s'engager auprès du psychomotricien. Cela implique le cadre spatial et temporel, mais aussi le matériel et les règles mises en place. Le cadre physique permet de définir le lieu où se déroulent les séances de psychomotricité, mais aussi son aménagement.

Le cadre spatial permet au patient de prendre des repères stables qui participent à la structuration des séances. Les règles sont importantes afin d'amener des limites. Le psychomotricien pose les règles à respecter concernant le respect de soi et d'autrui, mais aussi du matériel.

Pendant les séances de relaxation avec Tim, j'ai remarqué qu'il s'installait toujours au même endroit. Il posait son tapis de la même manière et dans le même sens à chaque séance. Beaucoup d'adolescents que j'ai pris en charge en relaxation investissaient l'espace de la même manière à chaque fois.

1.2.2. Le cadre psychique

Le cadre psychique est tout autant important que le cadre physique. Il représente la capacité du psychomotricien à contenir l'activité du patient. Le psychomotricien, dans son rôle de soignant, doit être en mesure de fournir au patient un espace externe dans lequel les manifestations psychomotrices de ce dernier peuvent être contenues. En recevant et en accueillant ces manifestations envoyées par le patient, le psychomotricien constitue cet espace externe rassurant : c'est la fonction contenante.

La fonction contenante du thérapeute implique plusieurs points très importants : la façon dont le thérapeute se tient et ce sur quoi il s'appuie (son histoire, ses compétences, ...), la manière dont il accueille ses patients et comment il leur sert d'appuis, l'importance du cadre physique et le dispositif mis en place qui illustrent la solidité de l'enveloppe, et sa capacité à accueillir les projections des patients et à réagir pour les transformer (Kacha, 2011). Toutes ces modalités permettent au psychomotricien de contenir son patient dans l'espace le plus rassurant possible.

A.CICCONE parle de la fonction contenante du thérapeute en expliquant que son rôle n'est pas seulement de contenir ce que renvoie le patient, mais aussi de le transformer. *“Soigner consiste à contenir et transformer ce que dépose le patient, ce qu'il transmet”* (Ciccone, 2012). Le rôle du psychomotricien est alors d'accueillir et de penser ces manifestations produites par le patient. Pour A.CICCONE, contenir *“c'est d'abord garder pour soi, garder en soi, accepter d'entendre, de recevoir, ce qui peut se présenter comme inentendable, insupportable.”* Lorsque le patient exprime des manifestations explosives, c'est au psychomotricien de les accueillir, puis de les intérioriser. *“Transformer c'est détoxiquer cette expérience, et c'est d'abord la penser.”* (Ciccone, 2012)

Le rôle du thérapeute, de par cette fonction contenante, et associé au cadre psychique, est de penser ce qui est exprimé par son patient. Et si les manifestations

psychomotrices du patient sont trop explosives, la fonction contenante du thérapeute est-elle suffisante ? Quelles en sont les limites ?

Ainsi, le cadre physique et psychique est d'une très grande importance puisqu'ils constituent la base indispensable à la naissance d'une relation entre le psychomotricien et le patient. C'est donc dans ce cadre thérapeutique que vont se dérouler plusieurs processus qui sous-tendent la relation de soin.

1.3. Les processus en jeu dans la relation

1.3.1. Le transfert

D'après *Le vocabulaire de la psychanalyse* de J.LAPLANCHE et J.PONTALIS, le transfert est défini comme « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué.* » (Laplanche et al., 2007, p. 103).

En d'autres termes, le transfert est un processus qui se passe dans la relation, et au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients, provenant de l'histoire du sujet, sont projetés sur une autre personne. En psychanalyse, c'est l'analysé qui projette sur le thérapeute des situations affectives inconscientes. Le transfert peut être dit « positif », avec des sentiments d'amitié ou d'amour, mais il peut aussi être dit « négatif » avec des sentiments tels que la colère, la haine, la jalousie, etc.

Dans la thérapie psychomotrice, le transfert ne prend pas la même forme que dans la thérapie psychanalytique, puisque chacune d'elles dispose de son propre cadre. En psychomotricité, il ne s'agit pas de travailler sur le transfert comme en psychanalyse, mais plutôt de travailler avec. C'est donc pour cela qu'il est important de comprendre ce

mouvement transférentiel, afin de pouvoir le repérer et de le prendre en compte, mais sans pour autant en chercher une interprétation.

Au cours de mon stage, j'ai eu besoin de temps et de réflexion avant de repérer ce que les patients pouvaient projeter sur moi. C'est au fur et à mesure de nos rencontres que je me suis rendue compte que Tim instaurait toujours une certaine proximité entre nous. Cette proximité me rappelait étrangement la relation parent-enfant. Les attitudes de Tim envers moi, comme envers certains autres soignants, étaient toujours basées sur une proximité, sur le plan physique mais surtout au niveau psychique et comportemental.

Je me souviens parfaitement des moments particuliers qui m'ont fait réaliser que Tim projetait sur moi des affects qu'il avait pu vivre avec ses parents.

La première fois que j'ai eu ce sentiment, nous étions en séance de relaxation avec d'autres adolescents et psychomotriciens. Tim et moi formions un binôme depuis le début de l'année. C'était toujours moi qui venais le mobiliser lors de la relaxation, comme chaque autre psychomotricien avec son patient. Au début de la séance, comme à son habitude, Tim s'allonge sur son tapis, un coussin sous la tête. Il me demande alors de lui donner une couverture, car il fait très froid dans la pièce. Je suis assise à côté de lui, je le regarde faire. Il s'allonge en recouvrant son corps avec la couverture. Puis, il tourne la tête vers moi, me regarde et me dit : « *Sarah tu peux me border ? Ma maman elle me borde tout le temps* ».

Une autre situation m'a également marquée avec Tim. Après les séances de packing, Tim se sèche avec une serviette et se rhabille, puis nous remontons dans son unité. En sortant d'une des dernières séances, je marche dans le couloir avec mon binôme et lui. Je suis à ses côtés, et je remarque qu'il frissonne à cause du froid. Il se tourne alors vers moi et me demande « *Sarah est-ce que tu peux me froter le dos pour me réchauffer ?* ». Sur le moment, sa question m'a un peu prise de cours, et la première chose que je me suis demandée était : pourquoi me pose-t-il la question à moi, et pas à mon binôme par exemple ?

Arrivés à son unité, les parents de Tim étaient présents pour emmener Tim en permission⁹. Tim a couru vers sa mère et s'est jeté dans ses bras. Nous avons alors discuté avec Tim, sa mère et son père du bénéfice des séances de packing pendant quelques minutes. C'est alors que j'ai entendu Tim demander à sa mère « *tu peux me froter le dos pour me réchauffer ?* » exactement de la même manière qu'il l'avait fait avec moi quelques minutes auparavant. Cette situation m'a beaucoup marqué. J'ai trouvé ça étrange que Tim ait les mêmes paroles envers moi qu'il a avec sa mère.

Ce n'est pas les seules fois où Tim a eu ce type de demandes envers moi. Elles sont devenues de plus en plus fréquentes au fur et à mesure des prises en charge.

Avec du recul, j'ai souvent eu le sentiment que le comportement de Tim envers moi était similaire à celui qu'il avait avec sa mère. Il semblait projeter sur moi une demande similaire d'attention. J'avais l'impression que Tim voyait en moi une forme de réassurance et de protection, un peu comme dans la relation parent-enfant. Lorsque j'étais avec lui, que ce soit en séance ou lorsque je le croisais simplement dans l'unité, il avait fréquemment ce genre de demande envers moi. Des demandes qui, lorsqu'on les entend, ressemblent plus à une demande d'un enfant vers ses parents. Tout au long de son hospitalisation, Tim semblait transférer ses demandes d'enfants sur les soignants.

Le comportement de Tim était comme un appel à une situation maternante. Mais alors, quel comportement adopter face à ce genre de demande ? Il est clair que mon rôle en tant que stagiaire psychomotricienne est de prendre une juste distance face à cette situation. Un soignant ne doit pas avoir une fonction de parent, mais celle d'un aidant.

1.3.2. Le contre-transfert

En psychanalyse, J.LAPLANCHE et J.PONTALIS définissent le contre-transfert comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et particulièrement au transfert de celui-ci* ». (Laplanche et al., 2007, p. 103).

⁹ permission de sortie temporaire d'un patient hospitalisé

Pour S.FREUD, le contre transfert est « *l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste.* »

Au travers de ces deux définitions, on comprend donc que le contre transfert est, comme son nom l'indique, une réaction contraire au transfert du patient. C'est un mouvement qui va cette fois-ci du thérapeute vers le patient. Il correspond aux manifestations affectives et inconscientes du psychanalyste vers le patient, en réaction au transfert de ce dernier.

Le psychomotricien se doit donc d'être constamment à l'écoute de ce qu'il ressent en présence de son patient. Il s'agit ainsi d'observer ce que la relation avec notre patient nous renvoie, ce qu'elle procure en nous comme sentiments et sensations, comme manifestations corporelles et psychiques. C.POTEL disait « *J'aime à penser le contre-transfert en termes de résonances, conscientes et inconscientes. Il contient toutes les nuances d'un engagement au monde, singulier, personnel, affectif.* » (Potel Baranes, 2015). Je trouve cette phrase particulièrement juste. Le contre transfert met en jeu les états et réactions du patient, à l'origine de l'émergence de ce contre transfert, mais aussi les états internes et psychiques du psychomotricien. Son caractère, sa personnalité, sa manière d'être, son état émotionnel du jour, et bien plus encore. Il y a toute une dimension personnelle dans le contre transfert.

Dans son ouvrage *Du contre transfert corporel*, C.POTEL distingue le contre transfert des psychothérapies des thérapies psychomotrices, par le fait que, dans ces dernières, le canal principal est le corps et non la parole, comme dans les psychothérapies. Pour elle, « *le contre transfert est corporel* » puisqu'il est « *induit par le corps et les émotions corporelles du patient* » (Potel, 2015, p.36). Le contre transfert se traduit dans le corps du psychomotricien. Il « *associe, aux éprouvés "empathiques" émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute* » (Potel, 2015, p.37).

Lors de mon stage, de nombreuses situations m'ont amenée à m'intéresser au contre transfert corporel. En effet, certains jours, notamment au début de mon stage, je

ressentais comme une oppression dans la poitrine après certaines séances avec des patients. J'avais comme une boule au ventre, une sorte de tension intérieure. Cette sensation était sûrement liée au stress des premiers jours de stage, à la découverte du lieu, à la découverte des patients, etc. Mais je pense qu'elle était aussi et surtout liée à ce que pouvait me renvoyer certains patients que je prenais en charge.

Pendant certaines séances avec Joséphine, je ressentais souvent cette tension et cette boule au ventre, notamment au début de la prise en charge. Il m'arrivait d'avoir mal au ventre et de manquer d'énergie, avec parfois du mal à respirer. Joséphine, par ses attitudes, sa posture, ses verbalisations et sa souffrance, m'amenait à ressentir cela. Dans une relation avec un patient, « *notre voix, notre tonicité, notre musculature, nos propres résonances toniques et respiratoires, sont forcément convoquées et parfois de façon douloureuses* » (Potel, 2015, b, p.343).

Ces manifestations physiques issues du contre transfert sont importantes à prendre en compte dans la relation au patient car elles jouent un rôle important dans la compréhension de celui-ci. Le contre transfert est utile au psychomotricien afin de mieux percevoir ce que vit le patient.

Cependant, le contre transfert peut avoir un impact négatif sur la relation thérapeutique s'il n'est pas correctement perçu et pris en compte par le psychomotricien. S.FREUD a d'abord identifié le contre transfert comme une entrave à la compréhension de son patient. Pour que le contre transfert n'impacte pas de manière négative la prise en charge, Freud dit qu'il est indispensable « *que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert* » (Freud & Berman, 1953, p.33).

1.4. L'empathie

Abordons maintenant une notion qui prend particulièrement sens dans ce mémoire, celle de l'empathie. C'est un mot que j'ai souvent utilisé lors de mon stage, et qui m'a beaucoup posé question.

« *L'empathie est ce qui lie un être humain à un autre humain, ce qui permet de se mettre à la place de l'autre, de percevoir ce qu'il ressent.* » (Potel, 2015, p.36). L'empathie est la capacité de chacun à comprendre les émotions de l'autre, à se mettre à sa place et à voir les choses du point de vue de celui-ci et non plus de son point de vue personnel. Comme l'ajoute ensuite C.POTEL, l'empathie « *est à la base de l'appartenance à l'humanité* ». C'est une qualité essentielle en tant qu'être humain, afin de pouvoir entretenir correctement des relations sociales et professionnelles. Elle permet de tenir compte des autres, de sa famille, de ses amis, mais également des gens qui nous entourent dans la société. Mais c'est aussi et surtout une qualité essentielle dans le rôle de soignant.

L'empathie est indispensable à la relation thérapeutique. Dans la relation de soin, l'empathie est bien différente de la compassion. La compassion est un sentiment de pitié qui amène à prendre part aux souffrances d'autrui, tandis que l'empathie est plutôt une question de représentation mentale : j'arrive à imaginer ce que le patient peut ressentir.

L'empathie peut avoir un coup émotionnel pour les soignants, car peu d'entre eux restent insensibles à l'exposition régulière à la souffrance. Ainsi, un épuisement professionnel peut arriver. En revanche, d'autres font le choix de rester à distance émotionnellement de leur patient, pour ne pas être trop impactés. Comment trouver le juste milieu entre bouleversement face à la souffrance de l'autre et distance affective pour ne pas être touchée ? Quel niveau d'empathie sera le plus bénéfique à la prise en soin du patient ? L'empathie est innée et propre à chacun, la gérer est donc complexe. À mon sens, c'est grâce à l'expérience clinique que chaque soignant trouvera sa façon de la différer et de l'utiliser de la manière la plus utile possible.

L'empathie est donc absolument essentielle dans toute relation de soin, qu'ils soient infirmiers, médicaux, et dans mon cas, psychomoteurs. Elle n'est pas seulement une notion fondamentale pour le soignant, mais aussi pour le patient, qui nécessite grandement cette empathie de la part du soignant. Finalement, comme l'a défini D.LAMA en 1995, l'empathie est *“une ouverture à la souffrance de soi et à celle des autres, associée à un profond engagement à essayer de la soulager”*

Nous venons de détailler les différents processus qui sous-tendent la relation thérapeutique entre le psychomotricien et son patient, ainsi que les notions clés de la relation en psychomotricité. J'aimerais maintenant aborder la relation thérapeutique sous un angle plus complexe, lorsque cette dernière est face à la pathologie psychiatrique du patient.

2. Quand la pathologie impacte la relation

Nous ne possédons pas tous les mêmes capacités relationnelles : elles diffèrent selon notre histoire, notre état, mais aussi selon notre personnalité et notre caractère. En unité fermée de pédopsychiatrie, les possibilités relationnelles de chaque patient sont d'autant plus impactées par leur pathologie. Ce qui m'intéresse particulièrement, et que j'ai pu observer notamment lors de mon stage à travers le cas de Joséphine et de Tim, ce sont les influences de la pathologie sur leur disponibilité à la relation. Comment les particularités comportementales et psychiques induites par la pathologie d'un patient influencent-elles la relation à l'autre ? Dans le cas de mes patients, j'ai pu relever trois manifestations cliniques majeures qui influencent grandement la relation thérapeutique : l'agressivité, la régression et la décompensation. Mais alors, que fait-on de ces mouvements ? Qu'impliquent-ils chez le patient ? Quelles places prennent-ils dans la relation ? Quel est notre rôle de soignant en psychomotricité à cet égard ?

2.1. L'agressivité

L'agressivité est définie par l'OMS comme étant *“une réaction psychophysiologique préméditée ou impulsive caractérisée par un comportement hostile (d'attaque ou de défense)”*. C'est un phénomène normal tant qu'il est maîtrisé et canalisé. Quelle est sa place dans le développement psychomoteur ? À quel moment l'agressivité devient-elle pathologique ?

Mais avant tout, quelle différence y a-t-il entre l'agressivité et la violence ? Ces deux termes sont souvent considérés comme ayant le même sens. En effet, ils sont étroitement liés, mais recouvrent pourtant plusieurs différences. L'OMS définit la violence comme *“l'usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou un groupe, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, une carence”*.

Intéressons-nous à l'étymologie de ces deux mots. Le mot agressivité provient du latin *ad-gressere* signifiant *aller vers*, synonyme de contact. Parallèlement, le mot violence provient du latin *violare* qui signifie *agir de force*, sur quelqu'un ou sur quelque chose. Ces étymologies nous renvoient donc à deux concepts bien différents : aller vers ou agir de force. C'est ce qui fait la différence entre ces deux termes. L'agressivité implique une conscience de l'autre, une recherche d'attention de la part de l'autre, tandis que la violence s'accompagne d'une rupture de la relation, l'autre devenant l'objet à détruire. L'agressivité est donc bien différente de la violence : l'une mène vers le plein contact, tandis que l'autre mène vers une rupture du contact. (*L'agressivité, à l'opposé de la violence par Brigitte Martel, s. d.*)

2.1.1. Dans le développement psychomoteur

L'agressivité est présente tout au long du développement psychomoteur de l'enfant. Dans leurs études sur l'émergence de l'agressivité physique de la prime enfance, C.GIMENEZ et C.BLATIER affirment *« qu'il existe une période d'agressivité physique normale au cours des toutes premières années du développement de l'individu »* (Gimenez & Blatier, 2004, p.330). À cette période, l'enfant se construit par des expériences sensori-motrices. Cependant, il n'a d'autre moyen que d'exprimer ses pulsions et ses désirs par l'action, il doit donc passer par l'agir. C'est ainsi qu'on observe à cet âge-là des conduites agressives, liées au développement psychomoteur. L'enfant pousse, tape, s'oppose. Il exprime son monde intérieur par son agressivité.

Dans la suite du développement psychomoteur, nous retrouvons ensuite une phase de latence. C'est la période du développement psychosexuel de l'enfant, qui s'étend de 5 ans jusqu'au début de la puberté, vers 11 ans environ. Durant cette période, l'enfant apprend à réguler ses tensions internes, à gérer la frustration. Il peut enfin résoudre ses conflits internes par la pensée et non plus par l'agir. Le psychiatre et psychanalyste français René DIATKINE parle de cette phase de latence comme "l'entre deux- crises". Il qualifie de crise les étapes qui entourent cette phase de latence, l'avant et l'après, soit la petite enfance et l'adolescence.

En théorie, la période de latence est un temps sans signes majeurs sur le plan psychopathologique. Cependant, il est possible que certains enfants ne vivent pas cette étape de la manière dont elle devrait l'être. Dans son livre *Enfance défaites et créativité*, R.PUYUELO, pédopsychiatre et psychanalyste, parle d'enfants « *empêchés de latence* ». Il poursuit en expliquant qu'une des conséquences de cette absence de latence peut être l'agressivité. Je me demande alors si l'agressivité de Tim n'est pas sous tendue, en plus des autres facteurs, par une période de latence mal intégrée, mal vécue, comme le décrit R.PUYUELO. La période de latence constituerait une période que je qualifierai d'apaisement. Tim a-t-il eu cette période de calme ? Je ne dispose pas de beaucoup d'informations concernant cette période de la vie de Tim, je ne peux ainsi que faire des suppositions. D'après les quelques éléments dont je dispose, il ne semble pas y avoir de signes évocateurs d'entrée dans la latence. Alors, conformément à la théorie de R.PUYUELO, Tim serait-il un empêché de latence ? Mais cette période de latence est-elle nécessaire chez tous les enfants ? Cette théorie n'est-elle peut-être pas à nuancer concernant son indispensabilité ?

Suite à cette période de latence, vient enfin l'adolescence, aux alentours de 12 ans. Comme je l'ai expliqué en détail au début de ce mémoire, l'adolescence est une période sensible impliquant de grands changements physiques mais aussi psycho-affectifs. Les conduites agressives sont alors susceptibles de réapparaître et se traduisent le plus souvent par de l'insolence, des violences verbales ou physiques, de la rébellion, etc. L'agressivité est bien visible, mais il en est tout autrement pour l'interprétation de ces comportements, qui est plus complexe.

En effet, chez l'adolescent, l'agressivité est souvent le reflet d'une détresse, d'un conflit intérieur vécu bruyamment. L'adolescent recherche un sens à sa vie, à se faire une place dans la société, à s'affirmer devant les autres. Il s'oppose à l'autre par la mise en jeu de son corps, et ainsi, est convaincu de gagner une place dans la société. L'adolescent s'affirme pour exister, en passant inévitablement par l'agressivité.

2.1.2. Du normal au pathologique

L'agressivité est donc présente tout au long du développement psychomoteur et est un élément qui permet au sujet de se construire et de s'affirmer. Cependant, elle peut devenir pathologique lorsqu'elle est excessive et disproportionnée, lorsqu'elle est associée à des comportements psychopathologiques comme des états délirants, des comportements hétéro ou auto agressifs, des troubles de la personnalité, mais aussi lorsqu'elle est masquée ou refoulée.

Dans l'unité fermée de pédopsychiatrie, l'agressivité est une grande problématique. Ce qui m'a souvent marquée dans les cas de Tim et Joséphine, c'est l'intensité de l'agressivité que chacun d'eux pouvait avoir. Pour Tim, elle était la plupart du temps dirigée vers l'extérieur, vers les autres, vers les objets autour de lui. Pour Joséphine, cette agressivité était plutôt tournée vers elle-même, illustrée par des scarifications et des strangulations. Ces deux patients ont tous les deux une agressivité bien présente, mais exprimée de manière bien distincte.

Tim et Joséphine ayant respectivement 13 et 12 ans, ils devraient en théorie tous les deux avoir fait leur entrée dans l'adolescence. Cela semble le cas sur le plan physique en tout cas, les caractères sexuels secondaires ayant plus ou moins fait leur apparition. Ils sont très visibles chez Joséphine, qui a une apparence de femme adulte. Ils le sont un peu moins chez Tim, mais semblent tout de même commencer à apparaître. Ainsi, je suppose qu'ils ont tous les deux fait leur entrée dans l'adolescence, chacun à un stade différent.

Comme nous venons de le voir, l'agressivité est normale à cette période de la vie. Cependant, l'agressivité de Tim et Joséphine est disproportionnée par rapport à la

manière dont elle devrait s'exprimer à l'adolescence. On parle alors d'agressivité pathologique. Elle est intense et souvent imprévisible.

L'agressivité implique fortement le lien à l'autre, « *elle interpelle, convoque, provoque l'autre* » (Benghozi, 2010, p.42). L'agressivité est une forme d'appel à l'aide, elle est un signe corporel de souffrance psychique intense. C'est une forme de communication autrement que par des mots, c'est une manière de « *dire ce qui ne peut se dire autrement et espérer être entendu* » (Benghozi, 2010, p.42).

Pour Tim, j'ai pu supposer que cette agressivité qu'il peut avoir envers les autres et parfois envers lui-même est due au manque d'élaboration de ses ressentis. Lorsqu'il fait face à une situation compliquée à gérer, Tim ne verbalise pas et devient alors très rapidement agressif envers ce qui l'entoure. Dans ces moments-là, c'est comme s'il fuyait les mots. Il devient agressif et violent, mais reste la plupart du temps silencieux. Si je reprends mon hypothèse précédente concernant la latence, Tim relèverait ici d'une organisation antérieure à la latence. Cette hypothèse de latence empêchée aurait ainsi pu entraîner chez Tim une fixation de son organisation psychique.

Je me suis ainsi demandée si Tim n'utilisait pas également cette agressivité pour briser le lien, comme pour fuir la relation. Ces éléments sont le signe d'un trouble de l'attachement, se manifestant chez Tim d'une manière plutôt insécure.

Il y a eu une situation qui m'a particulièrement marquée concernant ce patient, moment où son agressivité m'a impressionnée et a fortement impacté la relation thérapeutique.

2.1.3. La relation face à l'agressivité

Deux mois après son entrée dans l'unité, mon binôme et moi avons fait passer un bilan psychomoteur à Tim. Dès le début, alors que nous venions le chercher dans sa chambre, Tim refusait de venir. Il a commencé à taper du pied contre le mur, puis à cogner sa tête en disant qu'il n'avait pas envie de venir. Il ne mettait pas de force dans

ses gestes. De mon point de vue, son intention ne semblait pas être de se faire mal mais plutôt de montrer son énervement et sa frustration. Après un long moment de discussion avec lui, Tim a finalement accepté de nous suivre. Son début de crise semblait s'être apaisé, mais son attitude montrait tout de même qu'il nous suivait à contre cœur. Il a réalisé le trajet jusqu'à la salle de bilan sans parler, mais en essayant de retarder le plus possible le moment. Il marchait en se laissant glisser contre le mur, en traînant des pieds, en soufflant.

Tim s'est affalé sur la chaise, et nous avons alors commencé le bilan. Dès la première épreuve sur table, son comportement est devenu explosif. Il n'arrivait pas à réaliser correctement l'exercice proposé alors il a commencé à taper son point contre la table tout en s'insultant lui-même. Il a donné un grand coup dans le matériel posé sur la table pour l'envoyer à terre, et a ensuite commencé à se cogner la tête contre la table. A ce moment-là, contrairement à l'attitude qu'il avait eue dans sa chambre, Tim était violent envers lui-même et envers l'extérieur. Il mettait de la puissance dans ses gestes.

J'ai de suite mis mes mains entre la table et sa tête pour l'empêcher de se faire mal, mais il ne semblait pas s'en rendre compte car il continuait de taper sa tête contre mes mains. L'agressivité qu'il avait envers lui-même était assez impressionnante. Cependant, il ne disait pas un mot.

Lors de cet épisode, j'ai eu le sentiment que cette agressivité, envers le matériel puis envers lui-même traduisait sa douleur interne. J'avais l'impression que c'était un appel à l'aide, que c'était son moyen de communication pour nous le faire comprendre. J'ai continué à lui parler tout le long de sa crise tout en veillant à sa sécurité. Cependant, je ne savais pas si Tim m'écoutait ou non. Il continuait de taper sa tête contre mes mains, mais ne disait toujours rien. J'avais l'impression qu'il fuyait la relation. Comme si devenir agressif lui permettait de couper sa relation aux autres. Cette agressivité constituait comme une défense contre l'extérieur, comme une carapace épaisse qui empêchait quiconque de l'atteindre.

Tim s'est finalement calmé. Je lui ai proposé de remonter dans son unité. Sur le chemin du retour, il continuait quand même de taper dans les murs et en se cognant la tête. Les soignants de l'unité ont ensuite pris le relais.

2.1.4. Agressivité ou crise ?

Avec une prise de recul sur cette situation que je viens de vous exposer, je me suis interrogée sur l'agressivité de Tim. De mon point de vue, l'agressivité dans sa chambre et l'agressivité dans la salle de bilan sont deux choses bien distinctes.

Dans sa chambre, il m'a semblé que le comportement de Tim était plutôt de l'ordre du manque de motivation. Il est dans ses habitudes de s'énerver de cette manière lorsqu'il a envie de ne rien faire. Lorsqu'on lui propose quelque chose qui ne vient pas de lui, il n'y voit pas d'intérêt et refuse immédiatement. S'il n'a pas le choix, il peut devenir agressif. A ce moment-là, dans sa chambre, Tim préférait dormir plutôt que de nous suivre, ce qui à mon sens explique son agressivité. Tim contrôlait son agressivité, car il s'est de suite calmé lorsque mon binôme et moi sommes sortis de sa chambre pour discuter avec l'équipe soignante.

Malgré une certaine agressivité, le dialogue entre Tim et moi restait tout à fait possible. Il était capable de me répondre et de s'exprimer brièvement. Son attitude montrait qu'il était tout de même à l'écoute. La relation thérapeutique était toujours bien présente. Mais peut-on dire que la relation était "thérapeutique" dans cette situation-là ? Y a-t-il vraiment une dimension thérapeutique ?

Dans la salle de bilan, c'est à mon avis une tout autre chose qui s'est déroulée. Les comportements de Tim n'étaient plus les mêmes, l'agressivité avait pris le dessus. Rien ne semblait l'arrêter, pas même le fait de lui dire qu'on allait remonter dans sa chambre. La violence envers le matériel et ensuite envers lui-même ne traduisait pas à mon sens la même chose que simplement taper ses pieds contre le mur.

J'ai abordé au début de ce mémoire la notion de crise clastique, fréquente en service de psychiatrie. Lors de cette séquence avec Tim, je me suis demandé s'il s'agissait d'une de ces crises. La violence contre le matériel, contre les objets, m'y a de suite fait penser. Avec du recul et de la réflexion, je pense que Tim frôlait la limite de la crise clastique. Il était alors comme contrôlé par son agressivité, qu'il dirigeait contre le matériel. Il semblait ne plus avoir aucun contrôle sur ses actes.

De mon point de vue, la relation thérapeutique semblait alors inexistante. Plus rien ne pouvait calmer ou apaiser Tim. Ayant une bonne relation de confiance avec lui depuis déjà plusieurs mois, je me suis de suite dit que cette confiance servirait pour le calmer, que le fait que ce soit moi qui sois spectatrice de sa crise pourrait potentiellement le rassurer. C'est donc pour cela que j'ai parlé continuellement à Tim durant sa crise. Je voulais miser sur la qualité de la relation pour ainsi peut-être le rassurer.

Cependant, cela n'a pas été le cas, en tous cas de mon point de vue. J'ignore ce que Tim a ressenti lors de sa crise, au moment où il tapait sa tête contre mes mains. Je ne peux pas savoir s'il m'écoutait à ce moment-là, ou même s'il était conscient de ma présence. Mais ce que je sais en revanche, c'est le fait que d'un point de vue extérieur, rien ne semblait aider Tim. L'agressivité le contrôlait, et elle semblait également contrôler la relation thérapeutique en la laissant à distance.

L'agressivité est une problématique majeure en hospitalisation complète. Elle implique une adaptation constante de la part du psychomotricien dans la relation à son patient. Quelle distance le psychomotricien doit-il adopter face à des comportements agressifs ? Cependant, l'agressivité est loin d'être le seul état psychiatrique auquel doit faire face le psychomotricien.

2.2. La régression

La notion de régression provient du latin *regressio* qui signifie *retour* ou aussi *marche en arrière* (« Régression (psychanalyse) », 2024). Il n'existe pas de définition psychanalytique très précise du concept de régression. C'est une notion qui reste aujourd'hui assez large et floue en psychologie et en psychanalyse. Dans son livre sur la régression thérapeutique, le psychologue E.MARC définit la régression comme « *un*

retour en arrière dans un processus de développement et le recours à des attitudes et des comportements liés à une phase antérieure du développement » (Marc, 2002, p.30).

En d'autres termes, le patient a recours à des comportements qui ne correspondent pas à son niveau de développement, mais à un niveau inférieur. Dans certaines circonstances, le comportement habituel laisse place à un comportement caractéristique d'un développement antérieur déjà acquis dans le passé du sujet. J.LAPLANCHE et J.B.PONTALIS parlent de la régression d'un patient comme « *un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui* ». (Laplanche et al., 2007, p.400).

Au cours de mon stage, j'ai pu observer de nombreux comportements régressifs chez Tim. Ils étaient fréquents et très variés. Ces comportements apparaissaient souvent dans des situations de frustration, où Tim agissait de manière très enfantine. Ça a d'ailleurs été le cas lors de la séquence d'agressivité que j'ai décrite précédemment, durant le bilan psychomoteur.

Lorsque j'étais dans sa chambre et qu'il ne voulait pas venir, Tim a commencé à taper des pieds et de la tête contre le mur pour exprimer sa frustration. À ce moment-là, il parlait de manière très enfantine. Par exemple : « *je veux pas venir* », « *je veux rester dormir* », « *mais j'ai pas envie* », avec l'intonation d'un enfant qui pleurniche. Ce sont les seules phrases qu'il a réussi à prononcer. Même en lui parlant et en essayant de l'aider à s'exprimer, Tim n'arrivait pas à me dire ce qui causait un tel énervement. Mais était-il lui-même conscient de ce qui se passait en lui à ce moment-là ? Accumulée à la frustration générée par la situation, l'incapacité de Tim à verbaliser ses ressentis semblait favoriser ses comportements régressifs, et était même peut-être la porte d'entrée dans cette régression. M.PETIT, autrice de nombreux articles sur la Gestalt-thérapie¹⁰, soutient cette idée : « *Quand la personne n'a pas les mots, elle rentre dans ces épisodes régressifs* » (Petit & Masquelier-Savatier, 2002, p.26).

¹⁰ méthode thérapeutique qui prend en compte tous les aspects de l'être humain: corps, pensées, émotions, relation, ...

Qu'est-ce que Tim attendait de moi à ce moment-là ? Seulement, était-il vraiment conscient de ce qu'il attendait des autres ? Comment agir en tant que psychomotricien à cet égard ?

2.2.1. Un retour à une étape antérieure

Au vu des différents éléments cliniques concernant Tim, je fais l'hypothèse que ses comportements régressifs représentent pour lui une forme d'accroche à ses comportements antérieurs. Cette régression n'apparaîtrait donc pas seulement dans un contexte de frustration, mais aussi parce qu'elle représente pour Tim un moyen de "rester" dans un état précédent, qui lui est familier et dans lequel il se retrouve. De mon point de vue, Tim semble se raccrocher à la relation parent-enfant. Dans ses comportements avec les soignants et plus généralement dans sa vie dans l'unité, Tim a toujours ces comportements régressifs, que ce soit dans ses manières d'agir ou de parler. Cette demande d'attention très particulière de la part de Tim donne souvent l'impression aux soignants qu'il s'agit plutôt d'une demande d'un enfant à ses parents.

Comme évoqué précédemment dans ce mémoire, Tim avait des agissements qui me rappelaient la relation parent-enfant, par exemple lorsqu'il m'a demandé de le border en séance de relaxation. Tim semble s'accrocher à ce lien qu'il entretient avec ses parents en le projetant sur les soignants, ce qui était fréquemment le cas en séance de psychomotricité. Cependant, il ne semblait pas projeter son lien actuel, mais plutôt un lien qui de mon point de vue semble bien antérieur, remontant à plusieurs années.

Tim se raccrocherait-il inconsciemment à sa vie précédant le début de ses premières hospitalisations, il y a environ quatre ans ? J'entends par "sa vie d'avant" une globalité comprenant son état psychique, sa situation familiale, la qualité de sa relation avec ses parents et sa sœur, son rapport avec l'école, etc. Ce sont des choses qui ont fortement été impactées et qui se sont dégradées depuis les premières hospitalisations. De mon point de vue, Tim semble constamment ancré dans cette période,

psychiquement, comportementalement et affectivement. Il semble comme fixé à un stade d'organisation psychique antérieure.

Cependant, comme je l'ai décrit dans l'histoire de la maladie de Tim, nous pouvons constater que ses comportements pathologiques apparaissent dès son plus jeune âge. Or, la régression « *est une tentative de retour vers les origines du symptôme* » (Tarnopolsky, 2000, p.79). Tim ne se raccrocherait-il donc pas inconsciemment à une période encore plus antérieure au début de ses hospitalisations ?

Plus généralement, cette régression pourrait-elle être le signe d'un refus d'acceptation de son état actuel ? Cela pourrait-il constituer l'empêchement d'une construction de nouvelles relations ? Cependant, le milieu hospitalier est un milieu très dur pour les adolescents qui y sont hospitalisés, d'autant plus à temps plein. Ils font face à un milieu inconnu qui peut parfois être déboussolant. N'est-il pas difficile d'être en relation dans ces circonstances-là ? Le milieu hospitalier ne détermine-t-il pas les possibilités interactionnelles par rapport au milieu ordinaire ? Finalement, les comportements régressifs de Tim ne seraient-ils pas simplement une réaction défensive face à la vulnérabilité que crée l'hospitalisation ?

2.2.2. En hospitalisation complète

La régression est un mécanisme de défense psychologique. Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques inconscients utilisés pour se protéger du stress, des traumatismes ou encore de la peur. Ils ne dépendent pas de notre volonté et sont présents chez chaque individu.

La régression permet donc à un individu de faire face à une situation stressante en revenant à un stade de développement antérieur. Ce mécanisme peut apparaître à tout âge de la vie, chez les enfants comme chez les adultes ou les personnes âgées.

Il est fréquent que les adolescents hospitalisés dans l'unité à temps plein aient recours à des comportements régressifs. C'est surtout le cas de Tim, mais aussi de beaucoup d'autres patients. De mon point de vue extérieur, c'est comme si ces

comportements semblaient les protéger du monde extérieur. Comme si revenir en arrière était en fait une sécurité.

Pourquoi un adolescent hospitalisé dans un moment de grande fragilité passe-t-il par des mouvements régressifs ? Est-ce une étape indispensable dans une hospitalisation ?

2.2.3. La relation face à la régression

La régression appelle la relation, elle implique l'autre. « *Il n'y a pas de régression sans spectateur* » (Petit & Masquelier-Savatier, 2002, p.21). La régression chez un patient a lieu devant les autres. Elle peut aller dans le sens d'un évitement de la relation et d'une mise en retrait, mais aussi dans le sens d'un appel à l'aide, d'une demande de prise en charge de la souffrance. La régression est donc à mon sens un phénomène dirigé vers l'autre, elle renvoie quelque chose au thérapeute, ici au psychomotricien.

Face aux comportements de Tim, il m'est souvent arrivé de me questionner sur la tournure que prend la relation thérapeutique dans un contexte de régression. Des comportements régressifs convoquent-ils une relation régressive ? Le soignant se doit de garder une posture d'aidant, et non de parent. Cependant, la régression chez un patient n'invoque-t-elle pas aussi chez le soignant une réaction régressive ? J'entends par là que, lorsque nous sommes face à un patient avec un comportement enfantin par exemple, n'a-t-on pas envie d'adapter notre comportement comme s'il s'agissait vraiment d'un enfant ?

Lorsque Tim se comportait comme tel, ma réaction instinctive était de le rassurer et d'agir avec les mêmes comportements que lui. Je m'adressais ainsi à lui de la même manière que lui s'adressait à moi, avec un ton très enfantin, un ton qui semblait le rassurer. Ce n'était donc pas uniquement les comportements de Tim qui étaient régressifs, mais toute la relation. Cette dernière avait-elle alors perdu sa dimension thérapeutique ? En agissant de la sorte, j'ai eu l'impression de perdre ma position de soignant. N'aurais-je pas plutôt dû garder ma position de psychomotricien et mettre ma réaction instinctive de côté ?

Tim, dans ses agissements à caractéristiques régressives, attendait-il une réaction régressive de ma part ? Était-il seulement conscient de ce qu'il attendait des autres ?

La régression constitue donc un retour en arrière. Face à celle-ci, le psychomotricien se doit d'adapter son comportement. Mais de quelle manière ? Devons-nous agir d'une manière régressive, à l'image de notre patient ? Faut-il rester neutre ou prendre part aux comportements de ces derniers ? Quel est le juste équilibre et comment le trouver ?

Enfin, en plus de la régression et de l'agressivité, parlons maintenant du dernier état psychiatrique que j'ai pu relever lors de mon stage et qui perturbe de manière importante la distance relationnelle entre le psychomotricien et son patient : la décompensation.

2.3. La décompensation

La décompensation est avant tout un terme du champ de la médecine. Cela désigne « *la dégradation, souvent brutale, d'un organe ou d'un organisme qui était jusqu'alors maintenu en équilibre par des mécanismes de compensation qui empêchaient la survenue de ce dérèglement.* » (« Décompensation », 2024). Ce terme s'applique dans un contexte physiologique, mais aussi dans un contexte psychiatrique. En service de psychiatrie, comme c'est le cas dans l'unité de pédopsychiatrie où je réalise mon stage, la décompensation est un terme fréquent. Cela correspond à une phase de rupture de l'équilibre psychologique d'un patient. On parle ainsi de décompensation psychique.

La décompensation psychique est en réalité révélatrice d'un excès de tension. Elle émerge lorsqu'une personne est confrontée à une situation affective nouvelle et insupportable qu'elle ne parvient pas à gérer par ses moyens de défense habituels. Je pourrais qualifier la décompensation psychique comme étant l'expression d'une crise,

qui marque l'effondrement des mécanismes de défenses et d'adaptation. Cette décompensation peut se manifester sous plusieurs formes selon chaque patient et son tableau clinique qui lui est propre. La décompensation psychique peut être à caractéristiques psychotiques, phobiques, maniaques ou encore anxieuses et dépressives.

2.3.1. En hospitalisation complète

Dans l'unité d'hospitalisation à temps plein, les moments de décompensation psychique étaient assez fréquents chez certains adolescents. C'était surtout le cas pour Joséphine.

L'état psychologique et l'humeur de Joséphine étaient très instables. Il pouvait arriver qu'elle soit renfermée sur elle-même, en restant isolée, sans parler ni bouger, sans même regarder autour d'elle. Mais elle pouvait également être dynamique et joyeuse, de bon contact, le sourire aux lèvres. Cette opposition d'humeur très fréquente a d'ailleurs laissé supposer à l'équipe soignante un trouble de la personnalité limite (borderline)¹¹. Le diagnostic n'a cependant jamais été posé.

Cette fragilité psychologique chez Joséphine laissait donc souvent place à de grands moments de décompensation. Ils arrivaient lorsque Joséphine faisait face à une situation qu'elle ne pouvait plus gérer par ses propres moyens, où elle était dépassée par ce qu'il se passait. Ces décompensations psychiques étaient très fréquentes. Elles se produisaient dès lors que quelqu'un évoquait la vie antérieure de Joséphine.

Joséphine est une jeune fille qui ne parle jamais d'elle. Tout ce que l'équipe soignante sait la concernant provient uniquement de son dossier médical. Joséphine est capable de parler avec les autres, mais semble mettre à distance sa propre vie. Le fait d'évoquer sa vie personnelle semble être insupportable pour elle. Il était ainsi très

¹¹ tendance constante à l'instabilité et l'hypersensibilité dans les relations interpersonnelles, l'instabilité au niveau de l'image de soi, des fluctuations d'humeur extrêmes, et l'impulsivité.

difficile d'y avoir accès et d'apprendre à la connaître. De simples questions sur ses goûts ou ses envies semblaient la ramener instantanément aux événements traumatiques qu'elle avait vécus.

Au début de son hospitalisation, Joséphine avait beaucoup d'épisodes de décompensation. Lorsqu'elle est arrivée dans le service, elle avait tendance à s'isoler et restait à l'écart du groupe. Elle pouvait verbaliser une anxiété à l'idée de se confronter aux autres patients. Elle était très fermée et ne parlait que très peu, même aux soignants. Ces comportements sont signe d'un retrait, d'un repli, qui consiste à se retirer de toute interaction. Joséphine présentait aussi des moments de décompensation durant lesquels ses yeux étaient mi-clos. Dans ces moments-là, aucun contact n'est possible avec elle. Elle ne parle plus et ne réagit plus à l'environnement, ni aux bruits ni aux stimulations tactiles. Le lien sensoriel semble totalement suspendu.

Évoquer ces événements traumatiques semble engendrer une tension excessive et insupportable pour Joséphine. Ses mécanismes de défense sont impuissants face à une telle tension, ils s'effondrent. Il n'y a plus de barrière pour lutter face à la tension qui envahit Joséphine. Elle décompense, et il y a ainsi une rupture brutale de son équilibre psychique. Elle passe de dynamique et joyeuse à presque inerte.

2.3.2. Quelle dimension psychomotrice ?

La décompensation n'a pas seulement une dimension psychique. Certes, là c'est est une réaction d'origine psychique, mais elle entraîne des réactions comportementales et physiques qui à mon sens sont importantes à souligner, car elles font partie intégrante de la décompensation. J'aimerais parler ici de la dimension psychomotrice de la décompensation.

Pendant une décompensation, de nombreux items psychomoteurs sont impactés. Je reprends ici l'exemple de Joséphine. Son rythme cardiaque s'accélère instantanément, elle respire très fort et rapidement.

Son recrutement tonique s'effondre, elle s'écroule souvent sur le sol brutalement ou se laisse parfois glisser contre un mur. Elle reste très hypotonique. Ses yeux sont mi-clos, et elle semble fixer un point au hasard. On peut percevoir légèrement ses yeux qui semblent ne rien regarder. Ses réactions face à l'environnement disparaissent et son état de vigilance s'effondre. Elle n'est plus réactive et ne semble plus connectée à la réalité. Elle ne parle plus et ne réagit plus à l'environnement, ni aux bruits ni aux stimulations tactiles. Le lien sensoriel semble totalement suspendu.

Le temps et l'espace semblent inexistants à ce moment-là pour Joséphine. Elle ne semble pas percevoir ce qui l'entoure, que ce soit des objets ou des personnes. Elle peut s'effondrer n'importe où et à n'importe quel moment, sans prendre en compte ce contre quoi elle pourrait tomber, comme par exemple une table. Le temps semble désorganisé. Elle peut rester dans cet état de décompensation seulement quelques minutes, et après cet événement nous dire que cela lui a paru durer des heures. La perception spatiale et temporelle sont fortement altérées.

Joséphine est parfois capable de se relever avec de l'aide. Elle semble suivre le mouvement qu'on lui propose et qui lui ramène une certaine verticalité, en la tirant vers le haut. Cependant, elle reste dans le même état, hypotonique et sans réaction. On pourrait parler ici d'une décompensation de la verticalité, car c'est la première chose qui s'effondre chez Joséphine lorsqu'elle décompense. C'est l'effondrement du corps qui est le premier signe physique de décompensation chez Joséphine.

Ainsi, la relation thérapeutique entre Joséphine et les soignants est fortement impactée. C'est une vraie rupture relationnelle qui a lieu lors des moments de décompensation. L'effondrement de sa verticalité et des fonctions psychomotrices entraîne une coupure avec le monde qui l'entoure. Ainsi, la relation semble disparaître.

Après ce moment intense, Joséphine revient à elle. Le contact est de nouveau possible. La relation qui avait disparu quelques instants plus tôt renaît alors. Ainsi, je dirais que la relation thérapeutique ne disparaît pas, mais s'absente plutôt. Elle s'en va et revient, au rythme de la symptomatologie du patient.

La décompensation, comme l'agressivité et la régression, sont souvent des moments de grande intensité. Il peut parfois être difficile de savoir quel comportement adopter en tant que soignant face à ces états psychiatriques complexes. Ils peuvent nécessiter une grande proximité entre le patient et le soignant, mais aussi parfois un certain recul et une prise de distance. Comment trouver cet équilibre ? Il est d'autant plus difficile de faire face à de telles situations lorsque nous sommes stagiaires, et que nous n'avons donc pas encore l'expérience suffisante.

PARTIE 3 : La complexité de la recherche de la juste distance en unité fermée de pédopsychiatrie

La juste distance relationnelle est un équilibre très subtil à trouver pour chaque soignant. En unité fermée de pédopsychiatrie, c'est d'autant plus le cas puisque nous nous heurtons parfois violemment à la pathologie psychiatrique du patient. Comme nous venons de le voir précédemment, cette dernière peut s'exprimer de différentes manières, comme par de l'agressivité, de la régression ou encore des états de décompensation. La distance relationnelle est donc soumise à plus d'influence, ce qui engendre des plus grandes difficultés pour le psychomotricien à trouver ce fameux équilibre, d'autant plus quand il s'agit d'un stagiaire psychomotricien.

1. La complexité de la place de stagiaire

Durant toute cette année, j'ai pu expérimenter le rôle de stagiaire en hôpital pédopsychiatrique. J'ai dû faire face à de nombreuses situations nouvelles pour moi, qui m'ont amenée à découvrir la relation aux patients mais aussi un nouveau lieu de stage et son cadre institutionnel. Toutes ces expériences m'ont ainsi fait réfléchir à la place qu'occupe réellement un stagiaire : quel est son positionnement dans l'institution et qu'est-ce que cela implique face aux patients ?

Je me suis souvent demandée si une situation donnée se déroulait d'une manière précise parce que j'occupais un rôle de stagiaire encore en apprentissage, et non de professionnelle reconnue. Plus particulièrement, ces questionnements étaient étroitement liés à la relation entre le psychomotricien et le patient. La position de stagiaire impacte-elle la relation thérapeutique ?

En cette année de stage expérimental, je n'étais ni complètement élève, ni complètement professionnelle. Alors, comment trouver un équilibre entre les deux ?

1.1. La posture de stagiaire expérimentale

En plus de toute la complexité qu'implique la place de stagiaire, la notion de stagiaire expérimentale change beaucoup de choses d'un point de vue de ma position dans l'institution, mais aussi dans mon propre positionnement par rapport au stage.

Comme je l'ai détaillé en début de ce mémoire, être stagiaire expérimentale signifie que mon binôme et moi ne sommes pas sous la supervision d'un professionnel. Notre maître de stage est présente dans le service, mais nous ne dépendons pas d'elle en ce qui concerne les prises en charge. Bien évidemment, elle reste disponible pour nous aider si nous lui en exprimons le besoin. C'est elle qui s'est d'ailleurs chargée de nous présenter aux patients et à l'équipe soignante au tout début de notre stage. Il est important de comprendre que nous ne travaillons pas sous sa directive, ni avec elle. Nous sommes indépendantes. Nous travaillons ainsi avec nos propres idées et nos propres réflexions.

Cette autonomie et cette liberté que propose le stage expérimental implique le fait que nous n'ayons pas de modèle. Je me suis fait plusieurs fois la réflexion au cours de mon stage que je n'avais pas vraiment de modèle sur qui me baser, sans pour autant que cela soit négatif, au contraire. En temps normal, et comme cela a été le cas durant

mes différents stages ces dernières années, il est fréquent que le stagiaire s'appuie sur le professionnel qui l'encadre. Ce dernier devient alors son référentiel. En stage expérimental, je suis mon propre référentiel. Je fais mes propres choix et j'ai mes propres réflexions. Je me base sur ce que j'analyse, ce que je perçois et ce que je déduis. Je construis ainsi mon propre rôle de psychomotricienne.

Ainsi, le cadre du stage a plutôt tendance à me placer dans une posture de jeune professionnelle. L'équipe soignante nous appelle d'ailleurs "les alternantes", ce qui traduit plutôt bien notre posture pour l'équipe soignante. Mais qu'en est-il pour les patients ?

1.2. Un positionnement particulier face au patient

La place de stagiaire en institution constitue un positionnement bien particulier par rapport au patient, encore plus lorsqu'il s'agit d'un stage expérimental. Quel regard est porté sur nous ?

Au premier abord, lorsqu'on nous présente pour la première fois aux patients, ces derniers nous considèrent souvent comme étant uniquement des étudiantes. « *Vous êtes là pour apprendre ?* », nous disent-ils souvent. Personnellement, ce questionnement de leur part me laisse une certaine appréhension. Parce qu'ils ont raison, je suis stagiaire et je suis là pour apprendre. Mais être en apprentissage ne signifie pas pour autant que nous ne sommes pas là dans un rôle de soignant. Cette posture de psychomotricienne en apprentissage laisse fréquemment les adolescents avec une certaine appréhension au départ. Ils semblent réticents au fait que nous ne sommes pas des « vrais soignants ». Mais ce qu'ils ignorent, c'est que je partage leur appréhension. Cette posture de stagiaire est délicate. Je me demande fréquemment : que vont penser les patients lorsqu'on va me présenter en tant que stagiaire ? Cela va-t-il les déranger ? Vont-ils me prendre au sérieux ?

Mais au fur et à mesure que le temps passait, certains des patients qui avaient ressenti une appréhension face à notre posture de stagiaire avaient un comportement différent. Ils semblaient plus sereins en notre présence lors des prises en charge. J'avais l'impression que cette appréhension s'était finalement transformée en indifférence. Finalement, les patients finissaient par accorder peu d'importance au fait que nous soyons en apprentissage.

Je ne pense pas que les patients oublient que nous sommes stagiaires, et non professionnelles. Je crois plutôt que la confiance que nous avons créée au fur et à mesure de la prise en charge en psychomotricité leur suffit pour faire disparaître cette appréhension qu'ils avaient ressentie au début. Le lien de confiance établi entre nous est ainsi suffisamment solide pour qu'ils comprennent que, malgré notre posture de psychomotricienne en apprentissage, notre rôle est censé être le même qu'un professionnel soignant. Certes, nous ne disposons pas du même savoir-faire que les véritables soignants puisque notre formation n'est pas encore terminée, mais notre rôle est d'essayer d'adopter cette posture de soignant. Cela fait partie de notre apprentissage de stagiaire. Nous n'avons pas la même posture qu'un professionnel, mais notre objectif est le même : soigner.

La réaction face au mot « stagiaire » ou « étudiante » est propre à chaque patient. Il est vrai que, la plupart du temps, j'observe immédiatement une certaine réticence à notre égard. Mais il est aussi arrivé que l'évocation de notre positionnement laisse indifférents certains patients. La vision des patients nous concernant est différente selon chacun, selon leur personnalité, leur caractère, leurs états.

Par exemple, lors de ma rencontre avec Tim, comme je l'ai détaillé lors de la présentation de son cas au début de ce mémoire, j'ai de suite senti une réticence à notre égard (mon binôme et moi) lorsque notre tutrice de stage nous a présenté comme les nouvelles stagiaires psychomotriciennes. J'ai pu percevoir dans sa gestuelle une certaine tension, qui à mon avis traduisait son appréhension face à nous.

En revanche, lorsque j'ai rencontré Joséphine, celle-ci semblait complètement indifférente à notre place de stagiaire. Elle paraissait très bien comprendre que nous n'étions pas de vraies professionnelles, mais ne montrait pas d'appréhension. Au contraire, cela semblait la réjouir. Elle a dès le début été très accueillante avec nous et

très impliquée dans la relation. Je me pose alors la question : la place de stagiaire engendre-t-elle un investissement différent de la part du patient dans la relation ?

1.3. Un investissement différent de l'adolescent

Comme je l'ai précisé précédemment, chaque patient se positionne de sa propre manière face à notre posture de stagiaire. J'ai en effet pu observer que certains adolescents investissent différemment la relation lorsqu'il s'agit d'un stagiaire et non d'un vrai soignant. Pourquoi cette différence ?

J'ai constaté tout d'abord que plusieurs patients manifestaient une certaine confiance à mon égard, confiance qui m'a parfois paru différente envers les professionnels de l'équipe. Les patients voient-ils en ma position de stagiaire une posture d'écoute et de confiance ? Il est vrai qu'être stagiaire n'implique pas les mêmes positions et réactions qu'un soignant reconnu. Personnellement, j'ai beaucoup plus de temps que les autres professionnels qui sont extrêmement sollicités. Je ne prends en charge que seulement quelques patients, contrairement aux professionnels qui doivent être partout à la fois. Je peux ainsi être mieux focalisée sur mes patients, et ainsi être plus disponible pour eux et plus à l'écoute.

En tant que stagiaire, je possède plus de temps libre que les professionnels. Je peux donc parfois prendre le temps d'aller discuter avec mes patients dans l'unité d'hospitalisation. Même s'il s'agit de temps informels, ces moments sont importants dans la relation au patient et dans la prise en charge de ce dernier. Ils permettent aussi d'instaurer une relation de confiance avec l'adolescent. Ces derniers apprécient d'ailleurs énormément ce genre de moments, qui sortent des séances de psychomotricité mais qui restent dans le cadre de l'hospitalisation.

Mais face à la posture de stagiaire, certains patients sont fréquemment tentés de tester les limites du cadre. La plupart d'entre eux ont déjà rencontré des stagiaires. Ils savent que ma posture est celle d'une élève, et non d'une vraie soignante, et se

permettent donc plus de liberté lors de séances de psychomotricité. J'ai pu remarquer cela avec plusieurs patients, mais plus particulièrement avec Tim.

Deux mois après l'échec du bilan psychomoteur, il a été décidé de réessayer. Contrairement à ce que nous attendions, cela s'est très bien passé. Tim était volontaire et motivé. Cependant, tout au long du bilan, Tim n'a cessé de nous « tester ». J'ai ainsi remarqué qu'il investissait la relation d'une manière bien différente dont il a l'habitude de le faire avec les soignants. Il testait sans cesse les limites de la séance. Alors que je lui avais par exemple demandé de garder son mp3 dans sa poche, il l'a sorti plusieurs fois au cours du bilan pour mettre de la musique, malgré mes directives. Lorsque je lui demandais de le ranger, il le faisait au bout de plusieurs demandes, et cela ne l'empêchait pas de le ressortir quelques minutes après. Cela semblait beaucoup l'amuser que je doive autant le solliciter.

Ce test des limites de l'autre est fréquent chez Tim, mais il l'est d'autant plus avec moi, de par ma position de stagiaire. Être stagiaire implique une découverte de l'institution, des règles, des conduites à avoir. De nombreux patients sont bien conscients de tout cela, comme c'est le cas de Tim, et investissent ainsi la relation d'une manière très différente qu'avec les autres soignants. Ils se permettent plus de liberté.

1.4. Proximité d'âge entre stagiaire et patient : avantage ou inconvénient ?

Avoir un âge proche de celui du patient est un positionnement délicat pour un stagiaire. Celui-ci doit savoir gérer sa posture de soignant en apprentissage, ce qui implique de trouver sa place dans l'institution, auprès de l'équipe soignante et auprès des patients, tout en prenant en compte le fait que sa proximité d'âge peut avoir des conséquences sur la relation de soin. Il est donc important qu'il en ait conscience afin de pouvoir s'adapter au mieux.

Je pense que le faible écart d'âge peut être un avantage pour une meilleure compréhension du patient adolescent. Un jeune stagiaire peut utiliser comme avantage

le même langage, la même génération, les mêmes centres d'intérêts que l'adolescent pour améliorer la qualité de la relation et ainsi de la prise en soin. Ces différents points communs peuvent à mon sens constituer une porte d'entrée dans la relation avec le patient adolescent. En me basant sur toutes mes expériences de stage en psychomotricité ces dernières années, j'en ai déduit qu'il était plus complexe pour un jeune stagiaire d'obtenir une relation de confiance auprès d'adultes, les points communs précédents n'étant pas les mêmes.

Cependant, ces points communs entre jeune stagiaire et patient adolescent peuvent engendrer une entente, et ainsi une certaine proximité. Quelles en sont les limites ?

Pour un jeune stagiaire, le principal inconvénient de la proximité d'âge avec l'adolescent est selon moi le risque de « copinage », qui est en fait une sorte de relation de sympathie. Comme dit précédemment, les points communs rapprochent soignant et soigné. Cependant, un copinage peut faire perdre à la relation sa dimension thérapeutique. Lorsqu'un copinage s'installe, il est compliqué par la suite pour le soignant de revenir en arrière concernant sa position dans la relation. Le patient risque d'être perturbé et de se mettre en position de repli. Un échec de la prise en charge peut ensuite en découler, et ainsi créer une perte de confiance qui peut être nuisible au soin.

Le faible écart d'âge peut aussi engendrer des mouvements d'identification du jeune stagiaire vers le patient. L'adolescence ne remonte qu'à quelques années chez le jeune stagiaire, et il doit faire face à un patient en pleine adolescence. Il peut ainsi arriver que le soignant se retrouve chez son patient, il peut s'identifier à lui. Il est normal et assez fréquent dans les métiers du soin de s'identifier à nos patients, j'en ai moi-même fait l'expérience en tant que jeune stagiaire. Mais jusqu'où pouvons-nous nous identifier ? À quel moment cette identification devient néfaste pour la relation thérapeutique ?

J'ai fait face à cette problématique de l'identification lors de cette année de stage. Étant une stagiaire avec un faible écart d'âge avec les patients, je me retrouvais parfois dans certaines situations que ces derniers avaient vécues. Au début de mon stage, je trouvais cela problématique et cela constituait une entrave à la relation. Le fait de

s'identifier au patient me freinait complètement dans ma démarche de soin. Il m'était alors difficile de prendre en charge les patients auxquels je pouvais m'identifier. Je ne savais pas comment gérer ce mouvement d'identification afin qu'il n'impacte pas la relation thérapeutique. Ce n'est qu'au fur et à mesure de mon stage que j'ai appris à utiliser ces sentiments d'identification de manière à ce qu'ils soient bénéfiques à la relation, qu'ils ne constituent plus une barrière mais plutôt une porte d'entrée.

Là est donc toute la question de la juste distance relationnelle dans une relation de soin. Être proche du patient peut être un avantage dans sa prise en charge, mais en être trop proche peut en devenir néfaste pour le soin. Alors, où se situer ? De nombreux éléments doivent être pris en compte dans une relation thérapeutique, que ce soit du côté du patient comme celui du soignant. Comment trouver cet équilibre entre distance et proximité ?

2. La juste distance relationnelle : en quête d'un équilibre

La notion de juste distance fait référence à l'équilibre délicat entre l'implication émotionnelle et la nécessaire distance professionnelle que doit maintenir un professionnel de santé par rapport à ses patients. Trouver la juste distance permet de créer un espace thérapeutique sécurisant, où le patient peut se sentir compris et soutenu, tout en préservant l'objectivité nécessaire à un traitement efficace. Cet équilibre subtil permet au thérapeute de rester empathique et authentique, tout en évitant de se laisser submerger par les émotions et les difficultés de son patient. Cette notion est essentielle pour garantir des relations thérapeutiques saines et respectueuses, favorisant la collaboration et la résilience du patient. Elle est à la fois physique et psychique entre le patient et le thérapeute, et varie constamment.

2.1. La proxémie : la distance physique

La juste distance met avant tout en jeu la distance physique. La proxémie provient du grec *proximos* qui signifie *proche*. La proxémie constitue en fait la distance et l'espace que les gens maintiennent entre eux dans leurs interactions. Elle est très importante à prendre en compte dans une relation de soin puisqu'elle détermine où se positionne le psychomotricien par rapport à son patient. Elle est d'autant plus importante en service de pédopsychiatrie, car la pathologie du patient peut s'exprimer violemment, comme par de l'agressivité, et nécessite ainsi une adaptation de la distance physique.

Dans son ouvrage *La dimension cachée* publié en 1996, l'anthropologue E.T.HALL distingue 4 types de distance chez l'homme : intime, personnelle, sociale et publique.

La distance intime s'étend jusqu'à environ 45 cm de la personne. C'est une distance associée au contact intime, qui est réservée aux partenaires, à la famille et aux proches.

La distance personnelle s'étend de 45 cm à environ 120 cm. Elle peut s'illustrer par une forme de bulle créée autour d'une personne pour s'isoler des autres. C'est l'espace qui convient pour les conversations particulières.

La distance sociale s'étend de 120 cm à environ 3,6 mètres. C'est l'espace utilisé pour les interactions sociales ordinaires, comme parler à des collègues de travail ou à des connaissances.

Enfin, la distance publique, qui s'étend au-delà de 3,6 mètres. C'est l'espace pour les interactions anonymes, les discours publics et autres situations où une distance plus grande est requise.

Comprendre la proxémie est une aide pour interagir efficacement dans sa relation avec son patient, et ainsi trouver la bonne distance à avoir. Dans un métier du soin comme celui de psychomotricien, nous sommes souvent contraints de passer d'une distance à l'autre. La mise en jeu du corps peut parfois créer une proximité avec le patient. En tant que soignant, il est indispensable d'avoir conscience de la variation de la distance physique entre soi et son patient. Cette dernière dépend du psychomotricien mais aussi du patient.

En unité fermée de pédopsychiatrie, cette distance physique varie énormément selon l'état du patient. Nous pouvons passer d'une distance sociale à une distance personnelle voire parfois intime, selon le contexte psychopathologique du patient. En effet, lors d'états psychiatriques complexes comme la décompensation, le psychomotricien est parfois obligé d'adopter une distance intime.

Dans la situation d'appel que j'ai décrite en début de mémoire, Joséphine présentait un état de décompensation. Les soignants étaient alors contraints d'être très proche d'elle, en la tenant par les bras, impliquant alors un contact physique. On parle ici d'une distance intime. Pourtant, la distance physique que chaque soignant entretenait avec Joséphine quotidiennement lorsque son état était stable faisait plutôt appel à une distance sociale ou personnelle. Ainsi, à travers cet exemple, nous pouvons voir que la distance physique entre un soignant et son patient n'est pas déterminée, et qu'elle peut et doit varier surtout selon l'expression de la pathologie du patient.

2.2. Relation unique, distance unique

Une relation thérapeutique est unique. Elle prend lieu entre deux êtres humains différents l'un de l'autre : un soignant et un patient. Chacun d'entre eux a sa propre personnalité, son propre caractère, ses propres manières de réagir. « *Entre le soignant et le soigné se crée une rencontre de deux identités* » (Nitschelm, 2015, p.47). Ainsi, la distance relationnelle entre ces deux individus aura aussi cette dimension d'unicité.

La distance relationnelle évolue selon le contexte émotionnel et l'état actuel du patient, selon sa pathologie, son caractère, sa personne en général. On peut souvent penser que l'état du patient est le seul facteur qui fait majoritairement varier la distance relationnelle. En ce qui me concerne, je pense que l'état du soignant, ici du psychomotricien, est aussi un facteur majeur de variation. En effet, le psychomotricien est une personne qui possède son propre caractère et sa personnalité. L'état du psychomotricien est un facteur à prendre en compte dans une relation thérapeutique, car il peut influencer cette distance avec le patient.

Imaginons par exemple que le psychomotricien soit malade. Sa force est diminuée tout comme sa motivation. Malgré cela, il se doit d'être présent pour ses patients. Cependant, même s'il donne le meilleur de lui-même, son état n'est pas optimal. Il sera sûrement moins impliqué dans la prise en charge de son patient. Ainsi, la distance relationnelle est impactée. La relation sera sûrement mise à distance par le soignant, du fait de son manque d'énergie.

Ainsi, la distance relationnelle n'est pas déterminée. Elle varie constamment selon les nombreux paramètres qui l'entourent. Elle est différente selon chaque relation thérapeutique, selon le patient et le psychomotricien.

Tous ces facteurs de variations sont importants à prendre en compte pour le psychomotricien. Il doit être conscient que son état physique et psychique peut potentiellement impacter la relation avec son patient. Cependant, c'est lui qui tient la place de soignant dans la relation. Il doit donc faire son maximum pour que la relation ne soit pas impactée de manière néfaste. Le psychomotricien doit être capable de s'adapter constamment.

2.3. Une adaptation constante

En tant que soignant, nous devons nous adapter en permanence aux situations face auxquelles nous pouvons faire face. En service de pédopsychiatrie, c'est face aux comportements des patients et à l'expression de la pathologie de ces derniers que les soignants doivent faire preuve de leur plus grande capacité d'adaptation.

Comme j'ai pu le décrire à plusieurs reprises au cours de ce mémoire, le comportement d'un patient peut être imprévisible et inattendu. Sa pathologie peut s'exprimer de manière brutale, parfois sans signe avant-coureurs permettant à l'équipe d'identifier le changement d'état. Ainsi, il faut savoir réagir de manière rapide et efficace en cas de comportements violents ou dangereux. S'adapter au patient est indispensable.

Lorsqu'un patient fait par exemple une crise, qu'elle soit clastique ou psychiatrique, ou que cela soit simplement l'expression de sa pathologie, il faut être capable d'adapter son comportement en fonction du déroulement des faits. Cela implique un positionnement physique et psychique différent de celui que nous avons l'instant d'avant.

Cette adaptation et cette réactivité étaient indispensables à avoir pendant mon stage, notamment auprès de Tim et Joséphine. Comme évoqué dans leur présentation, ces derniers sont sujets aux crises clastiques, à l'auto et hétéro agressivité ainsi qu'aux fugues. Ces trois actions fréquentes en psychiatrie nécessitent une grande réactivité de la part des soignants. Elles peuvent arriver à tout moment, comme cela a été le cas en séance de psychomotricité lors de mon stage, lors du bilan psychomoteur de Tim. Face à sa crise, j'ai rapidement dû agir.

Ainsi, l'adaptation face à une réaction comportementale d'un patient implique obligatoirement une adaptation de la juste distance. Une situation de crise peut amener à une plus grande proximité entre patient et soignant comme à une plus grande distance. Tout dépend du contexte. Il faut prendre en compte le patient et ce qu'engendre sa pathologie au niveau comportemental, sans négliger les éléments extérieurs comme les autres patients et soignants.

En considérant toutes ces réflexions ainsi que mon expérience de stage, je me pose alors la question : un stagiaire doit-il faire preuve d'une plus grande adaptation qu'un soignant professionnel ? Face à un patient en crise, un stagiaire a-t-il toutes les armes en main pour y faire face ?

En me basant sur ma propre expérience de stage, j'en viens à la conclusion qu'un stagiaire doit faire preuve de beaucoup plus d'adaptation. J'en ai moi-même fait l'expérience cette année. Un stagiaire est encore en apprentissage, il découvre un peu plus chaque jour le métier auquel il se destine, celui de psychomotricien en ce qui me concerne. La découverte du milieu, des règles, des patients, engendre forcément une adaptation comme réponse. Le stagiaire étant en perpétuelle découverte tout au long de son stage, l'adaptation est primordiale s'il veut pouvoir exercer son métier

correctement. Certains événements, comme une crise par exemple, sont d'autant plus difficiles à gérer pour un stagiaire qui débute. Il est possible que ce soit la première fois qu'il soit face à ce genre de situation, et ne sait donc pas quelle est la bonne manière d'agir. Il doit donc s'adapter à ce qui se passe devant lui, analyser de quels moyens il dispose pour contenir cette crise, et agir.

Je me retrouve parfaitement dans ces dernières phrases, car c'est ce qu'il s'est passé lors de la crise de Tim pendant le bilan psychomoteur. Je n'avais pas encore assez d'expérience clinique pour savoir comment gérer cette situation, alors j'ai fait ce qui me semblait le mieux sur le moment. Mais y a-t-il une solution mieux que les autres ? J'ai ainsi dû m'adapter à Tim, à ses réactions, mais aussi aux miennes. C'est pourquoi je pense que l'adaptation est indispensable, d'autant plus quand nous sommes stagiaires.

2.4. S'écouter soi pour comprendre l'autre

L'écoute de soi-même est essentielle dans une relation de soin, car elle permet de mieux comprendre ses propres émotions, ses besoins et ses limites. Ainsi, le soignant apprend à mieux identifier ses réactions face au patient. S'écouter soi-même est important afin d'être en mesure d'accueillir pleinement le patient dans sa singularité, en mettant de côté nos jugements et préjugés.

Il est important en tant que professionnel de santé de s'écouter soi-même pour pouvoir pleinement comprendre et aider son patient. En prenant le temps de se connecter avec nos propres émotions, pensées et sensations, nous pouvons mieux comprendre les réactions et les besoins de nos patients. Écouter et valider nos propres sentiments nous permet également de développer notre capacité à compatir avec les autres, ce qui est essentiel pour établir une relation de confiance et de soutien avec nos patients.

En prenant soin de notre propre bien-être émotionnel, nous sommes mieux équipés pour aider nos patients à faire face à leurs propres défis et à les accompagner sur le chemin de la guérison. Cela nous permet également d'être plus disponibles et

authentiques dans notre pratique, ce qui renforce la qualité de nos interactions et de nos soins.

« *Ce que [le thérapeute] ressent et ce qu'il éprouve sont des aides indispensables pour ne pas être trop perméables aux attaques tout en restant sensibles. Pour cela [le thérapeute] doit être capable d'être simultanément dans une activité sensorielle et motrice, et dans une activité d'analyse* » (POTEL, 2015, p.53). Le psychomotricien doit ainsi être capable d'écouter ce qui se passe à l'intérieur de lui tout en observant ce qui se vit chez le patient. C'est ce qui pour moi est signifié par "l'activité d'analyse" dans cette citation. Ainsi, c'est en écoutant ce qui se passe en lui que le psychomotricien va pouvoir percevoir ce que vit son patient.

L'écoute de son patient se fait à travers soi.

2.5. Quand les émotions font barrière

Avant d'être soignant, nous sommes humains. Nous sommes dotés d'émotions et de réactions qui nous sont propres, et nous avons tous notre histoire. Ainsi, il peut parfois y avoir des répercussions douloureuses face à certains patients. Des situations peuvent faire écho à notre histoire personnelle, et il peut être difficile de contenir nos émotions et de rester neutre. « *Face à nos réactions émotionnelles, il n'est pas facile de faire silence en soi lorsque la souffrance d'autrui touche nos blessures personnelles et réveille notre propre souffrance* » (Prayez, 2005).

Être psychomotricien, c'est avoir un rôle de soignant. Nous nous devons donc de garder une certaine neutralité face au patient. Mais nos émotions sont importantes à prendre en compte pour mieux nous comprendre, et ainsi comprendre le patient. Quelle est la place des émotions du psychomotricien dans une prise en soin ? Quel impact peut avoir l'expression de nos émotions ?

L'expression des émotions du psychomotricien peut avoir un impact important sur le patient et sur son projet de soin. Si le soignant transmet des émotions positives telles que l'empathie, la compréhension et la bienveillance, le patient se sentira plus en

sécurité et plus enclin à se confier et à suivre les recommandations de soin. En revanche, si le soignant exprime des émotions négatives telles que l'irritabilité, la colère ou le jugement, le patient risque de se sentir jugé et peu enclin à se confier.

Les émotions du soignant peuvent influencer sa capacité à prendre des décisions de soin rationnelles et objectives. En effet, si le soignant est submergé par ses émotions, il peut avoir du mal à prendre les meilleures décisions pour le patient, ce qui peut compromettre la qualité des soins prodigués. Les émotions du soignant peuvent également affecter sa capacité à communiquer efficacement avec le patient. Si le soignant est conscient de ses émotions et sait les gérer de manière appropriée, il sera plus à même de communiquer de manière claire et respectueuse, ce qui favorise une meilleure compréhension et une meilleure adaptation du plan de soin.

Soigner peut donc être compliqué quand nos ressentis sont trop intenses. Y a-t-il des situations où cela est plus difficile ? À mon sens, c'est d'autant plus le cas lorsqu'il s'agit de soignants débutants. Étant stagiaire, ça a été mon cas.

Quand un soignant débute dans le milieu, cela implique une grande découverte. Il lui faut un certain temps avant d'être à l'aise avec l'institution, l'équipe et les patients. Le soignant débutant n'a pas encore toute l'expérience nécessaire pour faire face à certaines situations. Le temps qu'il prenne ses marques, il est souvent plus sensible à ce qui l'entoure. Faire face à des comportements qui résonnent en lui est alors plus complexe à gérer. Le soignant peut s'identifier au patient de par son histoire, et son rôle de psychomotricien en est alors altéré. « *Quand le soignant ne peut plus remplir sa mission, c'est toujours parce qu'une relation en miroir s'est instaurée face au malade.* » (Brient, 2007, p.67).

Cette résonance peut ainsi constituer une barrière à la relation et au projet de soin. Cependant, cette situation de résonance qui entraîne de fortes émotions difficiles à gérer peut-être vécue par n'importe qui, même au plus expérimenté. Dans tous les cas, la distance relationnelle entre psychomotricien et patient est alors impactée.

Comment faire lorsque nous rencontrons de trop grandes difficultés émotionnelles face à un patient ? Sur quoi pouvons-nous nous appuyer pour faire face à ces difficultés ?

3. Quels points d'appui pour le soignant ?

Au sein de nombreux établissements de santé, il existe plusieurs ressources qui peuvent être proposées aux soignants afin de les aider à exprimer les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur travail.

3.1. Le groupe de parole

Le groupe de parole est un temps de parole collectif basé sur le volontariat et animé par un psychologue extérieur à l'établissement. Tout le professionnel soignant peut être présent : médecin, infirmier, aide-soignant, psychomotricien, ... Le groupe est basé sur la confidentialité et le secret professionnel. Ainsi, ce climat de confiance et de bienveillance permet à chacun de s'exprimer librement sans jugement. Le groupe de parole amène à une réflexion sur la pratique professionnelle de chacun, notamment sur la relation entre soignant et soigné. L'objectif est d'atténuer la souffrance et l'angoisse ressenties par les soignants, afin qu'ils puissent accompagner au mieux leurs patients.

Dans l'hôpital pédopsychiatrique où je suis stagiaire, ce dispositif n'est malheureusement pas présent. En effet, cet outil peine à faire sa place dans les unités où les soignants peuvent faire face à des situations stressantes et violentes. De mon point de vue, c'est un dispositif essentiel pour les professionnels du soin. Dans mon service, les situations violentes et agressives sont fréquentes. Au sein même de l'unité fermée, crises clastiques, tentatives de suicide, scarifications et auto-agressivité sont le quotidien des soignants. Face à tant de violence, et comme dit précédemment, il peut parfois être dur de gérer ce que l'on ressent. Le groupe de parole pourrait ainsi être un

support majeur pour la souffrance des soignants. Si on ne prend pas en compte sa propre souffrance, on ne peut pas bien accompagner son patient car il est plus complexe de faire la part des choses.

3.2. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe soignante peut également être un point d'appui lorsque nous faisons face à des difficultés. Certes, nous sommes des soignants ayant pour rôle d'aider les autres, mais nous restons avant tout des humains dotés d'émotions. L'équipe se doit donc de respecter et d'accueillir la parole des autres soignants lorsque l'un d'entre eux ne peut plus faire face à une situation stressante ou trop complexe pour lui.

Discuter en équipe permet de mettre en place des objectifs pour la prise en charge de chaque patient. L'ajustement de celle-ci doit pouvoir se faire en prenant en compte les avis de chacun. Chacun doit être libre de s'exprimer librement face à l'équipe. Chaque soignant est en droit de s'exprimer, que ce soit à propos des patients ou de ses propres ressentis. Dans le service de mon stage, j'assiste chaque semaine à une réunion d'équipe, où nous faisons le point tous ensemble sur la situation des patients. Il arrive souvent qu'un soignant veuille s'exprimer sur sa manière de vivre les choses, qui peut parfois être douloureuse. C'est souvent le cas dans le service où je suis stagiaire.

Juste avant le début d'une réunion, une patiente venait de tenter de mettre fin à ses jours dans les toilettes. Elle a été retrouvée par une infirmière, qui l'a tout de suite secourue. Lorsque cette dernière est arrivée à la réunion, elle a éprouvé le besoin de parler de ce qui venait d'arriver et de ce qu'elle ressentait. Elle s'est exprimée librement sur la tristesse et la douleur qu'elle éprouvait face à cette situation choquante qu'elle avait dû gérer. Nous avons alors pris un certain temps de la réunion pour discuter tous ensemble de ce sujet, afin de la soutenir et de l'aider au mieux pour gérer ce qu'elle ressentait. L'équipe était là pour elle, sans émettre aucun jugement, mais en apportant plutôt bienveillance et conseils. A mon sens, l'équipe pluridisciplinaire est donc un appui solide pour les soignants lorsqu'ils font face à des difficultés.

CONCLUSION

La relation en psychomotricité est un phénomène complexe qui renferme de nombreux processus. C'est avant tout une rencontre entre deux êtres, deux personnalités, deux singularités, que sont le psychomotricien et son patient.

Cette relation de soin est différente selon chacun, selon chaque soignant et chaque patient. Elle peut être mise à mal face à la pathologie psychiatrique du patient, parfois même rompue, puis retrouvée. Elle dépend aussi du psychomotricien, de sa personnalité, de son expérience et de son bagage émotionnel. Chaque patient est unique, chaque soignant est différent, chaque rencontre est donc singulière.

Au travers de ce mémoire, en m'appuyant sur mes expériences de stage en unité fermée de pédopsychiatrie, j'ai voulu mettre en lumière ce qu'implique la recherche de la juste distance relationnelle et son importance. Je dirais que la juste distance dans une relation de soin correspond finalement à trouver un équilibre subtil entre proximité et distance, empathie et neutralité. En maintenant cette juste distance, le psychomotricien offre un espace sécurisant et bienveillant pour la parole et l'expression des émotions du patient, tout en préservant sa propre intégrité professionnelle.

La juste distance ne se limite pas à une règle rigide, mais doit être constamment ajustée en fonction de la dynamique de la relation thérapeutique. Elle nécessite une réflexion et une remise en question régulière de la part du psychomotricien, afin de maintenir une qualité optimale de prise en charge. Comme je l'ai illustré au cours de ma réflexion, il est primordial de prendre en compte les spécificités qu'implique la pathologie psychiatrique de chaque patient, et ainsi de s'adapter à ses besoins.

Finalement, la juste distance avec son patient est un art subtil qui repose sur la capacité du psychomotricien à se positionner avec bienveillance, respect et professionnalisme. En la cultivant, le thérapeute contribue à instaurer un climat de confiance propice à la guérison et à l'épanouissement du patient.

Trouver ce fameux équilibre est sans doute la plus belle arme du psychomotricien face aux difficultés qu'impliquent les soins pédopsychiatriques.

Bibliographie

- Agressivité | Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg. (2015, novembre 20). <https://www.platformepsylux.be/troubles-et-maladies/agressivite>
- Arbisio, C. (2000). Pendant la période de latence. *Enfances & Psy*, 12(4), 81-88.
- Birraux, A. (2013). L'adolescent face à son corps. Paris: Albin Michel.
- Benghozi, P. (2010). La violence n'est pas l'agressivité : Une perspective psychanalytique des liens. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 55(2), 41-54.
- borealisdev.net. (s. d.). *Troubles comportementaux et relationnels—Familio*. Services Familio. Consulté 28 mars 2024, à l'adresse <https://familio.ca/expertises/accompagnement-dans-les-evenements-de-vie/troubles-relationnels-comportementaux/>
- Brient, P. (2007). Du regard à la parole : La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 61-68.
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), 91-100.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433.
- Contre-transfert. (2024). In *Wikipédia*. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contre-transfert&oldid=211527415>
- Décompensation. (2024). In *Wikipédia*. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9compensation&oldid=214362320>
- Dolto, F. (1997). *La cause des adolescents*. Pocket.
- Dumet, N. (2011). Corps et contre-transfert en psychanalyse : Quelles idéologies à l'œuvre ? La théorie à l'épreuve de la clinique. *Cahiers de psychologie clinique*, 36(1), 167-189.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.

- Fousson, J., Pastour, N., Zeltner, L., & Mauriac, F. (2013). « C'est pas de la psy » : Extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 89(2), 143-150. Cairn.info. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1025>
- française, A. (s. d.). *Relation* | *Dictionnaire de l'Académie française* | 9e édition. Consulté 3 mars 2024, à l'adresse <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460>
- Freud, S., & Berman, A. (1953). *De la technique psychanalytique*. Presses universitaires de France.
- Freud, S., Dejours, C., & Lagache, D. (2013). *La technique psychanalytique* (3e éd). PUF.
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2012). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 327-351).
- Gimenez, C., & Blatier, C. (2004). Etude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance : Une analyse des comportements agressifs des enfants âgés de 17 mois. *Devenir*, 16(4), 309. <https://doi.org/10.3917/dev.044.0309>
- Importance de l'empathie*. (s. d.). Nations Unies : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Consulté 5 mars 2024, à l'adresse <http://www.unodc.org/unodc/fr/listen-first/super-skills/empathy.html>
- Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). Érés.
- L'agressivité, à l'opposé de la violence par Brigitte Martel*. (s. d.). Consulté 26 avril 2024, à l'adresse http://pedagopsy.eu/agressivite_violence.html
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd). Presses universitaires de France.
- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Clastique - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 9 avril 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/clastique/16422>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : Relations - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 3 mars 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>
- Le Contre-Transfert émotionnel en Thérapie Psychomotrice. (s. d.). *Suzanne Robert-Ouvray*. Consulté 3 avril 2024, à l'adresse <https://www.suzanne-robertouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-en-therapie-psychomotrice/>
- Marc, E. (2002). La régression thérapeutique. *Gestalt*, 23(2), 29-50.
- Mendiburu, J.-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt*, 25(2), 11-25.

- Mijolla, A. de (Éd.). (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse : Concepts, notions, biographies, oeuvres, événements, institutions*. Calmann-Lévy.
- Natanson, J. (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), 7-19. Cairn.info.
- Période de latence (psychanalyse). (2024). In *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=P%C3%A9riode_de_latence_\(psychanalyse\)&oldid=212676822](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=P%C3%A9riode_de_latence_(psychanalyse)&oldid=212676822)
- Petit, M., & Masquelier-Savatier, C. (2002). A propos de la régression. *Gestalt*, 23(2), 21-28.
- Potel Baranes, C. (2015). 9. Le contre-transfert corporel. *Du contre-transfert corporel* (p. 111-124). Érès.
- Potel Baranes, C. (2019). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Érès.
- Potel, C., & Golse, B. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapeutique du corps*. Éditions Érès.
- Psychothérapies : Itinéraires actuels*. (2000). Érès.
- Régression (psychanalyse). (2024). In *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9gression_\(psychanalyse\)&oldid=213041854](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9gression_(psychanalyse)&oldid=213041854)
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale* (3e éd). A. Colin.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., & Raiola, M. (2007). *Les neurones miroirs*. O. Jacob.
- Sami-Ali, & Gatacel, A. (2014). *La psychomotricité relationnelle*. EDK Editions Médicales et Scientifiques.
- Santé des adolescents*. (s. d.). Consulté 3 mars 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
- Sellincourt, C. (2008). La décharge tonico-émotionnelle comme comportement de défense dans la relation. *Contraste*, 28-29(1-2), 139-156. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0139>
- Tarnopolsky, D. (2000). Entre corps et parole. *Enfances & Psy*, 12(4), 75-80. <https://doi.org/10.3917/ep.012.0075>

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2022). L'empathie et le sens de la relation dans le soin. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 22(128), 72-81.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.10.001>

Transfert et contre-transfert. (s. d.). Consulté 4 mars 2024, à l'adresse
http://promo2004.2007.free.fr/PSY1/OlivNO/PSY1_transfert_contre-transfert.html

Vachez-Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. HdF, Heures de France.

RÉSUMÉ

Ce mémoire retrace ma réflexion quant à la juste distance relationnelle qu'un psychomotricien doit avoir avec son patient en service de pédopsychiatrie. J'ai voulu mettre en lumière l'importance de trouver un équilibre entre une proximité suffisante pour établir un lien thérapeutique solide et une distance adéquate afin de se préserver émotionnellement. Le rôle du psychomotricien en pédopsychiatrie est d'être conscient de sa posture et de travailler sur sa capacité à trouver la juste distance relationnelle avec son jeune patient, dans le but de favoriser une relation thérapeutique constructive et bienveillante. Ce travail met également en avant la difficulté qu'impliquent les soins psychiatriques, à laquelle doivent faire face chaque soignant, stagiaire comme professionnel.

Mots clés : psychomotricité - relation - proximité - distance - empathie - adaptation - implication - pathologie

SUMMARY

This thesis retraces my thoughts on the right relational distance that a psychomotrician should have with his patient in a child psychiatry ward. I wanted to highlight the importance of striking a balance between sufficient proximity to establish a solid therapeutic bond, and adequate distance to preserve oneself emotionally. The role of the psychomotrician in child psychiatry is to be aware of his posture and to work on his ability to find the right relational distance with his young patient, with the aim of fostering a constructive and benevolent therapeutic relationship. This work also highlights the difficulties involved in psychiatric care, which every caregiver, trainee and professional alike, has to face.

Keywords : psychomotricity - relationship - proximity - distance - empathy - adaptation - involvement - pathology