

PSYCHOMOTRICITÉ

Les médiations en psychomotricité

IFP3 — Mme T. Grain, psychomotricienne – psycholinguiste – Dr Sciences de la rééducation et de la réadaptation



Introduction

Les objectifs du projet de soins étant dégagés, comment envisager les moyens susceptibles de permettre de les atteindre ?

1

Que doit-on prendre en compte pour déterminer les moyens à utiliser ?

2

Quels appuis pour construire les outils utilisés ?

Des dispositifs de soins variés

Les dispositifs de soins sont nombreux, compte tenu de la variabilité de la patientèle accueillie en psychomotricité.

Les pratiques psychomotrices s'appuient avant tout sur la relation qui s'instaure dans l'espace de soins proposé — qu'il s'agisse d'un dispositif de prévention, éducatif, rééducatif ou thérapeutique.

Certaines modalités d'accompagnement s'appuient sur des techniques et méthodes :



**Conscience du corps et
méthodes de relaxation**



**Méthodes à dominante
sensorielle**



Méthodes perceptivo-motrices



**Méthodes à dominante
cognitive**

Le recours aux médiations



Au-delà des techniques psychomotrices spécifiques, le recours aux médiations est fréquent en psychomotricité.

Les médiations proposées dans le champ thérapeutique sont souvent dérivées de pratiques artistiques, sportives ou artisanales — identifiées par l'objet médiateur qu'elles proposent.

« Aucun objet médiateur n'est thérapeutique en soi. »

Quelles sont alors les articulations théoriques qui sous-tendent leur utilisation ?

Définition et modèles théoriques

Définition de la médiation (Larousse) :

- Entremise, intervention destinée à amener un accord
- Fait de servir d'intermédiaire entre deux parties



Une médiation relie, fait lien, dans un but d'accordage — dans un « entre-deux » qui alimente une mise en tension pour atteindre un objectif.

1.1

Origines dans le champ psychiatrique et psychanalytique

C'est dans le champ du soin psychiatrique que la notion de médiation a fait son apparition (A. Brun). Plusieurs travaux permettent d'étayer ces approches :



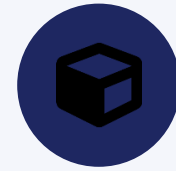
Freud

Intérêt pour le champ artistique et l'interaction art / psychanalyse : processus créateur, lien entre inconscient et plaisir esthétique.



Winnicott (1951)

Formule la théorie des phénomènes transitionnels.



Roussillon (1991)

Reprend le concept de medium malléable, formulé par Marion Milner.

Le modèle des interactions précoces

Le premier « entre-deux » de la relation mère-enfant — cette première expérience d’ajustement mutuel — inaugure la capacité de l’enfant à tisser des liens ultérieurs, en s’appuyant sur les conditions offertes par l’environnement.



Stern (1989)

La notion d’accordage affectif entre le nourrisson et sa mère : une co-crédation interactionnelle entre deux partenaires.



Winnicott

Le holding et le handling de la mère « suffisamment bonne » accompagnent le d’éveloppement du b’éb’é.



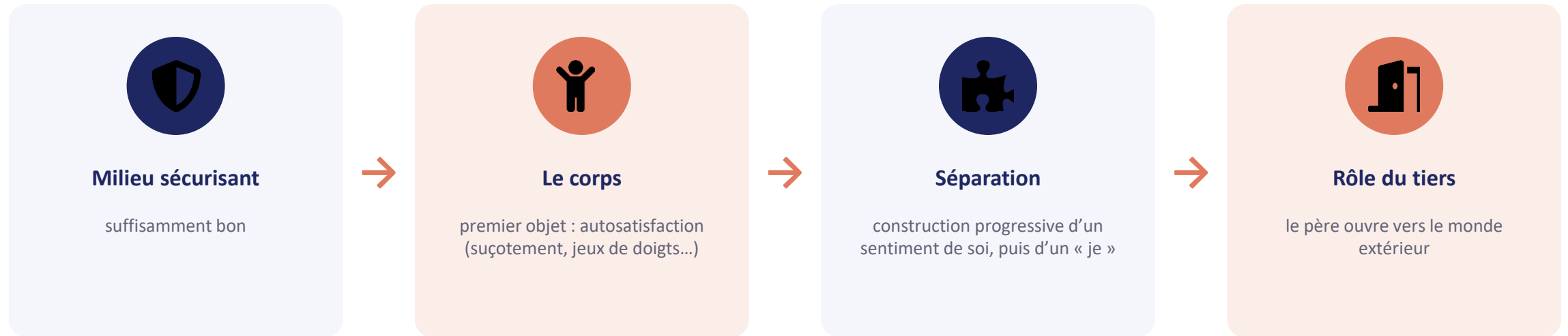
Bion

Par la m’édiation de sa r’e’verie (fonction alpha), la m’e’re donne sens au v’eu (’l’ments b’e’ta) de son b’e’b’e’.

1.3

Le modèle des phénomènes transitionnels

D. W. Winnicott



L'enjeu de la médiation : proposer un dispositif qui permet d'accompagner le sujet, pour qu'advienne quelque chose de soi.

Caractéristiques de l'objet transitionnel



D'abord une partie du corps de l'enfant (la bouche, le pouce...)



Puis un attachement particulier pour un objet choisi par l'enfant



D'autres expériences sensorielles apaisantes (gazouillis, bruits de gorge, manipulations...)



Créent un espace intermédiaire, « trouvé-crée », de jeu potentiel entre l'enfant et le monde



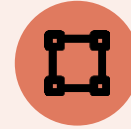
Inaugurent séparation et différenciation : ce qui est perdu du côté de la séparation est un gain du côté de l'autonomie et de l'individuation

De la transitionnalité à la médiation thérapeutique



La transitionnalité

Capacité de l'enfant à reconnaître un objet comme non-moi, à la limite du dehors et du dedans, à le « créer » et à instituer avec lui une relation de type affectueux.



L'aire transitionnelle

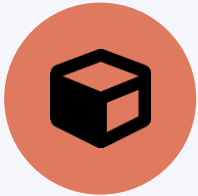
Zone d'expérience entre le subjectif et l'objectivement perçu — espace potentiel, aire de l'illusion, liée à l'intérêt de Winnicott pour l'expérience culturelle.



L'œuvre artistique, comme la médiation thérapeutique, peut être considérée comme un objet transitionnel — intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, engageant le corps dans une dimension visuelle, sonore, tactile ou kinesthésique.

Le modèle du medium malléable

R. Roussillon — les travaux de Roussillon offrent des pistes pour penser le cadre proposé et la posture thérapeutique.



- La fonction médiatrice de l'objet concerne le mode de présence corporelle de la mère, premier medium malléable de l'enfant.
- Ce premier objet, par ses capacités de transformation et de malléabilité, offre au nourrisson une image dans laquelle il peut reconnaître son état, son expérience subjective, et dans laquelle il peut se sentir reconnu.
- Cette première expérience de rencontre doit avoir été suffisante, pour que l'enfant puisse trouver dans la relation à d'autres sujets, les modes relationnels grâce auxquels il va poursuivre son développement.

Le clinicien comme médium malléable



Une posture de « côte à côte »

Le clinicien s'offre en tant que médium malléable, à la manière de la fonction maternelle : un positionnement en « côte à côte » avec le patient, qui permet une écoute et un décryptage de ses créations symbolisantes.

Le modèle général peut être donné par le Squiggle-play de Winnicott : un jeu où alterne ce que le sujet propose, ce que le clinicien en fait (co-associativité), ce que le sujet fait de cette co-association...



Le choix du médium

Le clinicien peut proposer un « objet », média qui permet au sujet de « loger » son expérience vécue, dans un espace potentiel, une aire intermédiaire.

Chaque médium privilégie un mode de rapport à la sensorimotricité (tactile, visuel, auditif...) : il doit correspondre aux systèmes perceptivo-sensori-moteurs du sujet et être « créable » par lui. Le choix du médium détermine en partie le type d'expérience subjective engagée.

La métaphore de l'acteur

R. Roussillon (2013)



Le thérapeute est comparé à l'acteur qui interprète un personnage : il ne vit pas ce que vit ce personnage, mais s'appuie sur son expérience personnelle pour se laisser toucher et s'identifier à lui — avec la malléabilité suffisante.



Le rôle des neurones miroirs : une partie de notre cerveau et de notre appareil psychique permet d'accueillir les actions et les affects d'autrui, et ainsi de « se modeler » pour accueillir quelque chose de l'autre.



Le travail clinique est ainsi une forme de travail d'échoïsation corporelle.

Spécificité des médiations corporelles

Le recours aux médiations permet de :



**Prendre en compte le langage
du corps et de l'acte**

(Roussillon)



**S'appuyer sur des expériences
en deçà du langage verbal**

corps, émotion, sensorimotricité



**Favoriser le passage du registre
perceptif et sensori-moteur**

au figurable



**Solliciter l'émergence des
moyens d'expression et de
mise en mots**

sans but interprétatif

2.1

Différents types de médiations

B. Chouvier propose de les repérer en fonction de ce qu'elles suscitent chez le patient :



Déjà là, trouvées toutes faites

Le conte, les jouets, les images... Fonctionnent comme des embrayeurs de manipulation, d'activité, d'imaginaire chez le patient.



Matières premières à transformer

Peinture, argile, crayons, feutres, papier... à transformer : la création, la construction.



Champ culturel ou sportif

Offrent un fond commun de représentations et d'identifications potentielles, à investir.

L'objet médiateur est un support à la créativité et à la communication — une proposition pour « dire » autrement qu'avec des mots, favorisant les échanges intersubjectifs. Le dispositif choisi oriente le regard porté sur le corps, entraînant une lecture spécifique et partielle.

La corporéité du psychomotricien



« Le cadre n'est rien d'autre qu'une coquille vide, s'il n'est pas habité. » — B. Chouvier

- Le psychomotricien propose au patient sa propre corporéité comme médiateur ; sa formation et sa pratique clinique développent une qualité d'écoute particulière.
- La « relation d'implication » (O. Moyano) et « l'implication corporelle conjointe » (M. Rodriguez) caractérisent sa posture professionnelle : ses capacités de résonance tonico-émotionnelle mettent en sens les éprouvés corporels du patient pour l'accompagner, le contenir, le soutenir.
- Cette dimension corporelle et non verbale de la communication, présente dans toutes les interactions humaines, est ici utilisée comme vecteur thérapeutique.



- La médiation doit montrer des propriétés de « medium malléable » suffisantes.
- Les qualités sensorielles et motrices mobilisées sont à prendre en compte en fonction des besoins du sujet ou de ses choix.
- Le choix de l'objet de médiation détermine en partie le type d'expérience subjective qui peut être engagée.
- La médiation demande également à être investie par le soignant : au-delà du contenu, la conviction, le plaisir et l'émotion du thérapeute transparaissent.

Le cadre institutionnel influence le choix des médiations proposées à un patient ou à un groupe — il détermine en partie les indications et la forme donnée à ces dispositifs.

Un espace



Un lieu dédié très spécifique (piscine, salle de peinture, tatami...) ou plus neutre : il influence la manière dont le patient se saisit de ses particularités — parfois déjà un élément du travail thérapeutique.

Un temps



Créneau horaire, rythmicité, durée... des éléments organisateurs, structurants, fondamentaux.

Des règles



Elles limitent, contiennent, garantissent un climat de sécurité.

Une co-construction



Une souplesse (malléabilité) nécessaire à ce travail d'ajustement mutuel et de rencontre (trouvé / créé winnicottien).

Conclusion

Une médiation, c'est un dispositif choisi :



En fonction d'un projet de soins



Un positionnement relationnel



Un cadre spatial, temporel, matériel — pensé à partir de présupposés théoriques, pour répondre à des hypothèses et fixer des objectifs thérapeutiques



Une équipe pluridisciplinaire, une institution, comme regard tiers garantissant ce cadre

Bibliographie



1 / 2

- 1 Anne Brun, « Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique », Psychologie clinique et projective 2005/1 (n°11), p. 323-344.
- 2 Constant J., L'écoute du psychomotricien ? Une invite à penser l'inter-modalité dans les pratiques psychomotrices, Thérapie psychomotrice et recherche, Hors série, 2004.
- 3 Bernard Chouvier, « La médiation dans le champ psychopathologique », Le Carnet PSY 2010/1 (n°141), p. 32-35.
- 4 Françoise Giromini, « La médiation en psychomotricité », in Benoît Lesage, Jalons pour une pratique psychocorporelle, ERES « L'Ailleurs du corps », 2012, p. 253-264.
- 5 Moyano O., Le corps et son interprète, Thérapie psychomotrice et recherche, Hors série, 2004.
- 6 Robert-Ouvray S., Le contre-transfert émotionnel en psychomotricité, Thérapie psychomotrice et recherche, Hors série, 2004.
- 7 Joly F., Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques : le méditatif et le travail du médium malléable, Thérapie psychomotrice et recherches n°173, 2013.



Bibliographie

2 / 2

- 1 Joly F., Le travail du jouer et ses déclinaisons, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°124, 2003, p. 4-41.
- 2 Rodriguez M., Apport des médiations corporelles en psychomotricité, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°173, 2013.
- 3 Roussillon R., Médiation et création : pour une métapsychologie de la médiation, *Le journal des psychologues* n°298, 2012.
- 4 Winnicott D.W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, 1975.
- 5 Brun A., Chouvier B., Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, Dunod, 2013.
- 6 Chap. 10 — Le corps comme médium malléable, médiation danse et équithérapie (R. Roussillon, C. Baraton, A. Lorin de Reure, A.S. Le Poder, F. Thiéry).
- 7 Lainé M., Rochet A., *Faire corps avec la médiation*, *Thérapie psychomotrice et recherche* n°181.