

Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique

Pauline Cluzeau

▶ **To cite this version:**

Pauline Cluzeau. Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017435

HAL Id: dumas-01017435

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017435

Submitted on 2 Oct 2014

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique

CLUZEAU Pauline

Née le 11 février 1990 à La Roche sur Yon (85)

Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique

CLUZEAU Pauline

Née le 11 février 1990 à La Roche sur Yon (85)

Juin 2014

Remerciements

Par ces quelques lignes, je souhaite remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci à ma directrice de mémoire, Alexandra, pour sa disponibilité, sa pertinence dans nos échanges, d'où je revenais toujours plus motivée pour mon projet.

Merci à mes maîtres de stage, Julie et Laurent, pour leurs soutiens, pour leurs transmissions passionnées de la profession, pour leurs confiances, pour leurs écoutes, pour leurs précieux conseils, pour m'avoir accompagnée dans mon processus de professionnalisation.

Merci aux professionnels rencontrés sur les différents lieux de stage, pour le partage de leurs expériences, pour leurs confiances et la place qu'ils m'accordaient dans les différents projets de soin.

Merci à tous les professeurs de l'IFP, pour leurs enseignements.

Merci à ma famille, mes proches, mes camarades de promotion et ma marraine de promotion pour leurs présences et leurs soutiens.

Merci à toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour la relecture de ce mémoire.

À mon grand-père,

Sommaire

REMERCIEMENTS 1
SOMMAIRE 2
AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 4

A- LA RELATION THÉRAPEUTIQUE 7

B- LA FORMATION DU PSYCHOMOTRICIEN 22

C- LE CADRE THÉRAPEUTIQUE 27

D- LES TEMPS DE LA GENÈSE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE 34

E- LIRE – RESSENTIR – S'AJUSTER 39

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE 44

RENCONTRE AVEC ETIENNE 45

RENCONTRE AVEC CATHERINE 65

DISCUSSION SUR L'ÉTHIQUE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ 77

CONCLUSION GÉNÉRALE 84

ANNEXE 85
BIBLIOGRAPHIE 86
TABLE DES MATIÈRES 89

Avant-propos :

Vignette clinique de ma première rencontre avec Etienne

Dans le cadre de la troisième année d'études en psychomotricité, je réalise un stage dans un relais[1] accueillant des enfants, adolescents et adultes, présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA). La psychomotricienne me propose de participer à la prise en soin d'Etienne, chaque vendredi de l'année scolaire. Avant de rencontrer Etienne, j'apprends qu'il a cinq ans et qu'il ne parle pas. Au préalable, j'ai relu les cours théoriques reçus à l'Institut de Formation en Psychomotricité sur les TSA. Je m'attends à des difficultés dans la relation, l'échange et la communication, ainsi qu'à observer des auto-stimulations sensorielles et des stéréotypies chez Etienne.

Le 25 octobre 2013, je me prépare à rencontrer Etienne pour la première fois. J'assiste au repas thérapeutique du midi où il est présent. Il ne semble pas remarquer ma présence, contrairement à un autre enfant de son âge qui me sollicite plusieurs fois pendant le repas.

Suite au repas et avant de débuter la séance de psychomotricité avec Etienne, ce premier rapport distant avec lui m'amène à de nombreux questionnements. A-t-il constaté ma présence ? Où vais-je me placer dans la salle de psychomotricité ? Dois-je me re-présenter à Etienne ? Quelle position adopter en tant que stagiaire par rapport à la psychomotricienne référente ? Comment être présente sans trop d'intrusion ? Comment va se passer cette séance ?

Nous entrons dans la salle de psychomotricité. Après avoir enlevé nos chaussures, la psychomotricienne me présente à Etienne. Il se lève et court de la porte d'entrée jusqu'au miroir situé en face, puis revient à la porte et recommence. La psychomotricienne installe des tapis près du miroir et je reste assise sur le banc, de l'autre côté de la pièce.
Je ne croise pas le regard d'Etienne. Je me demande s'il a bien perçu ma présence, malgré les présentations. La séance se poursuit et je me sens de plus en plus déroutée face à ce petit garçon qui semble ne pas me voir, ne pas me considérer. Alors qu'Etienne est occupé par des autostimulations, il offre quelques possibilités d'échanges avec la psychomotricienne. Il rit lorsqu'il saute sur le trampoline.

Je reste calme, observatrice, mais j'ai alors l'impression d'être transparente, comme inexistante. Je m'interroge sur la manière dont Etienne peut vivre cette situation. Je respecte cette distance qui existe entre nous. Puis, Etienne sort de la salle. Il semble satisfait de ce moment car il arbore un grand sourire.

[1] Structure expérimentale proposant des accueils de jour.

Introduction

La situation précédente illustre mes questionnements, apparus par rapport à cette séance avec Etienne. Cette première rencontre avec lui me donna l'impression qu'il me fuyait. Je me demandais comment une relation, qui plus est thérapeutique, allait pouvoir se créer entre nous. Certes, de nombreux éléments devaient être en jeu, et j'avais besoin d'un peu de clarté pour avoir des repères sur ce qu'il se passait.
De même, lors de mes différents stages, chacune des rencontres avec les patients était source de réflexion quant à mon ajustement envers eux, lors des premiers contacts.

Pour mes premières expériences en tant que stagiaire en psychomotricité, j'ai choisi de travailler avec des personnes adultes présentant des schizophrénies, des psychoses, ou encore des déficiences mentales moyennes à sévères, dans un Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes. Novice en psychiatrie adulte, ce domaine suscitait un intérêt particulier pour moi, car il m'intriguait tout en m'intimidant. Dès les premières séances de psychomotricité auxquelles j'ai été présente, je me souviens des nombreux questionnements : Comment dois-je me positionner par rapport au patient ? Est-ce-que mon langage lui convient ? Le tutoiement ou le vouvoiement ? Comment gérer le silence ? Est-ce-que ma manière de faire est adaptée au patient ? Tout au long de mon stage, j'approfondissais ma réflexion à ces questionnements constructifs, avec l'aide de la psychomotricienne, et des autres professionnels. Puis, lors du choix des stages de ma dernière année d'études en psychomotricité, il m'était nécessaire de travailler avec d'autres populations, afin de pouvoir apprendre à m'adapter à d'autres sujets présentant des particularités différentes.

Le premier choix fut celui d'un lieu de stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, avec notamment un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, où j'ai appris à accompagner en psychomotricité des personnes âgées, certaines présentant des démences. Cette expérience m'a notamment permis de mieux comprendre comment se déroulait le travail en équipe pluridisciplinaire, ainsi que le fonctionnement d'une telle institution. De plus, j'ai pris conscience que les limites de chacun sont un facteur important dans la relation.

Ensuite, durant cette année scolaire, chaque semaine, je suis en stage dans une structure expérimentale accueillant des personnes présentant des Troubles du Spectre Autistique. Je peux alors participer aux prises en soin individuelles, d'Etienne et d'un autre petit garçon de six ans, ainsi que d'une jeune femme de vingt-cinq ans. De même que pour les autres patients que j'ai pu rencontrer, je m'interroge et essaie de m'adapter au mieux aux caractéristiques de cette population mais surtout à chacun d'eux.

Je participe aussi hebdomadairement, à des prises en soin en hydrothérapie, avec des adultes qui ont des déficiences mentales, des personnes âgées, des adultes polyhandicapés dont Catherine, ainsi qu'une jeune femme ayant une addiction sexuelle. Je découvre par l'eau une nouvelle médiation, et je rencontre des patients avec différents signes cliniques. L'écoute du patient, l'observation de ce qu'il me montre à voir, son comportement, ses réactions, ce qu'il me renvoie, sont des éléments auxquels j'ai appris à être attentive. Cette lecture clinique, en lien avec les cours théoriques et un travail sur ma propre conscience corporelle, me permettent d'être plus en confiance et d'accueillir plus sereinement, dans ma pratique, des patients avec des signes cliniques nouveaux.

Ces différentes expériences, avec une diversité de pathologies, d'âges des patients, de structures et de cadres, m'ont fait accéder à un processus de professionnalisation. La recherche, que j'entreprends avec ce mémoire, est issue de mon vécu en stage et des ressentis et questionnements qui en ont découlé.

Chaque rencontre étant unique, l'adaptation m'apparaît comme une base fondamentale de la pratique psychomotrice. Dans le cadre du soin, le psychomotricien doit s'ajuster à son partenaire dans la relation thérapeutique, afin d'aller le chercher là où il en est, au moment de la rencontre. De ce point de départ, le psychomotricien tente d'accompagner le patient vers un équilibre psychocorporel acceptable. Ainsi, le psychomotricien est constamment attentif au patient dans la rencontre, afin de pouvoir s'y ajuster et répondre au mieux à ses besoins.
En séance de psychomotricité, le patient vit des expériences corporelles, tout en étant en relation avec le psychomotricien. Par cette relation, le patient peut accéder à des intégrations psychiques. Nous allons nous intéresser particulièrement à cet aspect du soin psychomoteur concernant la relation.

Les travaux de Spitz et le syndrome de l'hospitalisme montrent l'importance du côté relationnel de la prise en soin. À l'époque, dans les services hospitaliers, les jeunes enfants étaient privés de leurs mères. Les soins d'hygiène, les traitements médicamenteux et chirurgicaux des enfants étaient assurés par le personnel hospitalier. Spitz démontre que la privation de la relation à la mère et des soins affectifs est extrêmement préjudiciable pour ces jeunes enfants. Dans le développement de l'enfant et dans le soin, l'importance de la relation à la figure maternelle et de la notion d'attachement est démontrée. Ainsi, de ce modèle du soin des jeunes enfants, peut-on extrapoler sur l'importance de la relation en psychomotricité ?

Avant que la relation thérapeutique ne soit instaurée, il faut qu'elle soit créée. C'est une co-construction entre le patient et le psychomotricien, cependant, c'est au psychomotricien de s'ajuster au patient afin de construire cette relation. Ce travail d'ajustement à chaque patient est primordial.

Dans ma pratique, comme exposé au début de cette introduction, dès mes premiers stages en psychomotricité, de nombreux questionnements quant à mon ajustement auprès des patients rencontrés m'ont interpellée. Ainsi, j'oriente mes recherches sur les moyens dont peut disposer le psychomotricien pour s'ajuster au patient dans l'objectif de l'initiation d'une prise en soin.

Selon les situations, la rencontre et l'engagement de la relation peuvent être plus ou moins possibles. Le psychomotricien tentera alors de s'ajuster afin que le patient évolue vers une acceptation de la relation. C'est pour cela qu'on parle d'une co-construction, il faut amener le patient à être acteur, notre partenaire dans la relation.

La problématique principale sera la suivante **: Comment se crée la relation thérapeutique patient/psychomotricien, afin d'engager la prise en soin en psychomotricité ?**

Pour apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous porterons notre réflexion sur les questionnements suivant :

Qu'est-ce que la relation thérapeutique psychomotrice ? Quelle est sa place dans une prise en soin en psychomotricité ? Quels sont les facteurs essentiels qui interviennent dans la création de la relation thérapeutique en psychomotricité ? Quels sont les outils du psychomotricien pour rencontrer le patient ? Comment cette relation peut-elle être co-construite ? L'accrochage relationnel, est-il un préalable à la prise en soin ? Peut-il y avoir du soin sans relation ?

Dans un premier temps, nous définirons la relation thérapeutique en psychomotricité, afin de comprendre ce qu'implique sa création. Puis, nous aborderons la formation du psychomotricien, en vue de mettre en lumière les outils dont il dispose pour participer à la création de cette relation patient-psychomotricien.

Ensuite, nous nous demanderons à quel moment peut se créer la relation. Nous expliciterons comment le psychomotricien va à la rencontre du patient. Et nous parlerons du contexte de la création de cette relation, le cadre qui semble être déterminant quant à la nature de cette relation.

Puis, nous illustrerons ces propos par la présentation de deux rencontres issues des stages que j'ai pu réaliser au cours de l'année scolaire. Et pour conclure, nous ouvrirons notre cheminement sur une réflexion concernant l'éthique de la relation thérapeutique en psychomotricité.

A- La relation thérapeutique

Dans ce premier axe, nous expliciterons ce qu'est la relation thérapeutique ainsi que sa place en psychomotricité. Puis, nous étudierons les relations primaires du bébé avec sa mère. Nous exprimerons alors la première hypothèse servant de base à notre problématique.

1) Définition générale

Le terme « relation » provient du latin « *relatio*» qui signifie rapport, compte-rendu[2]. D'après le dictionnaire Larousse, la relation est définie par « le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport »[3].

Cette notion de relation étant utilisée dans de nombreux domaines comme la biologie, la philosophie, les mathématiques, la physique, la grammaire, la sociologie, ou encore la psychologie, nous observons que ces domaines déterminent la relation comme « un rapport, une liaison, […], avoir une ressemblance, un point commun avec, […], situation d'un organe par rapport à un autre, […], caractère de deux ou plusieurs objets de pensée,[…], les rapports de cause à effet, d'action réciproque,[…], rapport d'interdépendance,[…], liaison entre des pairs d'éléments, […] communication, contact, […], rapport, lien impliquant une interdépendance, une interaction avec un milieu, […], adaptation, […] ».[4]

Cherchons à centrer ces notions sur la relation humaine. Dans le langage courant, elle exprime le fait d'entretenir des liens avec une personne, avoir des contacts avec quelqu'un. Dans le champ de la psychologie sociale, « à la base de toute vie sociale, il existe des liens qui unissent les gens, […], c'est une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui[5] ». Ainsi, la relation est considérée comme innée chez l'humain, nous sommes des êtres de relation. Cette caractéristique fondamentale figure « un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime[6] ». La relation, concernant au minimum deux personnes, se révèle de nature dynamique, c'est-à-dire qu'elle est en constante évolution, en mouvement. C'est un phénomène actif.

Notons que « les relations prennent la forme d'interactions qui sont déterminées par des positions sociales différentes. […] Toute relation est affectée d'un coefficient de distance sociale[7] ». Dans ses recherches sur la proxémie, E. Hall démontre l'influence de la culture sur nos distances sociales.

De plus, le contexte, le cadre détermine la création et la nature de la relation entre plusieurs personnes. Les modalités qui composent la relation en seront influencées : la communication

[2] http://www.dicolatin.com/XY/LAK/0/RELATIO/index.htm.
[3] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844.
[4] http://www.cnrtl.fr/definition/relation.
[5] http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf.
[6] Ibid
[7] Ibid

verbale et non verbale, l'intersubjectivité, l'émotion, l'échange avec la notion de rétro-action, l'information échangée, le comportement.

Pour ce qui nous intéresse plus précisément, dans le cadre du soin, la relation soigné-soignant est nommée relation thérapeutique. Elle représente un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'une prise en soin apportée à l'une d'elles. « Pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir.[8] » En psychomotricité, le psychomotricien aura le désir de soigner, d'accompagner le patient, mais peut-on parler d'un désir de guérir chez le patient ? Ne serait-ce pas l'apaisement que désir les patients que nous rencontrons ?

Souvent, le patient n'a pas choisi par lui-même de rencontrer le psychomotricien. Un travail sur ce désir, cette demande du patient est alors nécessaire pour l'impulsion de la prise en soin.

2) Relation thérapeutique en psychomotricité

Portons notre attention sur la relation entre le patient et le psychomotricien, que représente-t-elle ?

2.1. Place de la relation en psychomotricité

Quelle place et quelle importance sont accordées à la relation en psychomotricité ?

Pour certains, la relation thérapeutique suffit à soigner, pour d'autres, rien n'est plus important que le savoir et la technique.

En psychomotricité, il me semble que la relation thérapeutique, menant à l'alliance thérapeutique, permet l'efficacité des techniques, mais qu'aussi, les différentes techniques, les outils et médiations du psychomotricien peuvent faciliter la création de la relation thérapeutique. La relation au service de la technique ou la technique au service de la relation ?

En référence à mes stages et à mes différentes lectures, l'une et l'autre m'apparaissent comme complémentaires et permettent la prise en soin psychomotrice. Le psychomotricien « s'appuie sur des techniques, mais qui ne se satisfont pas d'elles seules, qui lui demandent une écoute, une disponibilité et une créativité indispensables ». Le travail en psychomotricité est dépendant

[8] Psychomotricité : entre théorie et pratique, D.Liotard, p.52

des outils, techniques et compétences du psychomotricien. Cependant, il est important qu'une relation de qualité se crée entre le patient et le psychomotricien, c'est-à-dire que le patient accorde sa confiance au psychomotricien. Tout au long de ces pages, nous allons appréhender les différentes qualités que requiert la relation patient-psychomotricien, dans le but d'une prise en soin. Les repères théoriques que nous allons amener permettent de spécifier et définir la relation thérapeutique en psychomotricité. La spontanéité de la relation humaine demeurant essentielle dans ce processus thérapeutique, ce n'est pas un mode d'emploi de la relation qui nous intéresse mais une réflexion sur les éléments fondateurs de cette relation thérapeutique.

2.2. Importance du lien relationnel

Il y a une différence dans l'importance donnée au lien relationnel dans les divers domaines du champ d'action de la psychomotricité. Pour la thérapie psychomotrice, ce lien sera « au cœur même du processus thérapeutique, le socle du travail[9] » et pour la rééducation psychomotrice, ce sera le « support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages[10] ». La place de la relation en psychomotricité est importante dans tous les domaines mais sera l'objet-même du travail dans la thérapie psychomotrice.

Dans le cas de mon expérience, je remarque que ces domaines se différencient en fonction des objectifs de travail entrepris et donc des patients rencontrés. Cependant, je constate que ces champs ne sont pas clivés mais plutôt entremêlés. Rééducatif et thérapeutique ne m'apparaissent pas comme des opposés clivés mais comme des champs complémentaires, ce qui enrichit la pratique, dans ce que j'ai pu observer et vivre. En partie théorico-clinique de ce mémoire, les rencontres présentées seront teintées de cette complémentarité des approches.

2.3. Corps-en-relation

Le champ d'intervention en psychomotricité s'est élargi et diversifié. La psychomotricité à tous les âges de la vie favorise notamment la prévention, l'éducation, le soin, la rééducation, l'accompagnement palliatif. Les éprouvés corporels en relation avec le psychomotricien sont un point commun, dans ses différents domaines d'intervention.

[9] Être psychomotricien, C. Potel, p.316
[10] Ibid, p.317

En psychomotricité, il s'agit bien d'appréhender « le corps-en-relation » selon J. De Ajuriaguerra, de s'intéresser à une « motricité en relation » selon B. Jolivet. Cette relation thérapeutique partagée est une des bases fondamentales de l'accompagnement en psychomotricité. Ciccone a écrit « la scène corporelle est un lieu de transit de la réalité psychique et la réalité psychique se construit à partir de l'expérience corporelle[11]». Ainsi, ce sont deux êtres qui se rencontrent par leurs corporéités.

Les étudiants en psychomotricité apprennent les différentes manières d'approcher le terme « corps » dans les cours théoriques, et aussi pratiques : corps réel, représenté, imaginaire, rêvé, fantasmé, ou encore le corps anatomique, fonctionnel. Ce corps aux diverses facettes représente l'identité du sujet. Lors du développement psychomoteur, à partir des éprouvés physiques entremêlés et nourris par la relation maternelle, le jeune enfant va éprouver et sentir son corps et en édifier une représentation. C'est aussi à partir de cette motricité en relation que se construit la psyché du tout petit, le Soi qui servira de base au Moi.

P. Fernandez définit le corporel sur trois registres[12] : l'organique et le fonctionnel, comme l'outil qui permet l'action ; le versant psychique, car les expériences corporelles sont représentées pour être intégrées ; et le registre relationnel car la construction de l'individu se fait dans l'interaction avec l'Autre.

Il n'y a pas de mode d'emploi pour entrer en relation avec l'autre car chaque relation sera singulière et nourrie de l'intersubjectivité de chaque partenaire. C'est pourquoi l'étudiant en psychomotricité développe sa conscience corporelle, pour être au plus près de ce qu'est chaque patient. Le corps est le lieu d'impression du monde extérieur, le lieu d'expression d'un monde interne, psychique et affectif, et il est support relationnel.

« Le soin ne consiste pas en une observation du dehors, mais en une observation du dedans, du dedans de l'expérience humaine et sensible partagée avec le patient. C'est une observation qui conduit à la reconnaissance et à l'analyse des vécus émotionnels et affectifs mobilisés par l'expérience de rencontre, de relation, de communication avec l'autre[13]. » Le psychomotricien doit être dans une disposition particulière envers le patient.

Cette disposition particulière pourrait-elle être en lien avec le rôle de la mère dans la relation à son enfant ?

[11] Psychomotricité : entre théorie et pratique, Ciccone, p.43
[12] « Au-delà du principe d'Archimède », P.Fernandez, dans Thérapie psychomotrice et recherches.
[13] « Agir et soin psychique : quelques réflexions », A. Ciccone, dans Evolutions psychomotrices

« Le détour par l'autre, soit le détour par le psychisme de l'autre grâce auquel d'ailleurs la position du clinicien ou du théoricien n'est en rien étrangère ou hétérogène à la position parentale[14] »

3) Un modèle : la relation mère-enfant

Comment la relation se crée-t-elle ? Comment se met-elle en place entre le nouveau-né et sa mère ? Quels liens avec la relation thérapeutique en psychomotricité ?

On observe une aptitude innée à la relation de l'être humain. Elle existe dès la naissance et même avant, alors que le fœtus est dans le ventre de sa mère. Plutôt qu'une énumération chronologique de l'apparition de la relation, nous allons présenter les différents concepts qui façonnent la relation mère-bébé, pour les mettre en lien avec la relation psychomotrice.

Pour commencer, chaque nourrisson naît avec une maturation neurologique et des compétences qui lui sont propres. Le milieu familiale et principalement la figure maternelle s'y adaptera.

Les compétences sensorielles

Le bébé se nourrit de l'affectivité, par ses compétences sensorielles, comme support de la relation :

- La vision : à partir d'un mois la vision augmente, le nourrisson préfère le visage de sa mère et distingue plus facilement les contours du visage, le profil.
- L'olfaction : à la naissance les capacités olfactives sont remarquables, l'enfant âgé de deux jours reconnaît l'odeur de sa mère. Il a une réaction motrice d'orientation de la tête vers le sein de sa mère.
- La gustation : dès les deux premières heures de la vie, l'ingestion de liquides aux goûts différents provoque chez le bébé des mimiques et expressions variées.
- L'audition : dès la naissance, le nouveau-né oriente sa tête du côté d'où provient un son et peut tourner les yeux en direction du stimulus sonore. À cinq semaines, le nourrisson distingue la voix maternelle des autres voix.
- Le toucher : la peau est l'organe sensoriel le plus étendu. Le toucher est le premier moyen de communication chez l'enfant avec le monde extérieur. Dès sa naissance, le nouveau-né peut grâce au sens de son toucher être renseigné sur la température, la texture, le milieu qui

[14] « Du corps à la pensée », Bernad Golse

l'accueille. Il peut aussi établir des contacts avec les personnes qui l'entourent et manifester son besoin de toucher et d'être touché. Les contacts physiques, les caresses et les massages du bébé apportent des réactions physiologiques et émotionnelles qui l'apaiseront et favoriseront sa croissance et son bien-être.

En psychomotricité, il est indispensable de tenir compte du potentiel psychomoteur du patient, afin de pouvoir s'adapter à lui. Nous devons pouvoir repérer où en est le patient dans son développement, ainsi que ses capacités et difficultés. Le bilan psychomoteur et l'observation clinique permettront cela.

Tenant compte des possibilités d'évolutions du nouveau-né, en fonction de son équipement psychomoteur, la mère souhaitera répondre aux besoins de son enfant.

Holding – Handing

Lorsque le fœtus a suffisamment grossit dans le ventre de sa mère et qu'il touche les parois utérines, il reçoit ses premières stimulations tactiles. « Ces sensations, le bébé va les retrouver grâce aux qualités d'un portage maternant. En dépend la formation de son enveloppe et de son tonus de base[15]. » Tant au niveau physique que psychique, les qualités du portage sont importantes : les appuis concrets, l'attention que la mère porte à l'enfant, la fonction miroir du regard de la mère sur son enfant, le bain de langage.

Winnicott aborde trois perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant. Le « handling » qui est la manière dont il est soigné, tenu. Le « holding » qui correspond à la façon dont l'enfant est porté, soutenu par la voix, le regard et qui assure une fonction de protection du bébé, favorisant les intégrations. Ce maintien protège le bébé contre les dangers physiologiques, tient compte de sa sensibilité et comprend les soins adaptés à lui. Ainsi, le bébé accède à un état d'unité corporelle et psychique, et à « l'object-presenting ». Ce qui permet la construction des premières relations objectales et amène la capacité au bébé d'utiliser l'objet. « L'enfant passe d'une relation avec un objet conçu subjectivement à une relation avec un objet perçu objectivement. [16]» Cela est en lien entre le passage de fusion avec la mère vers un état de différenciation en tant que personne séparée de sa mère.

[15] Etre psychomotricien, C. Potel, p.114
[16] « La relation parent-nourrisson », Winnicott, p.125

Ester Bick parle d'une intériorisation par la relation au temps et en particulier la répétition de des expériences corporelles, dans un cadre contenant, au travers du portage. Ceci génère des activités psychiques chez le bébé.

Ces notions de portage, de contenance sont importantes en psychomotricité pour offrir au patient un espace-temps sécurisant, afin que ses expériences corporelles puissent être représentées psychiquement. De ce portage et de cette sécurité ressentis, le patient pourra accorder sa confiance au psychomotricien et adhérer au projet de soin. On parlera alors d'alliance thérapeutique. Le cadre thérapeutique en psychomotricité doit induire un environnement porteur pour le patient.

Dans ce contexte porteur, le nouveau-né et sa mère communiqueront par le dialogue tonico-émotionnel.

Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel

Ils correspondent au dialogue entre le bébé et la personne qui le porte, souvent la mère. Les échanges vont susciter différents flux sensoriels, qui vont entrainer une modulation tonique ressentie par les deux partenaires. Ce dialogue tonique qu'à étudié Wallon, est singulier pour chaque couple mère-enfant.

Ajuriaguerra parle du dialogue tonico-émotionnel, qui permet des ajustements corporels dans la relation entre l'enfant et sa mère. Il y a ainsi une véritable intéraction entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. Chacun des partenaires de ce dialogue est impliqué psychocorporellement. Le tonus représente la toile de fond historique du sujet. Cette résonnance tonico-émotionnelle est un véritable canal de communication entre les deux sujets.

Ce dialogue est intéressant en psychomotricité car c'est « une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier.[17] » C'est un élément qui nous permet de voir et ressentir les émotions, le vécu du patient, par exemple les mains molles ou toniques nous affectent différemment. C'est un facteur relationnel fondamental à prendre en compte.

[17] « Intégration motrice et développement psychique », S. Robert-Ouvray, p.43

Ces échanges entre la mère et son enfant sont aussi de nature affective.

L’accordage affectif

Daniel Stern parle d’accordage affectif ou d’harmonisation affective entre la mère et l’enfant. Il s’agit des influences réciproques de la vie émotionnelle de la mère et de l’enfant. On assiste à un partage du développement affectif grâce, à un remaniement du message partagé de l’intérieur (par opposition au miroir de l’imitation qui maintient l’attention sur le comportement extérieur). Les affects constituent l’objet même de la communication dans le « jeu mère-nourrisson ». Roussillon parle de « partage affectif ». Les conduites d’accordage peuvent apparaître dès les premières intéractions, mais c’est au neuvième mois que l’enfant peut penser différemment de sa mère. C’est à cet âge que les jeux vont être plus élaborés et que l’enfant distingue la psyché de sa mère différenciée de la sienne.

Ainsi, le jeune enfant se construit son image du corps dans le regard de sa mère. S. Robert-Ouvray explique que « ce sont les représentations que le bébé se forge de son corps propre à partir de ses items moteurs et de ses expériences émotionnelles.[18] »

Entre le psychomotricien et le patient, le temps partagé, le plaisir partagé se feront selon un échange affectif. Transfert et contre-transfert concernent toutes relations humaines, nous développerons ces notions par la suite.

Ces conditions favorisent le phénomène d’attachement, qui existe alors entre la mère et son enfant.

L’attachement

L'attachement représente un lien affectif entre le bébé et la figure maternelle. Les processus d'attachement commencent pendant la grossesse et même avant car il y a un désir d'enfant pour les parents. La mère pense l'enfant avant qu'il ne naisse. Selon Winnicott, elle pense que cet enfant est le centre du monde et c'est elle qui le détient. C'est à partir des premiers mouvements vitaux, quand la mère commence à sentir bouger le fœtus, qu'elle peut penser que c'est un être qui va se séparer d'elle. En même temps, le début d'un attachement plus fort commence, car il devient plus conscient.

[18] « Intégration moteur et développement psychique », S. Robert-Ouvray, p.261

À la naissance, c'est une première séparation mais aussi la première confrontation entre l'enfant imaginé et le nouveau-né réel. Il existe un travail de séparation, pour la perte de l'état de grossesse de la mère, ainsi que pour l'enfant, la perte de son enveloppe. D'abord un détachement s'opère, avant une nouvelle rencontre qui servira à l'attachement. Il est important de nommer l'enfant réel en tant qu'individu à part entière, il est individualisé.

La théorie de l'attachement de Bowlby est fondée sur le postulat que l'attachement est un système primaire spécifique, et que les comportements d'attachement du bébé ont pour fonction et pour conséquence d'induire et de maintenir une proximité et un contact avec la mère. De manière innée, l'enfant a des compétences sensorielles adaptées et déjà en place (sourire, gazouille, babillage) pour maintenir sa mère à proximité. La figure maternelle est appelée « caregiver » car elle protège son enfant et lui procure les soins nécessaires. « L'attachement se réfère à la relation qui émerge au fil du temps à partir d'une histoire d'interaction de caregiving. […] La figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection, […] et comme base de sécurité pour l'exploration.[19] »

Plus l'enfant grandit et plus il établit une hiérarchisation des figures d'attachement qu'il rencontre et il reste en général une plus grande proximité avec la figure d'attachement primaire.

Cette conduite innée se met en place au cours de la première année, et assure une base de sécurité qui fonde l'amour maternel, lequel sera renforcé par les réponses de la mère. L'objet d'attachement est spécifique et peut être échangeable.

Cette notion d'attachement est très importante en psychomotricité, car la relation thérapeutique liant le patient au psychomotricien passe par l'attachement. Naîtra de cet attachement la confiance et l'alliance thérapeutique entre les deux partenaires. Le psychomotricien deviendra une figure d'attachement pour le patient, ce qui permettra cette sécurité indispensable pour l'intégration de son vécu corporel en séance. La réassurance que procure cet attachement permettra une ouverture vers l'extérieur.

La mère représente une figure protectrice pour son enfant, tant physiquement que psychiquement. Elle met du sens sur les éprouvés de son bébé pour qu'il ne reste pas prisonnier d'un vécu brut de ses sensations.

[19] Idem

La fonction de pare-excitation

La mère sait doser la quantité d'excitation dont son enfant a besoin sans en dépasser les limites. De même, lors des temps de jeux, elle proposera des temps forts (rires, chatouilles) et des temps plus calmes de détente (bercements). Cette fonction de pare-excitation de la mère envers son bébé est essentielle pour l'aider à se construire un rythme interne. La mère accompagne les jeux et leur donne du sens.

Bion a théorisé cette fonction. Il parle du « travail de la fonction alpha ». La mère a « une capacité de rêverie », elle est « l'appareil à penser les pensée » de son enfant. La mère reçoit les « éléments béta » de son bébé, les transforme (pour une bonne partie non consciemment), et lui renvoie en « éléments alpha ». Les « éléments béta » représentent le pôle psychique des pulsions destructrices, de la confusion, des angoisses, des éléments bruts qui font obstacle à l'activité de penser du bébé et qui ne peuvent être assimilés sans l'aide d'autrui. Alors que les « éléments alpha », que renvoient la mère, sont organisés, deviennent pensables et plus supportables pour le bébé. Bion nomme cela la « détoxication ». Cette transformation qu'opère la mère d'un stimulus en une pensée, est un travail d'interprétation, de traduction.

Le psychomotricien est responsable du patient, garant de sa sécurité tant physique que psychique. Il doit, lorsque c'est nécessaire, le protéger en modulant les fortes excitations avec des temps plus calmes. La verbalisation, mettre des mots sur les états du patient, la symbolisation de ce qu'il vit à partir d'activités corporelles sont fondamentales en psychomotricité.

La relation à sa mère donne donc la possibilité au bébé de transformer ses vécus bruts en éprouvés représentés.

Le double ancrage intéractif et corporel

B.Golse explique l'importance des expériences corporelles vécues par le bébé dans l'intéraction avec la figure maternelle pour que se créent des intégrations psychiques. Ce double ancrage permet le développement de la pensée et le développement psychomoteur.

En psychomotricité, on retrouve ces deux dimensions corporelle et relationnelle. Le patient vit des expériences corporelles dans la relation au psychomotricien, ce qui permet une élaboration psychique de ces éprouvés. L'étayage du patient est impulsé au cœur du double ancrage corporel et intéractif. Par sa capacité de rêverie, sa fonction observante, contenante, le psychomotricien participe à l'étayage de l'unité psychomotrice du patient.

Pour créer cette relation entre-eux, l'imitation sera utilisée par l'un et l'autre des protagonistes de cet échange.

L'imitation

Le nourrisson a aussi des capacités d'imitation précoces. Les études de Field montrent que le jeune bébé peut imiter des expressions affectives telles que le sourire, le froncement des sourcils et la surprise. L'imitation est un pré-requis pour la communication et le langage.

L'imitation est aussi un moyen intéressant pour entrer en contact avec un patient. Nous porterons notre attention sur l'apparition de l'imitation dans le développement psychomoteur si l'enfant n'accède pas au langage.

Un autre moyen de relation entre la mère et l'enfant est la transmodalité.

La transmodalité

C'est en partie grâce à la transmodalité, dont parle Stern, que la communication empathique entre la mère et son bébé va se développer et permettre le partage des expériences affectives. Grâce aux neurones miroirs, et à cette transmodalité, le bébé va pouvoir se construire en identification à l'objet, à sa mère. L'idée du neurone miroir ou modèle interne opérant est que si l'enfant émet et reçoit des images positives, il a plus de chances de reproduire et de développer une image positive de lui-même en miroir de l'autre. Si le « caregiver » d'un enfant est pour lui source de sécurité et de soutien, il est d'avantage susceptible de développer une image positive de lui-même.

L'accordage affectif qui existe entre la mère et le bébé, correspond à ce moment où la mère et le bébé vont faire la même chose mais suivant des modalités sensorielles différentes. Cet échange transmodalisé traduit le partage d'un état affectif, sans que ce ne soit une imitation au sens strict. L'imitation transmodale est le fait que le canal sensoriel, utilisé par la mère pour

traduire le comportement de son bébé, soit différent de la modalité sensorielle utilisée par le nourrisson.

La transmodalité est un moyen intéressant pour entrer en contact avec un patient. Par exemple avec un enfant autiste qui a une activité stéréotypée, accompagner les mouvements de sons, peut attirer son attention et permettre un contact avec l'autre.

Nous connaissons la dépendance du nouveau-né dans les premiers mois de sa vie. La mère joue son rôle de par son intuition maternelle.

L'intuition

Winnicott, dit que « la meilleure manière d'élever un enfant, c'est l'intuition ». Cette intuition qui est « la préoccupation maternelle primaire ». Il s'installe entre la mère et l'enfant un tissu non verbal lors des soins, des jeux, des repas, par plusieurs canaux sensoriels. La mère joue alors un rôle de miroir pour l'enfant. C'est la mère « suffisamment bonne » qui permet à l'enfant de se structurer et de se narcissiser.

Le temps de la séance psychomotrice est dédié au patient. Le psychomotricien est constamment attentif au patient et s'ajustera à lui pour l'aider à être. Dans cette intéraction humaine, nous ne pouvons maitriser la spontanéité mais plutôt encourager le patient vers la création. Dans notre propre comportement, il en est de même, afin de ne pas bloquer nos ressentis qui sont à la base de notre travail.

Cette construction psychomotrice de l'enfant et ses intégrations psychiques à partir de ses éprouvés corporels sont possibles lorsque le facteur temps est pris en compte par l'environnement.

Le temps dans les intéractions mère-bébé

L'intéraction mère-bébé dans les premiers mois de la vie est soumise à un rythme cyclique : un temps d'attention et un temps d'apparent retrait. Ces cycles se reproduisent de manière régulière. Ce temps de retrait apparent serait un moment d'intégration des traces mnésiques du premier temps d'attention.

Il est nécessaire de donner du temps aux intégrations psychiques, pour ne pas être dans une relation hyperstimulante. Parfois, un temps de latence peut exister chez certaine personnes. S'adapter au rythme du patient est indispensable.

Par ces conditions favorables à son développement, le jeune enfant se construit, s'unifie et se différencie peu à peu de sa mère.

Les limites

Par la relation contenante à sa mère, le jeune enfant se construit une enveloppe psychique qui le contient, le protège, le limite. Il s'établit une enveloppe tonico-affective sur laquelle s'étaye une enveloppe psychique. Anzieu définit le Moi-Peau : « Par Moi-Peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » Cette enveloppe différencie un intérieur et un extérieur. C'est la construction du sujet et de sa propre identité qui se font par des mécanismes de séparation et de différenciation. Ce sentiment de sécurité « à l'intérieur de soi » dépend de l'environnement et de l'étayage reçu, cela constitue les assises narcissiques dont parle P. Jeammet.

Cette limite psychocorporelle est travaillée en psychomotricité, lorsque le patient ne semble pas unifié, lorsque certains présentent des troubles du comportement. Dans un cadre contenant et porteur de sens, par l'étayage et le travail de symbolisation effectués par le psychomotricien, nous pouvons travailler sur les limites physiques du corps du patient. Par le touché, par des enveloppements, par l'eau, ce travail est structurant et apaisant.

Notons les différentes phases d'évolution de la relation mère/nourrisson :

Winnicott distingue trois grandes phases[20], dans l'évolution de la relation entre la mère et l'enfant :

- La phase de dépendance absolue (les cinq premiers mois), pendant laquelle l'enfant est en fusion avec la mère.
- La phase de dépendance relative (du sixième mois à la fin de la première année).
- L'indépendance, au début de la deuxième année.

Parallèlement à cette évolution, le nourrisson passe du principe du plaisir au principe de réalité, de l'autoérotisme aux relations objectales.

Le patient accorde sa confiance au psychomotricien, pour que ce dernier, après la prise en soin, favorise l'indépendance des deux partenaires dans de bonnes conditions.

[20] « La relation parent-nourrisson », D.W. Winnicott, p.117

Ces différentes notions fondamentales dans la construction du sujet sont celles sur lesquelles va se construire sa structure identitaire. C'est par la relation à l'autre que le sujet va se construire. En psychomotricité, nous nous servirons de ce modèle de relation et de ses concepts pour les prises en soin.

Winnicott a écrit « un nourrisson tout seul, ça n'existe pas [21] », cette célèbre phrase pourrait-elle être extrapolée : un patient tout seul, cela n'existe pas ?

« La mère est le premier interprète du corps infantile en le nourrissant, l'orientant, l'enveloppant, le modelant, lui donnant du sens. On peut poursuivre sur la fonction séparatrice de la mère qui, tout en donnant la possibilité à l'enfant d'avoir une première notion de lui-même grâce à ses soins de nourrissage, lui permet dans un second temps de « se passer d'elle » et donc de s'approprier son corps.[22] »

Nous pouvons considérer que le rôle de la mère est d'aider son enfant à se construire lui-même, suffisamment solidement pour explorer le monde extérieur. En psychomotricité, le patient travaille sur lui-même en relation avec le psychomotricien pour ensuite vivre plus sereinement à l'extérieur.

<u>Première hypothèse :</u>

Le modèle de la relation précoce mère-enfant est important à connaître, car il met en lumière des notions dont la relation patient-psychomotricien pourra être fortement inspirée. Dans la rencontre de patients avec des troubles relationnels, ce modèle va nous aider à comprendre ce qui pose problème et nous permettre d'adapter nos attitudes, nos interventions.

[21] De la pédiatrie à la psychanalyse, p. 198, Winnicott
[22] Être psychomotricien, C. Potel, p.131

B- La formation du psychomotricien

Au travers de ce second axe, portons notre attention sur les compétences qu'acquiert le psychomotricien lors de sa formation et, en particulier, celles lui permettant de créer la relation thérapeutique avec le patient. Par quels moyens, le psychomotricien peut-il participer à la création de la relation thérapeutique avec le patient ?
Nous formulerons une seconde hypothèse à notre problématique.

L'article 8 du titre II de l'arrêté du 7 avril 1998 stipule que « les études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien comportent des enseignements théoriques, des enseignements théorico-cliniques, des enseignements pratiques organisés en modules ainsi que des stages.[23] *»*

[23] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897

1) Savoirs

« Ils ont pour objectif de permettre à l'étudiant d'acquérir la maîtrise des concepts sur lesquels se sont construites les matières enseignées et la connaissance des différentes approches existantes[24] ».

L'étudiant en psychomotricité apprend à connaître le développement psychomoteur normal de l'individu à tous les âges de la vie. À partir de ce repère, l'étudiant reçoit les enseignements concernant le domaine des pathologies.

La psychomotricité se trouvant au carrefour de différentes disciplines, l'humain est appréhendé dans sa globalité. Ainsi, la formation théorique du psychomotricien s'organise dans plusieurs domaines : anatomo-fonctionnel, neuro-anatomique, physiologique, psychologique, psychodynamique, philosophique, psychiatrique, pédagogique et psychomoteur. Ces enseignements s'inscrivent dans une complémentarité permettant une approche à la fois fine et globale de l'individu.

L'étudiant en psychomotricité accède à une compréhension de l'humain dans sa globalité, tant au niveau du fonctionnement du corps humain qu'au niveau du comportement de l'individu. Par les liens entre ces enseignements théoriques, l'étudiant apprend les différents modes de relation que l'individu peut avoir avec lui-même, avec les autres et avec son environnement.

Par rapport au sujet de la relation thérapeutique, intéressons-nous à l'enseignement concernant les neurones miroirs et canoniques.

Les neurones miroirs sont situés dans le cortex pré-moteur. Ils sont stimulés lorsque le sujet effectue une action, par exemple s'il saisit un crayon. Ils réagissent aussi à l'observation par ce même sujet de la même action effectuée par un autre, c'est-à-dire lorsque le sujet observe quelqu'un d'autre saisir le crayon. L'action observée semble reflétée, comme dans un miroir, dans la représentation motrice de la même action lorsqu'elle est effectuée chez l'observateur. Ces mêmes neurones codifient l'action et l'observation d'un mouvement, qui a un but précis. Les neurones miroirs participent au but de l'action, par exemple saisir un crayon.

Les neurones canoniques s'activent quant à eux comme les neurones miroirs, mais aussi à la simple vue du crayon saisissable par le mouvement de préhension de la main codée par ce neurone. Tout se passe comme si le cerveau anticipait une intéraction possible avec cet objet et se préparait en conséquence, c'est la relation du sujet à son environnement qui est illustrée ici.

[24] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897

Les neurones miroirs et canoniques étant activés par une action qu'elle soit effectuée ou observée, ils nous permettent de savoir comment nous comprenons le geste d'autrui. Ces neurones servent à l'apprentissage moteur dans le but de reproduire le même mouvement. Ils entrent en jeu dans l'imitation et donc dans l'intéraction, la communication et les relations inter-individuelles.

Ils nous permettent de connaître ce que ressent l'autre et jouent un rôle important dans l'empathie qui représente un lien entre l'autre et soi-même. L'empathie est une notion que nous développerons par la suite, car elle est importante dans la relation thérapeutique en psychomotricité.

Ces apprentissages théoriques sont enseignés à l'Institut de Formation en Psychomotricité et en parallèle, des cours pratiques et des stages sont effectués par les étudiants.

2) Savoir-faire et savoir-être

« Pour la formation pratique de psychomotricité en première année, l'étudiant doit découvrir sur lui-même l'organisation des fonctions psychomotrices de base et leur évolution. […] Pour la formation pratique de psychomotricité en deuxième année, il est indispensable que des tests psychomoteurs soient pratiqués et que l'étudiant soit entraîné aux techniques d'entretien et d'observation spécifiques à la psychomotricité. […] La pratique en troisième année est un approfondissement. […] La formation pratique doit être le lieu privilégié de la réflexion pré-professionnelle et du lien entre la théorie et la clinique observée pendant les stages.[25] »

Nous pourrions définir les pratiques corporelles du côté du savoir-être et les stages cliniques du côté du savoir-faire. Mais, nous pouvons aussi remarquer que ces deux domaines sont complètement entremêlés. Lors de pratiques corporelles, comme la relaxation par exemple, l'étudiant reçoit et expérimente ce temps de détente et il apprend aussi à le proposer aux autres. Lors des stages, il apprend à faire le travail d'un psychomotricien, mais aussi à être lui-même psychomotricien.

Un enseignement théorico-clinique avec des pratiques corporelles telles que par exemple, le rythme, la relaxation, l'eutonie, le toucher thérapeutique, l'escalade, le mime, le théâtre, la danse permettent à l'étudiant de développer sa conscience corporelle, son expressivité, sa créativité. La transmission de ces techniques est faite majoritairement par des

[25] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897

psychomotriciens, qui partagent leurs expériences et expliquent l'utilisation de ces techniques en fonction des âges et des pathologies des patients rencontrés.

Ainsi, l'étudiant apprend à savoir ce qu'il ressent, à s'apercevoir de ce qu'il ressent, c'est un véritable travail sur sa propre conscience corporelle. Après la prise de conscience de ce vécu corporel, sa mise en mots permet sa représentation pour accéder ensuite à une élaboration symbolique. Le travail de l'étudiant sur ses propres ressentis servira de référence pour mettre des mots sur les états du patient lors de la relation thérapeutique, pour être au plus près de ce que montre le patient. Ce travail de distanciation est une base fondamentale pour le psychomotricien, dans la relation thérapeutique.

Afin de pouvoir entrer en relation avec une autre personne, il faut non seulement la considérer différenciée de soi mais aussi se connaître soi-même pour percevoir ce que l'on renvoie à l'autre. Cette formation à la médiation corporelle est une base indispensable pour l'écoute et la lecture psychomotrice du patient, lesquelles ont pour support important la communication non verbale. Ainsi, savoir-être et savoir-faire sont indéniablement liés. En apprenant à faire, l'étudiant apprend à recevoir et à ressentir.

En parallèle à ces cours à l'Institut de Formation en psychomotricité, des stages sont réalisés et l'étudiant peut rencontrer différents patients, avec des pathologies variables, dans des cadres variés. Ces expériences en tant que stagiaire ont été, pour moi, porteuses de nombreux questionnements. Le rapprochement entre la théorie de l'enseignement reçu et la clinique observée permet des réflexions constructives, notamment lors des supervisions concernant ces stages. De même, le savoir-faire de l'étudiant se développe auprès du maître de stage, qui l'accompagne dans ses acquisitions de compétences (par exemple : l'observation clinique, la passation d'un bilan, mener un entretien, l'intervention lors de réunion de synthèse,). Parallèlement, l'étudiant acquiert un savoir-être pour se positionner comme futur psychomotricien (moduler son comportement, tenir compte en situation de ses propres ressentis et verbaliser, faire attention à ce qu'il renvoie). En apprenant à faire, il apprend à être psychomotricien.

Winnicott a écrit « Quand nous apprenons à connaitre l'autre, nous apprenons à nous connaitre. De plus, il n'y a pas de protocole pour aider l'autre, la théorie nous aide à mieux comprendre la situation. »

Au cours de sa formation, l'étudiant en psychomotricité, se construit une identité professionnelle basée sur une éthique générale du soin en psychomotricité. Le psychomotricien accompagne le patient vers un équilibre psychocorporel acceptable, ce n'est pas la recherche

d'une norme. Il faut accepter les défaillances. Nous développerons ce point à la fin de ce mémoire, dans une partie dédiée à une réflexion sur l'éthique de la relation psychomotrice. Ainsi, croiser la théorie avec le théorico-clinique et la clinique des stages permet le processus de professionnalisation.

3) Individualité de chaque psychomotricien

Chaque étudiant investit et s'approprie cette formation en psychomotricité. Son histoire personnelle et son vécu, ainsi que sa subjectivité et ses expériences définissent chacun d'eux comme un psychomotricien unique. Lors des cours de pratique, le travail en groupe démontre la singularité du vécu de chacun. Il est d'ailleurs intéressant de se rendre compte des différences entre les expériences de chacun, lors des moments de verbalisation et de partage des différentes expériences.

Notre identité personnelle influence notre perception du monde, nos manières d'être et de faire. Le psychomotricien doit être conscient de sa subjectivité pour maîtriser ses projections positives ou négatives sur le patient. Cette distanciation que le psychomotricien opère avec son propre vécu lui permet de gérer son implication dans la prise en soin psychomotrice.

La formation du psychomotricien est spécifique en ce qui concerne le développement de sa conscience corporelle. Dans la relation au patient, le psychomotricien est à l'écoute de la communication verbale et attentif à la communication non verbale pour prendre en compte aussi ce qui n'est pas dit, l'implicite. De plus, ayant conscience de sa subjectivité, le psychomotricien tente de maitriser ce qu'il renvoie par son propre corps au patient. Ainsi, il s'ajuste et s'accorde au patient, dans le but de rendre possible la prise en soin, en rencontrant le patient là où il en est.

Deuxième hypothèse :

La formation du psychomotricien lui assure sa spécificité. Par le travail sur sa propre conscience corporelle, cette spécificité lui procure un outil intéressant pour être dans une écoute spécifique du patient et entrer en relation avec lui, notamment par le langage non-verbal.

Nous avons repéré les différents concepts relationnels, issus de la relation primaire entre le bébé et sa mère. Puis, nous avons étudié les moyens que possède le psychomotricien pour participer à la création de la relation thérapeutique. Intéressons-nous maintenant à comprendre dans quel contexte et dans quel cadre se crée une relation thérapeutique en psychomotricité.

C- Le cadre thérapeutique

Le cadre représente une bordure, une délimitation, qui va séparer l'intérieur de l'extérieur. Ainsi, le cadre détermine un espace précis, mais aussi un temps. Cette idée de cadre existe dans tout contexte de relation que ce soit par exemple de travail, d'amitié ou de soin.

Concernant le cadre thérapeutique en psychomotricité, « il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte », d'après E.Gilbert et R. Mises.

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée[26]. »

[26] Être psychomotricien, C. Potel, p.321

1) Le cadre stable, « frame »

« Frame » est une notion d'origine psychanalytique représentant les règles stables et inchangeables du cadre. En psychomotricité, cela correspond à la loi juridique qui implique des règles permanentes et invariables.

1.1. La loi

Le décret de compétences du psychomotricien est un texte important qui pose les premiers repères de la pratique psychomotrice. Le psychomotricien rencontre le patient sur prescription médicale. Souvent ce n'est pas le patient qui fait la demande de rencontre avec un psychomotricien. Un travail sera engagé sur cette demande, le désir du patient, afin d'impulser la prise en soin. Nous en reparlerons par la suite.

Le psychomotricien est soumis au secret professionnel, c'est-à-dire qu'il ne doit se servir des informations révélées par le patient uniquement dans le cadre de sa prise en soin, sous peine de sanctions pénales. Cela permet au patient de se confier en sécurité à un professionnel crédible.

Ensuite, des règles constantes inhérentes au lieu d'exercice de la psychomotricité doivent être prises en compte. Nous allons prendre l'exemple d'une institution, car ce sera le cadre des rencontres présentées en partie théorico-clinique de ce mémoire.

1.2. Le cadre institutionnel

Le psychomotricien fait partie d'une équipe de professionnels qui intervient dans le cadre du projet définit pour le patient. La relation institutionnelle désigne le fait qu'on ne peut pas réduire une relation à sa dimension purement intersubjective, interpersonnelle. La relation n'est pas une simple relation de face à face entre deux personnes. Elle se développe et s'exprime toujours à l'intérieur d'un cadre, d'un milieu social donné, qui influencera la nature de cette relation. Le cadre constitue un tiers rappelant que toute relation duelle est illusoire. Pour Gibello, « l'institution soignante peut être considérée comme un contenant de pensée venant, par ses soins et sa fonction d'élaboration panser/penser le patient. »
Les professionnels se retrouvent régulièrement, dans le but de créer un projet de soin pour le patient, puis de l'ajuster à son évolution. Ces réunions entre professionnels peuvent aussi être des temps de supervision qui permettent à chacun d'exprimer ses difficultés avec un patient ou

de parler de sa pratique. Ce sont des temps indispensables pour permettre un projet de soin élaboré, cohérent et adapté au patient. Cette élaboration est garante de la prise en soin du patient.

Nous remarquons l'importance fondamentale du cadre pour la relation thérapeutique, qui sans lui ne serait pas.

2) Le cadre psychomoteur, « setting »

C. Potel envisage « le cadre psychomoteur » à deux niveaux, un cadre physique et un cadre psychique. Le cadre psychomoteur renvoie au terme de « setting », que M. Klein définit comme les aménagements, la mise en place, les réglages des repères de la prise en soin. C'est l'ensemble des règles variables, que psychomotricien et patient vont définir et délimiter ensemble pour la prise en soin. Ces règles sont adaptées à chaque patient et il faut qu'elles soient les plus stables possibles, bien qu'elles soient modifiables et ajustables en fonction de l'évolution du patient.

2.1. Cadre physique

C'est un cadre concret, inscrit dans la réalité.

Cadre spatio-temporel

Il définit l'espace et le temps de la prise en soin.

La notion temporelle est importante à prendre en compte. Par une régularité, elle contient, sécurise et donne des repères au patient. Les horaires doivent concorder avec les autres activités du patient. La fréquence des rencontres dépend de son projet de soin. La durée doit être stable pour être structurante.

Le lieu et l'espace sont définis et repérés. Le matériel dépend des médiations de chaque psychomotricien. Cependant il faut être vigilant avec le matériel, car par exemple s'il y en a trop en abondance, cela peut être vécu comme envahissant et devenir angoissant pour le patient.

Médiation

Le choix d'une éventuelle médiation se fait en fonction du patient. Il faut que ce soit une médiation qui l'interpelle, qui l'intéresse. Elle doit favoriser l'expression et la créativité.

Cependant, dans certains cas, ce peut être une médiation issue de la sensibilité et de la formation du psychomotricien. Il faut alors s'assurer qu'elle convient et intéresse le patient.

Accompagner le patient à partir de ses envies est le meilleur moyen de ne pas faire à sa place, afin qu'il soit acteur de sa prise en soin. Une médiation peut être un moyen d'engager la relation tout en gardant une certaine distance. L'intérêt et le plaisir partagé autour d'une médiation peuvent permettre la création de la relation thérapeutique, l'adhésion du patient et l'alliance thérapeutique.

Ces différents éléments vont servir de repères à la prise en soin, car ils sont inscrits dans une réalité. Le cadre physique va servir de support dans le réel pour le cadre psychique.

2.2. Cadre psychique

Il dépend des connaissances théoriques du psychomotricien. Les repères théoriques sont nécessaires pour une mise en pensée, une compréhension de ce qui se passe durant la prise en soin.

Enveloppe d'une organisation

« Le cadre, comme enveloppe d'une organisation suppose, nous dit F. Pelletier, d'une part la distinction entre un dedans et un dehors, d'autre part, un invariant au sein d'un processus de changement. Le « dehors » qui est l'institution (mais qui peut être entendu dans un sens plus large comme la société) représente un tiers symbolique. Pour faire allusion au développement de l'enfant, nous dirons que la façon de scander les rencontres est garante d'un travail qui n'est pas dans la fusion. « L'invariant » protège, sans gêner les processus de développement, il constitue ce que F.Pelletier appelle une « discontinuité réglée et partagée ».

Le cadre représente ce qui demeure permanent pour que la prise en soin se produise.

Cadre contenant

« Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître. » C. BALLOUARD

Le cadre nécessite une réflexion de la part du psychomotricien, afin qu'il soit adapté au patient. Dans le sens où celui-ci puisse se sentir suffisamment en sécurité et en confiance pour s'exprimer. Pour A. Lauras, il s'agit que le psychomotricien soit une « enveloppe contenante au développement de la relation. »

X. Pommereau définit le cadre comme le support, le châssis, qui constitue la structure de l'espace de soin. Il est question de contenance et non de détention, de souplesse, et non de rigidité.

D. Anzieu compare le cadre à un « contenant maternel ». Il représente une enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute, qui a le rôle d'une seconde peau psychique. Les pensées du sujet peuvent donc se déployer. Et l'excitation qu'elle soit d'origine interne ou externe sera donc contenue. C'est la fonction de pare-excitation du cadre. C'est pour cela qu'il parle de contenant maternel. Il existe aussi une fonction de miroir, l'enfant se voit dans le miroir du regard du thérapeute, et se voit à travers ce miroir-là. Le cadre représente alors un espace transitionnel.

Apports phénoménologiques

M. Martin a défini le cadre d'un point de vue phénoménologique. D'après lui, lorsque la relation est centrale, il existe toujours une forme de cadre, c'est à dire de contenant formel et dynamique. Ce cadre n'est pas uniquement pour le patient ou pour le psychomotricien, il appartient aux deux. Il contient l'intériorité, la pensée de chacun et une intériorité des deux, qui est partagée. Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace-temps pour lui, qui lui est réservé. Pour le psychomotricien, il lui donne l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu.

Ce cadre, qui ne dépend ni du patient, ni du thérapeute, est garant d'une permanence. Il représente aussi une solidité qui protège patient et psychomotricien l'un de l'autre, contre leurs « folies », leurs angoisses. Cette protection par le cadre qui les contient, permet aux deux partenaires de la relation thérapeutique de s'impliquer dans la prise en soin.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un phénomène interpersonnel. Elle est spécifique à chaque relation patient-psychomotricien et nait de cette relation. Elle passe par la notion d'empathie, nous y reviendrons par la suite.

L'alliance thérapeutique est un contrat symbolique, qui rend le patient acteur de sa prise en soin. Elle signe la collaboration active des deux partenaires dans la prise en soin. Le patient découvre un nouveau mode de fonctionnement, une relation dont il n'a pas l'habitude et qui lui permet de penser à lui-même, de donner sens à ses symptômes, à sa souffrance.

La relation thérapeutique va dépendre de cette alliance. Selon D. Houzel, « c'est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire ». L'alliance thérapeutique dépend de la capacité du psychomotricien à établir un cadre favorable à cette alliance, adapté au patient.

D. Grabot écrit que le premier entretien et l'alliance thérapeutique sont indissociables[27]. Dès les premiers moments où le patient et le psychomotricien sont dans un même espace à un même moment, la relation qui les lie s'initie. L'alliance thérapeutique en sera influencée. Lors de ce premier moment plus ou moins formel, l'un et l'autre se considèrent, s'observent. La communication non verbale a une réelle influence sur l'alliance thérapeutique.

La mise en place de cette alliance thérapeutique peut prendre du temps. Plusieurs rencontres sont souvent nécessaires avant une « accroche thérapeutique ».

Transfert et contre-transfert

Lorsque patient et psychomotricien se rencontrent, chacun émet un transfert vers l'autre et reçoit un contre-transfert de l'autre. Ce sont les travaux de la psychanalyse qui ont mis en lumière ces mouvements subjectifs. Le transfert permet à l'analyste de repérer la répétition de situations infantiles déjà vécues, dans le comportement du patient. Cette notion est fondamentale en psychanalyse car c'est un outil de travail. Dans toutes relations, le transfert est présent.

Le psychomotricien, quant à lui, doit être conscient de ses phénomènes pour comprendre la situation et les comportements du patient. Mais aussi pour être conscient de ses propres

[27] « La fragile naissance de l'alliance thérapeutique », dans Évolutions psychomotrices

émotions, de son comportement et tenter de maitriser ce qu'il renvoie au patient. G.Haag précise qu'il s'agit d'envisager « un concept du transfert et du contre-transfert élargi à la reproduction dans la relation thérapeutique des angoisses et des défenses archaïque ainsi que des modalités identificatoires primitives[28]. » Le psychomotricien peut devenir une figure d'attachement qui, bien-entendu, ne remplace pas les parents.

L'élaboration clinique

Ce cadre psychomoteur dépend de la structure psychique du psychomotricien et de sa disponibilité psycho-corporelle.

La rencontre avec des professionnels extérieurs, pour échanger sur une prise en soin, permet au psychomotricien une prise de conscience des évènements vécus. C'est-à-dire une prise de recul, afin d'observer et d'élaborer avec un point de vue différent les comportements ou les processus en jeu lors des séances. Le psychomotricien a un « devoir de parole » dans le sens où il échange sur son travail en réunion. Étayer la clinique des séances par la théorie (comme nous sommes actuellement en train de faire dans ce mémoire), en se questionnant sur le sens de son travail, constitue une élaboration indispensable pour un travail thérapeutique.

De plus, F.Giromini écrit « Lire, se cultiver, avoir une pratique corporelle de qualité, fréquenter les espaces de création, car ce sont eux qui nous nourrissent. » Ce sont des conditions permettant la mise en œuvre du cadre thérapeutique en psychomotricité.

LAPLANCHE compare le cadre à une sorte de « membrane, à double parois, ou double limites, l'une à l'intention protectrice, représentant les conditions de la réalité extérieure, l'autre à valeur d'écran où se projettent les représentations du sujet, tournée vers le monde psychique interne, avec ses exigences pulsionnelles. »

En effet, les conditions que requiert le cadre sont indispensables pour une prise en soin en psychomotricité. La personnalité du psychomotricien, son histoire, sa sensibilité, ses choix et sa formation continue définiront une influence singulière sur le cadre thérapeutique, ajusté à chaque patient.

[28] Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles, J. Boutinaud, p.163

Troisième hypothèse :

Le cadre thérapeutique colore la relation thérapeutique, c'est-à-dire que par ce cadre, la relation patient-psychomotricien prend sens. Ce cadre est primordial pour la prise en soin psychomotrice.

Nous avons défini la relation thérapeutique en psychomotricité et explicité la relation mère-enfant, qui peut nous servir de modèle. Nous avons repéré ce que procurait au psychomotricien sa formation. Et nous venons d'exposer le cadre dans lequel a lieu une prise en soin psychomotrice. Des hypothèses à notre problématique se sont dessinées.

En articulant ces trois hypothèses, concrètement dans la rencontre avec le patient, comment la relation thérapeutique se crée-t-elle ?

En situation de rencontre avec le patient, comment le psychomotricien peut-il se servir de ces supports pour participer à la création d'une relation thérapeutique ?

D- Les temps de la genèse de la relation thérapeutique

À quel moment, la relation thérapeutique va-t-elle débuter ?

1) Les temps informels

La relation patient-psychomotricien commence à se créer à partir du moment où le patient et le psychomotricien se trouvent dans un même espace au même moment.

Le premier contact est la première démarche allant vers la relation et l'alliance thérapeutique. Dès les premiers moments passés ensemble, patient et psychomotricien apprennent à se découvrir, à se connaître : par exemple, dans une salle d'attente, ou encore en institution dans un couloir, ou lors d'un repas…

Par la suite, dans le cas de l'engagement de la prise en soin, ces temps sont intéressant pour le psychomotricien, car il y complète et enrichit son observation clinique. Le patient est en relation avec un environnement, avec d'autres personnes, et des observations importantes peuvent en ressortir. Lorsqu'un bilan psychomoteur n'est pas réalisable avec un patient, l'apport de ces temps informels est précieux.

2) L'entretien

Quand un patient est adressé au psychomotricien, une rencontre est prévue avec celui-ci, et si besoin, ses parents ou représentants. Cette première prise de contact débute souvent par un entretien permettant au psychomotricien de rassembler des informations biographiques sur le patient, sur ses antécédents médicaux, son développement psychomoteur, et les différents évènements qui ont marqué sa vie.

Selon les situations, au préalable, le psychomotricien peut avoir accès au dossier médical du patient contenant, des précisions sur son histoire de vie, ses antécédents médicaux, les différents bilans effectués avec d'autres professionnels, ses habitudes de vie…

En tant que psychomotricien, il est important de connaître le contenu de ce dossier. Cependant, à quel moment le lire ? Avant la première rencontre avec le patient ou après ? Ne sommes-nous pas influencés par ces informations avant même d'avoir rencontré le patient ? Mais n'est-il pas de notre devoir de préparer cette rencontre avec le patient ?

Si un dossier médical est déjà réalisé, sûrement n'est-il pas nécessaire de reprendre avec le patient toute son histoire de vie. Lors de ce récit, le patient et/ou ses représentants se dévoilent et nous pouvons penser qu'il n'est pas nécessaire de redemander cet effort. Cependant, il peut être intéressant de confronter notre ressenti de cette première rencontre avec les informations recueillies dans le dossier médical ou auprès des autres professionnels.

Bien que les séances de psychomotricité se déroulent dans l'ici et maintenant, dans un espace-temps défini, il est important que le psychomotricien se renseigne sur le vécu et l'histoire du patient. L'appréhension d'un trouble psychomoteur ne renvoie pas à une photographie arrêtée mais à un film déroulé dans le temps. Dans cette même idée, B. Golse rajoute que « la mise en récit des troubles n'est pas un luxe, c'est une nécessité absolue car l'être humain est fondamentalement un être de narration. »

Lors de cet entretien, chacun est examiné dans sa façon d'être, de se tenir, à travers son corps, ses gestes, ses mouvements, sa voix, son paraître, son tonus, sa bienveillance, sa réceptivité. Tout cela est porteur de sens et permet au patient et au psychomotricien d'apprendre à se connaître : par les « qualités du regard, tonalités de la voix, musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, la bienveillance, la réceptivité de l'un et/ ou l'autre des protagonistes, les paroles métaphoriques [29]». Ce qui se passe dans le corps, se passe dans une relation implicite à l'autre.

La difficulté pour le psychomotricien réside dans la capacité à s'adapter au patient encore inconnu, tout en gardant en tête l'objectif de la démarche vers une prise en soin. Le psychomotricien est à la fois l'observateur, le lecteur et le décodeur pour rentrer en relation là où le patient se trouve, quels que soient son âge ou ses symptômes. C'est la rencontre d'un corps à corps symbolique, le psychomotricien va s'adapter en fonction de la capacité à être du patient.

Un entretien nécessite un dispositif préalable, une disposition spatiale réfléchie dans l'organisation de la pièce. L'indispensable empathie est nécessaire.

À la suite de cet entretien, le psychomotricien cherchera à savoir où en est le patient. Pour cela, il repérera son profil psychomoteur en lui proposant, si possible, un bilan psychomoteur. L'objectif étant de repérer la demande du patient, de justifier ou non une prise en soin en psychomotricité et d'établir des axes de travail pour l'accompagnement si nécessaire.

[29] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C.Potel, p.57

3) Le bilan psychomoteur

Il est l'outil spécifique du psychomotricien qui lui permet de repérer le profil psychomoteur du patient. Le bilan psychomoteur peut être défini comme l'évaluation de la balance entre le « normal et le pathologique » dans le domaine de la psychomotricité pour un patient donné à un moment donné.

Il se compose de différents items de bilans étalonnés et de l'observation clinique indispensable du psychomotricien. Lorsque la passation d'un tel bilan n'est pas possible, le psychomotricien s'adaptera à la situation en observant le patient sur une activité libre ou lors des temps informels.

Les modalités d'évaluation vont être très différentes en fonction de la demande du médecin, de l'âge du sujet, du lieu d'exercice et du psychomotricien, il faut cibler ce pour quoi la personne vient. Dans tous les cas, le psychomotricien est amené à préciser au sujet ses possibilités d'investigation en même temps que ses limites. Observer, décrire et croiser les données observées avec les données théoriques sur le fonctionnement corporel et mental, fait la richesse du bilan. Il faut replacer ces évaluations dans un contexte, dans l'histoire du sujet.

Pour réaliser un profil psychomoteur, différents domaines sont observés : schéma corporel, image du corps, latéralité, axe du corps, tonus, espace/temps, motricité et coordination (souplesse, agilité), déplacements, langage, communication non verbale (posture, mimiques, regard), stratégies, intention. Cette observation va donner des informations cognitives et motrices sur les acquisitions, des informations sur le vécu du corps, sur l'image du corps, des informations sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre. Ces observations indiquent au psychomotricien la manière dont le patient vit la relation et aussi la manière dont il investit son corps.

Cet examen psychomoteur qui repose sur une intéraction, à un moment donné, en prenant en compte des échanges émotionnels, ne peut prétendre à une dimension purement objective. Ce n'est ni un bilan, ni une expertise pour Calza et Constant mais il est nécessaire d'y inclure des éléments d'objectivation dans la relation à l'autre, éléments qui constitueront d'indispensables repères au démarrage d'une prise en soin.

« C'est plus la compréhension du sens du résultat que le résultat lui-même qui importe » ont dit Mazet et Houzel. C'est une évaluation des potentialités du patient qui permettra de justifier ou non une prise en soin psychomotrice. Ce bilan permet une élaboration de la prise en soin et un travail en équipe. Notons aussi qu'un examen psychomoteur peut être effectué au cours d'une

prise en soin pour affiner le projet thérapeutique. Il représente alors un bilan d'évolution du patient.

4) Les objectifs de ces temps

Le psychomotricien doit identifier d'où provient la demande de prise en soin : du patient, des parents ou responsables du patient, du médecin, de l'enseignant, de la société… Il faut tenir compte de l'origine de cette demande. Le psychomotricien va chercher à faire émerger cette demande chez le patient, pour ensuite l'approfondir et y donner du sens. Le psychomotricien ira alors à la rencontre du patient là où il en est, c'est-à-dire que le psychomotricien s'ajustera au patient en étant attentif à ce qu'il donne à voir. De manière formelle ou informelle, cette demande du patient permet l'impulsion de la prise en soin. Elle permet au patient de s'impliquer dans l'établissement d'un contrat, d'un accord, à savoir l'alliance thérapeutique. Le patient entre dans cette dimension relationnelle que lui propose la psychomotricité. Il devient acteur de sa prise en soin.

Avec des patients très déficitaires, comment induire cette demande même de manière informelle ? J'ai eu l'occasion d'assister au bilan d'une jeune femme présentant une psychose infantile vieillissante. Elle n'avait pas accès au langage, son attention était constamment portée sur ses ongles. Elle ne semblait intéressée par aucun objet mais fixait ses ongles en riant, son regard se tournant à peine vers la psychomotricienne. Cette jeune femme était-elle en relation avec la psychomotricienne ? La demande de prise en soin ne venait clairement pas d'elle, mais comment faire émerger une demande, même implicite ? Dix minutes après avoir été raccompagnée sur son lieu de vie dans l'institution, cette jeune femme revint seule dans la salle de psychomotricité. Peut-être s'était-il passé « quelque chose » ? Était-ce une forme de demande ?

La mise en place du cadre thérapeutique spécifique au patient est un objectif de ce temps de rencontre. La relation patient-psychomotricien émergeant, elle prendra forme dans le cadre thérapeutique proposé au patient par le psychomotricien. Des repères seront ainsi amenés.

L'élaboration des objectifs de la prise en soin, des axes de travail à éventuellement proposer au patient sont notés. En institution, c'est ensuite en équipe qu'est décidé le projet de soin du patient. Avec les informations que le psychomotricien à rassembler pendant ces premiers temps avec le patient, il participe à la construction du projet de soin du patient.

À travers ces premières rencontres, le patient se donne à voir et rencontre le psychomotricien. Une relation se crée. Le cadre se pose et se définit. D'après les compétences et difficultés du patient, le psychomotricien s'adaptera et pourra repérer des objectifs de prise en soin. Tout au long de l'accompagnement du patient, de multiples ajustements se feront entre les deux protagonistes de la rencontre.

E- Lire – Ressentir – S'ajuster

L'un des rôles du psychomotricien est bien de favoriser l'établissement de cette relation thérapeutique, dans le but d'une alliance thérapeutique avec le patient. Comment le psychomotricien peut-il y parvenir ? Quels comportements adopter ?

1) Caractéristiques relationnelles psychomotrices

La relation thérapeutique en psychomotricité possède certaines qualités, importantes pour la pertinence de l'accompagnement. Le comportement du psychomotricien en sera influencé.

1.1. La permissivité

La permissivité concerne l'expression d'émotions, de sentiments, c'est-à-dire que le psychomotricien est dans une tolérance par rapport à des attitudes non conformistes, de par le cadre thérapeutique. Il ne juge pas le patient. C'est une relation devant favoriser son expression. De plus le psychomotricien a une fonction pare-excitatrice, afin de protéger le patient de débordements externes ou internes. Tout est exprimable dans la limite d'activités destructrices, que ce soit pour le patient lui-même, le matériel de la salle ou la personne du psychomotricien.

Ces caractéristiques dont parle Rogers[30], pour la relation d'aide, peuvent permettre au patient de ne plus avoir besoin de ses défenses psychiques habituelles, d'être authentiquement lui-même. N'étant pas dans l'anticipation d'une protection à une attaque extérieure, le patient sera avec plus d'exactitude attentif à lui-même, à ses ressentis et disponible dans le travail.

1.2. L'empathie

En allemand, se dit Einfühlung : Ein = dans et fühlung = sentir. L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre. Pour être empathique, il faut s'être constitué un corps propre avec une conception unique et une cohérence de soi, sa propre identité. Ainsi, il est possible de manipuler les points de vue et les référentiels spatiaux. Dans l'empathie, nous prenons l'autre comme référence.

« Indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible[31] » du psychomotricien qui accueille le patient. L'empathie implique de la part du psychomotricien de créer un climat de confiance, d'offrir une écoute attentive, et de faciliter l'expression du patient.

Le psychomotricien tente de se mettre à la place de l'autre mais en ayant un regard différent, en ne prenant pas ses émotions comme affect. Pour éprouver de l'empathie, l'intuition et la

[30] La relation d'aide et la psychothérapie, Rogers, p.96
[31] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C. Potel, p. 58

distanciation qu'opère le psychomotricien par rapport à lui-même, permettent de percevoir et de reconnaître les indices verbaux et non-verbaux suggérant des états émotionnels. Ainsi, il décèle les incongruences entre les paroles et les comportements.

L'intérêt de l'empathie en psychomotricité est qu'on se protège de l'interprétation et du jugement. De plus, nous donnons une grande place au non-verbal (émotionnel et corporéité).

Le cortex vestibulaire permet de maintenir l'équilibre, mais c'est aussi un référentiel fondamental de l'orientation dans l'espace et de la construction de soi. On y observe un hypofonctionnement chez les personnes autistes. L'hippocampe a un rôle spatial ainsi qu'un rôle dans les changements de point de vue. Chez les personnes schizophrènes, il n'a pas le même fonctionnement.

2) Le psychomotricien

Comment le psychomotricien peut-il aller à la rencontre du patient ?

2.1. L'écoute sensible du corps

Elle consiste à analyser les signaux corporels émis par le patient. C'est une « écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots.[32] » Le psychomotricien « les pense en formulant des hypothèses les concernant et leur donnant un contenu figuratif jusqu'à réfléchir à la façon d'en renvoyer quelque chose au patient sous une forme symbolisée[33] ». La théorie de Bion sur l'appareil à penser les pensées (ou capacité de rêverie maternelle) explique bien ce travail de symbolisation. Le psychomotricien reçoit les « éléments béta » désorganisés du patient et les transforme « éléments alpha » qui sont symbolisés et plus acceptable pour le patient. La formation du psychomotricien donne une couleur particulière à sa capacité de rêverie indispensable dans le cadre du soin. L'appareil à penser les pensées de chacun est singulier. En psychomotricité, il est façonné par notre formation théorique et clinique mais aussi par nos expériences corporelles singulières.

Le psychomotricien se sent souvent « touché » par les ressentis de ce vécu partagé avec le patient. L'importance des ressentis de notre propre corps est alors à considérer.

[32] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C.Potel, p.56
[33] Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles, J.Boutinaud, p.152

2.2. Le ressenti

L'observation attentive, « celle-ci suppose une mise en suspens, non pas de l'agir, mais de la compréhension, du désir de compréhension immédiate, afin d'éprouver suffisamment de teneur émotionnelle de la situation et d'en repérer suffisamment les indices. Cette observation attentive suppose également un travail de décodage, pour construire une compréhension.[34] »

À l'écoute de son propre corps, le psychomotricien identifie ce que le patient présente, et cela à l'écoute de ses propres ressentis. Le corps du psychomotricien devient le « réceptacle sensible de certaines sensations éprouvées au contact du patient » et ainsi nous apprenons sur l'état psychique du patient.

Dans certains cas, ce peut être plus difficile et le psychomotricien doit différencier les résistances du patient et les siennes propres.

2.3. L'implication et engagement corporels

Dans la dyade patient-psychomotricien, un ajustement mutuel est nécessaire mais c'est au psychomotricien de faire le travail d'adaptation nécessaire au bon déroulement du processus.

La disponibilité, l'implication et la participation étayante du psychomotricien sont essentielles dans la prise en soin. Moyano parle d'implication corporelle. L'implication du psychomotricien est active, corporelle, motrice, mais aussi fantasmatique et émotionnelle, tout en restant conscient de son contre-transfert.

Son corps devient un soutien pour le patient. « La médiation corporelle se voit ainsi fondée sur l'invitation et l'engagement dans l'intéraction corporelle, à l'éprouvé d'un corps-en-relation[35] ». Le psychomotricien propose un support d'étayage identificatoire, non pas comme simple modèle pour le patient, mais il reprend, approfondit, ce que propose le patient pour que celui-ci accède à une symbolisation tolérable.

Il y a un va-et-vient entre ce qui vient du patient et du psychomotricien. En mettant son corps en jeu lui-même, le psychomotricien montre au patient qu'il n'est pas si dangereux d'engager son corps dans l'action, cela peut être rassurant pour certains. Le psychomotricien est dans le « faire avec » le patient. Il existe donc une certaine proximité corporelle avec le patient au sein d'un dialogue tonico-émotionnel. Le corps du psychomotricien est considéré comme un

[34] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C.Potel, p.49
[35] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C. Potel, p.31

« médium malléable », qui se caractérise par sa sensibilité, ses transformations, son indestructibilité, sa disponibilité et son animation propre.

C. Rogers a défini l'engagement comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des buts communs pour le patient et le soignant. Ces dispositions permettent le passage de mouvements déshabités à un investissement corporel, par la relation, le passage de l'éprouvé corporel au ressenti.
Le psychomotricien « s'exprime à partir de lui-même, de tout son être-corps, ce qui donne une dimension d'authenticité toute particulière à la thérapie. Il parle, agit et s'engage en fonction de ses expériences, de son vécu corporel, mais surtout à partir d'un travail spécifique de distanciation corporelle éprouvé et expérimenté dans sa formation, un travail personnel d'élaboration.[36] »

« Faire vivre des émotions, faire ressentir, favoriser des reviviscences tonico-émotionnelles, proposer des modèles identificatoires, et des représentations imaginaires et symboliques, laisser émerger des émotions réciproques représentent l'essentiel de notre travail. [37]»

[36] Unité psychomotrice : Des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques, B.Thiebo dans neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
[37] Psychomotricité : entre théorie et pratique, C.Potel, p.72

Éléments de réponse

Faisons un point, à la suite de cette partie apportant des éclairages théoriques sur notre problématique.

Comme nous l'avons présentée, la relation thérapeutique doit être authentique et inscrite dans un cadre. La relation psychomotrice est empreinte du modèle de relation mère/enfant, le psychomotricien présente des analogies avec l'attitude de la mère, qui est attentive aux appels, aux besoins, aux angoisses de son nourrisson. Ce parallèle n'indique pas un remplacement de la mère par le psychomotricien, mais des fonctions maternantes seront utilisées dans la genèse de la relation psychomotrice.

« La personne du thérapeute, sa disponibilité intérieure sont indissociables de sa capacité à penser […]. Dans ce réel corps à corps, le psychomotricien offrira un contenant corporel, il verbalisera les échanges pour donner sens, établir des liens, en même temps qu'il sera le garant du cadre thérapeutique. [38]»

Il n'y a donc aucun mode d'emploi permettant d'entrer en relation avec un patient. Mais le psychomotricien possède des outils pour permettre la création de cette relation vers l'alliance thérapeutique.

Nous allons illustrer nos propos, à travers deux rencontres issues de mes stages en psychomotricité : la prise en soin d'Etienne, en lien avec la vignette clinique présentée en avant-propos, puis la prise en soin de Catherine. Je rencontre ces deux patients dans des institutions différentes. Je choisis de présenter des prises en soin avec des modalités distinctes pour que nous repérions les qualités fondamentales et donc communes aux prises en soin psychomotrices, que nous avons étudiées au préalable.

Nous allons donc observer concrètement ce qui entre en jeu dans la construction de la relation thérapeutique et comment le psychomotricien peut aller à la rencontre du patient. Ces deux cas cliniques sont choisis pour mettre en avant les facteurs influençant la relation thérapeutique en psychomotricité et l'implication du psychomotricien pour créer cette relation.

[38] « Intégration motrice et développement psychique », S. Robert-Ouvray, 2ème editions, Paris,1997

Rencontre avec Etienne

Je présenterai la prise en soin en psychomotricité, d'un petit garçon que nous appellerons Etienne. Je le rencontre donc dans le cadre d'un stage de troisième année en psychomotricité, dans un Relais accueillant des personnes diagnostiquées avec des Troubles du Spectre Autistique. L'un des objectifs en psychomotricité sera justement de l'accompagner dans la création de la relation à l'Autre et à son environnement.

Pour commencer, nous appréhenderons la structure et le contexte de cette prise en soin. Puis, nous amènerons la présentation d'Etienne, son diagnostic ainsi que ses différents accompagnements. Ainsi, nous pourrons axer notre propos sur la prise en soin en psychomotricité d'Etienne. Nous allons au fur et à mesure, remarquer comment la relation thérapeutique se crée entre Etienne, la psychomotricienne et moi-même, stagiaire.

1) Présentation du contexte : le Relais

Cet établissement d'accueils séquentiels de jour, pour enfants, adolescents et jeunes adultes avec autisme et troubles apparentés, est géré par une association de parents d'enfants autistes. C'est une structure expérimentale. Une secrétaire, la chef de service, ainsi que des éducateurs, une psychologue, un ergothérapeute et une psychomotricienne y sont présents du mardi au samedi, de 9 heures à 18 heures. Cette équipe pluridisciplinaire, jeune et dynamique, a pour objectif d'accompagner, d'étayer les personnes accueillies, en les aidant dans leur développement personnel et leurs apprentissages tant au niveau des savoir-faire que des savoir-être sociaux. Ceci en respectant le rythme, les capacités et difficultés de chacun.

Les demandes d'accueils au Relais sont soumises à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Dans les premiers temps de la prise en soin, une consultation au Centre Ressources Autisme (CRA) est recommandée, si elle n'a pas déjà eu lieu auparavant.

La structure est composée de deux maisons avec un grand jardin. Dans l'une, concernant plutôt l'accueil des enfants, se trouvent le bureau de la psychologue, la salle de psychomotricité, une salle avec de nombreux instruments de musique, un autre bureau, une grande pièce de jeux, une cuisine pour les repas thérapeutiques entre-autres et les toilettes, salle de bain. Dans la seconde maison, dédiée en principe aux adultes, se trouve au rez-de-chaussée une cuisine ouverte sur un salon, et à l'étage les bureaux administratifs.

On y trouve beaucoup de matériels, mais aussi de moyens qui permettent aux personnes accueillies de trouver des repères dans cet espace (pictogrammes, photographies sur les bureaux des différents professionnels).

C'est un lieu de vie où sont proposées aux personnes accueillies des prises en soin, des accompagnements pour les activités de la vie quotidienne (faire des courses, le repas, gérer son temps libre). Les professionnels du Relais ont des contacts non seulement avec les familles mais aussi avec les différentes personnes et structures qui accompagnent les personnes accueillies ; par exemple : des foyers de vie, un hôpital de jour, des écoles, des orthophonistes. Au Relais sont élaborés des accueils individualisés à partir de projets individualisés, qui s'inscrivent dans une complémentarité des accompagnements extérieurs au Relais.

Ce cadre de travail va colorer et définir la nature des relations qui vont d'inscrire au sein du Relais. L'orientation de la structure, la spécificité des professionnels et le projet de l'établissement influencent les accompagnements et les relations patients-professionnels.

Cependant quel est le rôle de la psychomotricienne dans ce type de structure ?

La psychomotricienne inscrit sa praxis dans cette organisation pluridisciplinaire. Elle apporte un regard complémentaire à l'équipe, par le bilan psychomoteur et son observation clinique.

Sa formation, ses connaissances techniques et son parcours personnel lui permettent d'être particulièrement sensible et attentive aux ressentis et aux éprouvés corporels des personnes accueillies. La psychomotricienne permet de penser et d'agir sur les troubles de la personnalité.

Lors d'une séance, la psychomotricienne essaie de donner au patient un espace-temps contenant, où ses expériences corporelles liées à leur relation thérapeutique, permettraient l'émergence d'un travail psychique. J. Boutinaud a écrit « C'est avant tout un lieu d'expérimentation, active, soutenue, et encouragée par un praticien qui s'engage, s'implique psychiquement et corporellement dans le processus afin de servir de support d'étayage et d'identification ».

Le travail de mise en relation et de lien à l'Autre est central dans cet espace fédérateur qui aide à la rencontre. Aussi, l'étayage à la communication notamment non-verbale et à l'acquisition de compétences sociales sont des axes de travail.

Lors du temps hors des séances, s'il y a des difficultés, la psychomotricienne essaye d'aider le sujet à trouver des solutions qui viennent de lui et qui lui sont adaptées.

2) Présentation d'Etienne

Etienne est accueilli au Relais depuis Septembre 2013. Né en juillet 2008, il a cinq ans lorsque je le rencontre pour la première fois avec la psychomotricienne (cf. avant-propos). Il vit avec ses parents et son grand frère, plus âgé d'un an.

2.1. Concernant son développement psychomoteur

La grossesse se révèle sans particularité. Très jeune, dans le cadre d'une allergie au lait, Etienne prend un traitement à vie. Des otites à répétition entrainent un suivi ORL. Des reflux gastro-œsophagiens sont responsables d'une occlusion de la trompe d'Eustache.

Etienne marche à douze mois. Ses parents se souviennent de la présence de babillage, de réciprocité sociale et du début de pointage qui a disparu autour de ses deux ans. Le babillage pré-conversationnel et les quelques mots apparus (oui, non, maman, papa), disparaissent aussi vers deux ans. Etienne utilisait des gestes sociaux quand il était petit (au revoir, chut, bravo).

Il présente une particularité sensorielle qui est une hypersensibilité aux bruits forts. L'aspirateur fonctionnant provoque des cris, des pleurs d'Etienne. Au moment de la scolarisation, des difficultés de séparation existent le matin à l'école.

On remarque que son sommeil s'est structuré tardivement, il est stabilisé depuis septembre 2012. Au préalable, il avait des difficultés à l'endormissement et les réveils étaient douloureux avec des agitations. Il présente des rétentions de selles qui ont légitimé des lavements et une semaine d'hospitalisation en pédiatrie en 2012.

Ces informations proviennent du dossier mis en place à l'arrivée d'Etienne, avec ses parents et la psychologue du Relais. Elles sont importantes à prendre en compte pour connaître l'histoire de vie dans laquelle s'inscrit le projet de soin d'Etienne. Son accompagnement au Relais, s'inscrit dans son histoire, il est donc élaboré par les professionnels en tenant compte de celle-ci.

2.2. Actuellement

Petit garçon blond aux yeux clairs, Etienne présente un rapport staturo-pondéral en accord avec son âge. Il n'a pas encore accès au langage. Il exprime des sons, qui ressemblent actuellement de plus en plus à des mots. C'est un enfant qui s'auto-stimule souvent lors des temps libres, bien qu'il accepte de plus en plus, qu'un autre enfant de son âge accueilli en même temps, soit avec lui. En temps libre, Etienne court de salle en salle, grimpe sur les canapés, les rebords de fenêtres, les objets de la salle de psychomotricité. Il s'assoit au sol lorsqu'un objet l'intéresse, comme les cartes, un livre, un jeu, et peut rester calme un moment. Il manipule les objets en les faisant tourner entre ses doigts, des pièces de jeux, des balles, des petites voitures. Il ne sollicite pas les autres en temps libre mais accepte mieux leurs présences.

Malgré cette difficulté dans la relation, Etienne salue en approchant sa joue contre celle de l'autre, lorsqu'on se met à sa hauteur. En général, alors qu'il est assez en confiance, Etienne montre un large sourire et semble content d'être au Relais.

L'observation clinique lors de ces temps informels est très riche. Les différentes relations avec les autres enfants accueillis et les professionnels commencent à se créer lors de ces moments. Chaque semaine, ce sont les mêmes personnes accueillies sur les mêmes horaires. Nous nous envisageons, nous nous observons, puis, par une accommodation aux autres, nous nous habituons à ces présences. Dans le cas d'Etienne, peut-être pour cela arrive-t-il à mieux accepter les autres autour de lui.

3) Le diagnostic d'Etienne

Lors de la cotation de l'Autism Diagnostic Interview qui est un outil spécifique concernant l'autisme, validé par l'Agence Régionale de Santé et utilisé par le Centre Ressources Autisme (CRA), Etienne présente les résultats suivant :

- Anomalie qualitative de l'interaction sociale réciproque : 16 (valeur seuil étant de 10)
- Anomalie de communication verbale : non cotable, et pour la communication non verbale : 9 (valeur seuil étant de 7)
- Comportements répétitifs et patterns stéréotypés : 3 (valeur seuil étant de 3)
- Anomalie du développement évidente à ou avant 36 mois : 5 (valeur seuil étant de 1).

Cet outil est considéré comme une aide au diagnostic et permet d'obtenir des descriptions détaillées des comportements de l'enfant et de connaitre le point de vue des parents qui le côtoient au quotidien.

Ainsi, Etienne présente des Troubles du Spectre Autistique qui se caractérisent chez lui, par un « manque d'autonomie, des troubles de la communication et de la relation, associés à de l'instabilité. Cela ne permettant pas l'accès aux apprentissages dans un contexte scolaire normal».

La Classification Internationale des Maladies (CIM 10 F84-84.0) donne trois domaines définissant ces troubles : l'altération qualitative des interactions sociales, l'altération qualitative de la communication, le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des activités.

Le CRA, dans son bilan, confirme ce diagnostic et préconise une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) pour Etienne à l'école, de maintenir la prise en soin à l'hôpital de jour, ainsi que d'intégrer le Relais pour une prise en soin en psychomotricité et l'apprentissage de la méthode PECS[39] , deux fois par semaine.

Des questionnements apparaissent quant à cette notion de diagnostic : à quoi sert un diagnostic ? Pourquoi poser une étiquette et catégoriser les patients alors que chaque sujet est unique ? Que fait-on une fois le diagnostic posé ?

Plus que de poser un diagnostic, le CRA établit un profil d'Etienne en ciblant ses capacités, difficultés et les axes de travail possibles et nécessaires avec lui.

La connaissance de la maladie permet de la déstigmatiser, la famille essaie de mieux comprendre ce qui se passe. En s'appropriant des informations adaptées sur la pathologie diagnostiquée, il leur est possible d'augmenter le niveau de contrôle de la situation et de diminuer leur angoisse. Après des recherches, les parents d'Etienne ont décidé de se former à la méthode PECS, afin d'être acteurs dans l'accompagnement de leur fils à la communication.

Comme l'écrit P. Delion, de par son étymologie grecque, le mot diagnostic signifie connaître l'autre en avançant avec lui dans le temps et dans l'espace. Ainsi, le diagnostic ne vient pas poser une étiquette sur une « identité statistique ou souffrance standard », mais prendre en

[39] Picture Exchange Communication System = méthode de communication alternative basée sur l'échange d'images

compte la subjectivité d'Etienne, en considérant les signes cliniques avec son histoire et son vécu.

Ainsi, le diagnostic médical appartient au cadre thérapeutique dans lequel s'inscrit le projet de soin, adapté et ajusté à Etienne, selon ses capacités et difficultés. Sur prescription médicale, Etienne est accueilli en psychomotricité, deux fois par semaine.

4) Les accompagnements d'Etienne

4.1. L'école

Etienne est scolarisé en Moyenne Section de Maternelle, les mardis, jeudis et vendredis matins. Il y est accompagné par une AVS. Un espace, au niveau de la bibliothèque à l'extérieur de la classe, est réservé pour lui. Lorsque la relation, avec le groupe des autres enfants de la classe, est trop difficile, Etienne est accompagné dans ce lieu par l'AVS. Lors des réunions des Équipes de Suivi de Scolarité organisés par l'école, l'enseignante, l'AVS, la psychologue scolaire, la psychomotricienne de l'hôpital de jour, l'orthophoniste et la psychomotricienne et la psychologue du Relais se rencontrent pour parler du projet d'Etienne.

4.2. L'hôpital de jour

Les lundis et mercredis matins, Etienne est pris en soin dans un hôpital de jour. Un accompagnement lors des repas du midi lui est proposé. Il participe à des activités de jeux en groupe, ainsi qu'à un atelier pataugeoire avec une psychomotricienne.

4.3. L'orthophonie

Etienne rencontre une orthophoniste, une demi-heure les mardis et jeudis. Ils travaillent ensemble sur la communication, avec récemment la méthode PECS qui est aussi travaillée au Relais. À l'origine, les parents d'Etienne n'étaient pas pour cette méthode. Après réflexion, ils se sont formés et maintenant, Etienne peut utiliser son classeur dans les différents lieux qu'il côtoie.

4.4. Le Relais

Etienne vient au Relais deux fois par semaine. Il lui est proposé un repas thérapeutique, un temps pour travailler avec la méthode PECS et une séance de psychomotricité, les mardis et vendredis après-midis.

Les jeudis après-midis, lundis, mercredis et les weekends sont disponibles pour Etienne. Nous pouvons estimer qu'il est important que ce temps soit respecté pour permettre non seulement d'éviter une sur-stimulation et un trop plein d'apprentissages pour Etienne mais aussi pour être en famille.

La famille d'Etienne me parait en recherche d'informations, ils participent activement à une association pour l'autisme. Ils insistent sur la valorisation des capacités de leur fils et de ne pas faire à sa place, pour qu'il ne « se repose pas sur ses lauriers ». Le grand frère d'Etienne est scolarisé en CE1 dans la même école et d'après la psychomotricienne de l'hôpital de jour, la maitresse et des professionnels du CRA, ce jeune garçon aurait aussi des difficultés qui sont niées par les parents.

Pour que le temps qu'Etienne passe au Relais ait du sens et qu'il s'inscrive dans une complémentarité des accompagnements d'Etienne, connaître son emploi du temps et ses accompagnements est nécessaire. Ainsi, le cadre thérapeutique devient plus organisé et cohérent.

5) Le projet d'Etienne au Relais

Les objectifs des accompagnements sont travaillés en équipe et présentés aux personnes accueillies et aux parents afin d'être en accord. Des projets personnalisés sont élaborés pour chaque personne accueillie.

Au Relais, Etienne est accompagné pour améliorer sa communication, la relation et l'échange avec l'Autre. Ne parlant pas, il lui est difficile de se faire comprendre. Cette difficulté se traduit en troubles du comportement, crises et intolérance à la contrainte et à la frustration. À son arrivée, Etienne ne sollicitait pas l'adulte pour l'aider, comme s'il n'avait pas conscience de sa propre demande et pouvait se mettre en danger. Pour faire une demande à l'autre, il faut qu'il puisse considérer l'autre différent de lui-même.

Un travail sur les troubles du comportement et la gestion de ses angoisses est important à mettre en place avec Etienne. Notamment en psychomotricité, en essayant de lui proposer une contenance. Mais aussi de l'accompagner à découvrir des moyens, des supports corporels pour communiquer. Cet étayage consiste à permettre l'émergence de la relation dans la rencontre avec l'autre.

Par le PECS, l'objectif de l'ergothérapeute sera de mettre en place une communication fonctionnelle et d'amener Etienne à une communication spontanée et autonome, afin de faciliter l'accès à la parole. En lui permettant de prendre en compte sa propre demande, ceci instaurera l'élan vers la communication. Ainsi en aidant et étayant la progression de ses possibilités de communication, ceci pourrait améliorer la qualité de vie d'Etienne et de sa famille.

6) La prise en soin d'Etienne en psychomotricité

6.1. Le bilan psychomoteur

La psychomotricienne a proposé la passation du M-ABC à Etienne, en septembre 2013. Je n'étais pas encore présente en stage. Ce bilan a été filmé et j'ai ainsi pu le visionner. Le M-ABC permet d'évaluer la motricité globale selon trois critères : la dextérité manuelle, la maîtrise de balle et les équilibres statique et dynamique. L'observation clinique est essentielle.

Sur deux séances d'environ quarante minutes chacune, Etienne effectue des activités motrices ainsi que des activités à la table. Bien que dans l'ensemble il évite la relation, par des fuites du regard, des réactions de distanciation au toucher, d'évitement de la proximité, il acceptera les jeux que lui propose la psychomotricienne car celle-ci s'adapte à ce qui lui est tolérable ou non.

Nous remarquons que la psychomotricienne fait un travail d'ajustement pour trouver ce qui motive Etienne. Elle s'ajuste à lui dans le but de favoriser la rencontre.

Le bilan n'a pu être coté car Etienne n'avait pas accès à la compréhension des consignes. Il a néanmoins pu réaliser certains items, qui ne nécessitaient pas la compréhension de la consigne verbale ou imitative, par exemple, mettre des pièces dans une tirelire, enfiler des perles sur un lacet. Pour les autres items, il explore les objets, les manipule comme la balle de tennis, le petit sac. L'ensemble du bilan est influencé par le fonctionnement sensori-moteur d'Etienne ainsi que sa difficulté dans la relation et la communication.

L'observation clinique de la psychomotricienne prime. C'est un temps plutôt libre où ce que fait Etienne est remarqué et permet de rassembler des éléments pour cibler son profil psychomoteur.

Etienne présente une adhésivité dont parle Kanner, c'est-à-dire qu'il est très dépendant de l'environnement qui l'entoure. Ses modalités de fonctionnement sont de type autistique : la sensorialité est prévalente. La plupart du temps, il présente des conduites autistisantes qui ne permettent pas d'apprentissage, d'expérimentation, de relation, ni de découverte. Concrètement, il touche les objets souvent en les faisant tourner entre ses mains, regarde les balles roulées après les avoir lancées et recommence, il regarde souvent la lumière, grimpe sur les matelas ou matériels qui sont au sol. Du fait de l'absence de mentalisation, la sensorialité prendrait-elle cette place de représentation, afin de permettre à Etienne une sorte de continuité dans sa vie ?

Il semble ne pas concevoir l'Autre, du fait qu'il n'effectue aucune demande. Son regard fuit le regard de l'Autre. Il ne projette pas sur l'adulte pour avoir en retour une réponse à sa demande. Il paraît ne pas avoir conscience qu'il peut faire une demande. Par exemple, au moment de remettre ses chaussures, il attend.

L'Autre, son environnement, seraient-ils trop intrusifs pour lui, au point qu'il ait besoin de s'en protéger ? Des stéréotypies par exemple avec ses mains devant ses yeux sont observables. Ces stéréotypies pourraient être défensives de l'environnement non intégrable ou encore fonction de décharge de l'excitation pour retrouver un équilibre émotionnel. Ce seraient des procédés auto-calmants.

Au niveau du tonus et de sa posture, Etienne marche, saute sur la pointe des pieds. L'absence de régulation tonique est marquée du fait qu'Etienne est plutôt organisé sur un versant hypertonique en général et présente des effondrements toniques de temps en temps. Le reste du temps, il court sans but apparent de la porte d'entrée au mur situé en face, de manière semble-t-il à se maintenir une consistance tonique par le mouvement.

Au niveau de la latéralisation, Etienne effectue indifféremment avec sa main droite ou sa main gauche les différentes actions, cependant il est à peine âgé de cinq ans au moment du bilan.

Cela est en lien avec la construction de son axe corporel qui semble fragile car des clivages haut/bas et droite/gauche sont observables. Par exemple, sur le trampoline, afin de le sécuriser dans ses sauts, si la psychomotricienne le tient au niveau des mains ou des bras, les jambes

s'affaissent et il s'assoit sur le trampoline. Il prend beaucoup de plaisir sur ce trampoline et rigole beaucoup.

De même, lorsqu'on l'accompagne en le tenant par la main droite, il donne l'impression de laisser trainer son côté gauche.

Etienne a le comportement global d'un enfant plus jeune. C'est un petit garçon souriant qui est attendrissant. Cependant, il présente des crises avec des cris, des mouvements de bras et de mains dirigés vers l'autre, lorsqu'il ne veut pas faire quelque chose, ou que la situation ne lui convient pas. Il ne sait pas dire « non » autrement. Le sensoriel qui prédomine dans son fonctionnement altère sa relation à l'environnement. Etienne semble avoir besoin d'un temps de latence, ce qui sera intéressant d'observer par la suite.

Ce moment du bilan est aussi la première rencontre entre la psychomotricienne et Etienne. Outres les temps informels, ils ne se connaissaient pas encore. La psychomotricienne s'ajuste à Etienne en vérifiant ce qui est tolérable ou non pour lui. Notamment au niveau de la distance corporelle, il n'apprécie pas la proximité, la psychomotricienne maintient alors une certaine distance ce qui rend possible quelques échanges de balles par exemple.

6.2. Les objectifs en psychomotricité

De ce bilan, et des écrits du CRA, des axes de travail sont identifiables. En psychomotricité, comme exprimé plus haut, les objectifs vont être définis par rapport aux troubles du comportement que peut présenter Etienne, par rapport à ses difficultés de relation et de communication, ainsi qu'un travail sur la socialisation. Le mardi, la psychomotricienne reçoit Etienne, en binôme. Et nous sommes la psychomotricienne et moi-même présentes avec Etienne pour les séances du vendredi, en trinôme.

Lors de cette proposition de prise en soin à deux psychomotriciennes avec Etienne, je me demandais si ma présence ne serait pas de trop. La relation étant compliquée à mettre en place pour Etienne avec une personne, je pensais qu'amener une deuxième personne pourrait être une contrainte de plus non nécessaire dans cette prise en soin. Par la suite, je compris que cette tiercéité entrainait une dynamique psychique particulière. « La tiercéité est la forme du lien, de l'entre-deux, elle est à la fois intermédiation, différenciation, accomplissement et mise en cause de la continuité ». Par cette proposition, nous cherchons à ce qu'Etienne puisse s'unifier et se différencier pour ensuite créer du lien avec l'Autre.

Par une prise en soin contenante, c'est-à-dire, régulière, fiable, prévisible, et identique dans son déroulement, ritualisée, le but est d'amener Etienne à se sentir contenu, porté.

Un parallèle est possible avec le « holding » de Winnicott, où la mère suffisamment bonne, par sa protection, a un rôle de pare-excitation. Cette fonction est fondamentale pour l'intégration du Moi.

Pour renforcer ce sentiment de contenance, des couvertures sont disponibles pour Etienne et lorsqu'il s'y intéresse, nous l'aidons à s'y enrouler, s'y cacher. Par l'accompagnement et la symbolisation effectuée par la psychomotricienne et moi-même, la considération de ses limites corporelles est en scène. Cet axe de travail sur le contenant, contenu et les limites est très important avec ce petit garçon, afin qu'il s'unisse lui-même pour pouvoir considérer l'Autre.

Il est indispensable de favoriser un sentiment de confiance chez Etienne afin qu'il puisse avoir des expériences de corps tolérables et assimilables par lui ainsi que des expériences de relation. « Toute l'amorce d'échanges suppose de la part de l'enfant la perception d'une présence, la reconnaissance d'un corps, d'un espace et de séquences temporelles rythmées. » B. Golse explique que les expériences corporelles peuvent prendre sens et être représentées dans l'appareil psychique du patient grâce à la verbalisation et notamment dans la relation avec le psychomotricien.

Nous abordons l'utilisation de l'imitation avec Etienne car c'est une forme d'interaction, de relation. L'imitation a deux rôles dans le développement humain : l'apprentissage par observation de ses congénères et la communication avec autrui. L'imitation est indispensable pour la mise en place du langage et c'est également l'une des conditions essentielles de la vie sociale. Le langage non verbal pourrait être enrichi par ses expériences d'imitations et ainsi pallier à ce retard du développement du langage parlé chez Etienne, avec pour l'instant peu de tentatives de compensation par d'autres modes de communication.

Afin d'encourager la communication non verbale chez Etienne, nous sommes très attentives et valorisons les différentes expressions corporelles qu'il initie comme prendre par la main pour faire quelque chose avec lui. De plus, l'utilisation de la transmodalité est aussi intéressante pour entrer en contact avec Etienne. En accompagnant vocalement ses activités de répétition de lancer de balle par exemple, nuancer le ton de la voix sur les différents temps du trajet de cette balle l'interpelle. L'objectif est la création de la relation à l'Autre.

Un travail dans un but de socialisation, par rapport à l'école, est aussi entrepris avec notamment l'apprentissage de règles de base, comme attendre son tour lors d'un parcours par exemple. Les acquisitions en séance de psychomotricité sont très contextualisées et c'est leur répétition qui permettra leur intégration et leur généralisation à l'extérieur, comme à l'école.

Cette prise en soin comporte « les trois temps logiques du soin en institution par rapport aux enfants psychotiques et autistes », dont parle P.Delion.

D'abord, la fonction phorique qui concerne l'accueil matériel et les conditions dans lesquelles on accueille psychiquement le patient. L'équipe suffisamment bienveillante, par laquelle le patient va se sentir accueilli, porté, afin qu'il puisse mettre en place un transfert dans ce lieu. Nous essayons de repérer ce qui génère les stéréotypies et les conduites compensatoires chez Etienne, afin d'aménager le contexte de façon à ce qu'il ait le moins possible recours aux stimulations, aux accrochages hypertoniques. Car ce sont des moments où il est aux prises avec la sensorialité et il ne peut pas élaborer des constructions mentales, psychiques et représentatives. Ainsi, en faisant attention à l'environnement et à nos propositions, nos postures et nos présences, Etienne sera plus disponible à l'échange, à la relation et à un travail psychique.

Ensuite, la fonction sémaphorique qui consiste à ce que nous recevions ces signes dans notre appareil psychique où ils s'inscrivent car nous sommes en disposition de les recevoir. Cette étape précède celle permettant la production de sens, de représentation. C'est la transformation de la "matière psychique" en signes repérables, partageables et interprétables. Ce sont les « signifiants primordiaux » de B. Golse. Etienne doit se sentir suffisamment en confiance, dans un environnement acceptable pour lui, afin de pouvoir se montrer, se mettre en scène. Cette étape peut prendre du temps, il faut être vigilant dans l'observation clinique et s'ajuster en permanence.

Puis, la fonction métaphorique qui permet de donner du sens institutionnellement, en équipe. C'est la réflexion en équipe des objectifs d'accompagnement d'Etienne. La verbalisation et la représentation en équipe de ce qui se passe en séance, afin d'y mettre du sens. Les réunions de synthèse ont lieu tous les mardis matin. Je ne peux y être présente, mais la psychomotricienne me fait part de ce qui en ressort. C'est un temps indispensable permettant à l'équipe de s'ajuster à l'évolution d'Etienne.

Ce cadre détermine la nature thérapeutique des relations au sein de la prise en soin en psychomotricité d'Etienne. Ce dernier peut l'investir car il lui est adapté singulièrement.

6.3. La première rencontre avec Etienne

Exposée dans l'avant-propos, cette première rencontre avec Etienne me laisse aux prises avec de nombreux questionnements. M'a-t-il seulement remarqué ? Comment vais-je faire pour faciliter la création d'une relation thérapeutique entre lui et moi ? Comment vont se passer les autres séances ?

Avec la psychomotricienne, nous prenons un temps pour échanger sur cette séance. Etienne a offert des possibilités d'échanges avec la psychomotricienne. Ma présence discrète lors de la séance ne semble pas le déranger. Je fais alors par de mes questionnements et de mes ressentis. Je prends conscience que pour élaborer une relation thérapeutique, il faut que le patient considère l'autre. Cela peut prendre du temps, mais alors comment ne pas m'imposer à lui tout en lui signifiant ma présence ?

6.4. Évolution au fil des séances

Au fur et à mesure des séances, Etienne regarde dans ma direction. Je lui souris ou verbalise par exemple le fait que moi aussi je veux bien jouer avec lui. Tout sourire, il s'approche de moi en courant et repart aussi vite, cela plusieurs fois. Sentant se rapprochement s'opérer, je m'assois sur les tapis. Etienne passe derrière moi. Je me retourne en lui faisant « coucou », et il part en riant. Une part d'intuition rentre en compte dans cette création de la relation.

Une attention constante aux comportements et actions d'Etienne m'amène à m'ajuster à lui et permettre l'évolution de cette relation. Par exemple, j'évite de le regarder longtemps dans les yeux car ce contact le fait fuir.

Avant la mise en place d'une ritualisation des séances, différents temps ont permis la rencontre.

- L'espalier/toboggan

Pendant l'une des premières séances, nous proposons à Etienne de faire du toboggan. À l'espalier est accroché un banc sur lequel Etienne peut glisser. La psychomotricienne l'aide à grimper en haut du toboggan en passant par l'espalier, et je me positionne pour réceptionner Etienne en bas du toboggan. Il est ravi et rigole beaucoup. Lors des premières glissades, il fuit

mon regard. Puis, au fur et à mesure, il ne se détourne plus. Le toboggan représente un lien, un espace où nous sommes tous les trois inclus.

Nous changeons les rôles et Etienne accepte difficilement de regarder une autre personne glisser sur le toboggan. Puis, en oralisant par des sons la glissade, Etienne se montre enjoué et rit en regardant l'autre glisser. Je me pose la question de savoir si Etienne est à ce moment en relation avec nous ou bien emprunt aux sensations que lui procure la situation.

- La cabane

Cette séance s'est aussi déroulée au début de cette prise en soin. Etienne semble explorer et investir cet espace de la salle qui lui est proposé. Il fait des allers retours en courant entre la porte et un miroir caché par un rideau. La psychomotricienne et moi-même étions à côté du miroir. Etienne s'y arrête et se cache derrière le rideau. À ce moment, apparaissait le jeu du caché/coucou chez Etienne. En verbalisant le fait qu'il se cache, qu'il mette des barrières entre lui et nous, nous l'aidons à se construire une cabane. Il est ravi, fier et tape sur les bords de la cabane qui sont bien solides. Il montre un large sourire en nous regardant.

Je pose une main sur un bord de la cabane pour me lever et Etienne réagit en venant me repousser. Certes il m'a écartée de son territoire, mais c'est la première fois que je me sens autant exister avec lui. Je suis une autre personne, qu'il ne veut pas dans son espace à lui, qui est alors délimité. Etienne paraît considérer l'autre à certain moment.

Je me demande aussi en le voyant investir autant cet espace comment nous allons pouvoir l'inciter à sortir de sa cabane et venir avec nous. Etienne recommence à s'enrouler dans le rideau. La psychomotricienne lui donne alors une couverture. Etienne s'y enroulera en entier et restera un moment caché. Les limites de la pièce, de son espace personnel et de son corps sont mises en scène.

Puis, il sort sa tête progressivement, il se découvre. Peut-être pour me rassurer que l'échange est encore possible, je lance un ballon à Etienne après l'avoir averti. Il me le renvoie. Finalement, nous jouons à trois au ballon et Etienne sortira de sa cabane et nous aidera à ranger le matériel.

Ces séances à trois se sont ensuite ritualisées avec un premier temps de chant et danse « Jean Petit qui danse ». Puis, des échanges de ballons ou de balles, suivis par un parcours et pour finir un temps calme sur les tapis.

Avant de présenter les différents temps repérés des séances, faisons le point sur la création de la relation thérapeutique. En étant attentive, en écoutant et observant ce que le patient nous montre, en nous ajustant à ce qui lui est tolérable, nous tentons de faciliter la relation. C'est un véritable processus, en constante évolution, qui s'enrichit des moments passés ensemble.

En ce qui concerne la demande du patient, dans le cas de cette prise en soin, la demande provient des parents d'Etienne guidés par l'équipe du CRA. Comment faire émerger cette demande chez Etienne ? Est-ce une demande d'Etienne pour venir en psychomotricité que nous attendons ? Je ne pense pas, n'ayant pas conscience de son trouble, Etienne ne fera pas de demande. Par contre, qu'il accepte ce temps où nous encourageons la relation, où nous lui demandons d'être avec nous, dans l'échange, c'est une première étape à ne pas négliger.

Nous allons voir dans la présentation qui suit, que la relation thérapeutique avec Etienne s'est mise en place progressivement vers une alliance thérapeutique.

- « Jean Petit qui danse »

Au départ de la prise en soin, c'est un exercice compliqué pour Etienne. Nous faisons une ronde en nous tenant les mains et nous chantons. Etienne ne chante pas et nous observe ou regarde vers le sol. Nous sentons que nos regards sont trop intrusifs. La relation lui est difficilement acceptable. Etienne se détourne ou part plus loin dans la pièce. Nous lui proposons de revenir et nous essayons de nous ajuster. De plus, Etienne me donne l'impression que nous le portons en le tenant par les mains, car ses jambes semblent ne pas tenir. Cependant il y prend du plaisir car il rit.

Lorsque nous tapons dans nos mains, ou balançons nos bras ou sautons, Etienne regarde. Petit à petit, par imitation, il commence à taper dans ses mains.

Au fil des séances, Etienne coupera de moins en moins le contact. Il expérimente ses mains, puis il sautera aussi avec nous. La psychomotricienne se positionne derrière lui et l'aide à m'imiter. Etienne rit beaucoup et de plus en plus de sons sortent de sa bouche. Il devient acteur, avec nous.

Désormais, Etienne nous tend les bras et prend nos mains pour que nous commencions la séance par la ronde. Nous chantons et il participe avec des sons. Au moment de se détacher pour taper dans nos mains, je n'ai plus l'impression qu'il va s'effondrer. Il semble plus solide sur ses jambes. D'ailleurs, il saute en nous imitant et rit beaucoup à ce moment-là. Nous effectuons la chanson ensemble sans qu'Etienne n'ai besoin de s'isoler ni de se mettre à l'écart. Il accepte

notre présence et nos regards, nous faisons attention de ne pas fixer nos regards toutes les deux sur lui. Par une habituation et un ajustement relationnel, cette situation est devenue plus acceptable pour Etienne.

- Les jeux de ballon

Au début de la prise en soin, les échanges de ballon étaient compliqués car Etienne regardait à peine la personne qui lui envoyait le ballon, et n'avait pas de réaction face à la passe. Nous essayons en passant par le sol, je faisais rouler le ballon jusqu'à lui, et la psychomotricienne positionnée derrière lui, en appui dos, l'aidait à me le renvoyer. Plusieurs échanges sont alors possibles. Etienne suit de plus en plus la trajectoire du ballon avec ses yeux. Alors qu'habituellement, il observe les balles et ballons rouler lors de ses moments d'autostimulation. Au début, la situation de relation semble difficile à gérer pour lui et son regard se porte vers la lumière ou les murs.

Au fur et à mesure, il regarde dans ma direction de temps en temps. Ce regard n'est pas coordonné avec le geste pour faire rouler le ballon vers moi. Comme s'il avait besoin d'apprivoiser cette situation de face à face tout en étant maintenu dans le dos par la psychomotricienne. Il fait rouler le ballon mais ne me regarde pas en le faisant, cependant le ballon arrive correctement dans mes mains. Il n'y a pas de continuité dans les échanges, comme un besoin de couper le contact.

De deux ou trois échanges possibles au début, Etienne devient de plus en plus à l'aise dans la relation. La psychomotricienne peut prendre un peu de distance. Les regards d'Etienne suivent le ballon. Des échanges à trois au sol sont possibles. Etienne sourit et investit ce temps.

Ensuite, nous essayons des échanges debout. La réception du ballon est compliquée pour Etienne, il se penche, ramasse le ballon et s'approche de nous pour nous le donner. En l'encourageant à faire une passe, de sa place délimitée par un cerceau, Etienne renvoie le ballon. Parfois encore il s'approche pour donner le ballon de main à main.

Ce travail d'échange prend en compte non seulement la relation qui évolue à l'image de ces échanges mais aussi l'intégration petit à petit des distances, de l'espace. Les échanges en triangle sont possibles et désormais, Etienne tend les bras et les mains pour recevoir le ballon. En général, il est concentré et souriant lors de ce temps.

- Le parcours

L'idée du parcours viendrait répondre aux nombreux allers retours que faisait Etienne entre la porte d'entrée et le mur d'en face, en courant, ainsi qu'à ce besoin qu'il avait de se percher aléatoirement sur les objets de la salle. Avec un parcours, cela nous permettait d'organiser cette motricité diffuse, de lui proposer un intérêt, ainsi qu'un but, une intention. La stimulation sensorielle semblant envahir le fonctionnement d'Etienne, comment l'accompagner pour mettre du sens sur ses sensations ? Par exemple, lors du brossage des dents, comment l'aider à accéder à cette nécessité d'hygiène plutôt qu'à une stimulation de la bouche ?

Le parcours nous permet d'instaurer, au fur et à mesure, la règle du chacun son tour. Maintenant, Etienne attend tranquillement sur le banc pendant le passage des autres, mais peut aussi participer émotionnellement depuis le banc. C'est un moment de plaisir partagé.

Le parcours est marqué par un départ, et une arrivée où il faut déposer un cerceau autour d'un plot. Souvent, Etienne s'arrêtait au niveau du trampoline et avait du mal à finir le parcours. Il a maintenant intégré la fin du parcours et passe facilement à la suite. La compréhension d'un début et d'une fin semble intégrée.

Quand il arrive au Relais, son emploi du temps est affiché contre un mur à sa hauteur. Des pictogrammes du haut vers le bas décrivent le déroulement de son temps au Relais. Etienne comprend l'ordre et la succession des différentes étapes. D'ailleurs, s'il y a un changement ou un oubli comme de se laver les dents après le repas, cela peut entrainer chez lui des troubles du comportement, ce qui montre que cette ritualisation est une sécurité indispensable pour Etienne. De même, les différents temps de la séance de psychomotricité commencent à être bien repérés. Il faut faire attention à cette limite engendrée par la ritualisation, où les évènements nouveaux et inhabituels sont source d'angoisse.

- Le temps calme

Ce temps évolue au fur et à mesure de la prise en soin. Au début, Etienne remettait directement ses chaussures avec notre aide et sortait. Il devint de plus en plus accessible à ce temps de retour au calme. Il venait avec nous sur les tapis. Maintenant, il s'y allonge. Et depuis quelques séances, il se laisse envelopper dans une grande couverture, que l'on ajuste bien en serrant et appuyant sur les différentes parties de son corps. Il attend que l'on ait fini pour se lever et met ses chaussures presque tout seul.

6.5. Compte-rendu d'évolution de Septembre 2013 à Mars 2014

Au fil de ces séances, les stéréotypies ainsi que les conduites d'autostimulation d'Etienne sont de moins en moins présentes. Elles sont observables surtout lors des temps de latence, lorsque nous ne sommes pas en activité ou encore lorsqu'Etienne semble fatigué.

Etienne présente de nouveaux comportements. Il peut nous solliciter, en s'approchant de nous avec un grand sourire ou par exemple il me sollicite en prenant ma main et la positionnant derrière son dos dans le but de stimulations tactiles. Serais-je instrumentalisée ? Il peut aussi aller chercher la psychomotricienne par la main et l'emmener vers un gros ballon sur lequel il aime sauter.

La question est toujours de savoir s'il est véritablement dans la relation ou s'il nous instrumentalise et reste purement dans les sensations. Mais la proximité ne le dérange plus, il la crée. Il semble avoir maintenant connaissance de temps en temps de ses demandes, et est dans une période où il cherche comment l'adresser. Son sourire semble adressé et pourrait-il être le signe de la relation instaurée entre nous ?

De plus, Etienne fait comme des vérifications de sa bouche dans le miroir. Il se regarde et fait des mouvements avec ses lèvres. Il nous semble qu'il fait de plus en plus de sons qui ressemblent à des mots.

Ayant mieux investi le cadre et semblant considérer l'autre au moins à certains moments, proposer de nouveau le bilan du M-ABC à Etienne, nous parait intéressant.

En Mars 2014, Etienne est alors réévalué dans le but d'apprécier son évolution. En arrivant dans la salle de psychomotricité, Etienne ne comprend pas pourquoi nous ne dansons pas sur Jean Petit qui danse. Il nous observe pendant que la psychomotricienne verbalise la situation. Finalement, il s'assoie à la table et le bilan peut commencer. Sur les huit épreuves proposées, une seule n'a pu être réalisée par Etienne (équilibre sur un pied). Les résultats sont les suivants : pour la dextérité manuelle : 15 points, pour la maitrise de balle : 3 points, pour l'équilibre : 9 points. Plus la note est basse, plus les exercices sont réussis.

Etienne obtient un score inférieur à la moyenne se son âge. Cela ne semble pas être lié à un équipement moteur déficient mais plutôt à une lenteur d'Etienne en lien avec ses conduites sensorielles. La plupart des items sont cotés en fonction du temps effectué par l'enfant. Or Etienne ne semble pas mettre de sens sur les notions de réussite ou d'échec en lien avec sa rapidité. Il effectue les propositions en comprenant la consigne par imitation, tout en prenant le

temps d'explorer et de s'auto-stimuler avec les perles vertes en leur faisant faire du bruit par exemple.

En rapport avec la première passation du bilan en Septembre 2013, les exercices sont devenus possibles car Etienne a investi le cadre et que nous sommes plus ajustées à lui notamment par rapport à son temps de latence. Il a besoin de temps avant de pouvoir imiter certaines actions qui lui sont proposées.

La psychomotricienne et la psychologue du Relais ont rencontré deux fois l'enseignante et l'AVS d'Etienne. Ces dernières apprécient le soutien du Relais et constatent des améliorations. Il utilise son classeur PECS à l'école, ce qui d'après l'AVS a fortement diminué le nombre de crises chez Etienne. Il a progressé par rapport aux règles sociales, comme attendre son tour. Lorsqu'il n'est pas d'accord ou n'arrive pas à se faire comprendre, il se calme plus facilement face à la frustration.

Pour conclure, nous remarquons dans cette présentation de la prise en soin d'Etienne, que la relation thérapeutique n'est pas statique mais évolue tout au long de la prise en soin. En s'ajustant à ce qui lui est tolérable ou non, notre rôle en tant que psychomotricienne et stagiaire était de faciliter cette relation et de garantir à Etienne un cadre stable et contenant. Je me suis demandé si la verbalisation était utile avec un enfant qui n'a pas accès au langage. Or, d'autant plus, l'importance du bain de paroles, du ton de la voix, du rythme des mots sont des repères pour Etienne. C'est aussi lui proposer de sortir du vécu brut des sensations vers une symbolisation des ressentis.

Cette prise en soin avec Etienne m'a appris au début à identifier mes propres angoisses, à travailler sur mes ressentis, mes questionnements dans le but de faire attention à ce que je pouvais renvoyer à ce moment-là. J'ai aussi appris l'importance de la verbalisation et comment accompagner par la parole différentes situations.

Je souhaite pour terminer, exposer une situation qui s'est déroulée juste avant une séance et qui est significative des accompagnements d'Etienne, ainsi que de la relation qui s'est créée entre nous.

Il est 14h00, l'heure de commencer la séance de psychomotricité avec Etienne. Je vais à sa rencontre, je lui dis que c'est le moment de la séance de psychomotricité. Nous rangeons les objets avec lesquels il était occupé, puis nous allons au niveau du tableau de son emploi du temps du Relais. Nous repérons l'image de la salle de psychomotricité.

Arrivés dans la pièce, Etienne ne s'assoit pas sur le banc comme à son habitude pour enlever ses chaussures. Je m'y assois et lui propose de l'aider. Il reste au milieu de la salle et je vois son visage qui commence à se crisper. Il sert les poings et se contracte de tout son corps. Je m'approche de lui et lui explique que je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais que je ne comprends pas. Il semble de plus en plus en colère, il crie. J'essaie de comprendre ce qui peut le déranger.

Il finit par sortir en courant de la salle de psychomotricité. Pour ne pas instaurer un rapport de force avec lui, je le suis sans essayer de le rattraper mais en l'ayant à portée de vue. Il va de lui-même à son emploi du temps, attrape l'image avec le dentifrice et la brosse à dents. Il se retourne et me la tend énervé.

En effet, il ne s'était pas brossé les dents après le repas. Je l'y accompagne. Il s'apaise assez rapidement. De retour dans la salle de psychomotricité, il s'assoit sur le banc et la séance peut commencer comme d'habitude.

Cet emploi du temps permet un repérage séquencé dans le temps pour Etienne, ce que je trouve intéressant pour le contrôle et les repères qu'il peut avoir sur le déroulement de son temps au Relais. Le fait qu'Etienne ait pu aller chercher une image pour me montrer ce qui n'allait pas, a permis qu'il fasse une demande, de limiter les troubles du comportement. De plus, il savait à qui adresser cette demande. Par cette image, Etienne a pu me communiquer le pourquoi de son insatisfaction.

Cependant, je me questionne alors quant à cette ritualisation. Ne serait-ce pas une limite à ce modèle ? Est-ce-que cela ne créerait pas d'autres troubles du comportement ? Quelle place pour la nouveauté ?

Cette rencontre avec Etienne m'apprend que la genèse de la relation thérapeutique nécessite du temps. Le travail d'ajustement du psychomotricien est indispensable pour favoriser cette relation. La théorie me guide dans mon travail, mais l'intuition et la spontanéité ne sont pas remplaçables pour être en relation.

Rencontre avec Catherine

Le choix de la présentation de la prise en soin de Catherine, dans ce mémoire, permet d'illustrer l'influence du cadre psychomoteur au niveau de la préparation à la rencontre entre patient et psychomotricien, ainsi que l'ajustement dont le psychomotricien doit faire preuve pour gagner la confiance du patient, son adhésion et aller vers une alliance thérapeutique. Ainsi, nous allons tenter de comprendre ce qui influence concrètement la relation thérapeutique.

Nous repèrerons dans un premier temps le contexte et le cadre de cette prise en soin. Puis, nous présenterons la préparation spécifique qui a été nécessaire. Nous pourrons alors remarquer l'évolution de la relation entre Catherine et moi-même vers une alliance thérapeutique lors de la prise en soin.

1) Présentation du cadre

Ma première rencontre avec Catherine se déroule en Octobre 2013, sur un lieu de stage où je suis présente les jeudis après-midis. Je participe aux prises en soin en hydrothérapie, avec le psychomotricien. Ces accompagnements ont lieu dans une structure proposant un grand bassin, une piste de marche, un trèfle et beaucoup de matériels. Cette structure fait partie d'une institution à but non lucratif qui a une vocation sanitaire et médico-sociale pour des prises en soin de moyennes et longues durées.

Cette institution est composée de trente-deux pavillons, implantés dans cinq régions de France, qui accueillent et soignent des personnes présentant des troubles psychiques et des handicaps physiques et/ou mentaux, ainsi que des personnes âgées dépendantes. Au vu des nombreuses demandes d'admission, sont privilégiés les personnes avec des pathologies psychiatriques déficitaires, neuro-psychiatriques sévères ou des polyhandicaps graves.

Au niveau du service d'hydrothérapie, les jeudis après-midis sont dédiés à l'accueil de plusieurs groupes de personnes venant des pavillons de l'institution : des personnes âgées d'un EHPAD, des adultes d'un FAM, et un temps réservé pour des résidents polyhandicapés. C'est sur ce temps-là que le psychomotricien et la cadre d'un pavillon me proposent d'accompagner Catherine.

2) Préparation de la prise en soin

Étant en stage au service d'hydrothérapie le jeudi après-midi, je ne rencontre pas les résidents en dehors de cette structure. La prescription médicale du médecin neurologue m'autorise l'accompagnement en hydrothérapie de Catherine. Une rencontre en Octobre 2013 est alors prévue entre Catherine, la cadre, la psychologue du pavillon, et moi-même, afin que nous proposions la prise en soin en psychomotricité à Catherine. C'est la première fois que nous nous rencontrons avec Catherine. Nous nous saluons et nos regards se croisent plusieurs fois pendant la rencontre. La proposition de cette prise en soin est faite par la cadre à Catherine et je lui présente dans quel cadre spatio-temporel nous pourrions travailler, c'est-à-dire en piscine, pendant 45 minutes, une semaine sur deux. Elle semble satisfaite de cette proposition en acquiesçant avec un grand sourire et accepte volontiers, elle a déjà eu des expériences en hydrothérapie. Je trouve qu'elle me regarde un peu du coin de l'œil, mais elle me sourit. Elle repart sur son fauteuil roulant automatique.

Je profite d'être dans ce pavillon pour consulter les dossiers concernant Catherine, parler avec des soignantes de son lieu de vie, qui m'expliquent leur fonctionnement. Également, je rencontre la psychologue qui me donne de précieux renseignements et conseils pour la prise en soin de Catherine. J'apprends que celle-ci a tendance à mettre en place des relations fusionnelles avec le personnel soignant, il est donc convenu que je réfléchisse à l'élaboration d'un outil permettant un décompte des séances jusqu'à la fin de la prise en soin. Je choisis de construire un calendrier avec des pictogrammes (index 1), celui-ci permet de colorier une case lorsqu'une séance est effectuée et servira aussi de repère pour l'équipe soignante. Les séances seront effectuées une semaine sur deux.

Ce travail de préparation en lien avec la psychologue et l'équipe soignante s'occupant de Catherine est indispensable pour assurer une cohérence dans son accompagnement.

3) Présentation de Catherine

Anamnèse

Catherine est née à terme mais a eu besoin d'une réanimation pendant six minutes, elle fut alors placée en couveuse. Elle fut hospitalisée un mois car elle souffrait d'une encéphalopathie

et d'une anoxie néonatale qui ont entrainé des troubles neurologiques : arthétose[40] et parésie[41] des membres inférieurs.

Elle est la plus jeune d'une fratrie de quatre frères et sœurs. Leur père est décédé au moment de sa naissance.

Catherine a vécu dans un Foyer d'Accueil Médicalisé, puis dans une Maison d'Accueil Spécialisée et en 2000, elle intégra l'institution où je la rencontre. Catherine allait voir sa mère une fois par mois, mais celle-ci est décédée le 31 Mars 2010. Catherine en parle souvent et exprime sa tristesse de la situation. Elle n'a actuellement pas d'autre lien familial.

Actuellement

Née le 4 Avril 1973, Catherine est âgée de 40 ans lorsque nous nous rencontrons. Assise sur son fauteuil roulant, elle m'apparait de taille moyenne, plutôt fine, les cheveux noirs et courts, la tête penchant du côté droit, avec de jolies lunettes rouges. Elle présente des rétractations au niveau des membres supérieurs et de la main droite surtout. Catherine s'exprime avec quelques mots, et j'ai beaucoup de difficultés au début à comprendre ce qu'elle me dit. Elle semble avoir une bonne compréhension et suit correctement une conversation. Catherine est plutôt autonome dans le pavillon où elle habite, par exemple elle sait prendre l'ascenseur. Elle va aussi seule aux séances de kinésithérapie, à l'extérieur de son pavillon, au niveau de la structure d'hydrothérapie, cinq matins par semaine. Une orthèse à la main droite lui est posée pour éviter une déformation et soulager la douleur. Au quotidien, elle a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (habillage, toilette), elle est très volontaire et active dans ces temps-là.

Catherine peut présenter des troubles du comportement qui se traduisent en agitation. Elle présente des angoisses, de l'anxiété, notamment par rapport au décès de sa mère.

Les activités de Catherine

Dans l'institution, différentes activités sont proposées aux résidents et ils choisissent ce qu'ils souhaitent faire. Catherine participe à l'atelier « restaurant » ainsi qu'à la ferme thérapeutique, où elle aime aller voir les animaux (chevaux, chèvres) et s'en occuper.

[40] « Troubles caractérisés par l'apparition de mouvements involontaires, lents, irréguliers, de faible amplitude, ininterrompus, affectant surtout la tête, le cou et les membres. » Larousse Médical

[41] « La parésie est une perte d'une partie de la motricité d'un ou de plusieurs muscles du corps, temporaire ou permanente. » source : http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/14012-paresie-definition

Ces différents renseignements sur Catherine, me permettent de rassembler des éléments pour mieux la connaître, être en accord avec le projet de soin de l'institution et ainsi ajuster au mieux le cadre de la prise en soin de Catherine.

4) La prise en soin en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité vient s'intégrer en complémentarité au projet personnalisé de Catherine. Par rapport aux éléments recueillis, les premières séances auront pour objectifs la rencontre entre Catherine et moi-même et l'investissement du milieu, ainsi que libérer Catherine de son fauteuil en lui proposant des mouvements dans l'eau. Je pense aussi à la verticalité qu'elle n'a pas sur son fauteuil et qui peut être réalisable dans l'eau. Nous allons voir que les objectifs de la prise en soin se préciseront au fur et à mesure.

Je rappelle ici la préparation effectuée au préalable, avec un calendrier, dans le but de lui permettre de comprendre combien de séances sont effectuées et combien il en reste à venir. Ce travail rend possible l'anticipation de la fin de la prise en soin, pour prévenir les difficultés qui peuvent en découler. Je suis consciente de cet aspect mais je ne veux pas que Catherine le ressente dans mon comportement et dans notre relation.

Nous allons travailler dans le milieu aquatique qui entraine différentes représentations selon les personnes : de la liberté au danger. Des expériences sensori-motrices spécifiques à ce milieu seront vécues car un processus d'adaptation corporelle à l'eau se mettra en place avec la transformation des fonctions corporelles de base comme le tonus, la respiration, les sensations, l'équilibre… Les repères corporels habituels sont perturbés. Catherine a déjà bénéficié d'une prise en soin dans ce milieu et c'est une médiation qui lui correspondait et qu'elle appréciait beaucoup. Ce milieu aquatique est intéressant pour observer comment le patient vit son corps, comme lieu d'expression et aussi de relation. L'eau « nous renvoie au rapport que nous entretenons avec notre propre corps et avec les autres [42]». L'eau va induire un corps à corps entre Catherine et moi, je me demande quelle influence sur la relation thérapeutique peut avoir cette proximité entre nous. De même, comment parvenir à un engagement corporel mesuré et étayant ?

[42] « Au-delà du principe d'Archimède », P.Fernandez, dans Thérapie psychomotrice et recherches

Première rencontre dans l'eau

Pour ce début de prise en soin, je privilégie l'observation clinique et le fait de travailler sur l'investissement d'une demande de Catherine afin de cerner les objectifs de cette prise en soin. Par des initiatives verbales et motrices, j'essaierai de rester au plus près des éprouvés et de ce que me montre Catherine afin de m'ajuster au mieux.

Je vais chercher Catherine sur son lieu de vie. Un travail en amont est fait par les soignantes, qui lui préparent un sac avec deux serviettes de bain et son maillot de bain. Elles lui rappellent que c'est bien le jour où elle va à la piscine. Une aide-soignante nous accompagne au service d'hydrothérapie, elle aide Catherine au déshabillage. Celle-ci accepte que je sois présente. Catherine est d'accord pour qu'en sortant de l'eau, à la fin, je l'aide à s'habiller. L'aide-soignante reste un petit moment puis repart au pavillon. Nous détaillerons les différents temps des séances par la suite, concentrons-nous pour l'instant, sur ce qu'il ressort de cette première séance.

Avant d'entrer dans l'eau, nous prenons le temps d'échanger, je demande à Catherine si elle a envie d'aller dans le bassin, si cela lui rappelle des souvenirs. Catherine a bien repéré le psychomotricien qui est à côté de nous et elle le salue. Il semble représenter pour elle de bons souvenirs et elle me fait comprendre qu'elle a déjà été dans l'eau avec lui.

Le psychomotricien nous accompagne pour aller dans l'eau, Catherine est assise sur un fauteuil qui est soulevé par un bras élévateur. Une bouée lui est proposée, elle l'accepte volontiers. Je suis dans l'eau lorsque Catherine touche de ses pieds la surface de l'eau. Elle m'apparait crispée et stressée, elle cligne des yeux, présente une hypertonie du dos, la tête relevée, comme pour repousser le moment d'entrée dans l'eau. Elle appelle le psychomotricien. Celui-ci vient l'accueillir dans l'eau, Catherine se détend et sourit. Je reste à côté et je les accompagne dans la découverte de l'espace du bassin. Catherine me regarde du coin de l'œil, mais elle parait très heureuse d'être dans l'eau, car elle arbore un grand sourire. Au bout d'un moment, le psychomotricien demande à Catherine si elle veut bien continuer avec moi. Elle accepte, je me positionne sur un côté et place ma main sous son dos. Toujours avec la bouée, nous parcourons le bassin. Catherine ne quitte presque pas des yeux le psychomotricien, qui s'occupe d'un autre résident dans la piste de marche, à côté du bassin. Je sens qu'elle s'est de nouveau tonifiée au niveau du dos et elle ne sourit plus, elle semble plus vigilante. Je tente de verbaliser la situation, elle ne me regarde pas lorsque je lui parle. Je lui demande si elle préfère sortir du bassin, si la situation est trop compliquée pour elle. Elle me regarde et me dit « non, continue ». J'aide Catherine à glisser sur l'eau, sur le dos. Je lui propose plusieurs fois de faire des mouvements

de bras ou de jambes, mais c'est comme si elle ne m'entendait pas et son regard reste fixé à l'extérieur du bassin.

Cependant, lorsque je lui propose de se verticaliser, elle me regarde et dit « oui ». Nous allons au niveau du bassin le moins profond et je l'aide à se tenir droite. Les pointes de ses pieds, ses orteils touchent le sol. Elle sourit et porte sa tête avec fierté, le menton légèrement relevé. Je lui propose de l'aider à avancer, je sens dans mes bras son corps se tonifier et initier le mouvement. Je l'accompagne et quelques pas sont réalisés. Pendant ce temps-là, le regard de Catherine est dirigé vers moi, je lui souris. Elle semble concentrée sur ce qu'elle fait. Je retiens ce moment, en pensant à une piste à approfondir lors des prochaines séances.

Après cet effort, nous finissons la séance comme nous l'avons commencé, Catherine allongée sur le dos et le regard fixé à l'extérieur du bassin. Le psychomotricien semble représenter une sécurité pour elle. Je demande à Catherine si elle est d'accord pour faire un dernier tour du bassin avant de sortir et nous finissons la séance. Le psychomotricien nous aide à sortir de l'eau.

Catherine a froid et se replie sur elle-même, je l'accompagne à la douche, elle me sourit quand je lui présente l'eau chaude. Elle se rince elle-même. Je l'aide pour l'habillage, c'est un moment d'intimité. Pendant ce temps, je parle de la séance, lui demande si elle a bien aimé. Elle me répond uniquement par oui ou non. Alors je verbalise ce que j'ai moi-même ressenti : le fait que ce soit la première fois que nous nous rencontrions dans l'eau, que la présence du psychomotricien permettait une sécurité de plus, qu'il me semblait qu'elle aimait bien se tenir debout et droite.

Catherine étant prête à repartir, je vais moi-même m'habiller et reviens avec un crayon pour colorier une case du calendrier. J'aide Catherine à tenir le crayon, nous le faisons ensemble. Puis, je la raccompagne sur son groupe. Je marche à côté d'elle, elle est autonome avec son fauteuil électrique. Mais nous croisons d'autres résidents en fauteuil électrique, qui sont poussés par des soignants. Certes cela va plus vite, mais je me demande alors ce qui est le plus important, la rapidité ou l'autonomie ? Je continue de marcher tranquillement à côté de Catherine. Sur le trajet, nous échangeons quelques paroles. Arrivées sur son lieu de vie, elle me propose de visiter sa chambre. C'est un espace assez neutre, elle me montre son placard pour que je range sa veste. Puis, Catherine va manger un goûter, je repars au service d'hydrothérapie.

Je parle alors avec le psychomotricien de cette première rencontre dans l'eau avec Catherine et de la relation qui se crée entre elle et moi. Je me demande si Catherine présente de la timidité. Je trouve qu'il y a beaucoup de distance entre nous. Comme le psychomotricien me le rappelle, ce n'est que la première rencontre dans l'eau, et il faut du temps pour instaurer une

relation thérapeutique et gagner la confiance des résidents. Je comprends et continuerai à m'ajuster du mieux possible à Catherine pour permettre cette relation de confiance.

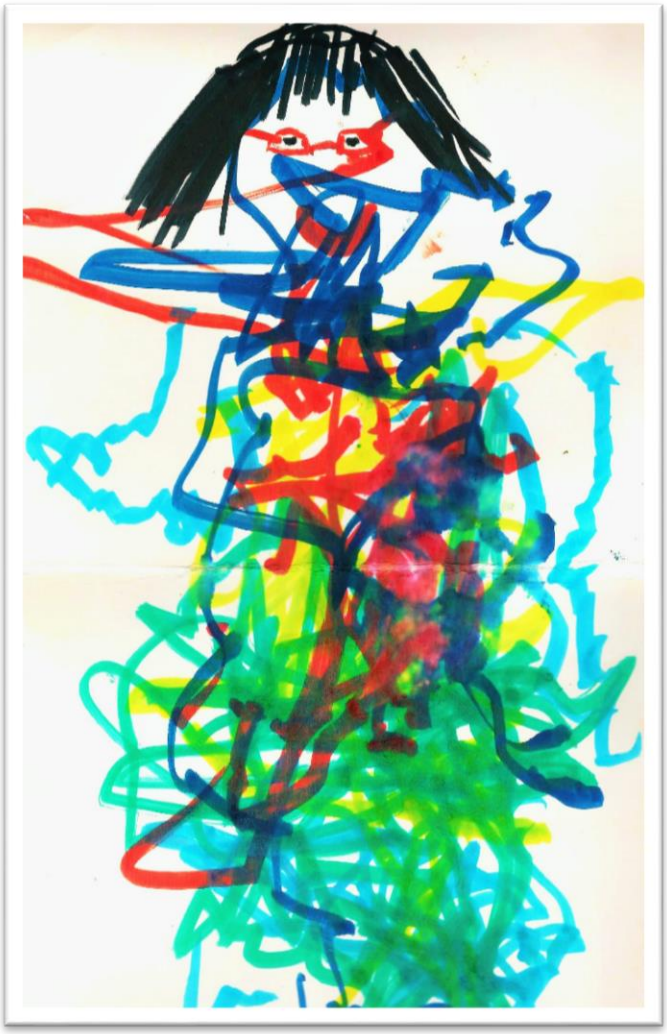
Je me rends compte de l'importance de ce temps de verbalisation après la séance. Il me permet d'élaborer avec le psychomotricien la prise en soin.

La semaine suivante, je ne reçois pas Catherine en séance. Mais le psychomotricien me remet un dessin de sa part, qu'elle a emmené le lendemain matin de notre rencontre en venant en séance de kinésithérapie.

Je remarque tout de suite le sourire qui trône sur ce visage, les lunettes rouges et les cheveux noirs et courts comme ceux de Catherine.

J'aperçois comme un axe au centre de ce dessin, et ce qui me frappe est la verticalité représentée. On me fait remarquer que le support du dessin, lui-même, a été utilisé par Catherine dans la verticalité. Je repense au moment où j'ai aidé Catherine à se tenir droite, debout dans l'eau.

Je trouve que les différentes couleurs utilisées donnent un aspect dynamique et vivant à ce dessin.



Dessin réalisé par Catherine

Évolution au fil des séances

Les séances suivantes se passent sensiblement de la même façon. Au début, j'accompagne Catherine sur les trajets entre le service d'hydrothérapie et son groupe, puis, à sa

demande, elle vient et repart seule. Elle veut garder cette autonomie, d'autant plus qu'elle vient seule en séance de kinésithérapie cinq matins par semaine. Ce service se trouvant à côté du bassin.

Catherine accepte que je l'accueille dans l'eau, mais demande à ce que le psychomotricien soit présent avec nous, cela pendant les trois premières séances. Elle semble investir de plus en plus ce temps dans l'eau, nous allons voir que des temps définis se construisent au fur et à mesure. Cependant, je ressens Catherine toujours assez distante, voir méfiante vis-à-vis de moi. Elle est toujours à la recherche du psychomotricien, ou d'une personne qu'elle connait à l'extérieur du bassin. Au début, mes propositions ne l'intéressaient pas, je m'appliquais donc à l'accompagner du mieux possible en continuant de verbaliser et de m'ajuster en étant attentive à elle. A la fin de l'une de ces premières séances dans la prise en soin, je me sentais comme une deuxième bouée qui permettait à Catherine de se déplacer. Je ne voulais pas « forcer » la relation mais la favoriser, et il fallait du temps. J'étais alors surprise de cette relation plutôt distante, m'attendant à une relation plus fusionnelle. Je me demande alors : la préparation effectuée au préalable à cette rencontre et les précautions prises pour éviter la relation fusionnelle n'ont-elles pas un rôle dans ces difficultés ?

Après chaque séance, Catherine manifeste son envie de revenir la fois prochaine. Puis à partir de la quatrième séance, nos regards se croisaient plus souvent et je constatais que Catherine cherchait moins une réassurance extérieure. Nous commencions à avoir de réels échanges. À l'occasion de cette quatrième séance, Catherine était contrariée par un évènement qui s'était déroulé sur son lieu de vie. Lorsque je lui proposais de faire des mouvements dans l'eau, je remarquais ceux-ci amples et assez toniques. Je lui dis qu'il était possible de se défouler dans l'eau, elle se mit à bouger vivement les bras et les jambes, puis cria. J'accompagnais ce temps en essayant de symboliser en mots le mieux possible ces décharges toniques. Et Catherine rigolait lorsqu'elle revenait au calme, ce n'est pas une situation habituelle. J'appris à la suite de cette séance, que les soignantes du lieu de vie de Catherine avait des difficultés quant à son comportement pendant cette période.

Les objectifs en prise en soin psychomotrice

Sur cette base des premières séances, les objectifs de la prise en soin s'affinent :

- Favoriser un temps de décharge tonique avec une symbolisation et un étayage de ce moment.

Catherine présentant des troubles du comportement, l'eau est un milieu propice et apprécié par Catherine pour exprimer ses peurs, ses angoisses, de façon brute. Il est alors important de prendre en compte ce comportement et transformer, symboliser ces actions. En passant par la représentation mentale de ses angoisses, ses peurs, des choses désagréables de sa vie, cela pourrait aider Catherine à réguler son humeur et diminuer les troubles du comportement. Ce travail tonico-émotionnel dans l'eau me paraît important d'autant plus qu'elle a peu de mobilité et de liberté dans son fauteuil.

- Valorisation par la verticalisation.

En l'aidant à ressentir le sol sous les pointes de ses pieds, Catherine se tient droite. Nos regards au même niveau, je ressens de la fierté dans sa posture, et une certaine maîtrise de son corps lorsqu'elle fait des pas pour avancer.

- Permettre un moment de détente.

L'eau est un lieu où même pendant une période difficile pour Catherine, elle réussit à se détendre et bien sécurisée, elle peut se relâcher. P.Fernandez explique que « l'eau invite au laisser-faire et à l'abandon et nous permet de remobiliser et réapprendre le rapport actif-passif à la réalité. »

- Le repérage séquencé dans le temps.

Catherine ne peut se repérer temporellement dans la semaine, ni dans les heures. Cependant, elle semble se repérer dans le séquençage de la séance, ce qui lui permet un certain contrôle sur ce qu'elle vit.

Les séances s'organisent entre le déshabillage, quatre temps dans l'eau, et l'habillage. Ces rituels de début et de fin et ce séquençage des séances font partis du cadre de la prise en soin, qui est ajusté à Catherine.

Déshabillage

Ce temps amène la rencontre, c'est un moment intime où j'aide Catherine à se mettre en maillot de bain. Elle est très active lors de ce temps. Elle choisit l'ordre des vêtements pour se dévêtir. Par le langage verbal et corporel, elle me fait comprendre comment l'aider pour se déshabiller. Je pose les vêtements sur une table, ce qui la rassure car elle sait où ils sont, dans une préoccupation de l'anticipation de la sortie de l'eau. C'est un temps d'échanges qui permet de marquer le début de la séance. J'accompagne Catherine à passer de son fauteuil roulant à un

fauteuil spécifique pour aller dans l'eau. Je la soutiens sous les bras, elle pose ses pieds au sol, avance pour sortir de son fauteuil et recul pour s'asseoir sur l'autre fauteuil. C'est une relation de corps-à-corps.

Au départ, Catherine répondait uniquement oui ou non à mes questions où propositions. Au fur et à mesure, elle devint plus active dans ce temps.

À la fin de la prise en soin, lors de ce temps, elle me raconte sa matinée ou me parle de ses futures vacances. Elle instaure d'elle-même une discussion.

1. Entrée dans le bassin : exploration et investissement.

J'accompagne Catherine dans un espace permettant de prendre une douche avant d'entrée dans le bassin. Je mets en marche le jet d'eau et donne la pomme de douche à Catherine qui s'arrose seule. Elle apprécie ce premier contact avec l'eau. Au début elle ne faisait passer l'eau que sur l'avant de son corps et je lui proposais de le faire au niveau de son dos.

Plus tard dans la prise en soin, elle se mouillait d'elle-même le dos. Elle aimait aussi diriger la pomme de douche vers moi pour me mouiller en riant.

Au bout de quelques séances, au moment d'entrer dans l'eau, Catherine sourit, elle paraît très heureuse et impatiente sur son fauteuil qui descend doucement dans l'eau grâce à un bras mécanique. Je l'accueille dans l'eau et afin d'apprivoiser ce milieu qui modifie les sensations corporelles, nous prenons le temps, de parcourir le bassin. Il s'agit de s'habituer aux expériences sensori-motrices dans ce milieu inhabituel. Sécurisée par une bouée, Catherine se laisse glisser. J'adapte la vitesse de ce déplacement aux mouvements que fait Catherine. Je suis attentive à l'expression de son visage, ses mimiques, la tonicité de son dos que je sens au niveau de mon bras qui la soutient.

2. Décharge tonique alternée avec des moments calmes.

Puis au bout d'un moment, soit d'elle-même Catherine présente le besoin de bouger, soit je lui en fais la proposition. Elle fait des mouvements de jambes et de bras de plus en plus amples. Les cris viennent s'ajouter ainsi que les rires. En verbalisant et étayant ce moment, Catherine semble pouvoir faire une représentation mentale de cette décharge tonique. Cette agitation augmente lorsque j'exprime ce qui pourrait l'énerver. Puis, après un petit moment, elle retrouve le calme, s'étend et glisse sur l'eau doucement, en diminuant les mouvements. Lors de ce temps, le fait d'être en relation avec elle me permet de symboliser ce que je ressens de ce qu'elle me

donne à voir. Par exemple : « Je vois que tu as l'air en colère, que des choses sont énervantes, que ça t'agace. » Ce temps est très apprécié par Catherine, elle dit que « ça fait du bien ». De plus, elle a bien compris que c'était possible dans ce cadre précis et pas n'importe où.

3. Valorisation par la verticalité.

J'aide Catherine à être vertical, ses pointes de pieds touchent le sol du bassin. Je lui demande si elle ressent le sol et elle me dit que « c'est dur ». D'une posture fière, elle maintient sa tête, avec son menton légèrement relevé, nos regards sont au même niveau. Une satisfaction certaine se lit sur son visage, elle sourit. Puis je lui propose de regarder face à elle et d'avancer. Cela lui demande des efforts mais avec des pauses, elle traverse plusieurs fois la largeur du bassin. Elle fait des petits pas tranquillement. Puis, au bout de plusieurs séances je lui propose de se diriger vers des objets qui sont au bord de la piscine. Elle tourne la tête et regarde dans la direction où elle souhaite aller. Je l'aide à s'orienter corporellement. Souvent nous allons vers un ballon, car Catherine souhaite que je le lance pour éclabousser les personnes qui sont hors du bassin. Lorsque je réussis, éclats de rire garantis. Une certaine complicité se met en place dans notre relation.

4. Détente

Je propose ensuite à Catherine un temps calme pour finir la séance dans l'eau. Au fil des séances, elle investit ce temps, qui dure de plus en plus. Je me positionne à côté d'elle, mon regard est à portée du sien. Je pose une main sous sa tête et Catherine s'y repose. Au fur et à mesure des séances, elle mettra sa tête de plus en plus en arrière et ses oreilles dans l'eau. Je sens son corps se relâcher petit à petit, son tonus diminue. Catherine se laisse glisser, ses jambes suivent le mouvement du haut de son corps lors des passages dans les angles du bassin, sans essayer de les contrôler. Je fais ensuite appel à ses sens en lui proposant d'écouter le bruit de l'eau, de ressentir l'eau qui glisse sur son corps, puis de regarder le plafond où l'ondulation de l'eau se reflète, le puits de lumière au plafond, etc… C'est un temps calme.

Puis au bout d'un moment, Catherine reprend les mouvements, puis redresse la tête. Elle demande ensuite à sortir, pour aller aux toilettes ou tout simplement mettre une fin à la séance.

Je l'accompagne sur le fauteuil, elle remonte doucement, et nous passons par la douche.

Habillage

Comme pour le déshabillage, elle est active lors de ce temps. Je l'aide à se sécher. Catherine me donne l'ordre de ce qu'elle veut mettre. Nous profitons de ce temps pour parler de ce qu'elle a aimé pendant la séance et de ce qu'elle va faire après.

Nous colorions une case, correspondant à une séance effectuée sur le calendrier et Catherine repart pour le goûter sur son groupe.

À travers la présentation de cette rencontre avec Catherine, nous pouvons remarquer comment la prise en soin évolue en fonction de la relation thérapeutique. Au début de la prise en soin, Catherine est dans la recherche d'une sécurité, avec le psychomotricien. Et au fil des séances, elle m'accorde sa confiance et devient plus disponible pour le moment présent. Le temps le plus marquant est celui de la détente avant de terminer la séance. Catherine me regardait et avait du mal à couper le contact visuel au départ puis, elle regardait le plafond et le reflet de l'eau scintillant. Ce temps durait de plus en plus avant que Catherine reprenne des mouvements, de deux tours du bassin à environ dix minutes de détente. Étant beaucoup dans le contrôle et la maîtrise de ce qu'il se passe, Catherine a tout de même réussi à se relâcher et profiter d'un moment de calme.

Ce travail m'a demandé une attention et un ajustement constant à ce que Catherine pouvait exprimer. Le milieu aquatique permet à Catherine de s'exprimer notamment en ce qui concerne son agacement, son mécontentement, sa colère.

J'ai pu rencontrer en fin de prise en soin psychomotrice la psychologue suivant Catherine. Ce fut un échange très intéressant où je lui présentais les axes de travail en psychomotricité. Elle m'expliquait qu'il y avait eu des moments difficiles avec Catherine par rapport à ses troubles du comportement, et qu'il était intéressant de pouvoir lui proposer notamment des moments pour s'exprimer mais aussi des moments de détente, ce qui était rare dans son quotidien.

À la fin de la prise en soin, Catherine partais en vacances, c'était une transition intéressante. Nous nous sommes dit « au revoir » et je lui ai souhaité de bonnes vacances. Elle était très heureuse de partir à la mer. Après cette dernière séance, Catherine restait près de moi, elle prit un peu plus de temps avant de repartir, mais elle partait avec le sourire en pensant à ses vacances.

De nombreux questionnements m'ont accompagnée tout au long de ces années de stage. Ma place de stagiaire en est sûrement l'une des raisons, mais aussi l'envie d'être juste dans les prises en soin. Afin d'acquérir une « intuition professionnelle », la formation de psychomotricité reçue à l'école est essentielle ainsi que le corpus théorique des ouvrages, et les expériences corporelles. Les questionnements permettent d'enrichir la pratique.

C'est pourquoi je choisis de présenter, dans une dernière partie, mes réflexions éthiques sur la relation en psychomotricité.

Discussion sur l'éthique de la relation thérapeutique en psychomotricité

Platon définit l'éthique comme ce qui est bien en soi. Aristote la définit comme étant ce qui est bon pour l'homme. Cette partie est consacrée à une réflexion sur la relation en psychomotricité. Nous avons signifié les différents outils dont dispose le psychomotricien pour s'engager dans cette relation thérapeutique avec le patient. Cet éclairage théorique de la relation est un guide, donne des pistes pour la pratique de la psychomotricité. La relation n'en perd pas cependant son côté vivant, humain, immédiat, non maîtrisable, et spontané qui fait la richesse des prises en soin.

Les savoirs que nous apprenons en formation de psychomotricité sont indispensables, cependant, ils sont mis à mal lorsque nous rencontrons les premiers patients. Je me posais alors la question du vrai et du faux, du bien et du mal par rapport à ce que j'avais appris en formation. Or, « suspendre le savoir, le mettre entre parenthèse, au moins pour un temps, c'est sans doute le meilleur moyen de laisser les formes émerger, d'être attentif, en tant que thérapeute, à la singularité de ce qui se construit là et maintenant, avec ce patient-ci, irréductible à tout autre[43]. » Dans chaque rencontre, il existe une création. Le lien à la théorie se fait notamment lors de la prise de notes après la séance, en réunion et en supervision.

Lorsque nous décrivons l'implication du psychomotricien dans la relation thérapeutique, la spécificité de notre approche corporelle peut mener à réfléchir. En effet, nous travaillons avec notre propre corps engagé dans la relation thérapeutique. Cet objet singulier est le médiateur de la relation à l'autre.

Ainsi, le psychomotricien est pris dans la relation avec le patient. Lors de mes premières participations aux séances de psychomotricité, je me demandais comment je pouvais être Pauline en relation avec le patient et en même temps, psychomotricienne garantissant la relation thérapeutique. Mes propres éprouvés, mes propres sensations et émotions nourrissaient la relation au patient mais je devais aussi être garante de cette relation.

- *Comment le psychomotricien peut être acteur et en même temps garant de la relation thérapeutique ?*

F.Giromini parle d'une « distanciation entre notre propre corps, comprenant nos sensations et nos affects, et notre savoir-faire avec notre corps dans la relation thérapeutique ». La formation de psychomotricien et notre propre formation corporelle, nous donnent les moyens d'éprouver cette distanciation. C'est ce qui nous permet de nous impliquer corporellement dans la relation au patient, car nous le percevons par notre corporéité.

[43] « Ne plus savoir », Phénoménologie et éthique de la psychothérapie, J.Blaize, p.17

J’ai cherché des réponses à ce questionnement sur notre place dans la relation thérapeutique, dans des écrits de la phénoménologie.

L’approche phénoménologique montre que nous percevons notre environnement, l’Autre, au travers de notre corps. Ce courant phénoménologique consiste en une exploration de la conscience via une suspension de toute attitude subjective pour parvenir à la nature même des choses, du vécu. Le terme de conscience renvoie à la modalité d’être-au-monde. E.Husserl parle de « réduction phénoménologique ». Cette réduction définit une attitude « pour arriver à la source de la signification du monde vécu à travers un mouvement qui fait qu'on cesse de voir celui-ci d'une manière naturelle et quotidienne pour le voir d'une manière réflexive en tant que phénomène pur». Cela implique la mise entre parenthèses de tous les jugements concernant l'existence du monde. Ce qu’il en reste lorsque je fais cette parenthèse c’est un « phénomène », c’est-à-dire quelque chose qui m’apparait, dont je suis consciente immédiatement, et qui est le résultat de ma perception. « Cette modification d'attitude est appelée phénoménologique parce qu'elle amène à voir le monde comme un phénomène, c'est-à-dire comme quelque chose qui apparaît ; elle est appelée transcendantale parce qu'elle révèle ou découvre l'ego, pour lequel toute chose a un sens ; elle est appelée réduction parce qu'elle ramène à l'origine de la signification du monde. » Le but est d’établir une connaissance la plus objective possible. La réduction phénoménologique nous amène à la conscience de la perception. C’est le vécu corporel authentique.

Nous nous rendons compte de l’intentionnalité, du caractère orienté et expressif de la conscience vis-à-vis d’un objet.

Cet apport de la phénoménologie m’aide à cerner une attitude éthique que le psychomotricien peut adopter lors de la relation avec le patient. Charbonneau considère que la phénoménologie pour la psychomotricité est « une science de l’expérience corporelle ».

Nous rencontrons le patient dans sa globalité d’être-au-monde. Nous tenons compte de comment le patient se présente à nous et de comment nous nous présentons au patient. Le psychomotricien renonçant à tout jugement, et tentant d’avoir conscience de ses perceptions pourra être authentique dans la rencontre à l’autre, dans l’expérience partagée. Authentique car il sera attentif à la nature même du patient et de ses manifestations, en mettant de côté ses opinions. Par exemple : un enfant peut crier, il ne sera pas jugé comme bruyant et agaçant, le psychomotricien tiendra compte de ce comportement et tentera de l’accompagner, lui donner un sens avec l’enfant.

Les expériences corporelles que nous proposons au patient peuvent influencer sur sa conscience défaillante. Et la phénoménologie nous enseigne aussi que c’est par l’intermédiaire d’autrui que

nous sommes perçus. Le psychomotricien étant dans une attitude empathique, bienveillante avec le patient, il peut influencer la perception que le patient à de lui-même.

Par rapport à cette relation duelle, entre le psychomotricien et le patient, Merleau-Ponty parle de la notion de réversibilité avec un endroit et un envers, par exemple lorsque le psychomotricien touche une autre personne, il est aussi touché par elle. Nous sommes corps touchant-touché, cela constitue selon la métaphore merleau-pontienne la « chair ». Ainsi, l'un ne va pas sans l'autre, et cette réversibilité « sentant-sensible » permet de prendre conscience d'un autre corps par rapport à soi-même. La décentration et l'empathie deviennent possibles. En psychomotricité, ces allers et retours entre deux êtres sont illustrés par le dialogue tonico-émotionnel dont parle Ajuriaguerra.

Adoptée une attitude influencée par la phénoménologie dans une relation thérapeutique induit :

- que le corps n'est pas isolable, il signifie une « modalité d'être-au-monde », c'est avec cette globalité que nous travaillons en psychomotricité,
- de prendre conscience de la perception que nous avons du patient. C'est le vécu corporel auquel nous nous intéressons.

En étant au plus proche de cette attitude, en tenant compte aussi du cadre, avec l'élaboration clinique dont nous avons parlé sur la partie concernant le cadre, je trouve des repères dans ces théories pour expliquer ma place dans la relation thérapeutique.

J.Blaize explique que dans la pathologie, c'est l'existence de l'être-au-monde qui est perturbée. Or le psychomotricien accompagne le patient afin que celui-ci trouve un équilibre acceptable. Lorsque nous accueillons le patient, un bilan est effectué si possible, et nous tentons d'observer où en est le patient et de cibler son profil psychomoteur. Ainsi, nous observons les capacités mais aussi les difficultés du patient. Nous savons alors ce qui pose problème. Pourquoi ne pas proposer un protocole, des exercices dans le but d'entrainer le patient à résoudre le problème ? D'une part, les troubles ne s'y prêtent pas et d'autre part, il existe des processus permettant que le patient trouve ses propres réponses.

- *Quels processus entrent en jeu pour que le patient trouve sa propre solution ?*

Des processus ont été mis en avant pour expliquer comment le sujet peut s'adapter à son environnement. La vicariance et la plasticité neuronale me permettent actuellement de

comprendre concrètement comment le patient en relation à son environnement et au psychomotricien, peut s'adapter.

A.Berthoz[44] écrit : « la vicariance est un processus essentiel dans notre interaction avec autrui. Stricto sensu, elle définit le remplacement d'un prêtre par son assistant. Mais le champ sémantique du concept a été élargi pour décrire les facultés de la pensée humaine, le comportement et les conduites sociales. […] la capacité de trouver diverses stratégies cognitives pour effectuer la même tâche. [45]» Nous trouvons des solutions adaptées à nos besoins du moment, aux influences de notre culture et à notre vécu, à notre subjectivité en relation avec notre environnement. A.Berthoz définit la vicariance[46] comme la substitution d'un fonctionnement par un autre, d'une fonction par une autre, d'un processus par un autre, de compétences par d'autres, d'une situation par une autre, d'un point de vue par un autre... Il y a donc dans la vicariance la notion fondamentale d'adaptabilité aux situations. Pour les neurosciences, ce sont les chemins de traverse que prend notre cerveau devant un obstacle. Un processus qui soutiendrait la créativité et l'ouverture aux autres. Ainsi, nous pouvons aider le patient à trouver par ses propres moyens une solution adaptée à lui-même. Une solution qui lui correspond plutôt que la réponse d'un protocole.

La plasticité cérébrale quant à elle est la capacité que possède le cerveau à réorganiser ses réseaux de neurones en fonction des stimuli extérieurs et des expériences vécues par l'individu ou d'adapter son fonctionnement suite à un traumatisme ou à une maladie. L'ensemble de ces processus de modification, de remodelage subtil du système nerveux constituent ce que l'on appelle la plasticité cérébrale.

« Cette faculté de connexion entre les neurones permet tous les apprentissages qui paraissent si aisés chez l'enfant. Elle permet aussi de limiter les « dégâts » quand surviennent des lésions cérébrales quelles qu'elles soient. Une prise en charge de ces enfants, précoce, régulière, permet de stimuler les neurones sains, de créer de nouvelles connexions entre eux et ainsi de développer d'autres circuits moteurs et sensoriels suppléant les cellules lésées.[47] »

En psychomotricité nous accompagnons le patient à partir de là où il en est au moment où on le rencontre. On va l'aider à trouver des solutions par lui-même en lui proposant des

[44] Présent à la conférence franco-italienne, « Les gestes qui soignent », Avril 2014.
[45] http://books.google.fr/books?id=nc9lAQAAQBAJ&pg=PT155&lpg=PT155&dq=concept+de+vicariance&source=bl&ots=CeGFP14E45&sig=8GotDIx5GBGT7ea_6UvPi4XeVYc&hl=fr&sa=X&ei=01zzUsG0IKmJ0AXrvYFo&ved=0CIcBEOgBMAk#v=onepage&q=concept%20de%20vicariance&f=false
[46] http://www.pointsdactu.org/article.php3?id_article=2094
[47] Fédération pour la Recherche sur le Cerveau – Campagne du Neurodon 2004, p.7

expérimentations, des situations nouvelles. On ne fera pas à sa place pour que venant de lui-même, la solution soit investie.

La motivation apparait comme un facteur important dans une prise en soin. Le patient peut avoir confiance en nous, adhérer au projet de la prise en soin, mais sa motivation, son envie de faire sont nécessaires. Pour cela, nous nous intéressons aux centres d'intérêt du patient. Le plaisir partagé est aussi un facteur de l'évolution de la prise en soin.

Dans cette relation au patient, je me suis souvent demandé si je me trouvais à la bonne distance, physique et psychique. Les travaux de Hall lui ont permis de définir des distances, par exemple une distance intime, ou encore une distance sociale.

- *Je me demande alors s'il existe une distance thérapeutique ?*

D'après mes recherches, la distance thérapeutique représente l'écart nécessaire et suffisant entre le patient et le psychomotricien. Elle permet que les rôles de chacun soient identifiés et que la relation thérapeutique puisse s'engager et se développer. Cet ajustement nécessite un dosage assez précis pour ne pas être intrusif vis-à-vis du patient, ou ne pas être trop éloigné et ne pas « entendre » sa souffrance.

En effet, dans la clinique, la distance thérapeutique ne semble jamais fixe, elle est sans arrêt ré-évaluée et réajustée en fonction de la dynamique de la relation.

La distance thérapeutique nécessite un ajustement du psychomotricien en fonction de là où se trouve le patient. Le psychomotricien doit être à la distance lui permettant de recevoir ce que le patient lui « envoie » pour le lui renvoyer sous forme acceptable, porteuse de sens.

Cette distance thérapeutique représente aussi une sécurité pour le patient comme pour le psychomotricien. L'un et l'autre peuvent ressentir le besoin de se protéger. Le dernier questionnement que je souhaiterais aborder, est le suivant :

- *Quelles sont les limites de la relation thérapeutique patient-psychomotricien ?*

En effet, une telle implication dans la relation thérapeutique n'est pas sans risque. Utilisant notre propre sensibilité, tonique, émotionnelle, affective et sensorielle, nous devons mettre en place un cadre thérapeutique dans le respect du patient et de nous-même.
Transfert et contre-transfert, dont nous avons parlé auparavant, peuvent représenter une limite à la relation thérapeutique. Dans le sens où ce que l'un renvoie à l'autre peut ne pas être

supportable ou dérangeant. Le patient peut ne pas accepter la relation, ne pas l'autoriser. Si elle ne lui convient pas, la prise en soin n'aura pas lieu. De même, pour le psychomotricien, certaines choses peuvent être difficiles à accepter, selon son histoire, son vécu. « Chaque thérapeute, quelle que soit l'ampleur de son champ relationnel, reste limité par son appartenance à un réseau particulier et, en conséquence, par le caractère restreint de son aptitude à se modifier sous la pression du non-familier. [48]» Le cadre que l'on pose a un rôle de pare-excitation, pour protéger patient et psychomotricien. Il ne faut pas se laisser déposséder de notre cadre, car le patient peut l'investir mais il ne lui appartient pas. Il faut avoir « l'honnêteté d'être honnête avec soi-même ». Le psychomotricien doit connaître et respecter ses propres limites. Il doit faire des choix et assumer les risques qu'il prend.

Actuellement, je trouve dans les apports théoriques présentés ci-dessus des éléments de réponse à mes questionnements. Je suis consciente de l'évolution de ma réflexion au fil de mes futures expériences en psychomotricité. Ces questionnements me permettent de me construire mon identité professionnelle.

F. Giromini a écrit : « L'éthique générale du soin en psychomotricité est de conférer au sujet défaillant une capacité corporelle relationnelle satisfaisante ou du moins suffisante pour recréer un équilibre pulsionnel et relationnel vivable.[49] »

[48] Psychomotricité : entre théorie et pratique, D.Liotard, p.58
[49] http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/PSMfonda.pdf

Conclusion générale

Mes questionnements relatifs aux rencontres avec les patients, accompagnés en psychomotricité, sur différents lieux de stages, m'ont amenée à cette recherche sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique en psychomotricité. Ces éléments de réflexion avaient pour objectif un éclairage de mes questionnements par des substrats théoriques, afin de me guider dans ma pratique.

Plus que des hypothèses à mes questionnements, ce mémoire a été un moyen de me construire une base professionnelle. La relation, l'ajustement à l'Autre sont des notions qui à mon sens représentent des essentiels dans la pratique psychomotrice.

Il n'est pas question d'aborder ces notions comme une finalité de la prise en soin, mais bien de signifier leur importance en psychomotricité. Les éléments théoriques apportés dans ce mémoire ne remplacent pas la spontanéité de la relation, mais l'influence et me permettent de me construire une sorte d' « intuition professionnelle ».

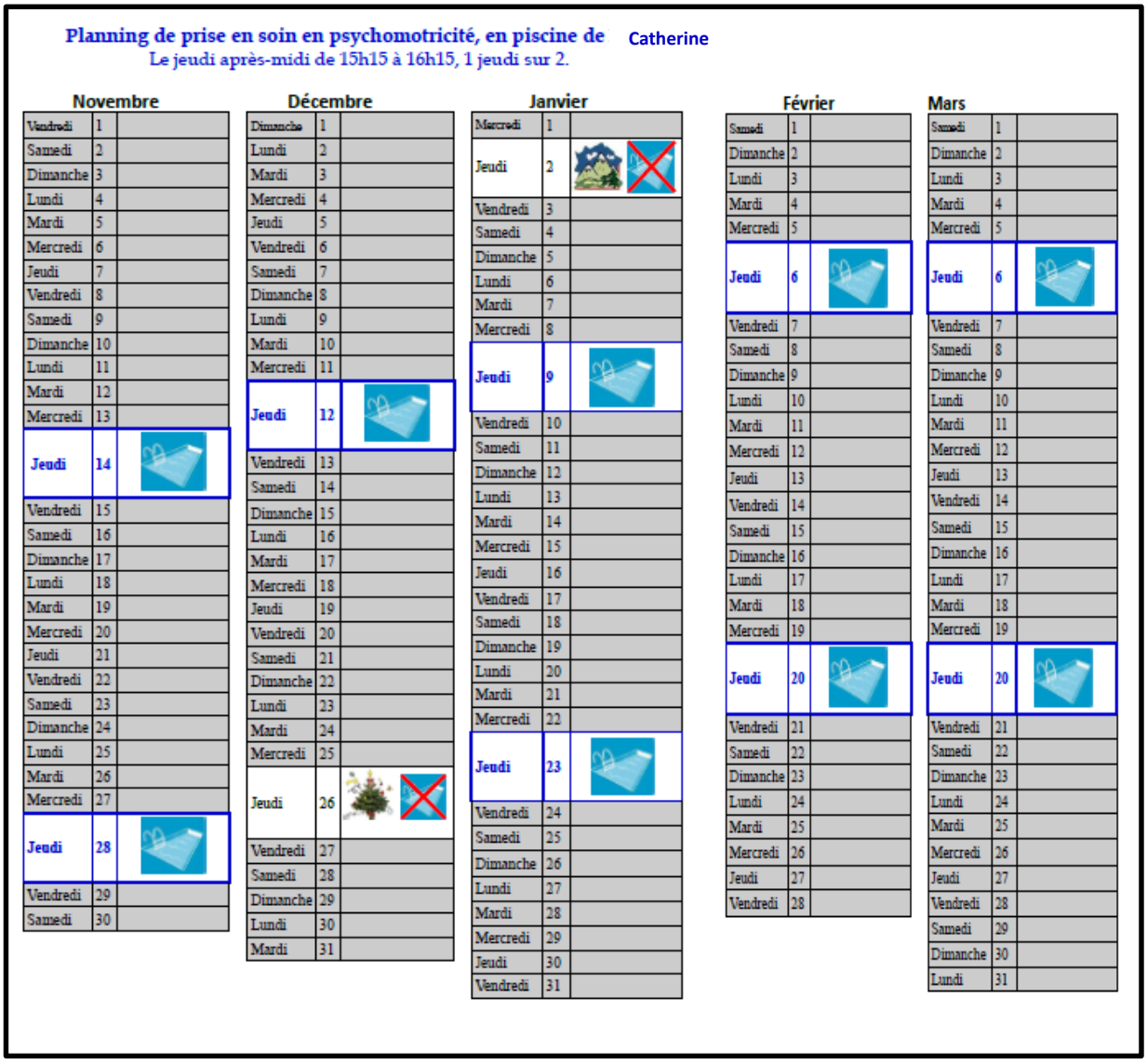
Soulignons l'importance de l'entremêlement entre l'aspect relationnel et l'aspect technique, entre savoir-être et savoir-faire, en psychomotricité. L'un sans l'autre n'aurait de sens. Ces domaines s'articulent entre-eux dans une complémentarité assurant la richesse et la pertinence de notre profession.

Je retiens de ce travail le plaisir d'être en relation avec les patients rencontrés, plaisir de créer, plaisir d'imaginer, plaisir d'apprendre, plaisir des sensations et émotions, ce plaisir du temps partagé, du plaisir partagé, moteur de la relation humaine et thérapeutique.

La relation thérapeutique en psychomotricité ne se réduit pas à des vérités posées, rien n'est acquis, mais elle nous permet de donner une place à la surprise, à l'inattendu.



Annexe



Planning de prise en soin en psychomotricité, en piscine de Catherine

Le jeudi après-midi de 15h15 à 16h15, 1 jeudi sur 2.

Novembre

Vendredi	1	
Samedi	2	
Dimanche	3	
Lundi	4	
Mardi	5	
Mercredi	6	
Jeudi	7	
Vendredi	8	
Samedi	9	
Dimanche	10	
Lundi	11	
Mardi	12	
Mercredi	13	
Jeudi	**14**	
Vendredi	15	
Samedi	16	
Dimanche	17	
Lundi	18	
Mardi	19	
Mercredi	20	
Jeudi	21	
Vendredi	22	
Samedi	23	
Dimanche	24	
Lundi	25	
Mardi	26	
Mercredi	27	
Jeudi	**28**	
Vendredi	29	
Samedi	30	

Décembre

Dimanche	1	
Lundi	2	
Mardi	3	
Mercredi	4	
Jeudi	5	
Vendredi	6	
Samedi	7	
Dimanche	8	
Lundi	9	
Mardi	10	
Mercredi	11	
Jeudi	**12**	
Vendredi	13	
Samedi	14	
Dimanche	15	
Lundi	16	
Mardi	17	
Mercredi	18	
Jeudi	19	
Vendredi	20	
Samedi	21	
Dimanche	22	
Lundi	23	
Mardi	24	
Mercredi	25	
Jeudi	26	
Vendredi	27	
Samedi	28	
Dimanche	29	
Lundi	30	
Mardi	31	

Janvier

Mercredi	1	
Jeudi	2	
Vendredi	3	
Samedi	4	
Dimanche	5	
Lundi	6	
Mardi	7	
Mercredi	8	
Jeudi	**9**	
Vendredi	10	
Samedi	11	
Dimanche	12	
Lundi	13	
Mardi	14	
Mercredi	15	
Jeudi	16	
Vendredi	17	
Samedi	18	
Dimanche	19	
Lundi	20	
Mardi	21	
Mercredi	22	
Jeudi	**23**	
Vendredi	24	
Samedi	25	
Dimanche	26	
Lundi	27	
Mardi	28	
Mercredi	29	
Jeudi	30	
Vendredi	31	

Février

Samedi	1	
Dimanche	2	
Lundi	3	
Mardi	4	
Mercredi	5	
Jeudi	**6**	
Vendredi	7	
Samedi	8	
Dimanche	9	
Lundi	10	
Mardi	11	
Mercredi	12	
Jeudi	13	
Vendredi	14	
Samedi	15	
Dimanche	16	
Lundi	17	
Mardi	18	
Mercredi	19	
Jeudi	**20**	
Vendredi	21	
Samedi	22	
Dimanche	23	
Lundi	24	
Mardi	25	
Mercredi	26	
Jeudi	27	
Vendredi	28	

Mars

Samedi	1	
Dimanche	2	
Lundi	3	
Mardi	4	
Mercredi	5	
Jeudi	**6**	
Vendredi	7	
Samedi	8	
Dimanche	9	
Lundi	10	
Mardi	11	
Mercredi	12	
Jeudi	13	
Vendredi	14	
Samedi	15	
Dimanche	16	
Lundi	17	
Mardi	18	
Mercredi	19	
Jeudi	**20**	
Vendredi	21	
Samedi	22	
Dimanche	23	
Lundi	24	
Mardi	25	
Mercredi	26	
Jeudi	27	
Vendredi	28	
Samedi	29	
Dimanche	30	
Lundi	31	

Outil de préparation pour la prise en soin de Catherine

Le calendrier permet un repère pour l'équipe soignante de son lieu de vie. Les grandes cases représentant les séances sont coloriées, à la fin de chaque séance effectuée.

BIBLIOGRAPHIE

BALLOUARD C.
Le travail du psychomotricien, 2ème éd., Paris, éditions Dunod, 2006.

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

BOUTINAUD J.
Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles, Paris, Éditions In Press, 2009.

CALZA A. et CONTANT M.
Psychomotricité, 3ème édition, chap.1-2, Éditions Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007.

CHEVREAU A.
Quelle distance en psychomotricité, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2004.

CLASSEAU L.
Un détour par l'autre pour un « tout-autour », l'enveloppe corporelle dans l'aire relationnelle chez l'enfant polyhandicapé, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2012.

DELION P.
Les choses de la vie (quotidienne), Institutions, revue inter associations culturelles, n°19, Angers, 1996.

FERNANDEZ P.
« Au-delà du principe d'Archimède », Hypothèses cliniques pour le travail de l'eau, Thérapie psychomotrice et recherches.

FISCHER G.N.
Le concept de relation en psychologie sociale, Recherche en soins infirmiers, n°56, 1999.
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf

GATECEL A.
Psychosomatique relationnelle et psychomotricité, chap.1 et 4, Paris, Éditions Heures de France, 2009.

GATECEL A. et alii
La psychomotricité relationnelle, Paris, Éditions EDK, 2012.

GOLSE B.
Du corps à la pensée, 2ème éd., Paris, Presses Universitaires de France, 2001.

LARROCHE M.
L'engagement corporel du psychomotricien dans la relation thérapeutique avec des adultes autistes, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2012.

Dr LEMAY M.
Les psychoses infantiles, tomes 1 et 2, Paris, Éditions Fleurus, 1987.

LUIGI-DUGGAN A.

Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante, Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau, Bastia, PEP, 1996.

POTEL C.
Être psychomotricien, Toulouse, Editions Erès, 2010.

POTEL C.
Le corps et l'eau, une médiation en psychomotricité, Toulouse, Éditions Erès, 1999.

POTEL C.
Psychomotricité : entre théorie et pratique, 3ème éd., Toulouse, Éditions in Press, 2010.

ROBERT-OUVRAY S.
Intégration motrice et développement psychique, 2ème éd., Paris, 1997.

ROGERS C.
La relation d'aide et la psychothérapie, 1ère et 2ème parties, 15ème éd., Issy-les-Moulineaux, ESF Éditeur, 2008.

SOURCES INTERNET

http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/PSMfonda.pdf

http://www.cnrtl.fr/definition/relation.

http://www.dicolatin.com/XY/LAK/0/RELATIO/index.htm.

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897

Concernant la vicariance :
http://www.pointsdactu.org/article.php3?id_article=2094
http://books.google.fr/books?id=nc9lAQAAQBAJ&pg=PT155&lpg=PT155&dq=concept+de+vicariance&source=bl&ots=CeGFP14E45&sig=8GotDIx5GBGT7ea_6UvPi4XeVYc&hl=fr&sa=X&ei=01zzUsG0IKmJ0AXrvYFo&ved=0CIcBEOgBMAk#v=onepage&q=concept%20de%20vicariance&f=false

THIEBO B.
Unité psychomotrice : Des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques, Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, n°56, 2008.
http://www.fichier-pdf.fr/2012/08/08/unite-psychomotrice-des-enjeux-developpementaux-aux-enjeux-therapeutiques/preview/page/1/

WINNICOTT D.W.
La relation parents-nourrisson, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2011.

WINNICOTT D.W.
L'enfant et sa famille, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2002.

WINNICOTT D.W.
L'enfant, la psyché et le corps, 1ère-2ème-3ème parties, Paris, Éditions Payot, 2013.

Table des matières

REMERCIEMENTS 1
SOMMAIRE 2
AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 4

A- LA RELATION THÉRAPEUTIQUE 7

1) Définition générale 8

2) Relation thérapeutique en psychomotricité 9
2.1. Place de la relation en psychomotricité 9
2.2. Importance du lien relationnel 10
2.3. Corps-en-relation 10

3) Un modèle : la relation mère-enfant 12
Les compétences sensorielles 12
Holding – Handing 13
Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel 14
L' accordage affectif 15
L' attachement 15
La fonction de pare-excitation 17
Le double ancrage intéractif et corporel 17
L'imitation 18
La transmodalité 18
L'intuition 19
Le temps dans les intéractions mère-bébé 19

B- LA FORMATION DU PSYCHOMOTRICIEN 22

1) Savoirs 23

2) Savoir-faire et savoir-être 24

3) Individualité de chaque psychomotricien 26

C- LE CADRE THÉRAPEUTIQUE 27

1) Le cadre stable, « frame » 28
1.1. La loi 28
1.2. Le cadre institutionnel 28

2) Le cadre psychomoteur, « setting » 29
2.1. Cadre physique 29
2.2. Cadre psychique 30

D- LES TEMPS DE LA GENÈSE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE..... 34

1) Les temps informels 35

2) L'entretien 35

3) Le bilan psychomoteur 37

4) Les objectifs de ces temps 38

E- LIRE – RESSENTIR – S'AJUSTER..... 39

1) Caractéristiques relationnelles psychomotrices 40
1.1. La permissivité..... 40
1.2. L'empathie..... 40

2) Le psychomotricien 41
2.1. L'écoute sensible du corps 41
2.2. Le ressenti 42
2.3. L'implication et l'engagement corporels 42

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE 44

RENCONTRE AVEC ETIENNE 45

1) Présentation du contexte : le Relais 45

2) Présentation d'Etienne 47
2.1. Concernant son développement psychomoteur 47
2.2. Actuellement 48

3) Le diagnostic d'Etienne 48

4) Les accompagnements d'Etienne 50
4.1. L'école..... 50
4.2. L'hôpital de jour 50
4.3. L'orthophonie..... 50
4.4. Le Relais..... 51

5) Le projet d'Etienne au Relais..... 51

6) La prise en soin d'Etienne en psychomotricité..... 52
6.1. Le bilan psychomoteur..... 52
6.2. Les objectifs en psychomotricité..... 54

6.3. La première rencontre avec Etienne 57
6.4. Évolution au fil des séances 57
6.5. Compte-rendu d'évolution de Septembre 2013 à Mars 2014 62

RENCONTRE AVEC CATHERINE 65

1) Présentation du cadre 65

2) Préparation de la prise en soin 66

3) Présentation de Catherine 66

4) La prise en soin en psychomotricité 68

DISCUSSION SUR L'ÉTHIQUE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ 77

CONCLUSION GÉNÉRALE 84

ANNEXE 85
BIBLIOGRAPHIE 86
TABLE DES MATIÈRES 89