



HAL
open science

Nous impliquer pour leur permettre d'être au monde : à propos de l'implication psychocorporelle du psychomotricien

Lucie Mongabure

► To cite this version:

Lucie Mongabure. Nous impliquer pour leur permettre d'être au monde : à propos de l'implication psychocorporelle du psychomotricien. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187935

HAL Id: dumas-01187935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187935>

Submitted on 28 Aug 2015

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.

*NOUS IMPLIQUER POUR LEUR
PERMETTRE D'ÊTRE AU MONDE*

*A propos de l'implication psychocorporelle
du psychomotricien*

Mémoire présenté par Lucie MONGABURE

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien

Remerciements

A Dylan et Margot, pour avoir nourri ma réflexion et pour la richesse des moments passés avec eux.

A ma mère de mémoire, pour son implication, son écoute, son soutien, et ses conseils.

A tous les psychomotriciens qui m'ont accueillie en stage durant ces trois années, qui m'ont permis d'aborder cette réflexion.

A tous les patients que j'ai pu rencontrer et qui m'ont tant apporté.

A Isabelle, Hélène, et toute ma famille, pour toutes leurs contributions, et surtout leur présence.

A Damien, pour tout son soutien, sa présence et ses encouragements tout au long de cette année.

A Marig, Solène et Clarisse, pour leur précieuse amitié, et tous les formidables moments passés ensemble, et le soutien mutuel.

Sommaire

Avant-propos.....	6
Introduction	7
En clinique	9
Présentation de l'institution :.....	9
Généralités :	9
Population accueillie :	9
L'équipe pluridisciplinaire :	10
Objectifs institutionnels :	10
Procédure d'admission :.....	11
Accompagnement et prise en charge des adolescents :.....	11
Psychomotricité dans l'institution :.....	11
Réalité institutionnelle :.....	12
Cas clinique : Dylan :	14
Environnement :.....	14
Avant l'IMPro... :.....	14
De 2012 à aujourd'hui, à l'IMPro:	15
Bilan orthophonique :	16
Bilan psychomoteur :	16
Bilans de fin d'année et synthèses :.....	18
Mes premières impressions :	19
Prise en charge et évolutions :	20
Cas clinique : Margot :.....	25
Environnement :.....	25
Avant l'IMPRO... :.....	25
Durant sa première année à l'IMPro... :.....	26
Bilan psychomoteur :	27
Synthèse :	28
Mes premières impressions :	29
Prise en charge et évolutions :	29
En théorie	33
L'implication corporelle du psychomotricien, c'est quoi ?	33
Définitions générales :.....	33

Etre dans un état de disponibilité psychocorporelle :	34
S'écouter soi, comme une auto-observation :	36
Importance de l'observation et de l'écoute de l'autre :	37
Dialogue corporel, tonique, spatial, temporel :	38
Ajustement tonique et postural :	38
Ajustement spatial :	40
Ajustement rythmique, temporel :	41
Empathie, ajustement émotionnel :	42
Le rôle de l'implication de la mère dans le développement de l'enfant :	44
L'apport de Donald Woods Winnicott (1896-1971) :	44
La préoccupation maternelle primaire :	44
Holding, Handling, et Object presenting :	45
De l'illusion au désillusionnement :	45
La fonction miroir du visage de la mère :	46
La capacité d'être seul :	47
La créativité :	47
Le dialogue tonique, Henri Wallon et Julian de Ajuriaguerra :	48
Un mode de communication :	48
Un moyen de régulation tonique :	49
Vers la création d'un lien affectif :	49
Margaret Mahler (1897-1985), une approche des distances interpersonnelles mère/bébé :	50
La phase autistique normale :	51
La phase symbiotique normale :	51
Le processus de séparation-individuation :	51
Rythmicité dans l'implication psychocorporelle de la mère avec son enfant :	53
Daniel Stern (1934-2012), l'accordage affectif :	55
Discussion	57
La question du cadre :	57
La question de la relation :	59
L'individu se construit en relation :	59
Une relation corporellement construite :	59
Relation réciproque et singulière :	60
Relation à soi, à l'autre, aux autres :	61
Groupe ou individuel ? :	63
Adultes ou pairs ? :	64
Prêt d'appareil psychique, moteur, psychomoteur :	65

L'imitation :	66
Un autre type de prêt d'appareil moteur, psychomoteur :	68
La verbalisation :	68
Comme une chronologie du prêt... :	70
La question de la continuité :	71
Autour du « sentiment continu d'exister » :	72
Une base de sécurité :	73
La continuité en séance de psychomotricité :	73
Continuité et discontinuité chez Dylan et Margot :	75
Chez Dylan :	75
Chez Margot :	76
L'implication corporelle en tant que stagiaire :	78
Mon implication :	78
Une non directivité désimpliquante ? :	79
Implication du maître de stage face au stagiaire, une autre relation maternelle ? :	80
La question de la place de chacun :	81
Des limites à l'implication psychocorporelle :	83
Nos propres limites :	83
Limites institutionnelles :	83
Conclusion	85
Glossaire	87
Bibliographie	92
Sitographie	94
Annexes	95

Avant-propos

Je souhaite par avance m'excuser pour certaines références bibliographiques approximatives. Elles peuvent ne pas comprendre le numéro de page, le nom de l'éditeur, ou encore la ville et l'année d'édition.

Je suis atteinte d'une maladie génétique rare entraînant un déficit visuel m'empêchant de lire les livres disponibles dans le commerce. Je fais donc appel à une association et à une bibliothèque numérique en ligne pour me fournir les livres dont j'ai besoin. Ces livres sont donc au format numérique, et certains ne présentaient pas de pagination. Je n'étais donc pas en mesure d'indiquer précisément les pages de certaines citations d'auteurs que j'ai pu utiliser dans ce mémoire.

En espérant que cela ne sera pas un trop grand frein dans vos recherches.

Introduction

Durant ma formation, lors de mes différents stages, j'ai pu remarquer à quel point le psychomotricien, dans son attitude, sa posture, pouvait induire divers états, diverses actions et réactions, chez les patients.

Mes maîtres de stages ou les professeurs de l'école parlaient de cette posture sous les termes « d'implication corporelle du psychomotricien » mais sans jamais clairement définir ce qu'il y avait derrière ces mots, des mots percutants, que je trouvais très parlants et paradoxalement vides de sens. Que cachent-ils réellement ?

Je me suis également interrogée sur la place de cette implication psychocorporelle au sein des séances de psychomotricité. Un de mes lieux de stage de troisième année m'a offert la possibilité de mener ma réflexion. Les séances n'y sont pas préparées à l'avance, elles sont en quelque sorte co-crées avec les patients, dans le moment présent. L'implication psychocorporelle du psychomotricien a alors une place importante. Mais comment l'implication psychocorporelle du psychomotricien peut-elle être un support, un guide au développement et au déploiement de la subjectivité du patient ?

C. Potel dit en effet que « la psychomotricité est un dispositif de soin thérapeutique qui s'intéresse, en tout premier lieu, aux fondations d'une construction de la plus haute importance, un sujet humain. La mise en place de ces fondations constitue la condition indispensable d'une intériorité psychique »¹. Le patient se construit alors, dans la thérapie psychomotrice, une subjectivité qu'il sera ensuite en mesure de déployer dans ses actions, dans la relation.

Je suis partie de l'idée que l'implication psychocorporelle du psychomotricien est similaire à l'implication psychocorporelle de la mère face à son bébé. Or, la mère, par son implication, semble favoriser la construction subjective de son enfant. Je parle ici de la mère, en tant que fonction psychique maternelle, présente à un certain degré en chacun de nous, homme ou femme, père ou mère, au même titre que la fonction psychique paternelle.

En observant ce qui se jouait en séance de psychomotricité, et au fil de mes lectures théoriques, j'ai trouvé trois éléments de réponses possibles que j'ai souhaité aborder dans ce mémoire. Je me suis demandé si l'implication psychocorporelle pouvait aider le patient à se construire, grâce à la relation qu'elle permet de nouer entre le thérapeute et lui. Je me suis également demandé s'il était possible de considérer qu'en s'impliquant

¹ C. Potel, 2010, p111

psychocorporellement, le psychomotricien prêterait son appareil psychique au patient, favorisant ainsi l'évolution de ce dernier. Enfin, de par son implication psychocorporelle, le professionnel pourrait mettre en place une continuité dans la prise en charge, continuité qui serait comme un support pour la construction psychique et psychomotrice du patient.

Dans une première partie axée sur la clinique, je présenterai la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage, puis les cas cliniques de Dylan et Margot, les deux adolescents sur lesquels je me suis appuyée pour élaborer ma réflexion.

Dans une deuxième partie plus théorique, je tenterai de définir ce qu'est l'implication psychocorporelle du psychomotricien, je tenterai de mettre des mots sur quelque chose de corporel et de souvent très intuitif. J'établirai également un parallèle avec l'implication de la mère face à son bébé, et ce que cette implication favorise dans le développement de l'enfant.

Enfin, en troisième et dernière partie, ma discussion exposera ma réflexion théorico-clinique concernant mes différentes hypothèses, ainsi qu'une réflexion personnelle sur ma propre posture d'implication.

En clinique :

Dylan et Margot, deux rencontres, deux implications, deux histoires.

Je rencontre Dylan et Margot, deux adolescents, dans l'institut Médico-Professionnel où je suis en stage. J'ai choisi de parler d'eux car ils m'ont chacun particulièrement touchée dès notre première rencontre. Pour préserver l'anonymat, les deux prénoms que j'utilise ont été changés.

Présentation de l'institution :

Généralités :

L'Institut Médico-Professionnel (IMPro) est géré par l'Association pour la Défense et la Protection de l'Enfance Déficitaire (ADPED). L'association, à but non lucratif et créée par des parents d'enfants déficients intellectuels le 8 Novembre 1961, gère aujourd'hui cinq établissements : un *Institut Médico-Educatif (IME)², un *Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), un *Foyer d'Accueil Médicalisé, un Foyer d'hébergement pour adultes, et l'IMPro, créé en 1969, auquel un mini-foyer de sept places est rattaché en 1979.

Population accueillie :

L'IMPro accueille en externat 52 adolescents de 14 à 20 ans issus de la région parisienne, principalement du Val-De-Marne (94) ou des départements limitrophes. Selon le projet d'établissement, les adolescents accueillis présentent une *déficience intellectuelle et/ou des troubles du développement psycho-affectif, associé ou non à des troubles organiques n'affectant pas leur autonomie motrice. En réalité, l'IMPro accueille également de plus en plus d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques tels que des *psychoses. Tous ces jeunes viennent d'établissements médico-sociaux (IME, Externat Médico-Pédagogique (EMP), Centre Psychothérapique et Pédagogique spécialisé (CPP)), de l'éducation nationale (Classe Localisée pour l'Inclusion Scolaire (CLIS), Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA)), ou d'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP). Ils ont tous obtenus auprès de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) une prescription pour une orientation en IMPro.

² Tous les mots précédés du signe * seront définis dans le glossaire.

L'équipe pluridisciplinaire :

Les adolescents sont accueillis et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire constituée de :

- Une équipe de direction avec un directeur et une directrice adjointe qui est également responsable du mini-foyer
- Une équipe médicale : un médecin psychiatre et un médecin généraliste
- Une équipe éducative, composée de quatre éducateurs spécialisés rattachés au mini foyer, de deux éducateurs techniques spécialisés, de deux éducateurs techniques, de quatre moniteurs éducateurs, d'une enseignante spécialisée, d'un professeur d'Education Physique et Sportive (EPS), qui encadre l'ensemble des jeunes, toute la journée, sur les différents groupes et ateliers.
- Un service social, avec une assistante sociale qui intervient lors de l'admission et la sortie du jeune de l'établissement, et qui assure la liaison entre l'IMPro et les organismes extérieurs (ex : Caisse d'Allocations Familiales, Maison Départementale pour les Personnes Handicapées).
- Un service de suite avec un éducateur spécialisé de suite dont le travail consiste à proposer l'orientation la plus adaptée pour chaque jeune au fil de la prise en charge par l'intermédiaire de stages et lors de sa sortie de l'établissement.
- Une équipe paramédicale composée d'une infirmière, de deux psychomotriciens à mi-temps, d'une orthophoniste et de deux psychologues à mi-temps.
- Un service administratif comprenant deux agents comptables et une secrétaire s'occupant du suivi financier et administratif de l'établissement, en lien avec le directeur.
- Cinq agents de service gérant la distribution des repas et l'entretien des locaux, à l'IMPro et au mini-foyer.

Objectifs institutionnels :

L'institution, et par là même toute l'équipe pluridisciplinaire, s'engage à appliquer les textes de référence suivants : la loi du 2 Janvier 2002 n°2002-2, les annexes XXIV du 27 Octobre 1989, La Charte des droits et Libertés des Personnes Accueillies³. Ses objectifs sont également de favoriser l'épanouissement des adolescents, la réalisation de toutes leurs potentialités intellectuelles, affectives et corporelles ainsi que l'autonomie quotidienne, sociale et professionnelle. A long terme, l'objectif serait une insertion socio-professionnelle.

³ Cf Infra Annexe I

Procédure d'admission :

Un dossier concernant un adolescent est adressé à l'IMPro par la MDPH. Le dossier est étudié par le médecin psychiatre, un psychologue, l'assistante sociale et la direction. S'il est retenu, trois rendez-vous sont proposés au jeune et à sa famille : un avec la psychiatre, un avec l'assistante sociale, et un avec la direction. Suit une semaine d'observation, où le jeune est intégré dans un groupe éducatif et participe à la vie de l'IMPro. L'adolescent est ensuite reçu en rendez-vous avec la directrice adjointe. Ils discutent ensemble du vécu du jeune, de ses ressentis, de ses envies, ses attentes. Puis, une réunion institutionnelle a lieu pour faire le bilan de cette semaine d'observation. La décision institutionnelle est ensuite exposée au jeune et à sa famille. La décision définitive leur revient.

Accompagnement et prise en charge des adolescents :

Pour parvenir à ses objectifs, l'IMPro souhaite, grâce à des modalités de travail et d'accompagnement adaptées, proposer un accueil singulier. Grâce aux informations recueillies durant l'admission, un projet individualisé est mis en place. Il précise les objectifs de la prise en charge, en fonction des attentes, des besoins, des ressources et des difficultés de chaque adolescent accueilli, ainsi que les moyens mis en œuvre pour y aboutir. Au fil des années, en fonction de l'évolution du jeune, les hypothèses de travail du projet personnalisé seront revues en réunion de synthèse. L'éducateur référent de l'adolescent est considéré comme garant de la mise en place et du suivi de son projet personnalisé.

Pour permettre au mieux un accompagnement individualisé, les adolescents sont répartis en groupes de vie. Ce sont des groupes restreints, constitués en fonction de leur âge et en respectant au mieux l'homogénéité et la capacité à vivre ensemble. Chaque groupe de vie est géré par un éducateur et devrait rester le même pendant une durée de deux ans. En réalité, les départs des adolescents vers le milieu professionnel font que les groupes de vie sont régulièrement remaniés. Parallèlement, les adolescents participent tous à différents ateliers techniques et aux cours d'EPS, les plus jeunes assistent aux cours dispensés par l'enseignante spécialisée. Certains adolescents bénéficient également d'un suivi en orthophonie, psychomotricité, et/ou de psychothérapie.

Psychomotricité dans l'institution :

Comme le précise la fiche de poste, le psychomotricien est un membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire, et plus particulièrement de l'équipe paramédicale. Il exerce suite à une prescription du médecin psychiatre de l'IMPro. Il utilise des médiations psychomotrices pour permettre aux adolescents d'acquérir ou de maintenir les *fonctions perceptivo-

motrices, mentales et comportementales, de se développer le plus harmonieusement possible et de s'adapter au mieux à leur environnement.

Auparavant, une seule psychomotricienne était en poste à mi-temps dans l'institution. Récemment, une deuxième psychomotricienne à mi-temps a été engagée. Elles sont chargées de faire passer un bilan psychomoteur à chaque jeune arrivant dans l'institution. Ce bilan permet de mettre en évidence les difficultés et les potentialités pour déterminer, si besoin, un projet et des objectifs thérapeutiques, aboutissant à une prise en charge individuelle ou en groupe. L'institution souhaitant que chaque adolescent accueilli bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité, et compte tenu des contraintes horaires, de nombreux suivis se font en groupe. Les groupes sont constitués en fonction des problématiques de chaque adolescent, de leur projet thérapeutique et de leur capacité à être ensemble. Les deux psychomotriciennes participent également aux différentes réunions ayant lieu dans l'établissement et prennent part à l'élaboration du projet individualisé de chaque adolescent.

Une salle est dédiée à la psychomotricité. Elle se trouve au rez-de-chaussée d'un des trois bâtiments de l'IMPro. Elle offre un vaste espace, à la fois délimité et ouvert sur l'extérieur par l'intermédiaire de trois grandes fenêtres réparties sur deux pans de mur. De grands miroirs couvrent la totalité d'un pan de mur. L'avantage de ce vaste espace est qu'il peut être aménagé différemment en fonction des spécificités de chaque jeune accueilli en séance.

Le vendredi, la psychomotricienne réalise neuf prises en charge individuelles ou collectives, de 30 à 45 minutes chacune. Il arrive que des séances n'aient pas lieu, ou bien qu'il manque certains adolescents dans des prises en charge en groupe. En effet, certains partent en stage, ou bien en sortie avec leur groupe éducatif. Certains adolescents ayant quitté l'établissement, et les groupes ayant été plusieurs fois remaniés, le planning des prises en charge du vendredi a considérablement été modifié entre le début et la fin de l'année.

Durant les séances, le parti pris de la psychomotricienne est d'être la moins directive possible. Chaque adolescent, ou groupe d'adolescent, est libre de choisir, à chaque séance, ce qu'il a envie de faire. La psychomotricienne rebondit sur leurs propositions, aussi minimes soient elles, sur ce qu'ils apportent en séance, dans une dynamique de jeu, d'échange et d'interaction, sans leur imposer d'idées qui viendraient uniquement d'elle-même. Elle garde en tête le projet thérapeutique de chaque jeune afin de ne pas s'en éloigner. Elle se situe dans une visée thérapeutique et accorde une grande place au relationnel dans les séances.

Réalité institutionnelle :

Il y a le projet d'établissement, les différents textes qui déterminent les objectifs et le fonctionnement de l'institution. Et il y a la réalité institutionnelle.

L'extension récente et importante des postes de soin semble avoir beaucoup bousculé le fonctionnement quotidien de l'institution. Cette augmentation est le résultat d'une attente de toute l'équipe éducative, compte tenu de l'évolution de la population accueillie à l'IMPro. Mais, ce brusque changement oblige les éducateurs à modifier leur organisation. Ils constituent le socle central de l'institution, de par leur nombre important, et le fait qu'ils soient présents à plein temps auprès des adolescents. Auparavant, toute l'organisation institutionnelle était centrée autour de leurs prises en charge. Désormais, tous les suivis paramédicaux sont à inclure dans l'organisation. L'arrivée d'une enseignante de l'éducation nationale en septembre 2014 vient également modifier l'organisation de base. Cette dernière est chargée de l'instruction scolaire au sein de l'IMPro. De fait, les éducateurs ont l'impression de se faire retirer une partie de leur travail.

Tout cela crée des tensions au sein de l'équipe, qui semble clivée entre un pôle éducatif et un pôle soignant. L'agencement spatio-temporel favorise probablement cette division de l'équipe et rend encore plus difficile la communication. En effet, l'IMPro est divisé en trois bâtiments, les soignants sont regroupés, et croisent peu l'équipe éducative. La disposition des locaux est d'ailleurs ressentie comme un isolement spatial par les éducateurs. Des déplacements sont nécessaires pour tisser des liens. De plus, la majorité du personnel médical ou paramédical n'est employé qu'à temps partiel. Les liens sont donc d'autant plus difficiles à tisser, et les éducateurs ont d'autant plus l'impression d'assurer seuls la continuité de prise en charge des adolescents.

La conclusion de l'évaluation externe ayant eu lieu fin 2014 expose ces difficultés de communication et ce clivage. Cependant, l'équipe dans son ensemble est consciente des dysfonctionnements actuels et cherche des solutions pour améliorer le fonctionnement institutionnel et la communication, dans le but de répondre au mieux aux besoins des jeunes.

Entre rivalités, tensions, souffrance au travail et dysfonctionnement institutionnel, c'est la prise en charge et l'accompagnement des jeunes qui en pâtit. Les différents *passages à l'acte de certains adolescents en sont peut-être une conséquence.

L'organisation des plannings des jeunes est également assez chaotique. La prise en charge éducative est répartie entre des temps dits de groupe de vie, et des ateliers techniques, à part égale. En parallèle se déroulent différentes prises en charge, en fonction de la présence à temps partiel des différents intervenants : l'EPS, le scolaire, la psychomotricité, l'orthophonie, les entretiens psychologiques, les présentations ou bilans de stage, les apprentissages de trajet, les interventions théâtre et musique,... Cela occasionne de nombreux mouvements de va-et-vient des adolescents dans les différents groupes éducatifs et rend le travail pénible pour les éducateurs. Cela ne favorise pas non plus le rétablissement d'un équilibre et participe

au manque de stabilité dans l'institution. Une réflexion a été menée au sujet des plannings, et l'organisation devrait en être modifiée.

Un autre aspect de la prise en charge des adolescents a attiré mon attention. A bien regarder, chaque jeune bénéficie d'une prise en charge quasiment identique, mises à part les prises en charge thérapeutiques qui diffèrent. Là où l'accompagnement devrait être individualisé, en fonction des besoins implicites et explicites, et des attentes de chaque jeune, il y a en fait une sorte de prise en charge globale, par groupe d'adolescents.

Cas clinique : Dylan :

Environnement :

Dylan est né le 7 janvier 1998. Il a donc 16 ans lorsque je le rencontre. Il vit avec sa mère et son petit frère de 13 ans, collégien, dans un appartement de trois pièces où chacun a sa chambre, la mère dormant dans le salon. Sa demi-sœur, âgée de 26 ans, mariée, vit dans une ville voisine, avec son conjoint et leur fils âgé d'un an. Elle s'occupe fréquemment de ses frères. Sa mère était caissière à mi-temps mais a arrêté son travail depuis septembre 2009 pour s'occuper de Dylan. Elle semble avoir des relations fluctuantes avec ses proches. Elle a eu un premier compagnon, antillais, père de sa première fille, qui menait une double vie. La mère a interrompu cette relation après la naissance de sa fille. Le père de Dylan est d'origine mauricienne. Il n'a pas reconnu les enfants et ne leur apporte, selon la mère, aucune aide matérielle. Il est décrit par la mère comme très absent et peu responsable. Les disputes entre eux sont fréquentes. La mère a mis un terme à cette relation et le père est retourné vivre à l'île Maurice en 2002. Il a eu une fille, actuellement âgée de 10 ans. Il reviendrait en France au maximum une fois par an et verrait ses fils à cette occasion.

Avant l'IMPro... :

La mère avait 38 ans au moment de la naissance de Dylan. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problèmes. La mère a allaité Dylan jusqu'à ses 4 mois puis a repris le travail. Dylan a alors été placé en crèche, où a été détecté un retard de développement. En 2000, Dylan, alors âgé de 2 ans et demi, consulte pour la première fois en *Centre Médico-Psychologique (CMP), sur recommandation de la *Protection Maternelle Infantile (PMI). Il présente alors un retard de langage, des angoisses avec des comportements agressifs, des *stéréotypies, et des *troubles anorexiques. La relation à la mère est fusionnelle, et l'acceptation d'un tiers est difficile. Le diagnostic de *psychose précoce est posé. Un suivi de consultation par un psychiatre est mis en place, ainsi qu'un suivi en psychomotricité, de 2001

à 2003. Dylan est scolarisé en maternelle de 3 à 6 ans, de 2001 à 2004, mais il n'entre pas dans les apprentissages, même s'il progresse sur le plan relationnel.

Dylan est ensuite orienté en *hôpital de jour, de 2004 à 2009, où il évolue bien sur le plan de la communication et de l'autonomie. Il a cependant tendance à se laisser manipuler et envahir. Il a des difficultés à être actif et créatif. Le projet de sortie de l'hôpital de jour n'a pas pu se construire avec sa mère, qui semblait indisponible. Dylan est resté avec elle de 2009 à 2010.

En 2010, il est adressé à un Centre Psychothérapique de Jour (CPJ) par le psychiatre du CMP où il est suivi. Les relations entre la mère et le CPJ sont décrites comme fluctuantes et de tonalité plutôt conflictuelle. A son arrivée au CPJ, Dylan se montrait inhibé, docile avec les autres, errant dans les locaux, sensible, et pleurant facilement. Il a su s'affirmer, prendre confiance, il a pu apprendre à dire non. Plus dans la communication et la relation, Dylan s'est intégré dans un groupe d'enfants.

Le bilan psychométrique et projectif réalisé en 2011 révèle, grâce au Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)⁴, des difficultés homogènes. Dylan se situerait dans une zone de retard mental homogène d'un niveau de 4-5 ans. Il peut résoudre des problèmes simples mais montre des difficultés d'adaptation à son environnement. Le TAT (Thematic Aperception Test,)⁵ révèle une sensibilité aux planches dépressives.

Dylan entre à l'IMPro en juin 2012.

De 2012 à aujourd'hui, à l'IMPro:

La semaine d'observation de Dylan a lieu en mars 2012. Dylan est alors âgé de 14 ans. Il est accompagné et raccompagné tous les jours par sa mère, inquiète, qui explique qu'il ne sait pas venir seul à l'IMPro. Dylan n'a eu que très peu d'échanges avec les autres adolescents. Il n'était pas dans le refus de la relation à l'autre, mais ne l'initiait pas. Au fil de la semaine, Dylan semblait plus à l'aise et pouvait même parfois être dans le jeu et l'échange. Dylan acceptait facilement ce que les éducateurs pouvaient lui proposer. A l'extérieur, il avait un comportement adapté. Dans les ateliers, Dylan est décrit comme timide, docile et volontaire. Il a une dextérité manuelle correcte, manquant parfois de finesse. Il ne prend pas d'initiatives et n'est pas en relation avec l'autre. Lors de son bilan de fin de semaine, il était plutôt mutique. Il semblait tendu et avait du mal à répondre aux questions. Ses réponses pouvaient être confuses. Il a cependant pu exprimer qu'il avait envie de venir à l'IMPro.

⁴ Cf Infra Annexe II

⁵ Cf Infra Annexe II

Bilan orthophonique :

A son arrivée à l'IMPro, un bilan orthophonique est réalisé. Dylan a été prévenu du bilan et cette situation semblait l'angoisser. La situation ludique, les supports visuels et le soutien de l'orthophoniste semblent l'avoir aidé. La passation de la BREV (batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives)⁶ révèle un niveau correspondant à un âge de 3 ans et demi à 4 ans et demi. En conclusion, Dylan présente un niveau homogène global de 4 ans. Il a un retard de langage oral, un retard de la parole, et des troubles de l'articulation. Il ne sait ni lire, ni calculer. Ses troubles font penser à *l'aphasie tellement ils sont massifs. Il dit « ça va pour le moment », en réponse à la proposition de suivi orthophonique. L'orthophoniste conclut cependant en disant qu'il serait bénéfique pour Dylan de participer à un atelier musical ou théâtral. Dylan a en effet de l'humour et des capacités d'imitation qu'il pourrait mettre à profit pour progresser au niveau du langage et de la parole.

Bilan psychomoteur :

Un bilan psychomoteur est également réalisé en décembre 2012. Il s'agit de situer le niveau de développement psychomoteur de Dylan, et de dresser un tableau le plus complet possible de ses compétences et de ses difficultés. Dylan présente un petit niveau de compréhension et d'expression qui semble le pénaliser durant le bilan. Cependant, il se montre volontaire et semble vouloir satisfaire l'adulte. Il ne demande pas d'aide mais semble soulagé lorsqu'on lui en propose. Les épreuves qui font appel à l'imitation sont les mieux réussies.

Dylan connaît les notions spatiales de sur/sous. En revanche, il confond la droite et la gauche et semble ne pas comprendre devant/derrière. Il peut comparer des objets de taille différente. Il peut reproduire quelques constructions très simples avec des cubes. Il n'est pas totalement repéré dans les locaux de l'établissement, mais effectue seul le trajet à pieds de chez lui à l'IMPro.

Dylan peut réciter quelques notions temporelles comme les jours de la semaine. Il ne peut cependant utiliser cette chronologie pour comprendre son emploi du temps. Il semble avoir des difficultés à s'orienter dans le temps et à structurer la temporalité. En revanche, Dylan est capable de reproduire plusieurs structures rythmiques à l'épreuve de Mira Stambak⁷. Il semble avoir de bonnes *capacités auditivo-motrices. Il atteint la dix-septième séquence sur vingt-et-une.

Concernant la motricité globale, Dylan révèle de très bonnes capacités d'équilibre, tant statique que dynamique. La marche, la course et les sauts sont réalisés avec harmonie et

⁶ Cf Infra Annexe II

⁷ Cf Infra Annexe II

souplesse. Ces mouvements s'accompagnent cependant d'une augmentation du *tonus dans les membres supérieurs. Les *coordinations dynamiques générales sont bonnes. Les mouvements sont rares et discrets, mais efficaces et bien coordonnés. Concernant les coordinations oculo-manuelles, Dylan utilise sa main droite pour tirer, viser, dribler. Les *coordinations oculo-pédestres sont correctes.

Concernant la dextérité manuelle, Dylan réussit à reproduire toutes les figures avec les mains de l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès⁸. Plus le geste devient fin, plus il perd en précision. Le déliement digital semble difficile. Concernant la *graphomotricité, Dylan tient l'outil scripteur de la main droite. La *pince tridigitale est correcte. Il fait participer sa main gauche, qui lui sert de support et maintient la feuille. Lors de l'écriture de son prénom, il appuie très peu le crayon sur la feuille. Les lettres sont de grande taille, et en bâtons. Il peut reproduire quelques formes géométriques correctement et atteint la septième figure du Santucci⁹.

L'examen du tonus révèle une amplitude de *ballant plus importante du côté gauche, et des *diadococinésies réalisées plus aisément à droite, laissant supposer une *latéralité neurologique à droite. Les *latéralités gestuelle et usuelle au niveau manuel sont difficiles à déterminer compte tenu des difficultés de compréhension des consignes. La latéralité oculaire est également difficile à déterminer. Dylan utilise tant l'œil droit que l'œil gauche, mais dit préférer le droit. La latéralité pédestre semble, elle, être établie à droite, tant au niveau neurologique que gestuel.

Concernant le schéma corporel, Dylan peut montrer, sur lui et sur un dessin, différentes parties du corps. Il y a quelques confusions, notamment concernant les articulations (il confond hanche et cheville par exemple). Le dessin du bonhomme¹⁰ de Dylan est un bonhomme bâton, sans volume. Peu d'éléments y sont représentés. Concernant la mémoire *kinesthésique, plus le geste est fin, plus elle se dégrade. Dylan peut reproduire six des mouvements des bras de l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès après coup. Il a repéré la symétrie des mouvements, ce qui semble l'aider à se les remémorer.

Dylan a une représentation particulière de son corps. Il semble en distinguer l'intérieur, de l'extérieur. Mais, il ne donne que des éléments du visage comme parties du corps visible de l'extérieur. Il peut montrer une partie du corps qui se plie, et donner le nom de quelque chose de fragile, en rapport avec des expériences vécues (il s'est cassé la jambe plus jeune). Il ne

⁸ Cf Infra Annexe II

⁹ Cf Infra Annexe II

¹⁰ Cf Infra Annexe II

peut cependant trouver quelque chose de solide dans le corps, et n'a aucune idée de ce à quoi son corps peut lui servir.

En conclusion, le bilan met en évidence un retard psychomoteur global et assez sévère. Les repères spatio-temporels apparaissent modestes. Le schéma corporel est relativement bien construit. Tout au long du bilan, il a montré de bonnes capacités d'adaptation. Il n'exprime aucun désir propre. Il peut cependant exprimer ses difficultés relationnelles : « C'est compliqué d'être avec des personnes ». Il dit ne pas avoir envie d'être aidé car cela l'obligerait à être avec des personnes. Un suivi régulier autour de situations ludiques permettrait cependant à Dylan de prendre corps et place dans les séances afin de s'affirmer en tant que sujet et de devenir acteur.

Bilans de fin d'année et synthèses :

Le bilan de fin d'année 2012-2013 et le compte-rendu de synthèse de mai 2013 mettent en évidence de légères évolutions chez Dylan, un an après son arrivée à l'IMPro. Dylan est décrit comme un jeune homme souriant et discret, qui a du mal à se livrer. Il s'intègre progressivement au sein du groupe de jeunes mais est influençable et peut se laisser entraîner par ses pairs. Il semble avoir des difficultés à s'imposer face à l'autre. Que ce soit dans les ateliers techniques, les groupes de vie, ou les cours d'EPS, Dylan est décrit comme manquant de concentration. Il a des difficultés de compréhension, et une démonstration est souvent nécessaire pour qu'il puisse réaliser correctement les tâches demandées, mais il semble de bonne volonté. Il ne sollicite pas l'adulte pour être aidé. En revanche, il a constamment besoin d'être sollicité, rassuré et accompagné par l'adulte dans la réalisation de ces tâches. Il est décrit comme un jeune homme en retrait, ayant besoin de s'affirmer, de prendre de l'assurance. Il semble ne pas réussir à trouver du sens à ce qu'on lui demande de faire. Dylan a encore des difficultés à se repérer dans l'établissement et dans son emploi du temps. La confection d'un planning hebdomadaire avec des images est prévue. Concernant son niveau scolaire, à son arrivée dans l'établissement, il ne savait ni lire, ni écrire, mis à part son prénom. Il semblait avoir de grandes difficultés de mémorisation. Il pouvait compter au moins jusqu'à dix. Après un an, une évolution positive est constatée. Il peut par exemple compter jusqu'à 32, et il semble plus présent dans les activités. Il peut accomplir des tâches simples, mais semble perdu dès que de la réflexion est nécessaire. Après cette première année passée à l'IMPro, le projet pour Dylan serait de continuer le suivi psychologique, de maintenir sa venue au foyer un weekend par mois, de continuer les séances de psychomotricité, et de lui proposer l'activité vélo avec les débutants.

Le bilan de fin d'année 2013-2014, et le compte-rendu de synthèse de décembre 2014 mettent à nouveau en évidence une légère évolution chez Dylan, mais aussi des stagnations

dans certains domaines. Dylan communique en effet de plus en plus avec les autres adolescents, il peut jouer et plaisanter avec eux malgré sa réserve. Il peut également interpeler quelquefois l'adulte. Il est plus souriant et taquin. Il reste assez influençable mais peut désormais tenir tête à certains jeunes, même s'il montre des difficultés pour se faire entendre. Dans son groupe éducatif, il a tendance à se reposer sur un de ses camarades, et agit peu par lui-même. Une mise à distance de ce camarade pourrait lui permettre de mieux évoluer et de s'affirmer en tant que personne. Dylan semble plus présent, attentif et participant dans les différents ateliers et groupes éducatifs, mais la sollicitation et la proximité de l'adulte sont toujours aussi nécessaire. Il est également noté qu'une approche ludique et par l'humour permet à Dylan d'être plus détendu et d'aborder les exercices demandés avec moins d'anxiété. De plus, les moments de convivialité le stimulent et lui permettent de s'exprimer plus facilement. Concernant les apprentissages scolaires, Dylan progresse également. Il a acquis des notions de classement, d'orientation spatiale et de contraire (exemple : grand/petit). Le travail par le biais de la manipulation et de l'observation lui a permis d'accéder plus facilement à la réflexion (puzzle, domino des contraires,...). Il a un niveau de cycle 1, et de petits objectifs tels qu'écrire la date ou repérer les nombres de 0 à 20 ont été définis pour lui. Dylan doit travailler les activités du quotidien pour gagner en autonomie et en assurance. Le projet pour lui serait d'améliorer sa vision dans l'espace, d'enrichir son vocabulaire, d'améliorer sa concentration, de l'aider à réagir face à des situations imprévues, de l'aider à développer des liens sociaux, de favoriser sa réflexion, de travailler l'apprentissage de trajets dans l'optique de faire des stages, et de maintenir la prise en charge en psychomotricité.

Mes premières impressions :

Lorsque je rencontre pour la première fois ce jeune homme métis, aux yeux et cheveux bruns, il me renvoie paradoxalement une image de raideur, tout en souplesse. Pas très grand pour un garçon de son âge, plutôt fin, il se tient très droit, le regard fixé devant lui. Sa démarche est particulière, presque sautillante. Ses pas restent relativement sous lui, et il déroule son pied jusqu'au bout, passant presque par la demi-pointe à chaque pas. L'appui au sol, la flexion du genou, révèlent une certaine fluidité dans le mouvement. Il garde les poings fermés, et le ballant des bras est restreint, ce qui renforce, à l'inverse, l'impression de rigidité. Les mouvements spontanés sont rares, et restent proches du corps. Ils se font principalement dans le plan sagittal, un peu dans le plan frontal, mais beaucoup moins fréquemment dans le plan transversal¹¹. Les mouvements en torsions sont rares. Lorsque Dylan réalise des gestes, il me fait penser à quelque chose d'automatisé, de presque robotisé. Il est très lent et très

¹¹ Cf Infra Annexe III

méticuleux lorsqu'il s'habille, se déshabille, se déchausse, réalisant les étapes une à une. Une fois ses chaussures et son gilet retirés, il s'assoit sur le banc, toujours droit et le regard fixé devant lui, les mains sur les genoux, qui sont, eux, pliés en angle droit, et parfaitement parallèles. Il semble éteint, vide. Lorsque nous nous adressons à lui, il modifie peu sa posture, tourne simplement la tête vers nous. Il répond peu, soit avec un simple mot, soit avec une phrase très courte. Son visage reste figé. De lui-même, il ne s'exprime pas. Il initie peu de choses. Pendant la séance, il est beaucoup dans la reproduction de ce qui est montré, ou dans l'exécution des consignes. Je me demande alors si cela prend réellement sens pour lui, s'il s'approprie réellement les propositions ou s'il « fait pour faire ». Lorsqu'un jeu est lancé, il suit aisément. Il semble dans une relation qui est plus que de la simple imitation. Cette relation reste duelle, avec l'adulte qui a lancé le jeu, sans chercher à inclure les autres. Tout le long de notre première rencontre, son rapport particulier au miroir m'a frappée. Il fixait souvent son image, parfois en faisant autre chose en même temps, parfois en stoppant net ce qu'il était en train de faire.

Prise en charge et évolutions :

Dylan bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité, en groupe, depuis mars 2013, à raison d'une fois par semaine pendant 45 minutes. Cette année le groupe est constitué de trois adolescents ayant entre 15 et 17 ans et ayant un profil relativement similaire. Ce groupe a été remanié plusieurs fois au cours de l'année, et Dylan a finalement commencé un suivi en individuel.

Lors de la première séance, ils ne sont que deux, avec la psychomotricienne et moi-même. En début de séance, ils me paraissent plutôt en retrait dans la relation, l'air fermé, le regard dirigé vers le bas, ou fixé droit devant. Lorsque la psychomotricienne leur demande s'ils ont une idée de jeu, aucun des deux n'en a une. Dylan, assis sur le banc, fait un bruit avec sa bouche pour le signifier. La psychomotricienne propose alors un jeu de ballon, rapidement accepté. Nous commençons par simplement nous lancer le ballon, en cercle. Nous enchaînons ensuite sur une proposition qui sera reprise lors des séances suivantes. L'idée est de réaliser un mouvement avec le ballon, par exemple, le lancer en l'air. Puis, une fois le mouvement réalisé, le ballon est lancé à quelqu'un d'autre. Cette personne reprend le mouvement réalisé, et peut en rajouter un autre. Elle lance ensuite le ballon à la personne de son choix. Progressivement, une petite séquence est créée. Dylan semble avoir du mal à mémoriser la séquence dans l'ordre. Il mémorise les mouvements séparément et peut les reproduire aisément. Mais il réalise la séquence dans le désordre, ou bien oublie quelques mouvements. Parfois, lorsqu'il se trompe, la psychomotricienne lui indique son erreur, mais reprend le mouvement erroné pour l'intégrer dans la séquence, comme un nouveau mouvement créé.

La séance se poursuit en « chat-ballon », jeu proposé par la psychomotricienne suite une réaction de Dylan qui s'est fait toucher par le ballon « Eh mais tu m'as touché, tu vas voir... ! ». Dylan semblait déjà s'animer en première partie de séance, comme si le mouvement le faisait exister. Dans ce deuxième jeu, il s'est encore plus animé, et est entré dans la relation avec la psychomotricienne, ou moi, alternativement, mais jamais avec l'autre adolescent. Des jeux de vengeance, « tu m'as eu, je t'aurai », se sont mis en place. Dylan semblait trouver une place dans cette opposition duelle, même s'il ne faisait que suivre les jeux. Il était actif, parfois presque dans une agitation, et cherchait la proximité de la personne avec qui le jeu était lancé, se plaçant souvent face à elle. Il investissait l'espace, mais surtout autour de cette personne, pas l'espace total de la salle. Même dans le jeu, son visage restait peu expressif.

Les séances suivantes se font sur le même modèle. Ces fois-ci, les trois adolescents sont présents. Le jeu de mémorisation de séquence avec le ballon est repris, après de simples échanges de balles en début de séance. En deuxième partie de séance, un autre jeu de ballon a lieu, comme la tomate, ou « chat-ballon ».

La première partie de séance me semble à chaque fois très statique, et parfois dépourvue de dynamique. Le temps qu'une personne réalise la séquence, les autres ne font qu'attendre, dans l'immobilité. Dans ces moments là, Dylan se fige un peu, semblant s'éteindre, ou bien s'observe dans le miroir. Cela semble compliqué pour lui d'attendre sans bouger, c'est comme s'il n'était plus présent. Il s'anime à nouveau lorsqu'il a le ballon en main.

La deuxième partie de séance me paraît généralement plus riche. L'opposition ludique semble permettre à Dylan de plus facilement se positionner dans la relation. Il peut même entrer en relation, brièvement, avec les autres adolescents du groupe. Il prend encore peu d'initiatives, mais réagit de manière adaptée dans la relation. Je me demande alors s'il ne faudrait pas favoriser ce type de jeu en séance, pour encourager la prise d'initiatives et faire en sorte que Dylan devienne plus acteur.

A force de refaire le même premier exercice sur la séquence de mouvements avec le ballon, Dylan peut proposer des mouvements de lui-même. Il propose toujours des mouvements déjà réalisés. Je me demande alors si je peux considérer qu'il apporte réellement quelque chose de lui-même, ou si c'est une sorte d'automatisme, dans un cadre spatio-temporel et relationnel identique. La psychomotricienne continue également à reprendre des choses qu'il amène involontairement, pour les inclure dans le jeu. Cela aide probablement Dylan à se considérer en tant que sujet, acteur dans le jeu et dans la relation.

Dylan peut aussi lancer des jeux d'opposition duelle. Un jour, il attrape le ballon et refuse de le relancer. Il défie la psychomotricienne en jouant, et dit qu'elle n'a qu'à venir le chercher.

Un jeu où le but est de récupérer le ballon des mains de celui qui le tient, qui lui doit à tout prix le garder, se met alors en place. Dylan se prête bien au jeu, son visage s'égayé. Il utilise différentes techniques, le tient très haut pour que nous ne puissions pas l'attraper, le met derrière son dos, etc. Il semble apprécier ces jeux de « Je l'ai, tu ne l'auras pas », comme s'il expérimentait, qu'il vérifiait la différenciation entre lui et l'autre.

Le 14 novembre 2014, la psychomotricienne est absente, et je mène le groupe seule. A partir de cette date, j'ai encadré le groupe seule, jusqu'à ce qu'il soit modifié. C'est lors de cette séance que je remarque réellement l'évolution de Dylan. Peut-être le fait d'être plus impliquée m'a aidé à le remarquer. Je souhaite éviter des moments de latence, de flottement, et des agencements spatiaux trop figés, obligeant les jeunes à rester eux-mêmes figés. A la demande d'un des adolescents, nous commençons la séance par de simples échanges de balles.

Pendant la séance, j'essaie de me déplacer dans la salle. Les adolescents s'adaptent alors spatialement et se déplacent aussi, intuitivement. Cela me paraît maintenir une dynamique. Dylan s'adapte bien à ces modifications spatiales, cela lui fait investir l'espace de la salle. J'induis aussi des changements de rythmes dans les échanges de balles. Que ce soit dans la rapidité ou dans la lenteur, Dylan semble réellement présent, comme si le fait de devoir se concentrer pour ajuster son geste, sa tonicité, le maintenait éveillé psychiquement. Il prend différentes initiatives. Il lance un jeu où il faut lancer le ballon de différentes manières, par exemple en le faisant passer sous une jambe, et où il est possible d'ajouter un mouvement avant de lancer le ballon. Il reprend alors des propositions déjà vues, mais semble se les être réappropriées et les adapte à un nouveau contexte. Dylan reprendra lui-même, en fin de séance, l'idée qu'il faut se lancer les balles le plus vite possible. Il utilisera même l'imaginaire, racontant que ce sont des bombes, qu'il ne faut pas les garder dans les mains sinon elles exploseront.

Ce jour-là, je fais une plaisanterie à Dylan à un moment où il met du temps à réagir. Je lui dis qu'il faut manger du lion pour être en forme. Il me répond alors qu'il en a déjà mangé plein. Il reprendra ensuite la plaisanterie à chaque séance, dans un contexte toujours adapté, parfois quand je mets moi-même du temps à réagir.

Jusqu'aux vacances de Noël, Dylan évolue bien. Il investit de plus en plus l'espace. Et il le fait de lui-même, sans que je sois amenée à bouger pour modifier l'agencement spatial. Il prend de plus en plus d'initiatives dans le jeu. Il ne propose cependant jamais rien verbalement, sans avoir été dans l'action avant. Cela m'impressionne d'ailleurs toujours de voir à quel point il peut s'animer dans le mouvement alors qu'il paraît éteint et presque dénué de vie lorsqu'il arrive en séance et s'assoit sur le banc.

A la rentrée des vacances de Noël, la composition du groupe change. Dylan reste avec un des adolescents déjà présents, et deux autres adolescents viennent se rajouter. Ces derniers ont un profil différent. Ils sont plus dynamiques, parlent plus, et trouvent facilement des idées de jeu. La psychomotricienne pense que cela pourra peut-être aider les autres à s'engager dans l'action.

Dylan n'a pas été prévenu du changement de groupe. Lorsqu'il arrive, les trois autres adolescents sont déjà présents. Dylan regarde chacun, et s'avance au milieu de la salle en disant « Bonjour » à haute voix. Après une petite introduction pour présenter la psychomotricité à un des jeunes, qui n'avait pas encore de suivi, un jeu est rapidement choisi. Nous commençons alors un « 1 2 3 soleil », jeu que Dylan dit ne pas connaître. Les règles lui sont rapidement expliquées. Dès le premier tour, Dylan semble avoir particulièrement bien compris le principe du jeu, même s'il a tendance à s'arrêter dans des postures difficiles à maintenir. Je me demande alors s'il n'avait pas déjà joué à ce jeu, mais qu'il ne le rattachait pas à ce nom. Durant cette séance, Dylan n'interagit pas avec ses camarades. Il reste très proche de moi, semblant prendre plaisir à plaisanter et jouer avec moi. C'est comme si j'étais un repère pour lui au milieu de ce nouveau groupe.

Avec ce groupe, les séances sont chaque fois différentes, allant de chat perché aux fléchettes, en passant par le bowling et le jonglage. Ce sont souvent les deux adolescents plus dynamiques qui choisissent les jeux. Ils se situent généralement dans une sorte de recherche de performance, essayant de tirer les fléchettes le plus loin possible de la cible, ou de jongler avec le plus d'anneaux possible. Un équilibre est difficile à trouver entre les quatre adolescents. Les deux plus inhibés, dont Dylan, semblent avoir des difficultés à s'inscrire dans les jeux proposés. L'un d'eux se met souvent à l'écart, comme si le groupe l'oppressait. Dylan, lui, participe aux jeux, mais ceux-ci ne semblent pas prendre sens pour lui. Dylan exécute les consignes, il lance les fléchettes quand c'est à son tour, jongle si les autres jonglent, mais son visage reste inexpressif et ne dévoile aucun signe de plaisir à jouer. A l'inverse, lors de certains jeux, il est parfois lancé dans une sorte d'agitation, suivant le dynamisme des autres. Mais cette agitation ressemble à une sorte de frénésie improductive et plutôt désorganisée.

Lors d'une séance, Dylan arrive en retard. Avant son arrivée, un jeu de bowling a été proposé, validé par tous, installé, et débuté. Lorsqu'il entre dans la salle, Dylan s'arrête net, il observe tout ce qui se passe dans la pièce, regarde chaque personne, chaque objet installé. C'est comme s'il cherchait à appréhender et s'approprier cet environnement inhabituel, à retrouver des repères. Lorsqu'il se déplace, il semble hésiter, ne pas trop savoir où aller, où poser ses affaires. D'habitude, il va toujours au même endroit, s'y dirige d'un pas décidé, et pose ses affaires un peu plus loin. Une fois qu'il a trouvé un endroit où poser ses affaires, on

lui annonce que c'est à son tour de jouer. Il ne réagit pas tout de suite, continue à observer, comme s'il cherchait à analyser la situation pour savoir ce qu'il doit faire. Lors de cette séance, Dylan est très effacé, il semble hésiter à chaque réponse qu'il donne, et prend peu d'initiatives. Le fait d'arriver en retard, dans un espace aménagé, sans qu'il ait participé à cet aménagement l'a probablement mis en difficulté pour s'inscrire dans l'espace, et donc dans la séance.

Après cette séance, un des jeunes du groupe passe en individuel, suite à une décision prise en équipe lors de sa synthèse. Dylan passe lui aussi en individuel. Le premier jour, en début de séance, il dit, en réponse à la psychomotricienne, qu'il aurait préféré rester en groupe. Mais à la fin, il dit spontanément que finalement, il aime mieux être tout seul.

Les séances se déroulent toujours autour d'échanges de ballon. C'est Dylan qui, souvent, propose lui-même le jeu, et va lui-même chercher les ballons dans la caisse. Nous prenons parfois trois ou quatre ballons. Dylan semble plus dans l'échange que lorsqu'il était en groupe. Il est capable d'exprimer verbalement ses envies, ses besoins. Il peut même affirmer sa place. Une fois, il proteste « Et moi ? », lorsque la psychomotricienne et moi nous faisons des passes entre nous. Il peut également faire des réflexions pertinentes concernant ses sensations, la situation. Il peut comparer deux ballons, dire que l'un est plus mou que l'autre et qu'il fait donc moins mal si on le reçoit quelque part. Il peut aussi dire, lorsqu'il nous envoie deux ballons en même temps, que « c'est plus dur à rattraper hein ! ». Je me suis demandé si le fait d'être en individuel, sans avoir la relation aux pairs à gérer, ne lui permettait pas de plus se concentrer sur ce qu'il percevait.

Dylan fait de plus en plus de propositions, il fait lui-même varier le rythme des échanges de ballons, en le verbalisant. Cela montre probablement que cela prend sens pour lui et qu'il a conscience de la proposition qu'il fait. Il reprend le jeu de la séquence de mouvements avec le ballon. Et surtout, il fait intervenir son imaginaire dans le jeu, et montre du plaisir à jouer, nous révélant chaque fois un large sourire. Un jour, lorsque je suis seule avec lui, il me dit en riant que je suis une orange. Je lui demande ce qu'il est, et il déclare être du chocolat. Et la bataille de l'orange contre le chocolat commence ! Qui rattrapera le plus de ballons ? Un autre jour, il augmente le rythme des échanges, en disant que le ballon est brûlant et qu'il faut donc se dépêcher de le lancer. Heureusement, la psychomotricienne trouve une flaque d'eau (un cerceau), pour rafraichir le ballon, et les pieds de Dylan, qui ont été touchés par la balle brûlante. Dylan semble heureux de pouvoir se rafraichir, et décide ensuite de nous éclabousser, lançant une incroyable bataille d'eau imaginaire. A la fin de cette séance, il nous demande de laisser la flaque d'eau au cas où. Cette flaque-cerceau matérialise-t-elle sa présence dans cette salle ?

Cas clinique : Margot :

Environnement :

Margot est née le 3 juillet 1999, elle a donc 15 ans lorsque je la rencontre. Elle habite dans le Val-de-Marne avec ses parents. Son père est un gendarme récemment retraité. Ce départ à la retraite a entraîné un déménagement. Sa mère est *Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM). Margot a un frère et une sœur, deux jumeaux de 21 ans. Leur adolescence a été difficile à vivre pour les parents, source de désaccords et de disputes. Son grand frère vit avec eux, et travaille à Paris. Sa grande sœur a un enfant, vit et travaille en grande banlieue.

Avant l'IMPro... :

Margot est née à terme. Elle a souffert d'une *hypoxie à la naissance. Elle a marché à 23 mois. Une fois le retard psychomoteur constaté, elle a été adressée en CMP où elle a participé à un groupe thérapeutique proposé par la psychomotricienne et par l'orthophoniste de l'institution. Elle a ensuite été accueillie en *Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) en septembre 2004. Elle est alors âgée de 5 ans. A l'époque c'est une petite fille calme, inhibée, qui montre des difficultés de séparation avec sa mère, et qui pleure beaucoup. Elle est également accueillie en école maternelle, de la petite à la grande section. Elle est bien socialisée mais a des difficultés concernant la compréhension des consignes. Elle présente un retard de langage, et elle est plus à l'aise dans les activités régressées par rapport à son âge. Tout cela a entraîné un maintien en grande section, avec la mise en place, en parallèle, d'un suivi orthophonique. La mère de Margot est ATSEM dans l'école où sa fille est accueillie. Elle décrit une « relation fusionnelle » avec sa fille. Elle a progressivement réussi à mieux accepter la séparation et a donné son accord pour une orientation en IME.

A son entrée à l'IME en 2006, Margot paraît souvent tendue, anxieuse. Les difficultés de séparation avec la mère persistent. A l'IME, en 2007, il est noté que Margot est une enfant plus performante sur le plan moteur que cognitif. Pendant l'année 2007-2008, Margot intègre un groupe scolaire avec d'autres enfants qui sont en grandes difficultés au niveau du langage, de la communication et de la compréhension. Elle est toujours active, et progresse malgré ses blocages. Elle bénéficie d'une prise en charge en orthophonie et participe au groupe théâtre mené par la psychomotricienne. Le travail avec la famille est décrit comme difficile. Pendant l'année 2009, le langage oral se structure et le vocabulaire s'étend. Elle s'intéresse à l'écrit. La prise en charge en orthophonie se fait maintenant à l'extérieur de l'institution. L'année 2009-2010 est décrite comme l'année de son épanouissement. Son visage s'apaise, elle est de bonne humeur, salue tout le monde, elle peut même chahuter. Elle a elle-même demandé un

suivi psychologique à raison d'une fois par semaine. Un travail sur les relations familiales, sa place au sein de la famille se met en place. Durant l'année 2010-2011, Margot devient autonome dans les actes de la vie courante. Elle est très participative, volontaire et courageuse. Elle peut communiquer sur ses sentiments, donner son avis et exprimer un désaccord. Les parents sont contents de l'évolution de Margot durant ses années à l'IME.

La psychologue de l'IME constate la bonne évolution de Margot, à sa sortie de l'établissement. C'est une jeune fille à première vue réservée, mais qui peut exprimer un avis et faire des choix. Elle est très engagée dans le processus de changement d'établissement vers un IMPro. Les résultats de la NEMI¹² révèlent une efficacité intellectuelle correspondant à un niveau de 6-7 ans. Son manque de confiance en elle la pénalise beaucoup. La notion de nombre n'est pas acquise. Elle a quelques repères temporels (date du jour, planning). La connaissance des notions spatiales correspond à un niveau de 7-7,5 ans. Les résultats des épreuves projectives (Rorschach¹³) témoignent de bonnes capacités d'adaptation, de capacités *d'identification, de capacités relationnelles, mais d'une structure de personnalité fragile. Lors de la passation du TAT, les récits sont descriptifs et immatures. La psychologue conclue en indiquant que Margot présente un retard intellectuel, de parole et de langage, ainsi qu'une inhibition importante.

Margot entre à l'IMPro en septembre 2014.

Durant sa première année à l'IMPro... :

Lors de sa semaine d'observation, Margot est décrite comme très discrète. Elle peut cependant s'adresser à l'adulte. Elle a un bon contact avec les autres jeunes, et ceux-ci l'ont appréciée. Elle semble craintive et souvent inquiète. Elle a souvent besoin d'être rassurée. Elle semble avoir un faible niveau de compréhension et d'efficacité intellectuelle. Une explication accompagnée d'une démonstration est nécessaire à sa compréhension. Elle est également fatigable. Elle reste cependant toujours volontaire et semble satisfaite de ce qu'elle fait. Elle présente des difficultés d'élocution, probablement en lien avec une *hypotonie buccale ayant pour conséquence une bouche toujours ouverte et une salivation importante. Elle est suivie en orthophonie à l'extérieur de l'établissement une fois par semaine. Elle semble autonome dans beaucoup d'activités et prend les transports seule depuis trois mois.

¹² Cf Infra Annexe II

¹³ Cf Infra Annexe II

Bilan psychomoteur :

A son arrivée, en septembre 2014, un bilan psychomoteur est réalisé. Il s'agit de situer le niveau de développement psychomoteur de Margot, et de dresser un tableau le plus complet possible de ses compétences et de ses difficultés.

Les différentes notions spatiales sont acquises, mais Margot ne connaît pas la droite et la gauche. Avec les cubes, Margot est capable de reproduire quelques constructions en trois dimensions. Margot reproduit la figure simple de Rey¹⁴. Elle respecte les proportions et les relations entre les différents éléments de la figure. Elle ne perçoit pas toujours la globalité des éléments.

Margot ne connaît pas toutes les notions temporelles, seulement les saisons et les jours de la semaine. Elle comprend le sens des termes « avant/après ». Margot sait se repérer dans la généalogie. Elle peine cependant à comprendre l'incidence du temps sur l'âge et la constance d'une différence d'âge dans le temps. Margot est capable de reproduire plusieurs structures rythmiques à l'épreuve de Mira Stambak. Elle a de bonnes capacités d'analyse perceptive et peut s'apercevoir d'elle-même de ses erreurs. Le geste moteur est souvent perturbé par des décharges toniques.

Les différentes épreuves de motricité globale révèlent des difficultés de coordination dynamique générale en lien avec un défaut de régulation tonique (effondrement ou crispation) et une certaine appréhension. Elle a tendance à séquencer, dissocier les mouvements, qui perdent alors en fluidité. Concernant les coordinations oculo-manuelles, les difficultés de régulation tonique sont nettement perceptibles lors des échanges de ballon. Elle a des difficultés à lancer dans la bonne direction et avec une force adaptée. Les coordinations oculo-pédestre sont difficiles. Margot présente un équilibre précaire, l'hypotonie axiale est marquée et les bras s'agitent sans réellement rééquilibrer la posture.

Concernant la dextérité manuelle, Margot a les mains *hypertoniques lors de la reproduction des positions complexes avec les doigts, de l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès. Pour le graphisme, Margot tient l'outil scripteur de la main droite. La prise tridigitale est correcte. Il n'y a pas d'ajustement postural. Margot reste le buste allongé sur la table, traduisant une hypotonie axiale. On note, à l'inverse, une hypertonie distale.

Concernant la latéralité, l'œil directeur est le gauche. Pour les membres supérieurs, l'examen du tonus révèle une extensibilité plus importante à droite. Le mouvement des diadococinésies est plus fluide et plus rapide à droite. Les *syncinésies contro-latérales sont

¹⁴ Cf Infra Annexe II

plus marquées quand le mouvement est effectué avec le bras gauche. Cet examen ne permet pas de se prononcer sur la latéralité de Margot, les résultats n'étant pas concordants. Au niveau usuel et gestuel, Margot utilise préférentiellement la main droite. La latéralité du membre supérieur semble ne pas être clairement établie. Concernant les membres inférieurs, la latéralité est établie avec une dominance à gauche.

Concernant le schéma corporel, la passation du test des somatognosies de Bergès¹⁵ révèle une très bonne connaissance des différentes parties du corps et de leur localisation. Le dessin du bonhomme de Margot manque de maturité. Elle dessine un bonhomme sexué dont les bras ne sont pas représentés. Margot semble avoir une représentation du corps fragile.

En conclusion, le bilan de Margot met en avant un retard global et homogène de développement psychomoteur. Margot semble fragile et a besoin de réassurance et de valorisation. Elle manque de repères spatio-temporels. L'hypotonie de fond et les difficultés de régulation tonique parasitent la motricité globale et fine. La latéralité ne semble pas clairement établie. Le schéma corporel gagnerait à être étayé, du corps connu au corps perçu, puis maîtrisé. Un suivi en psychomotricité permettrait à Margot d'expérimenter différentes situations motrices et de travailler autour de la perception et de la conscience du corps. Mieux connaître son corps lui permettrait de mieux se repérer dans l'espace mais aussi de mieux maîtriser son corps dans cet espace.

Synthèse :

La synthèse de Margot, ayant eu lieu le 9 février 2015, a permis de mettre en évidence son évolution durant ses premiers mois à l'IMPro. Margot est toujours décrite comme une jeune fille discrète, mais néanmoins sociable et souriante. Elle a noué des relations privilégiées avec deux jeunes de l'institution. Elle est bien intégrée dans son groupe éducatif, mais elle ne semble pas encore assez affirmée pour se défendre face à d'éventuelles attaques de ses camarades. Elle apprécie avoir des relations privilégiées, de proximité avec l'adulte. Lorsqu'elle réalise une tâche, cela semble être pour faire plaisir à l'adulte. Elle s'est bien repérée spatio-temporellement dans l'établissement. Elle sait s'organiser et trouver des stratégies pour gérer elle-même des tâches de la vie quotidienne. Que ce soit en EPS, sur les groupes éducatifs ou les ateliers, Margot a des difficultés de compréhension, mais même si elle peine, elle persévère. Elle progresse à son rythme. Elle s'investit bien dans le travail scolaire et est demandeuse d'exercices. Elle a peu d'acquis, son niveau correspond à la classe de Cours Préparatoire (CP), mais les objectifs seraient d'élargir son champ culturel, de lui permettre d'être autonome face à certains documents qu'elle pourra manipuler dans sa vie

¹⁵ Cf Infra Annexe II

(horaires de transports,...). Son suivi orthophonique à l'extérieur de l'établissement se poursuit. Elle participe au groupe théâtre avec la psychologue, et est suivie en psychomotricité. Il serait intéressant de proposer à Margot des activités de loisir, de poursuivre la prise en charge en psychomotricité, de développer ses aptitudes dans le quotidien, de l'aider à s'affirmer, et d'élargir son environnement, en lui proposant par exemple le mini-foyer.

Mes premières impressions :

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Margot me donne l'impression d'une petite fille frêle et fragile. Plutôt petite, cette jeune fille de 15 ans a un visage rond et de bonnes joues qui lui donnent un air enfantin. Sa coupe de cheveux, un peu garçonne, vient accentuer la rondeur de son visage. Ses épaules et son dos un peu enroulés, ses bras et ses jambes plutôt en *rotation interne et *adduction, me renvoient cette impression de fragilité. Margot marche en faisant de petit pas, restant très en appui sur le talon et déroulant peu le pied, comme si « l'aller vers », l'inquiétait un peu. Elle est reçue avec trois autres jeunes filles mais reste en retrait dans le groupe. Elle fait timide, réservée, introvertie. Elle parle peu, répond seulement quand nous nous adressons à elle, mais ne s'exprime pas d'elle-même. Elle a une petite voix et parle presque en chuchotant, comme si elle voulait garder pour elle ce qu'elle nous dit, nous en donner une partie, mais en s'assurant que cela reste quelque chose qui lui appartient. Très souriante, cette jeune fille respire la gentillesse, la douceur. Je pourrais la qualifier d'attachante. Elle semble effrayée par beaucoup de choses. Mais, malgré cette apparence extérieure de fragilité, elle me donne l'impression d'une force intérieure, d'un élan, qui la rend avide d'apprendre, de progresser, d'avancer.

Prise en charge et évolutions :

Margot bénéficie d'une prise en charge en groupe, une fois par semaine, pendant 45 minutes, avec trois autres jeunes filles. La tranche d'âge se situe entre 15 et 18 ans. Les profils sont assez différents, mais un équilibre s'est rapidement créé. C'est rarement que les quatre jeunes filles sont réunies en séance, en fonction des sorties éducatives et des stages.

Au début de la première séance, chacune des filles reste plutôt de son côté. Elles s'adressent préférentiellement à la psychomotricienne. Margot parle bas quand elle répond. Elle semble timide, un peu mal à l'aise. Cela se traduit par des *réactions tonico-émotionnelles et une modification de sa posture. Elle attrape et tortille le bas de sa veste. Ses épaules s'enroulent davantage, ses membres se rapprochent de son axe du corps. Lorsque la psychomotricienne leur demande ce qu'elles veulent faire, elles disent chacune à leur tour

qu'elles ne savent pas. Suite à nos différentes propositions, et aux différentes réponses des adolescentes, la première séance se déroule autour d'un jeu de ballon.

En cercle, nous nous lançons de différentes façons un ballon de forme irrégulière. Lorsqu'il rebondit, il est difficile de prévoir sa trajectoire. Une dynamique de groupe s'installe progressivement. La forme spatiale en cercle favorise probablement la création de cette dynamique. Margot reste essentiellement dans l'action, mais est peu dans l'échange verbal. Elle sourit beaucoup et peut rire aux plaisanteries. Elle engage peu son corps dans l'espace, reste à sa place, ne se déplace pas pour attraper le ballon. Ses gestes restent très proches de son axe corporel. C'est comme si, en ouvrant sa posture, elle se dévoilait aux autres sans protection. Elle a d'ailleurs de nombreux mouvements protecteurs. Elle semble effrayée par le ballon, se protège de ses mains, s'enroule sur elle-même lorsqu'il vient.

Au fil des séances, les interactions entre les filles se sont progressivement développées. Chacune avait au début tissé un lien avec la psychomotricienne. Puis, des liens transversaux se sont créés entre elles, probablement grâce aux différents jeux et propositions, mais aussi grâce à la posture de la psychomotricienne, une posture d'écoute, accompagnant l'établissement des liens. Margot paraît de plus en plus ouverte, elle parle plus fort, s'adresse à la psychomotricienne, à moi-même, ou aux autres jeunes filles sans qu'elle soit sollicitée. Elle peut parler d'elle-même, de ses goûts, de ses envies. Elle sourit toujours autant. Même si elle a encore tendance à rester statique, toujours à la même place, les mouvements s'écartent de l'axe du corps. La posture se redresse légèrement, même si ses épaules restent enroulées.

Margot est toujours partante pour les jeux proposés. Elle a cependant besoin d'être rassurée, accompagnée, tant verbalement que corporellement. Lors d'une séance, les filles choisissent de jouer à la corde à sauter. Deux personnes tiennent chacune un bout d'une grande corde pour la faire tourner, les autres sautent chacune leur tour. Margot nous dit qu'elle n'a jamais su faire de la corde à sauter. Nous lui proposons alors d'apprendre. Elle se place et tente de sauter par-dessus la corde. Nous faisons attention à faire tourner la corde doucement pour lui permettre d'anticiper et surtout, pour diminuer son appréhension. Margot semble en effet inquiète lorsque la corde arrive sur elle. Elle a des mouvements de défense et semble se crispier. Margot est attentive aux conseils et aux encouragements mais cela ne paraît pas l'aider. Je me place alors en face d'elle, dans la corde, et lui tiens les mains pour sauter avec elle. Elle ne serre pas mes mains, mais je sens l'importante tonicité de ses bras. Progressivement, en l'accompagnant dans son mouvement, en appuyant verbalement chaque geste, et en la rassurant tant par mes mots que par mon toucher, elle semble se détendre. Elle commence par rater les sauts, se prenant les pieds dans la corde. Puis, elle parvient maladroitement à sauter par-dessus la corde. Elle pourra même enchaîner plusieurs

sauts. Ses bras se relâchent progressivement, elle redresse la tête et retrouve un sourire détendu. Elle a ensuite pu se saisir du reste de la séance en étant réellement actrice.

L'évolution de Margot m'a particulièrement marquée lors d'une séance. Un jeu de tennis s'était mis en place. Un banc en travers de la salle matérialisait le filet, avec deux personnes dans chaque camp. Une dynamique de jeu et d'entraide s'est installée, plus qu'une dynamique de compétition. Pendant cette séance, Margot restait souvent à la même place, et se cachait le visage lorsque la balle arrivait trop vite. Mais elle paraissait plus ouverte, riait beaucoup, plaisantait avec les autres, les interpelait pour leur lancer la balle. Elle se montrait également attentive aux autres, s'assurant qu'elles soient prêtes avant de leur lancer la balle. Sa posture me donnait l'impression d'être moins inerte, moins fermée. Elle ne faisait pas que réagir à ce qui se passait mais initiait elle-même des choses. Les anecdotes amusantes qui ont ponctué cette séance, comme l'envoi de la balle dans la poubelle, ou en haut de l'armoire, ont probablement contribué à créer une dynamique de jeu, d'échange, qui a pu aider Margot à s'ouvrir. Le fait de pouvoir s'appuyer sur l'adulte semble apporter à Margot l'étayage dont elle a besoin pour se lancer dans la séance avec les autres filles. Elle me regardait souvent, comme si elle recherchait une approbation, un soutien. Un simple sourire ou une simple parole de ma part suffisait alors à la rassurer.

Après cette séance, du 7 novembre 2014 au 9 janvier 2015, une assez longue interruption survient dans la prise en charge de Margot. Elle est sortie plusieurs fois avec son éducatrice. Nous avons été absentes un vendredi. Et les vacances de Noël ont prolongé cette interruption.

A la rentrée, Margot semble avoir trouvé sa place dans le groupe. Elle entre dans la salle d'un pas décidé et vient d'emblée s'asseoir pour retirer ses chaussures. Lorsque nous demandons si quelqu'un a une idée de jeu, Margot me fait signe et me mime le jeu du mikado, dont elle a oublié le nom. Pendant le jeu, Margot rit beaucoup, elle semble prendre du plaisir à faire des blagues, en essayant de me prendre les bâtons que j'ai déjà ramassés par exemple. Elle nous observe beaucoup lorsque nous jouons, et essaye de reproduire nos gestes, nos stratégies pour attraper les différents bâtons sans faire bouger les autres. Elle est plus présente dans les conversations, s'exprime à propos de différentes choses, et paraît heureuse de s'exprimer, mais elle semble tout de même avoir du mal à affirmer ses opinions, ses choix. Une des adolescentes du groupe peut avoir tendance à être directive. Parfois, elle désigne un mikado pour que Margot le prenne. Et, même si Margot avait choisi un autre bâton, parfois plus facile à attraper, elle se dirige alors vers le mikado désigné par l'autre jeune fille. Margot colle à nos opinions. Si la psychomotricienne dit quelque chose, elle va la suivre, mais si une adolescente dit le contraire juste après, Margot suit aussi. Elle semble parfois se perdre elle-même entre ses idées, et celles des autres. S'il arrive qu'elle tente d'exprimer son désaccord,

elle le fait d'une voix à peine audible, en se recroquevillant sur elle-même, au lieu de se redresser, ce qui serait plus en accord avec une affirmation de soi. C'est comme si, tout en s'opposant, elle cherchait à se protéger en se recroquevillant.

C'est lors d'une séance autour d'expérimentation avec des rubans de Gymnastique Rythmique et Sportive (GRS) que je me rends compte de l'évolution dans l'attitude posturale et motrice de Margot. Les réactions tonico-émotionnelles comme le tortillement de t-shirt se sont atténuées. Margot peut rester les bras ballants, sa posture est plus redressée. Son large sourire est toujours présent, et il paraît désormais en accord avec son attitude corporelle. Elle engage beaucoup plus son corps dans l'espace et peut étendre ses mouvements. L'utilisation des rubans de GRS a probablement aidé. En effet, pour réaliser de jolies ondulations de tissu, les mouvements doivent préférentiellement être larges.

Lors de cette séance et des deux séances suivantes, je remarque que Margot semble avoir une idée de jeu lorsque la question est posée, mais qu'elle n'ose pas la dire. Elle se tortille sur son siège, me regarde, regarde en direction de l'armoire. Lorsque je la croise en dehors de l'IMPro, elle me dit qu'elle aimerait jouer au mikado à la séance suivante. Je lui suggère alors de proposer l'idée aux autres filles du groupe. J'ai l'impression qu'exprimer son idée face au groupe reste compliqué, et qu'elle a besoin de l'écoute privilégiée d'une seule personne pour pouvoir faire sa proposition. La séance qui suit, Margot arrive en premier dans la salle, en riant. Elle me dit « Bonjour », et se dirige directement vers l'armoire, elle sort le jeu de mikado et va l'installer au sol, toujours en riant. Lorsqu'une autre adolescente du groupe arrive (la seule présente ce jour-là), le jeu est déjà installé, et Margot rit de plus belle. Je me suis demandé si le fait d'aller chercher le jeu dans le placard alors qu'elle était seule n'a pas été l'opportunité pour Margot de ne pas avoir à s'exprimer les autres. Les fois suivantes, Margot continue à choisir les mikados, et m'en parle souvent en dehors des séances.

Margot fait également de plus en plus de blagues, faisant notamment intervenir son imaginaire. Un jour, elle est assise par terre à côté de ma chaise. Elle toque sur le dossier. Je me retourne, et elle me dit en riant que ce n'est pas elle, mais que c'est une coccinelle. Je lui réponds que ce doit être une grosse coccinelle pour qu'elle fasse autant de bruit. Un peu plus tard dans la séance, Margot se met en boule par terre en riant. Je la regarde en souriant, et lui dit « Oh, une grosse coccinelle ! ». Elle se prête au jeu et imite la coccinelle en riant.

Ces deux adolescents ont chacun, à leur manière, guidé ma réflexion concernant l'attitude d'implication psychocorporelle du psychomotricien. Avec chacun, l'implication était différente. Et avec chacun, une histoire particulière s'est écrite tout au long de mon année de stage.

En théorie :

L'implication psychocorporelle du psychomotricien, un parallèle à l'implication psychocorporelle de la mère.

Au contact de Margot et de Dylan, et grâce à mes expériences antérieures sur d'autres lieux de stage, J'ai tenté de mettre des mots sur ce qui se cache derrière cette « implication corporelle » souvent citée. J'ai donc ici essayé de définir ce à quoi correspond cette attitude particulière du psychomotricien face à son patient.

En séance, cette attitude m'a souvent renvoyée à mes connaissances théoriques sur l'implication corporelle de la mère auprès de son bébé, je développerai donc ici quelques théories à ce propos et exposerai comment cette implication de la mère favorise le développement de son enfant.

L'implication corporelle du psychomotricien, c'est quoi ?

Définitions générales :

L'approche du psychomotricien face à son patient est spécifique. Il s'agit d'une approche corporelle, mais surtout psychocorporelle. Le psychomotricien s'engage, s'implique psychocorporellement dans la relation avec son patient. Il s'exprime de tout son être-corps, s'engage à partir de ses expériences, de son vécu corporel, et à partir d'un travail de distanciation corporelle expérimenté au cours de sa formation. Les différents cours de pratiques corporelles dispensés durant les trois années de formation permettent en effet de passer par différentes mises en situations corporelles, différentes propositions d'explorations corporelles. Ces diverses propositions vont contribuer à expérimenter ce qu'est l'implication psychocorporelle du psychomotricien, à travers un travail de prise de conscience et d'analyse des ressentis. Cette spécificité de la prise en charge psychomotrice est également expérimentée durant les différents stages qui peuvent être effectués.

L'implication, dans le langage courant, c'est le fait d'impliquer, ou d'être impliqué¹⁶. Et s'impliquer, c'est mettre beaucoup de soi-même dans ce qu'on fait¹⁷, c'est se donner complètement¹⁸. Sans prendre une définition de l'implication spécifique à la psychomotricité, on retrouve déjà l'idée qu'en s'impliquant, on engage tout son être, dans sa globalité.

¹⁶ L'internaute.com

¹⁷ Le Larousse en ligne

¹⁸ Reverso

« L'approche en psychomotricité va se caractériser par une implication active, corporelle et motrice du psychomotricien dont l'accompagnement se fait à travers une écoute corporelle et verbale »¹⁹. Cette définition souligne l'idée d'une implication tant dans l'action que dans l'écoute globale du patient. J'aborderai ces deux aspects de l'implication psychocorporelle.

« La disponibilité, l'implication et la participation étayante du psychomotricien sont essentielles dans la prise en soin. Moyano parle d'implication corporelle.»²⁰. En 1994, il « a nommé implication corporelle la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien »²¹. Il explique que « l'enfant doit utiliser le psychomotricien comme premier support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives »²². Ces traces sont induites et s'inscrivent corporellement. Il s'agit d'un « affect actuel, nouveau, véritable, qui prend sa source au sein de la relation intersubjective »²³ entre l'enfant et le psychomotricien. Il s'agit alors d'une « expérience neuve et constructive pour l'enfant »²⁴, non pas l'expérience d'un affect du transfert freudien, déjà vécu et que l'enfant revit. La relation thérapeutique est une « relation d'implication », une « relation réelle qui n'est pas la reviviscence d'une expérience passée »²⁵.

L'implication psychocorporelle du psychomotricien est donc à la fois un mode d'écoute, de soi et de l'autre, et un mode d'action, dans l'adaptation tonique, spatiale, rythmique et émotionnelle au patient. Ecoute et action sont liées, imbriquées, et mises en jeu quasi simultanément. J'ai ici séparé ces deux aspects, dans un souci de clarté de mes propos.

Etre dans un état de disponibilité psychocorporelle :

Un préalable à une implication psychocorporelle optimale est d'être soi-même dans un état de disponibilité psychocorporelle. La disponibilité correspond à l' « état de quelque chose qui est disponible »²⁶, donc « dont on peut disposer, qu'on peut utiliser librement »²⁷, « qui est libre pour telle ou telle activité », «qui est accueillant aux idées les plus diverses ». C'est aussi le « fait pour quelqu'un d'être libre de toute préoccupation »²⁸. Dans ces définitions, on retrouve notamment le fait d'être libre de toute contrainte qui pourrait nous détourner de l'activité qu'on est en train de mener, et celle d'être accueillant, à l'égard de tout ce qui peut

¹⁹ J. Bonange, 2013, p48

²⁰ P. Cluzeau, 2014, p42

²¹ A. Gatecel, B. Massoutre-Denis, F. Giromini, O. Moyano, 2011, p292

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Le Larousse en ligne

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

être présenté. Cette disponibilité est primordiale pour le psychomotricien, qui doit être dans une attitude favorable, pour être pleinement à l'écoute de tout ce que lui amène le patient.

La disponibilité psychocorporelle dépend de différents facteurs relevant tant de notre état interne que de notre environnement.

Parmi les facteurs internes, notre propre état tonique, notre posture joue un rôle important, étant en lien avec l'état de vigilance. « C'est au niveau *sous-cortical, avec la *substance réticulée et le *thalamus, que se fait la corrélation entre le tonus et les états de conscience, dans une influence réciproque »²⁹. Ainsi, à un état de fatigue va souvent s'associer une posture plutôt avachie, un niveau tonique plutôt bas. Mais, le fait de nous mobiliser toniquement, de redresser notre posture, peut augmenter notre niveau de vigilance.

Les émotions, le fait d'être malade, préoccupé, d'avoir faim, d'avoir des douleurs, peuvent également modifier notre état tonique et notre état de vigilance, influençant notre degré de disponibilité psychocorporelle.

Un niveau tonique trop élevé, une hypervigilance, ou un niveau tonique trop bas, une hypovigilance, ne sont pas l'idéal pour être disponible psychocorporellement. Dans la même idée, Brazelton, en 1973, décrit six états de vigilance chez le bébé : le sommeil profond, le sommeil léger, la somnolence, l'éveil calme, l'éveil actif et les pleurs. C'est en situation d'éveil calme que le bébé est le plus disponible pour les sollicitations et les interactions.

Parmi les facteurs externes, toutes les stimulations environnementales peuvent influencer notre état de disponibilité psychocorporelle. Les sensations sont en effet très en lien avec le niveau de vigilance, et avec l'état tonique. Un bruit fort, soudain nous sort immédiatement d'un état de somnolence agréable. Un bain chaud et parfumé peut aider à nous détendre après une journée chargée. En séance, veiller à maintenir un environnement adéquat, en ajustant par exemple la température, les bruits, les odeurs, aidera, tant le psychomotricien que le patient, à être dans un état de disponibilité psychocorporelle.

Atteindre un état optimal de disponibilité psychocorporelle permettra d'être présent dans la relation à l'autre, et en tant que psychomotricien, dans la relation au patient. Il est parfois difficile d'atteindre ce niveau optimal de disponibilité, cependant, il est possible d'avoir conscience de notre degré de disponibilité, et d'en tenir compte durant la séance. Pour cela, il paraît nécessaire d'être à l'écoute de soi, de ses émotions, ses sensations, ses mécanismes de défense, ses états toniques.

²⁹ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p153

S'écouter soi, comme une auto-observation :

« Comment écouter un patient lorsqu'on est psychomotricien? Comment entendre les sensations et les tensions qu'il provoque en nous lorsqu'il nous regarde, s'écarte de nous, nous agresse, s'accroche à nos vêtements, lorsqu'il est mou et écroulé ou hypertendu et instable? »³⁰. Suzanne Robert-Ouvray pose ici une question fondamentale pour les psychomotriciens. Comment écouter notre patient ? Peut-être faut-il commencer par s'écouter soi, et écouter ce que le patient nous fait résonner en nous ?

Il est important de développer une attitude d'écoute de soi. Il paraît essentiel de savoir, à chaque instant, quelles sensations, quelles émotions, quelles représentations nous traversent. Savoir dans quel état interne nous sommes peut nous permettre d'en tenir compte lors de notre rencontre avec le patient, et d'évaluer ce que le patient provoque en nous, comparativement à notre état avant de le rencontrer.

« La tonicité est un baromètre interne »³¹. C'est le principal indicateur nous permettant d'avoir une idée de notre état interne. Savoir repérer les hausses et les baisses de tonicité dans notre corps, et savoir à quelles émotions, à quels éléments de l'environnement elles sont associées, peut nous aider à comprendre nos réactions, notre manque de disponibilité.

Nous pouvons presque considérer « le corps même du thérapeute comme lieu de repérage plus fiable que celui du patient, à un moment donné, de ce qui se passe dans l'interaction »³². Le psychomotricien s'appuie sur ce qui le traverse, dans son corps, pour analyser et trouver du sens à ce qui se passe dans l'interaction avec le patient. Il se sert de ses propres éprouvés corporels pour appréhender la situation et la relation avec le patient.

Il s'agit « d'essayer de comprendre le patient à partir de ce que l'on ressent en soi. A cette fin, il faut pouvoir départager ce qui, alimentant le dialogue tonicoémotionnel, nous appartient de ce qui appartient au patient »³³. S'écouter soi permet alors de « faire la différence entre ce qui nous envahit de l'extérieur, via le patient, et ce qui remonte de nos profondeurs intimes, au contact de ce même patient »³⁴. Pour cela, il est important d'avoir identifié notre propre fonctionnement psychomoteur dans la relation, nos propres réactions et mouvements de défense face aux différents éléments de l'environnement, par une auto-observation, une écoute de soi. Notre propre fonctionnement identifié, nous pouvons ensuite

³⁰ S. Robert-Ouvray, Contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice

³¹ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p157

³² C. Ballouard, 2003, p27

³³ P. Bollondi, 2013, p45

³⁴ Ibid, p48

observer, écouter l'autre, en sachant différencier, au sein de la séance, ce qui vient de nous, et ce qui est apporté par l'autre.

Importance de l'observation et de l'écoute de l'autre :

L'observation, c'est l' « action de regarder attentivement les phénomènes, les événements, les êtres pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions, etc. »³⁵. Cela correspond aussi aux « compte-rendu, remarques, réflexions de quelqu'un qui a observé, étudié quelque chose »³⁶. Dans ces définitions, nous retrouvons donc la notion d'attention, d'action, mais aussi celle de réflexion sur les faits observés.

L'observation est au cœur de la pratique en psychomotricité, que ce soit lors d'un dispositif d'évaluation, ou quotidiennement lors des séances. Je parlerai plus ici de l'observation au fil des séances, dans l'immédiateté de la relation.

L'attitude d'observateur n'est pas une attitude passive. Lorsque le psychomotricien observe, il est impliqué psychocorporellement dans son observation. Pour observer, il se place en receveur, se laisse emplir par ce que lui révèle le patient de sa façon d'être au monde, de son fonctionnement psychomoteur.

Pour J. Constant, « l'écoute du psychomotricien est une mise en relation d'informations perçues par diverses modalités sensorielles »³⁷. Dans son écoute du patient, le psychomotricien mobilise tous ses sens, et les articule entre eux. Il utilise évidemment la vue, pour observer, mais également l'audition, le toucher, la *proprioception,...

Cependant, « Observer et décrire ne suffisent pas. C'est bien le croisement des données observées et des données théoriques sur le fonctionnement corporel et mental qui fait toute la richesse et l'intérêt d'une technique d'observation »³⁸. Le psychomotricien articule ce qu'il observe du patient avec des connaissances théoriques, acquises au cours de sa formation et tout au long de son parcours professionnel. Il analyse les signaux corporels émis par le patient.

Pour cela, l'observation « suppose une mise en suspens, non pas de l'agir, mais [...] du désir de compréhension immédiate, afin d'éprouver suffisamment de teneur émotionnelle de la situation et d'en repérer suffisamment les indices »³⁹. Tout le travail d'analyse ne se fait pas forcément consciemment. Le psychomotricien ne cherche pas à comprendre sur le moment ce qui se joue, mais son implication dans l'observation lui permet de réagir de manière

³⁵ Le Larousse en ligne

³⁶ Le Larousse en ligne

³⁷ J. Constant, 2001

³⁸ C. Potel, 2010, p308

³⁹ A. ciccone, 2000, p49

adaptée, presque intuitivement, et lui permettra par la suite de repenser la séance et de comprendre ce qui s'y est joué.

Le psychomotricien peut donc, en étant à l'écoute de son patient, s'adapter à son mode de fonctionnement, réagir, en s'engageant psychocorporellement dans l'action, pour entamer un dialogue corporel, tonique, postural, temporel, spatial. « Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation: elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations et images pour répondre à l'enfant sur son terrain »⁴⁰, en fonction de ce qu'il nous révèle à chaque instant.

Dialogue corporel, tonique, spatial, temporel :

Entre le thérapeute et le patient, « un ajustement mutuel est nécessaire mais c'est au psychomotricien de faire le travail d'adaptation nécessaire »⁴¹. C. Ballouard dit à ce propos que « la spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un « dialogue corporel » »⁴². « En thérapie, trouver des « systèmes d'accordage », c'est retrouver l'importance de ce premier miroir mimo-gesto-postural – celui que la mère cherche à mettre en place au début de la vie pour entrer en communication avec son enfant [...] Ainsi le psychomotricien sollicite l'établissement de cette communication d'avant le langage à jamais présente dans nos relations »⁴³. Liotard fait ici le lien entre l'accordage thérapeute/patient et l'accordage mère/enfant. Je parlerai de cette analogie par la suite. Il exprime aussi le fait que cet accordage correspond à celui qui se met en place avant le langage, il s'agit bien d'un accordage non verbal, corporel. Je vais dans cette partie aborder différents aspects de cet accordage, qui sont en réalité intriqués, mais ici séparés pour plus de clarté.

Ajustement tonique et postural :

La tonicité est « un état particulier de tension permanente et involontaire des tissus vivants, et spécialement du tissu musculaire, sous la dépendance du *système nerveux central et *périphérique »⁴⁴.

« L'état tonico-émotionnel de l'autre est le premier impact dans la rencontre, le plus immédiat »⁴⁵. Le dialogue tonique, mode de communication privilégié entre la mère et le bébé

⁴⁰ S. Robert-Ouvray, Contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice

⁴¹ P. Cluzeau, 2014, p42

⁴² C. Ballouard, 2003, p3

⁴³ D. Liotard, 2000, p60

⁴⁴ J-C. Carric, 2014, p253

⁴⁵ P. bolondi, 2013, p44-45

perdure en effet à l'âge adulte, accompagnant et complétant la parole. L'adulte va chercher dans les attitudes, la gestuelle, la tonalité de voix de son interlocuteur, « la confirmation de ce qu'il croit comprendre »⁴⁶ dans ses mots. Deux phrases identiques dans les mots peuvent en effet avoir deux sens différents en fonction des attitudes qui s'y rattachent.

La tonicité « se ressent dans les postures et les mouvements, dans les vibrations corporelles, dans les tensions et les détente »⁴⁷. Il est possible d'appréhender la tonicité d'autrui par la vision, selon si sa motricité nous renvoie une impression de rigidité, ou bien de mollesse. Il est également possible d'appréhender cette tonicité par le tact, par exemple en donnant une poignée de main. La tonicité d'autrui peut aussi se révéler dans le rythme, le volume, l'intensité, l'accentuation, de sa voix.

Tout ce que nous allons pouvoir ressentir de la tonicité d'autrui, « va modifier notre espace sensoriel interne, notre espace affectif et nos représentations et nous allons mettre en place des stratégies de réponses, des stratégies d'action en fonction de ce que nous aurons ressenti »⁴⁸.

« C'est dans l'échange des messages reçus et donnés entre l'enfant et le psychomotricien que ce dernier décidera de l'action et de l'organisation de la conduite thérapeutique à mener. Ce dialogue tonique (Ajuriaguerra, 1962) est un véritable outil thérapeutique pour la thérapie psychomotrice »⁴⁹.

En fonction de ce qu'il observe et ressent du patient, le psychomotricien va s'adapter, ajuster sa tonicité. Cet ajustement se traduira dans la tonalité de sa voix, sa posture, sa gestuelle. Cela permettra par exemple au patient, qui ressentira en retour, de manière consciente ou inconsciente, l'état tonique du thérapeute, de réguler sa tonicité, ses émotions, afin d'être plus disponible, plus présent dans la séance et dans la relation. L'ajustement tonique du thérapeute aura alors une fonction de *pare-excitation pour le patient⁵⁰.

« Le tonus est donc en même temps une source d'information pour le psychomotricien mais aussi un révélateur de sa disponibilité physique et psychique pour le patient. Selon l'état tonique du thérapeute, le patient se sentira plus ou moins contenu dans la relation »⁵¹. Le patient ressent corporellement notre présence. Notre regard, notre posture, notre état tonique lui signifient que nous sommes là pour l'accompagner, le porter.

⁴⁶ J. De Ajuriaguerra, 2008, p174

⁴⁷ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p159

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid, p159.

⁵⁰ F. Boscaini, 2004

⁵¹ M. Radenac, 2012, p74

Ajustement spatial :

L'espace est une « étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets », c'est aussi la « représentation de cette étendue : ce que nos sens en connaissent » ou un « volume occupé par quelque chose »⁵².

« L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. [...] c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation, de la communication »⁵³. L'enfant commence d'abord par organiser son espace corporel, l'espace de soi, qui constituera un référentiel pour l'appréhension de l'espace extérieur, l'espace du non soi. Dans l'espace du non-soi, il y a l'espace de l'autre. La prise en compte de l'espace de l'autre est une voie vers la socialisation. S'il n'y a pas la conscience de l'espace de l'autre, cela va influencer les distances interpersonnelles. L'espace a en effet toute une dimension relationnelle à ne pas négliger dans la prise en charge des patients. Cela rejoint la notion de proxémie.

La proxémie est la « distance de la relation »⁵⁴. L'anthropologue américain Hall (1971) disait qu'il faut trouver la bonne distance interpersonnelle pour un échange de meilleure qualité. Il propose une approche éthologique des situations de communication, grâce à l'étude des comportements relationnels chez les animaux. Il décrit une sorte de bulle autour de chaque individu, et constate que la variation des distances interpersonnelles influence le comportement. « Hall oriente ses recherches sur cette « dimension cachée » dans les sociétés humaines »⁵⁵. Il va décrire des bulles chez l'humain, bulles qui entourent chaque personne. Ces bulles sont gigognes, incluses les unes dans les autres. A chacune correspond une distance, et un type de relation interindividuelle. La taille de ces bulles dépend de deux facteurs : « la perception de l'espace et la variable psycho-socio-culturelle individuelle »⁵⁶. Hall souligne donc le caractère individuel et singulier du rapport à l'espace, qui peut être influencé par différents facteurs comme le niveau de sécurité affective, l'état émotionnel, les expériences vécues, l'influence environnementale, sociale et culturelle, le fonctionnement sensoriel,...

Chaque patient, mais aussi chaque thérapeute, a donc son propre rapport à l'espace. Certains patients auront tendance à toujours se placer loin des autres, loin du thérapeute, éloignant par exemple leur chaise du bureau. D'autres préféreront au contraire être très proches du thérapeute, mais s'éloigner des autres patients. Ces tendances peuvent également varier d'un jour à l'autre, en fonction de l'état émotionnel du moment. C'est au

⁵² Petit Larousse 2002

⁵³ A-C. Galliano, C. Pavot, C. Potel, 2011, p220

⁵⁴ J-C. Carric, 2014, p186

⁵⁵ A-C. Galliano, C. Pavot, C. Potal, 2011, p229

⁵⁶ Ibid.

psychomotricien de repérer ces tendances et de s'y adapter, en ajustant lui-même les distances interpersonnelles.

Ajustement rythmique, temporel :

Le temps est une « notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements et souvent ressentie comme une force agissant sur le monde, les êtres »⁵⁷.

« Le rythme est le facteur de structuration temporelle qui soutient l'adaptation au temps »⁵⁸. Le rythme, c'est à la fois notre propre rythme interne, physiologique, mais aussi le rythme de l'environnement, le rythme de l'autre, et donc le rythme relationnel. Pour pouvoir agir sur l'environnement, entrer en relation, il est nécessaire d'adapter notre rythme interne aux différents rythmes externes.

Le temps est donc à la fois une donnée objective (l'heure, le temps d'une séance,...) et une donnée subjective, très liée à notre état émotionnel et affectif. On peut parfois trouver le temps long, lorsqu'on s'ennuie, ou bien avoir envie que le temps s'arrête car il passe trop vite. Tout comme pour l'espace, chacun a son propre rapport au temps, en fonction de ses influences culturelles et familiales, de son état émotionnel du moment, de son degré de sécurité affective,... Et ce rapport au temps peut, pour une même personne, varier à tout moment.

Ce rapport au temps peut s'exprimer de plusieurs manières. Il y a le rapport aux horaires, certaines personnes arrivent systématiquement en retard, d'autres toujours très en avance. Il y a ceux qui apprécient que les différents temps d'une journée, soient bien repérés, bien organisés, et ceux agissent sans rien prévoir. Pour ce qui est du rythme, il y a ceux qui restent toujours dans un même rythme, soit lent, soit rapide, et ceux qui adoptent des rythmes différents en fonction des situations, pouvant parfois passer d'un extrême à l'autre. Et puis, certaines personnes apprécient de faire des pauses régulièrement, d'autres préféreront avoir constamment quelque chose à faire.

Le rapport au temps de chaque personne peut se révéler dans sa motricité, sa gestuelle, sa façon de s'organiser pour réaliser certaines actions, ses jeux,...Le psychomotricien cherche alors à observer cette temporalité du corps, qui va donner une idée du rythme interne de l'individu. Il est également intéressant d'observer chez le patient dans sa motricité, son activité, les notions de durée, d'alternance entre des temps de passivité et d'activité, les temps

⁵⁷ Petit Larousse 2002

⁵⁸ J-C. Coste, 1989

de latence, la lenteur, l'impulsivité. S'organise-t-il sur un temps binaire, comme le nourrisson, ou bien sur un temps tertiaire ?⁵⁹

Toutes ces informations sur le rapport au temps du patient vont servir au psychomotricien dans un dialogue temporel. Le thérapeute pourra agir sur son propre rythme interne pour s'adapter à celui du patient. Il s'attachera à ralentir son rythme avec une personne âgée marchant difficilement et ayant un ralentissement du cours de la pensée par exemple. Cette régulation de son rythme interne peut aussi lui permettre d'agir sur le rythme du patient, en réfrénant un rythme presque impulsif, en structurant une rythmicité désordonnée,...

Comme la mère et son enfant, le psychomotricien pourra, dans ce dialogue tonique, spatial et temporel, d'abord s'ajuster parfaitement aux besoins de l'enfant, puis progressivement laisser un écart entre le besoin et la réponse, pour laisser au patient une part d'adaptation et ainsi lui permettre de développer sa propre subjectivité.

Grâce à ces accordages toniques, spatiaux et temporels, c'est l'ensemble de la motricité du psychomotricien qui va être réajustée, pour entrer dans un dialogue corporel avec le patient. Mais l'ajustement entre le patient et le thérapeute ne se limite pas à une simple motricité. Lorsque le psychomotricien s'implique psychocorporellement, il s'engage en tant que personne, dans sa globalité, avec son vécu, ses affects, ses émotions. Il en est de même pour le patient. L'empathie, et l'accordage émotionnel prennent alors une place importante dans la relation thérapeute/patient.

Empathie, ajustement émotionnel :

En parlant d'implication psychocorporelle et de dialogue tonique et corporel, comment ne pas aborder la notion d'ajustement émotionnel dans l'interaction entre le thérapeute et le patient ? Les émotions sont en effet intimement liées à la tonicité et donc à la posture et à la motricité, mais aussi au temps et à l'espace. Cet ajustement émotionnel du psychomotricien à son patient pourrait être qualifié d'empathie.

Dans le dictionnaire Larousse, l'empathie est définie comme la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Carric définit l'empathie comme la « faculté de percevoir et comprendre les affects d'autrui »⁶⁰. Dans ces deux définitions on trouve la notion de perception des affects d'autrui, mais aussi le fait de comprendre ces affects. Est également à noter le caractère intuitif de l'empathie. Il ne s'agit pas de réfléchir

⁵⁹ Cf Infra p 55

⁶⁰ J-C. Carric, 2014, p78

face aux émotions de l'autre, mais bien de les percevoir et les comprendre intuitivement, pour y réagir et s'y adapter tout aussi intuitivement.

« L'empathie est une construction mentale élaborée comportant trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise. La relation empathique est un mode de communication avec une dimension consciente double d'identification et de différenciation, exigeant un contrôle de la première »⁶¹.

L'élément cognitif décrit dans cette définition correspond au fait de pouvoir comprendre l'état mental de l'autre. L'élément affectif, lui, correspond au fait d'appréhender l'état affectif de l'autre, sans éprouver réellement le même état. Son état nous fait simplement écho et peut nous rappeler un état affectif que l'on a vécu. « C'est justement là le caractère de la composante affective, [...] ce qui arrête la contagion affective, ce qui permet l'appréhension de l'émotion de l'autre sans glisser vers le partage, [...] c'est la capacité à contrôler ses émotions »⁶². Cette maîtrise est le troisième élément cité dans cette définition de l'empathie. On s'identifie donc à l'autre, en comprenant et en appréhendant ses états émotionnels. Mais on reste différencié, en contrôlant nos états émotionnels, en ne nous laissant pas déborder, en gardant conscience que cet état émotionnel n'est pas le nôtre. Le thérapeute « accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui »⁶³.

« C'est à la suite de la communication empathique que se manifeste ce qu'on appelle « la préoccupation empathique ». Il s'agit cette fois d'aider l'autre afin de réduire sa souffrance »⁶⁴. Comprendre et appréhender l'état affectif et émotionnel d'autrui, tout en contrôlant nos propres émotions permet de pouvoir aider au mieux cette personne, d'agir et de réagir de manière adaptée pour l'amener vers un mieux-être.

Stern accorde autant d'importance au lien intersubjectif et affectif entre parent et bébé qu'entre thérapeute et patient. Il dit que c'est la connexion émotionnelle avec l'autre qui peut générer un résultat thérapeutique positif⁶⁵. Cette connexion émotionnelle intersubjective peut permettre au patient de parvenir à réguler ses affects, comme lorsque le bébé parvient à réguler ses affects grâce à la connexion émotionnelle avec la mère.

« Le psychomotricien doit être un réceptacle pour les émotions du patient par son engagement corporel qui fait de son corps un contenant, un étayage et un miroir pour le patient. En cela il va reprendre le rôle premier de la mère, rôle de miroir faisant écho à ce que

⁶¹ A. gatecel, B. Massoutre-Denis, F. Giromini, O. Moyano, 2011, p303

⁶² Ibid.

⁶³ D. Liotard, 2000, p58

⁶⁴ A. gatecel, B. Massoutre-Denis, F. Giromini, O. Moyano, 2011, p304

⁶⁵ D. Stern, 1989

le patient lui adresse [...] afin de s'adapter le plus justement possible tant au niveau corporel qu'au niveau de ses propositions de travail. »⁶⁶. « Cette attitude nous évoque de frappantes analogies avec l'attitude de la mère, captant [...] les appels, besoins, angoisses, satisfactions. »⁶⁷ de son nourrisson.

Le rôle de l'implication de la mère dans le développement de l'enfant :

L'apport de Donald Woods Winnicott (1896-1971) :

D. W. Winnicott est un pédopsychiatre et psychanalyste anglais, qui a orienté sa réflexion sur « les premiers liens noués entre le bébé et sa mère »⁶⁸. Il a centré son travail sur l'étude de la relation mère-nourrisson, et son importance dans le développement de l'enfant. Winnicott affirme qu'un « bébé, ça n'existe pas », seul, sans la personne qui prend soin de lui. Son idée principale est que, grâce à un environnement facilitant, un environnement « suffisamment bon », le bébé pourra se développer harmonieusement, passer d'un état de dépendance absolue à une dépendance relative, puis à une indépendance. La « continuité de l'apport de l'environnement » est fondamentale pour permettre au bébé de développer un « sentiment continu d'exister ».

La préoccupation maternelle primaire :

Winnicott utilise les termes de « good enough mother », traduits en français par « mère suffisamment bonne » ou parfois « mère dévouée ordinaire », pour décrire l'attitude de la mère face à son enfant. Une mère dévouée ordinaire agit en sachant instinctivement ce qu'il faut faire. Elle s'ajuste naturellement aux besoins de son bébé, sans être ni dans le trop, ni dans le trop peu.

Aux tous premiers stades, la « mère dévouée ordinaire » se situe dans un état de « préoccupation maternelle primaire »⁶⁹. Comparé par Winnicott à un état pathologique proche de la schizophrénie, cet état d'hypersensibilité est normal et nécessaire chez la mère. Il se développe pendant la grossesse et dure encore quelques semaines après la naissance. Il permet à la mère de se mettre à la place de son enfant pour s'ajuster au mieux à ses besoins.

La « préoccupation maternelle primaire » caractérise donc l'état particulier de la mère face à son nouveau-né. Winnicott décrit également les particularités de l'enfant, qui a une motricité et une sensibilité, des tendances innées au développement. Il existe, selon

⁶⁶ M. Radenac, 2012, p75

⁶⁷ D. Liotard, 1993, p115

⁶⁸ J. Abram

⁶⁹ D. W. Winnicott, 1996

Winnicott, « un équilibre entre les qualités nécessaires à une « bonne » mère et une forme de santé naturelle de l'enfant »⁷⁰. La « mère suffisamment bonne » soutient, accompagne l'enfant en mettant en place un cadre (« setting »), grâce auquel « l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer »⁷¹. L'enfant a en lui une sorte de principe vital, qui le fera grandir s'il se trouve dans un environnement favorable.

Holding, Handling, et Object presenting :

« L'existence psychosomatique est un accomplissement et, même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au holding (« maintien »), et au handling (« maniement ») du bébé »⁷².

La fonction de l'environnement tient principalement en ces trois notions : le « holding », le « handling », et « l'object presenting »⁷³. Ces trois fonctions de l'environnement sont gérées par la mère et la famille et vont permettre une « maturation personnelle maximale »⁷⁴ du bébé. Si la mère se trouve dans un état de « préoccupation maternelle primaire », elle trouvera spontanément et naturellement une justesse dans la mise en œuvre de ces trois fonctions.

Le holding correspond à la façon dont l'enfant est porté, tant corporellement que psychiquement. « La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité »⁷⁵.

Le handling correspond à la façon dont le bébé est traité, manipulé, soigné. Cette notion fait référence à tous les soins quotidiens prodigués par l'intermédiaire de la main.

L'object presenting correspond au mode de présentation des objets. Ceux-ci, l'environnement, sont présentés au bébé de sorte que « son expérience légitime d'omnipotence ne s'en trouve pas violée pour autant »⁷⁶.

De l'illusion au désillusionnement :

Après cette phase de « préoccupation maternelle primaire », le bébé « commence à avoir besoin d'une mère défaillante »⁷⁷. « L'adaptation active [de la mère] diminue

⁷⁰ B. Page, Préface de D. W. Winnicott, 1996

⁷¹ D. W. Winnicott, 1996

⁷² Ibid.

⁷³ D. W. Winnicott, 1975

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ A. Gatecel, B. Massoutre-Denis, F ; giromini, O. Moyano, 2011, p287

⁷⁶ D. W. Winnicott, 1975

⁷⁷ D. W. Winnicot, 1996

progressivement, à mesure que s'accroît la capacité de l'enfant de faire face à une défaillance d'adaptation et de tolérer les résultats de la frustration »⁷⁸.

L'appareil psychique en construction du bébé lui permet de mieux supporter les frustrations. La mère va donc progressivement s'adapter à ce que l'enfant peut accepter. Elle va l'aider à sortir de cette omnipotence, de cette illusion de toute-puissance des premiers instants. Dans les premiers temps, la mère illusionne en effet le bébé. En répondant au bon moment et de la bonne manière à ses besoins, elle lui permet de trouver, dans la réalité, ce qu'il imaginait en pensée. « La mère place le sein réel juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon moment »⁷⁹. Elle lui donne donc l'illusion de créer ce qu'il trouve, comme s'il était omnipotent.

« La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion »⁸⁰. Progressivement, la mère va donc ne pas répondre immédiatement aux besoins du bébé. Ce temps de latence va permettre au bébé de sentir ses besoins, d'en faire l'expérience. Cela va contribuer à la construction de sa subjectivité. Le bébé commence à distinguer sa vie intérieure, subjective, de la réalité extérieure, objective.

La fonction miroir du visage de la mère :

Wallon a été le premier psychologue à s'intéresser à l'importance du miroir dans la construction de la vie psychique de l'enfant. Winnicott, lui, décrit « la fonction miroir du visage de la mère », notion qu'il étudie suite à la lecture du texte de Lacan « Le stade du miroir », datant de 1949, et abordant la fonction du miroir dans le développement du *Moi. Winnicott, met en relation le miroir et le visage de la mère. Il explique que « dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère »⁸¹.

Winnicott dit que, quand il regarde le visage de sa mère, ce que le bébé voit c'est lui-même. « La mère regarde le bébé, et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »⁸². Le bébé présente des émotions, des sensations à sa mère, dans ses mimiques, ses expressions. La mère lui renvoie alors, par ses propres mimiques et expressions, ce qu'elle voit sur son visage, de ses émotions, de ses états. Elle lui signifie aussi par là qu'elle le voit, qu'elle le considère. Le fait d'être vu va contribuer à la construction d'un sentiment d'exister. La mère va refléter le soi propre du bébé.

⁷⁸ D. W. Winnicott, 1975

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

Winnicott, en parlant de cette « fonction miroir du visage de la mère », fait un parallèle avec le travail thérapeutique. Il dit qu'une des tâches du thérapeute est « de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte »⁸³. Le patient trouvera alors « son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel »⁸⁴.

La capacité d'être seul :

La « capacité d'être seul » est, selon Winnicott, une étape primordiale dans le développement de la vie psychique et affective de l'enfant. De diverses et nombreuses expériences concourent à la formation de la capacité d'être seul, la plus importante étant celle, pour l'enfant, « d'être seul en présence de la mère »⁸⁵. Pour se forger cette capacité d'être seul, il faut expérimenter le fait d'être seul, mais en présence de quelqu'un d'autre.

La présence de la mère est d'abord réelle. « Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère-support du moi »⁸⁶. Pour l'enfant, c'est comme si la mère était toujours là, étayant pour son Moi. Pour que la mère puisse être intériorisée en tant que *bon objet, il faut que l'individu ait eu « la chance, grâce à des soins maternels « suffisamment bons » (good enough), d'édifier sa confiance en un environnement favorable »⁸⁷. Les relations externes avec l'objet étant fiables, les relations internes peuvent l'être également, et le bon objet intériorisé devient un support.

La créativité :

La notion de créativité de Winnicott ne correspond pas à la production artistique d'une œuvre, qu'il qualifie de création. Pour lui, la créativité correspond à l'activité du sujet. C'est une capacité presque innée. « La capacité de vivre créativement, tout comme jouer et exister, trouve son origine dans la relation précoce mère-bébé »⁸⁸, dans l'expérience d'illusion omnipotente primaire. Elle permet au sujet d'extérioriser sa subjectivité, de l'exprimer au sein de la réalité objective. La créativité s'exprime alors dans le jeu au sein de *l'aire transitionnelle, puis dans *l'espace culturel.

Winnicott, pour parler de la créativité, emploie des termes comme « être vivant », ou « se sentir réel ». Il explique que l'intériorisation des expériences précoces avec une « mère suffisamment bonne » permet à l'individu de se sentir vivant, réel, et d'avoir des ressources pour vivre créativement. Grâce aux interactions précoces, l'individu se construit un sentiment

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ D. W. Winnicott, 1996

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ J. Abram

continu d'exister nécessaire pour pouvoir agir sur le monde, apporter de sa subjectivité au sein de la réalité objective.

Le dialogue tonique, Henri Wallon et Julian de Ajuriaguerra :

Un mode de communication :

« Entre toutes les catégories de la communication analogique et non-verbale, le premier dispositif dont l'enfant dispose est en réalité le tonus »⁸⁹. Le dialogue tonique est « obligatoire et omniprésent »⁹⁰ dans les premiers mois et est activé aux travers des soins maternels, du portage de l'enfant,...

Le dialogue tonique est un mode de communication qui « s'établit de manière privilégiée entre la mère et son enfant tant qu'il n'y a pas d'échanges de paroles »⁹¹. C'est « comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre »⁹². Ajuriaguerra souligne la réciprocité de l'échange. Il s'agit réellement d'une mise en résonance du vécu corporel de l'un et de l'autre des partenaires. Le bébé est actif dans le dialogue tonique dès la naissance.

Le dialogue tonique mère-enfant, comme le dialogue tonique thérapeute-patient, dépend de la capacité de la mère à percevoir les états de son bébé. Elle doit se trouver dans un état de disponibilité, d'hypersensibilité, de « préoccupation maternelle primaire ».

« A la naissance, la motricité apparaît comme la seule forme de contact psycho-social »⁹³. « Au début, les réactions tensionnelles sont univoques, massives, et dépendant plus du seuil quantitatif des *stimuli que de leurs caractéristiques qualitatives »⁹⁴. Les stimuli, qui peuvent par exemple correspondre à la sensation de faim, vont, à mesure qu'ils augmentent en intensité, engendrer des tensions qui vont s'accumuler dans le corps. Les besoins vont alors s'exprimer par ce corps, dans une hypertonie dite « de besoin », avec des pleurs, des cris. La mère sera alors alertée par ces manifestations toniques et émotionnelles de son bébé. Elle pourra leur donner sens, en verbalisant, et surtout, elle pourra y répondre, permettant ainsi à l'enfant de retrouver progressivement un état de quiétude, une hypotonie de satisfaction. La mère pourra vérifier, par l'état de détente musculaire de son bébé, l'efficacité de sa réponse.

⁸⁹ F. Boscaini, 2004, p13

⁹⁰ Ibid, p17

⁹¹ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p159

⁹² Ibid.

⁹³ J. De Ajuriaguerra, 2008, p166

⁹⁴ Ibid, p167

Un moyen de régulation tonique :

S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval soulignent, que « les deux pôles extrêmes trop dur ou trop mou mettent mal à l'aise »⁹⁵ le bébé lui-même, mais aussi ses parents, dans le portage, et la relation. « C'est dans un juste milieu tonique, entre hypo et hypertension, que l'humain trouve son équilibre sensoriel et affectif et une certaine sérénité »⁹⁶. L'accordage tonique entre les protagonistes des interactions précoces est donc primordial et va permettre une régulation tonique, chez le bébé comme chez les parents.

Il y a en effet une résonance des états toniques et des émotions entre les différents partenaires de la relation. Grâce à l'ajustement tonique de la mère auprès de son bébé, celui-ci est nourri de nouveaux états toniques, venant réguler, nuancer les siens.

Le dialogue tonique « est le moyen privilégié de régulation tonique du tout-petit. Cette capacité de régulation n'est pas une propriété de l'organisme, elle lui est externe et relève des interactions avec ce milieu. Ces interactions sont assurées par l'ensemble des flux sensoriels ainsi que par les états de l'enfant et du porteur (De Ajuriaguerra, 1962). Dans ce dialogue polysensoriel, la communication est non médiatisée (elle est immédiate) et supplée aux manques du bébé dans ce domaine. Cet appui externe enracine le bébé dans son milieu humain »⁹⁷.

Vers la création d'un lien affectif :

Par ces interactions toniques, via le portage notamment, se créent les premiers schémas affectifs, par l'association des réactions toniques échangées et des émotions qui s'y rattachent⁹⁸.

Ajuriaguerra souligne l'apport de Wallon, qui décrit comme une évolution du dialogue tonique, en insistant sur « le caractère émotif de la relation tonico-émotionnelle [...] dans ce qu'il nomme symbiose affective qui succède à la symbiose physiologique première entre l'enfant et la mère et crée des comportements qui ne sont plus seulement des cris en rapport avec les soins matériels [...] mais des sourires et des signes de contentement qui sont déjà un lien permanent affectif»⁹⁹. « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primaire dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs, dans un [...] « dialogue

⁹⁵ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p158

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ A. Bullinger, 1998

⁹⁸ F. Boscaini, 2004

⁹⁹ J. De Ajuriaguerra, 2008, p171

tonique »¹⁰⁰. C'est à partir de cette fusion, et en partie grâce au dialogue tonico-émotionnel, que l'enfant va pouvoir se construire comme différencié de sa mère.

Le dialogue tonique va permettre l'attachement du bébé à la figure maternelle. J. Bowlby, notamment, développe une théorie de l'attachement en 1958, partant du postulat de base que l'enfant est « génétiquement prédisposé à maintenir un degré de proximité avec sa mère »¹⁰¹. L'enfant a besoin d'expérimenter un lien affectif sécurisé, une sécurité émotionnelle, avant de pouvoir se détacher de la mère et aller vers une autonomie. « L'enfant éprouve sa sécurité corporelle dans la dynamique soutenant le dialogue tonique. Autrui ne le laisse pas tomber dans ce qu'il est en train de vivre. L'enfant peut compter sur quelqu'un et il compte pour quelqu'un »¹⁰².

Par la suite, conjointement au développement de l'autonomie motrice de l'enfant, une communication à distance se met en place, au travers du langage. Mais le dialogue tonique via le portage persiste, en tant que situation agréable, permettant un retour aux premiers liens, aux premiers échanges.

***Margaret Mahler (1897-1985), une approche des distances interpersonnelles
mère/bébé :***

« La découverte de l'espace par le bébé, espace proche puis de plus en plus élargi en raison de la maturation neuro-physiologique qui affirme les capacités de préhension et de locomotion, a fait l'objet de nombreux travaux et observations »¹⁰³. M. Mahler, psychiatre, psychanalyste, élabore sa théorie du développement de l'enfant au début des années 1970. C'est en s'intéressant à la pathologie et plus particulièrement aux psychoses infantiles qu'elle construit cette théorie, vue sous l'angle de la distance relationnelle entre l'enfant et sa mère.

Selon elle, « le moment de la naissance biologique du nourrisson et celui de la naissance psychologique de l'individu ne coïncident pas »¹⁰⁴, la seconde correspondant à un lent processus intrapsychique. « Les réalisations psychologiques majeures de ce processus s'accomplissent au cours de la période qui va du quatrième ou cinquième mois jusqu'au 30e ou 36e mois, c'est la période que nous nommons phase de séparation-individuation »¹⁰⁵. Mahler distingue trois phases principales : la phase autistique normale, la phase symbiotique et la phase du processus de séparation-individuation.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2011, p161

¹⁰² S. Robert-Ouvray, contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice

¹⁰³ C. Potel, 2010, p132

¹⁰⁴ M. Mahler, 1980

¹⁰⁵ Ibid.

La phase autistique normale :

Elle concerne les premiers mois de la vie. Elle se caractérise par une indifférenciation entre l'enfant et le monde extérieur, avec une absence d'investissement des stimuli extérieurs, et une absence de conscience de la mère par l'enfant. « A ce stade, le nourrisson semble être dans un état de désorientation hallucinatoire primaire dans lequel la satisfaction de ses besoins relève de sa propre » toute-puissance¹⁰⁶. Cette phase a pour but la mise en place d'un équilibre entre organisme et milieu extérieur, par des mécanismes principalement physiologiques. La mère a alors un rôle de pare-excitation.

La phase symbiotique normale :

Elle débute vers le deuxième mois et se déroule jusqu'au neuvième ou douzième mois. « Une conscience diffuse de l'objet de satisfaction marque le début de la phase de symbiose normale »¹⁰⁷. « Le caractère essentiel de la symbiose est une fusion somato-psychique toute-puissante [...] en particulier, l'idée délirante d'une limite commune entre deux individus physiquement séparés »¹⁰⁸. « Il s'agit d'un état d'indifférenciation, de fusion avec la mère »¹⁰⁹. L'espace s'élargit progressivement, autour de la limite de l'unité duelle mère/bébé, de la sphère symbiotique. Il y a augmentation de l'investissement perceptif et affectif de stimuli venant du monde extérieur, bien que le bébé ne les reconnaisse pas encore comme venant du monde extérieur. La mère a alors un rôle de stimulation et d'éveil.

Ces deux premières phases sont des préalables au processus de séparation-individuation. Elles dépendent de l'implication émotionnelle de la mère dans l'interaction avec son bébé, et des soins qu'elle lui apporte.

Le processus de séparation-individuation :

Ce processus est constitué de deux lignes de développement qui s'entremêlent. « Une de ces lignes est l'individuation, l'évolution de l'autonomie, de la perception, de la mémoire, de la cognition, de l'épreuve de réalité ; l'autre est la ligne intrapsychique de développement de la séparation qui entraîne la différenciation, la distanciation, la formation des limites et le détachement de la mère. »¹¹⁰. Mahler dit qu'il « y a au moins trois développements inter-reliés mais identifiables qui contribuent aux premiers progrès de l'enfant vers la conscience d'être séparé et vers l'individuation. Ce sont : la différenciation corporelle d'avec la mère ; l'établissement d'un lien spécifique avec elle ; la croissance et le fonctionnement des appareils

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid.

autonomes du moi en relation étroite avec la mère. ». La mère a donc un rôle important à jouer dans ces développements. Le processus de séparation-individuation se déroule en quatre sous-phases dont la première commence avant la fin de la phase symbiotique.

Cette première sous-phase est la différenciation, elle débute aux alentours du cinquième mois. L'intérêt de l'enfant pour les stimulations sensorielles externes se renforce. Cela va contribuer à faire « naître une [...] expansion hors de la sphère symbiotique »¹¹¹. « Vers l'âge de six mois commence, à titre de tentative, l'expérimentation de la séparation-individuation. On peut en faire l'observation à partir de comportements du nourrisson tels que tirer les cheveux [...], scruter sa mère et l'environnement »¹¹². Le bébé commence à percevoir sa mère en tant que personne, à s'en différencier. Cette phase de différenciation a des spécificités propres pour chaque bébé, déterminées par les caractéristiques des interactions mère/enfant. La communication est alors essentiellement sensorielle et les échanges physiques, caresses, sourires, sont importants.

La deuxième sous-phase est celle dite des essais. Elle dure environ du neuvième ou douzième mois jusqu'au quinzième mois. L'enfant explore de plus en plus la réalité extérieure, en commençant par s'intéresser aux objets présentés par la mère. Grâce à la locomotion, il peut progressivement s'éloigner et se séparer physiquement de sa mère. Il peut alors gérer la distance qui les sépare. Cet éloignement physique de l'enfant semble se faire conjointement à un processus de « détachement satisfaisant » du côté de la mère. Les mères « aident leur enfant à s'éloigner », tout en restant suffisamment disponibles et soutenantes. Elles sont une sorte de point d'ancrage central dans l'espace. La distance optimale durant cette phase est celle qui permet à l'enfant d'avoir une liberté dans l'exploration de l'environnement, lui procurant une jubilation, tout en gardant la possibilité de retourner auprès de sa mère lorsque la séparation l'angoisse. Il a besoin de son « soutien émotionnel ».

La troisième sous-phase est celle du rapprochement. Elle se déroule du quinzième au vingt-quatrième mois. L'enfant est devenu une « entité individuelle séparée ». Il a maintenant pleinement conscience de l'existence de sa mère. Il perd une certaine omnipotence, ce qui le rend vulnérable et fragile. Une augmentation des angoisses de séparation apparaît et l'enfant met en place un « comportement d'approche active ». Il semble avoir besoin de faire plaisir à sa mère, l'exprimant par le geste de lui ramener des jouets. A cette phase, l'enfant a « un très grand besoin de l'amour de l'objet »¹¹³. C'est alors « la disponibilité émotionnelle continue de la mère qui est essentielle pour que le moi autonome de l'enfant puisse atteindre une capacité

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Ibid.

de fonctionnement optimale »¹¹⁴. Parallèlement à la reconnaissance de la mère comme une personne à part entière, l'enfant prend conscience de « l'existence séparée des autres enfants, du fait qu'ils soient semblables et en même temps différents »¹¹⁵. Dans un même temps, l'enfant se rapproche de sa mère, et progressivement s'en éloigne, vers les interactions sociales.

La quatrième et dernière étape est celle de consolidation du processus d'individuation. Elle commence vers le vingt-quatrième mois et se poursuit tout au long de la vie. De cette sous-phase a deux grandes caractéristiques : « 1) l'acquisition d'une individualité bien définie, [...] et 2) la réalisation d'un certain degré de permanence de l'objet »¹¹⁶. Le Moi se structure. Le sentiment d'identité est inauguré grâce à la séparation du Moi et de l'objet et grâce au développement des capacités cognitives telles que le langage. La permanence de l'objet est acquise et « dépend de l'intériorisation graduelle d'une image intérieure de la mère »¹¹⁷. « La base première de la stabilité et de la qualité de cette représentation intérieure de la mère est la relation réelle mère-enfant, »¹¹⁸. L'enfant a une image mentale de la mère, lui permettant de supporter son absence, de prendre conscience que la distance ne met pas fin à la relation. Ce serait le résultat des trois sous-phases précédentes. Lors de cette quatrième sous-phase, « il y a un accroissement de l'intérêt porté aux compagnons de jeux et aux adultes autres-que-la-mère »¹¹⁹.

Dans la théorie de M. Mahler, on voit bien l'importance des distances relationnelles entre mère et enfant, distances qui s'accroissent progressivement, tout en pouvant ponctuellement se réduire. La mère accompagne l'enfant dans cette séparation physique et psychique, d'abord en lui laissant voir le monde extérieur, puis en le laissant s'éloigner tout en restant présente. Le vécu affectif de l'espace est alors « fonction des expériences motrices, corporelles, accompagnées, encouragées, soutenues ou au contraire dévalorisées, surprotégées par les parents »¹²⁰.

Rythmicité dans l'implication psychocorporelle de la mère avec son enfant :

« Les mouvements maternels, les premières séparations, les regards, les expériences sensorielles, contribuent à l'intégration progressive des données de la temporalité, du rythme »¹²¹. Dès la naissance, et même pendant la vie intra-utérine, le nouveau-né est soumis

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ A-C Galliano, C. Pavot, C. Potel, 201, p239

¹²¹ Ibid, p225

à de nombreux cycles, rythmes biologiques, relationnels, environnementaux, qui vont concourir à la structuration globale de l'individu. Ils sont la toile de fond de la stabilité des relations, de la permanence de l'objet. L'invariabilité des retrouvailles après la séparation vient notamment étayer la construction d'une sécurité affective chez l'enfant.

« Ce qui lie la mère et le bébé engagés dans un échange, [...] c'est une sensibilité rythmique partagée »¹²². Le bébé naît avec des aptitudes à appréhender le rythme. Il repère le retour régulier, la rythmicité des événements. Il a alors « une intuition anticipatoire de ce qui va se passer au fil du temps ainsi qu'une sensibilité à la structure et à la cohérence temporelle des événements »¹²³.

« Condon et Sander (1974) se sont interrogés sur l'utilisation de cette sensibilité humaine au rythme au sein de la communication » (Devenir n°2). Ils pensent que la rythmicité joue un rôle fondamental dans les interactions mère-bébé. La réciprocité rythmique dans ces interactions requiert des « motifs cohérents et organisés de la part des deux partenaires » (Devenir n°2).

« L'accrochage rythmique permet à la mère et au bébé d'accéder à leurs émotions réciproques, à leurs expériences subjectives et aussi de négocier la dynamique de l'interaction »¹²⁴. L'ajustement rythmique gestuel, visuel, vocal et comportemental ne se limite pas à un niveau extérieur, observable, et permet également un partage émotionnel, affectif, de leurs subjectivités. «Le «timing» de ces échanges est à la fois stable et variable. Basé sur une temporalité cohérente qui permet d'anticiper les événements à venir, il présente également une grande flexibilité expressive qui permet aux deux partenaires de «jouer avec les rythmes», d'y introduire [...] des nuances affectives »¹²⁵.

Concernant la rythmicité dans les interactions mère/bébé, C. Potel, psychomotricienne, explique que « La rythmicité des sensations est le premier facteur d'intégration temporelle »¹²⁶. Cette rythmicité est d'abord binaire (besoin/satisfaction), et très liée aux besoins physiologiques (faim/satiété, chaud/froid, veille/sommeil,...). Lors de l'expression et de la réponse à ces besoins, c'est la « qualité de l'accordage entre les deux protagonistes [qui] va déterminer cette première perception du temps, celle du rythme, une perception fondatrice de l'équilibre ultérieur de l'individu »¹²⁷. A la naissance, la mère vit dans rythme

¹²² E. Devouche, M. Gratier, 2001

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ C. Potel, 2010, p120

¹²⁷ Ibid.

fusionné à celui de son bébé. La rythmicité dans les échanges et la satisfaction des besoins va contribuer à sécuriser le bébé, dans une continuité, en créant un lien avec sa mère.

Au début, le bébé n'a aucun moyen d'intégrer psychiquement ce qui se passe. Grâce au retour régulier de la sensation de satisfaction, l'enfant va progressivement mieux supporter les périodes de besoin, et la mère va reprendre des éléments de son propre rythme, tout en s'ajustant au rythme de son bébé. Le rythme n'est plus binaire mais devient tertiaire (besoin/attente/satisfaction). Pendant ce temps d'attente, l'enfant s'occupe, joue, se construit, réalise des expériences, agit sur le monde, met en jeu sa subjectivité et sa créativité.

Daniel Stern (1934-2012), l'accordage affectif :

Les affects ont une place centrale dans la relation mère-bébé, surtout dans les premiers mois. D. Stern, pédopsychiatre et psychanalyste américain parle d'accordage affectif, ou d'harmonisation affective entre la mère et l'enfant. Selon lui, les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premiers mois, mais c'est environ vers neuf mois que l'accordage affectif est complètement développé.

L'accordage affectif correspond à la reprise en miroir, par la mère, des émotions que manifeste son bébé. « Stern, Hofer, Haft et Dore (1985) notent, à la lumière de leurs microanalyses d'interaction mère-bébé, que les mères répondent la plupart du temps sur une modalité [sensorielle] différente de leur bébé »¹²⁸. Cet accordage est « un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la rejouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne »¹²⁹. « Cet « accordage » est en grande partie inconscient et témoigne d'une empathie réciproque »¹³⁰. Il y a partage des affects, des émotions. Selon Stern, le cerveau du bébé se développe dans l'interaction, dans l'intersubjectivité, grâce au partage d'émotions, et au partage d'expériences dans l'attention conjointe.

Stern se différencie des autres théoriciens en disant que le bébé ne connaît pas de période d'indifférenciation totale. « Il n'y a jamais de confusion entre soi et l'autre, au début ou au cours de la première enfance »¹³¹.

Stern pense qu'un « sens de soi » émerge dès la naissance. Il décrit quatre « sens de soi », qui ne sont pas des phases successives, mais qui vont chacun continuer à être actif dans le fonctionnement ultérieur de l'individu.

¹²⁸ E. Devouche, M. Gratier, 2001

¹²⁹ A. Gatecel, B. Massoutre-Denis, F. Giromini, O. Moyano, 2011, p291

¹³⁰ M. Devouche, M. Gratier, 2001

¹³¹ D. Stern, 1989

Le « sens de soi émergent » apparaît donc dès la naissance et se construit jusque vers deux mois. Le nourrisson a des capacités d'interactions sociales. L'intégration des expériences vécues dans l'interaction va lui permettre de percevoir le monde, de l'organiser, et ainsi de développer sa subjectivité. « Tous les actes créateurs et tous les apprentissages s'appuient sur ce domaine du lien interpersonnel émergent qui correspond au sens de soi émergent »¹³².

Stern parle ensuite du stade de « soi noyau », de deux à six mois. Le bébé fait l'expérience subjective d'un soi physique, cohérent, séparé. La conscience de l'autre-noyau apparaît aussi. Quatre facteurs permettent de former le soi noyau : l'expérience d'être l'auteur de ses actes et de s'attendre aux conséquences de ses actes, l'expérience de la cohérence de soi, l'expérience de l'affectivité de soi, l'expérience de la permanence de soi.

Stern évoque ensuite le « sens de soi subjectif », qui se construit entre sept et quinze mois. Le bébé découvre que les autres ont un psychisme similaire au sien, qui leur est propre. Le sens de soi et de l'autre n'est plus seulement un noyau physique, mais inclut aussi des éléments subjectifs (émotions, pensées, intentions,...). Le bébé recherche alors les interactions intersubjectives avec autrui, le partage émotionnel et subjectif. L'accordage affectif prend tout son sens.

Le dernier est le « sens de soi verbal self », qui se construit à partir de quinze mois. Le nourrisson comprend que le soi, et l'autre, vivent chacun personnellement différentes expériences, et que ces expériences peuvent être partagées grâce au langage. Un lien interpersonnel verbal peut alors se créer. L'enfant peut parler de ses propres expériences, de celles des autres, réfléchir.

A chaque stade, c'est l'accordage affectif, le partage émotionnel dans les expériences interpersonnelles qui permet à l'enfant de se construire un « sens de soi », de plus en plus structuré et organisé.

Etre au monde, agir sur le monde, Winnicott en parle en tant que créativité. Nous avons vu l'importance de l'implication psychocorporelle de la mère dans le développement de cette capacité chez l'enfant. Il semble y avoir une analogie entre l'implication psychocorporelle de la mère, et l'implication psychocorporelle du psychomotricien. Chez les deux se développent un état de disponibilité, d'écoute, d'hypersensibilité, mais également une capacité d'adaptation, d'ajustement, selon différentes modalités, respectivement au bébé et au patient. Comment alors l'implication psychocorporelle du psychomotricien peut-elle être un étayage pour le développement de la capacité d'être au monde des patients ?

¹³² Ibid.

Discussion :

L'implication psychocorporelle du psychomotricien, vers la construction d'un être psychomoteur.

La question du cadre :

Ma réflexion s'est d'abord portée sur l'implication psychocorporelle du psychomotricien et la relation thérapeutique qu'elle permet, comme un parallèle à l'implication maternelle, et à la relation mère-enfant. Rapidement s'est aussi posée la question du cadre, et celle de la fonction paternelle. L'implication psychocorporelle est fondamentale pour la genèse d'une relation thérapeutique et pour le développement de la subjectivité des patients. Mais, bon nombre de ces derniers ont également besoin d'un cadre défini, d'une spatio-temporalité réfléchie, d'une médiation choisie.

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »¹³³. Le cadre constitue donc un contenant, quand l'action thérapeutique est le contenu de la séance. Le lieu, c'est la structure dans laquelle a lieu la prise en charge, la salle, l'aménagement de cette salle. Le temps correspond aux horaires, à la durée de la prise en charge, à sa fréquence. Et la pensée, ce sont les références théoriques qui alimentent nos actions thérapeutiques, qui nous permettent d'analyser après coup le contenu de la séance. Le cadre, c'est un espace-temps pensé pour le patient.

C. Potel ajoute qu'il existe des conditions préalables à la création d'un cadre thérapeutique : des conditions d'espace (le lieu,...), des conditions matérielles (les objets utilisés...), des conditions de temps (l'horaire, la durée,...), des conditions d'encadrement (qui anime la séance ?), et des conditions de fonctionnement institutionnel.

Le cadre possède à la fois des fonctions maternelles et des fonctions paternelles. Il est maternel car il est contenant, et pare-excitant. Il est paternel car il est sécurisant, il représente les limites, l'interdit, et joue le rôle de tiers médiateur. En effet, « la première fonction du Père sera d'aider l'attachement afin de favoriser le détachement »¹³⁴. Le cadre thérapeutique permet la relation entre psychomotricien et patient, tout en empêchant que cette relation soit trop maternante et soit un frein à l'autonomisation du patient. La fonction paternelle psychique est « unificatrice avant d'être – et en même temps qu'elle est – séparatrice »¹³⁵.

¹³³ C. Potel, 2010, p321

¹³⁴ K. E. Grossmann, 1998, p44

¹³⁵ A. Ciccone, 2010, résumé

Le psychomotricien possède lui aussi la double fonction psychique paternelle et maternelle. A l'image du père, il rappelle les interdits, sécurise. Comme la mère qui met en place un « setting », un cadre dans lequel l'enfant pourra déployer sa subjectivité¹³⁶, le psychomotricien est le garant du cadre thérapeutique. Il gère le contenant, le cadre, mais fait également partie intégrante du contenu, la séance.

A l'IMPro, le cadre n'est pas réfléchi au préalable dans toute ses caractéristiques. Les conditions de fonctionnement institutionnel et d'encadrement ne varient pas. Concernant les conditions spatiales, la prise en charge se déroule toujours dans la même salle, dédiée à la psychomotricité. Mais l'aménagement de cette salle peut varier en fonction du jeu choisi et du matériel utilisé. Les conditions matérielles varient donc elles aussi. Il en va de même pour les conditions de temps : les horaires des prises en charge ont souvent été modifiées au fil de l'année, et la durée peut varier, en fonction de l'état des patients, de leur fatigabilité,...

Une part de la construction du cadre est laissée au patient. De par la non-directivité des séances, patient et psychomotricien co-crésent une partie du cadre. Les patients choisissent le jeu qu'ils veulent faire, ils participent donc à la mise en place des conditions matérielles. Ils aménagent l'espace de la salle, avec la psychomotricienne, par rapport au jeu choisi. Et les conditions temporelles dépendent d'eux. La séance peut par exemple se terminer plus tôt, si l'adolescent la désinvestit à ce moment-là. La psychomotricienne maintient le cadre, aux dépens des conditions spatio-temporelles et matérielles, par son implication psychocorporelle, en restant contenante, sécurisante, et en rappelant si besoin les interdits.

Cette co-création permet de laisser le patient acteur de sa prise en charge, de lui montrer qu'on le considère en tant que sujet qui a une vie intérieure propre, des besoins, des envies, des opinions. Elle peut exister à l'IMPro avec certains adolescents plus qu'avec d'autres. C'est au professionnel de s'adapter, pour ne pas laisser un cadre trop souple quand les jeunes ont des difficultés à exprimer leur subjectivité de manière structurée, ou un cadre trop rigide quand cette rigidité angoisse et entraîne de vives réactions de défense, voire d'opposition.

Cette co-création permet également au patient de s'inscrire dans la séance, d'y prendre corps et place. Le jour où Dylan arrive en retard, c'est comme s'il faisait partie de la séance, tout en n'en faisant pas partie car il n'a pas participé à la construction du cadre.

C'est contenue par ce cadre, et grâce à l'implication psychocorporelle du psychomotricien que la relation thérapeutique avec le patient peut se nouer.

¹³⁶ D. W. Winnicott

La question de la relation :

L'individu se construit en relation :

L'enfant se construit psychiquement, à partir d'expériences corporelles qu'il partage avec son entourage, et en premier lieu ses parents. « Il est pour nous évident que l'enfant apprend d'abord avec son corps, au sein de la dynamique des premières relations parent/enfant »¹³⁷.

Ballouard dit que « Le moteur de la psychomotricité est de considérer que l'enfant se construit dans la mobilité ». « On apprend par la motricité, celle-ci est portée par la relation »¹³⁸. Boscaini ajoute que c'est à travers la relation que le corporel peut être intégré dans le psychisme, le Moi s'étaye alors sur le Moi corporel¹³⁹. Comment la relation thérapeutique, en psychomotricité, va-t-elle permettre au patient d'intégrer ses expériences corporelles pour qu'elles viennent alimenter sa vie psychique ?

C'est donc corporellement et en relation que l'enfant se construit. Mais comment se construit la relation ?

Une relation corporellement construite :

« Le corps [...] est support relationnel. »¹⁴⁰. C'est par le corps que se construit la relation, et c'est par le corps en relation que se construit la vie psychique.

Entre mère et bébé, la relation se crée corporellement, via le dialogue tonique, les postures, les mimiques, le regard,... En psychomotricité, c'est le corps qui est engagé, celui du thérapeute comme celui du patient, et la construction d'une relation passe par ces modes d'interaction précoces et archaïques. Cela exige une qualité de communication corporelle, qui a été travaillée par le psychomotricien au cours de sa formation, et qui sera améliorée tout au long de son parcours professionnel.

Boscaini explique que l'adaptation conditionne la mise en place de la relation¹⁴¹. « C'est l'ajustement tonique, postural, sensoriel, qui a valeur relationnelle primordiale et de parole structurale »¹⁴². S'accorder au mode de fonctionnement psychomoteur des patients permet de créer une relation, à partir de laquelle une évolution pourra être impulsée. Pour s'adapter sur le plan tonique, postural, sensoriel, spatial, temporel, émotionnel, il faut pouvoir observer et comprendre le fonctionnement psychomoteur du patient. Pour cela il faut donc être

¹³⁷ O. Moyano, 2014

¹³⁸ C. Ballouard, 2003, p44

¹³⁹ F. Boscaini, 2004

¹⁴⁰ P. Cluzeau, 2014, p11

¹⁴¹ Boscaini, 2004, p18

¹⁴² Ibid.

impliqué psychocorporellement. L'implication psychocorporelle, dans ses composantes d'écoute et d'adaptation, conditionne donc l'établissement de la relation.

S'il est question de s'adapter au fonctionnement psychomoteur du patient, faut-il nécessairement l'amener à s'engager corporellement, dans l'action ? Certains patients peuvent avoir des difficultés à mettre en jeu leur corps dans l'action. Ils préféreront, au début de la prise en charge, rester assis pour faire des jeux sur table par exemple.

Moyano dit que « « passer par le cognitif » avec ces enfants signifie leur proposer un abord non-intrusif, non-interprétatif, à travers l'utilisation d'un matériel qui ne mobilise pas ou peu *d'affects, ne mettant ainsi aucunement en danger les défenses établies »¹⁴³. Cela favorisera alors probablement l'établissement d'une relation, le patient, n'étant pas désorganisé par des affects qu'il ne peut gérer. A nous de faire émerger, par notre implication psychocorporelle, les affects nécessaires à la mise en place de cette relation.

En effet, c'est la relation qui prime. Une fois qu'elle est nouée et que le patient est en confiance, se sent en sécurité, ce dernier pourra alors s'engager corporellement de manière plus globale. La relation thérapeutique en psychomotricité se construit par le corps, en adéquation avec ce que le patient est en mesure d'apporter, de supporter et d'intégrer.

Relation réciproque et singulière :

Chacun est acteur, à sa manière, dans la relation. Chacun y apporte quelque chose, et chacun y répond, dans un échange réciproque.

Les théories sur le développement de l'enfant insistent sur l'importance de l'implication psychocorporelle de la mère dans la relation avec son bébé et parlent de la réciprocité de l'échange mère-bébé. Ajuriaguerra a souligné que le bébé est acteur dès la naissance dans le dialogue tonique. Il s'adapte lui aussi à sa mère, et influence celle-ci. Il est acteur dans l'échange et fait partie intégrante de l'interaction.

Il en va de même en séance de psychomotricité. Patient et thérapeute ont chacun leur place dans l'échange. Et chacun nourrit cet échange. Se crée entre eux une sorte de spirale relationnelle, où chacun s'influence l'un l'autre, ce qui crée une relation singulière.

En psychomotricité, si on considère l'implication psychocorporelle et la relation comme deux des principaux vecteurs du travail thérapeutique, on peut penser que cette relation perd sa dimension d'authenticité. En effet, le thérapeute peut agir consciemment dans la relation pour influencer le patient, par rapport à ce qu'il a observé de son fonctionnement. A l'inverse

¹⁴³ O. Moyano, 2014

de la relation mère-enfant, qui se crée sans autre objectif poursuivi que le simple fait de tisser un lien pérenne et de confiance, la relation thérapeutique en psychomotricité suit-elle un plan, une ligne directrice pré-établie par le psychomotricien ?

Il est évident que le psychomotricien peut agir, dans la relation, pour faire réagir le patient de telle ou telle manière. Mais, le psychomotricien ne s'implique-t-il pas en tant que sujet humain avant – ou en même temps – qu'il 'implique en tant que professionnel ?

D. Liotard écrit qu' « en plus de nos formation universitaires, personnelles, de nos expériences qui contribuent à notre identité, ce sont avant tout nos qualités humaines, nos individualités, nos corporéités, qui nous permettent de trouver les voies de la rencontre »¹⁴⁴. En tant que sujet humain, nos émotions, nos représentations participent forcément à la construction de la relation thérapeutique. Et ces émotions sont partagées avec le patient. Lorsqu'il rit, nous rions avec lui. Et lorsqu'il paraît moins joyeux, nous pouvons l'amener à rire. C'est dans une authentique relation et un côté ludique avec un plaisir partagé que psychomotricien et patient évoluent. Il paraît cependant important de veiller à ne pas nous laisser déborder par notre humanité, afin de rester professionnel et de permettre à la relation d'être thérapeutique.

En psychomotricité, nous nous engageons dans une relation intersubjective avec notre patient, qui a, comme nous, ses particularités propres de sujet. Une tonicité propre, un rapport singulier à l'espace et au temps, une façon particulière d'être au monde, tout cela crée un accordage singulier, et une relation singulière. Notre engagement psychocorporel ne sera donc pas le même selon chaque patient. Il découlera de l'articulation entre notre subjectivité, nos observations, avec les données théoriques et expériences pratiques emmagasinées.

Relation à soi, à l'autre, aux autres :

Pour être en relation avec l'autre, être dans l'intersubjectivité, puis être en relation avec les autres, s'être construit en tant que sujet semble être un préalable. Une fois le sujet construit, il pourra s'exprimer en tant que tel face à autrui, agir sur l'environnement extérieur, physique et humain, entrer dans des relations intersubjectives.

Au début, il s'agit d'une sorte de relation à soi. Le bébé doit comprendre ses sensations, ses émotions, les reconnaître, y mettre du sens, grâce à l'accompagnement de sa mère. D'abord centré sur lui, dans une indifférenciation avec sa mère, il va progressivement se construire en tant que sujet et la considérer en tant que tel. Il entre alors dans une relation

¹⁴⁴ D. Liotard, 2000, p58

intersubjective avec sa mère. Par la suite, il se détachera de sa mère et entrera en relation avec les autres, autres adultes, puis autres pairs¹⁴⁵.

Le psychomotricien peut, comme la mère avec son enfant, aider ses patients à aller de la relation à soi à la relation à l'autre, puis à la relation aux autres. Le tout est de savoir dans quel mode de relation se situe le patient. Est-il déjà dans l'intersubjectivité ? Est-il capable d'exprimer sa subjectivité face à l'autre, face aux autres ? Se situe-t-il plutôt dans une relation à lui-même ?

Margot m'a semblé, au début, dans une sorte de relation à soi. Sa posture enroulée, en flexion, rotation interne et adduction donne l'impression qu'elle reste centrée sur ses sensations, ses émotions. Elle étend peu ses mouvements, engage peu son corps dans l'espace. Elle chuchote. Aller vers l'autre, donner de soi à l'autre semble difficile. Cela contribue pourtant à nouer une relation. Au fil de l'année, elle a évolué dans son corps, sa posture, ses mouvements, et dans la relation. Elle a pu d'abord s'adresser à l'autre, lorsque l'autre la sollicitait. Et elle a su ensuite s'adresser aux autres, en trouvant sa place au sein du groupe des quatre adolescentes, en s'exprimant, à l'attention du groupe dans son ensemble, et pas seulement à une personne au sein d'une bulle privilégiée.

Construite comme sujet et reconnaissant l'autre comme sujet, elle semble cependant avoir des difficultés à s'affirmer comme telle. Durant l'année elle a pu progressivement apporter des choses d'elle-même dans les séances. Mais, face à l'autre qui exprime sa subjectivité, Margot semble parfois ne plus pouvoir exprimer la sienne. C'est d'ailleurs ce qui ressort de sa synthèse de février 2015. Elle ne parvient pas à s'opposer à l'autre. En séance, dans le jeu, avec le mikado par exemple, Margot paraît malléable. Elle semble coller à tout ce qui lui est dit. Et lorsqu'elle tente de s'opposer, sa posture nous dit le contraire.

Chez Dylan, qui semble s'éteindre dès qu'il n'est plus dans l'action, dès qu'il n'est plus dans la relation, la « capacité d'être seul en présence de l'autre », dont parle Winnicott, semble peu construite. Lorsqu'il est seul, il semble ne plus pouvoir exprimer et déployer sa subjectivité, même si l'autre est présent à côté. Il faut que cet autre lui apporte de l'attention, que cet autre le considère. Il lui faut être avec l'autre. C'est comme s'il existait par le biais de l'autre. Je me demande alors comment lui permettre de se construire cette « capacité d'être seul en présence de l'autre ».

Dylan reste, lors des séances en début d'année, dans des relations plutôt duelles avec un adulte. Il l'investit alors complètement, mais peut changer au cours de la séance et investir complètement l'autre adulte présent. Être en relation avec les deux adultes simultanément

¹⁴⁵ M. Mahler, 1980

ou avec les jeunes semble compliqué. Cela soulève la question de la relation aux adultes ou aux pairs, que je développerai plus loin.

Les jeux d'opposition duelle semblent animer Dylan, encore plus que le reste des séances. Cette opposition ludique, dans la relation à l'autre, lui permet-elle de se sentir exister ? En face à face, l'autre joue-t-il un rôle de miroir qui lui renvoie l'image de sa propre subjectivité ? S'opposer ainsi lui permet-il de prendre conscience de sa différenciation en tant que sujet, par rapport à autrui ? Cette opposition duelle pourrait-elle évoluer vers une relation à plusieurs, en passant de l'opposition à la coopération ? Au début de l'année, Dylan investissait énormément ces jeux. Progressivement, il a pu continuer à exprimer sa subjectivité, mais en dehors des jeux d'opposition, en étant en relation à la fois avec la psychomotricienne et moi.

Groupe ou individuel ? :

De cette question sur la relation à soi, à l'autre, ou aux autres, découle celle du groupe ou de l'individuel. Que proposer à chaque patient ?

Dylan semblait mieux trouver sa place en séance individuelle. Peut-être aurait-il fallu lui proposer une prise en charge individuelle d'emblée. Il avait lui-même su exprimer qu'il ne voulait pas être avec d'autres personnes, ce qui était compliqué pour lui. L'année où je le suis, il fait partie d'un groupe de trois adolescents, puis de quatre, avant de passer en individuel. Il a été accueilli dans un groupe au début de sa prise en charge car un suivi en psychomotricité semblait nécessaire mais les contraintes horaires et institutionnelles n'ont pas permis de le voir en individuel. Quelles conséquences a pu avoir le groupe pour Dylan ? S'est-il senti en difficultés ? Ou au contraire a-t-il su s'adapter ? Il semble plus à l'aise en individuel, s'exprime plus, initie plus de choses. Est-ce le cadre qui lui convient mieux ? Ou est-ce simplement le fruit d'une évolution ?

Dylan semble plus étayé dans la relation duelle, qu'il recherche même en groupe. C'est donc un aspect de son fonctionnement qui fait penser qu'une séance en individuel lui conviendrait mieux. Cependant, Dylan agit beaucoup en miroir, semblant s'appuyer sur ce que l'autre fait pour agir lui-même. Le groupe peut aussi permettre de se soustraire à cette construction en miroir et d'éviter une identification massive. Dylan semblait en effet, au début de l'année, reproduire ce que nous faisons, en miroir, sans que cela prenne sens pour lui. Il a cependant progressivement évolué et j'ai eu l'impression qu'il s'appropriait ce que nous faisons, et qu'il pouvait ensuite faire lui-même des propositions dans les jeux.

Suivant le groupe dont il faisait partie, Dylan ne se révélait pas de la même manière. Il n'occupait pas la même place et ne s'engageait pas de la même façon. Est-ce le fait de changer de groupe qui modifiait son attitude dans la relation ? Avait-il besoin d'un temps d'adaptation

dans ce nouveau groupe ? Ou bien l'attitude, la façon d'être, les intérêts de jeu de ses nouveaux camarades ne lui correspondaient pas, ce qui l'empêchait de s'engager dans les jeux et dans la relation ?

Adultes ou pairs ? :

Si nous reprenons les théories sur le développement de l'enfant, comme celle de Mahler, la relation avec l'adulte, et en premier lieu la mère, précède la socialisation avec les pairs. En séance, les patients peuvent eux aussi suivre cette chronologie, entrant d'abord en relation avec l'adulte, la psychomotricienne, puis avec leurs pairs.

La psychomotricienne représente le centre des interactions, une sorte d'antenne relais qui fait le lien entre les adolescents. Ceux-ci s'adressent d'abord préférentiellement à elle. Puis, les interactions entre les jeunes passeront par la psychomotricienne. Enfin, ils pourront interagir entre eux sans avoir besoin du relai du thérapeute.

La psychomotricienne répond aux sollicitations de chacun des jeunes et peut les inciter, progressivement, à tisser des liens entre eux. Lors d'un jeu de ballon, si les adolescents lancent préférentiellement la balle à la psychomotricienne, celle-ci peut modifier l'agencement spatial pour favoriser les échanges entre les patients. Parfois, les liens entre les adolescents se tissent d'eux-mêmes, lorsqu'ils se sentent suffisamment en sécurité. Cette sécurité peut être apportée par le cadre et l'implication psychocorporelle du psychomotricien, qui permettent de nouer une relation stable, contenante et sécurisante.

Mahler en parle lorsqu'elle décrit la troisième sous-phase du processus de séparation-individuation, celle dite de rapprochement. L'enfant découvre l'existence d'autres enfants, semblables mais différenciés, et, conjointement à son éloignement vers les interactions sociales, l'enfant se rapproche de sa mère, qui représente un repère stable et sécurisant. En séance, une fois que la relation avec l'adulte est tissée, stable, sécurisante, les patients peuvent s'autoriser à interagir entre eux, et pourront revenir vers l'adulte si besoin est.

C'est par exemple le cas de Margot, qui interagissait peu avec les autres adolescentes de son groupe en début d'année. Elle ne répondait que lorsqu'elle était sollicitée et se tournait de manière privilégiée vers la psychomotricienne ou moi pour interagir. Elle a pu progressivement entrer en relation avec les autres jeunes de son groupe, mais semblait toujours s'assurer que la psychomotricienne ou moi étions présentes. Elle me lançait parfois un regard avant d'interpeller une autre adolescente, comme pour avoir mon soutien.

Au quotidien, Margot réalise les tâches qui lui sont demandées pour faire plaisir à l'adulte qui lui demande. Elle a besoin, comme Dylan, de la proximité, de la sollicitation, des

encouragements de l'adulte pour réaliser ces tâches. Cela fait penser à la phase de rapprochement décrite par Mahler. Se rapprocher pour s'éloigner. Maintenir le lien avec l'adulte pour s'éloigner en étant sûr qu'il restera un soutien, un repère.

Indépendamment de cette chronologie, de cette évolution, de la relation à l'adulte vers la socialisation avec les pairs, les patients peuvent développer des modes de relation à l'adulte différents de leurs modes de relation aux pairs.

Dylan, par exemple, est influençable avec ses pairs, même s'il commence à pouvoir s'affirmer. Il interagit préférentiellement avec les adultes. Cela suit-il le cours de la chronologie dont j'ai parlé plus haut, ou bien un autre aspect entre-t-il en jeu ?

Dylan existe par le biais de l'autre, mais il faut que l'autre aille vers lui, le sollicite. L'adulte est probablement plus à même de s'adapter aux besoins de Dylan dans la relation par rapport aux autres jeunes de l'institution. L'adulte peut donc s'adapter à Dylan pour lui permettre d'être en relation. Dylan peut alors se sentir plus à l'aise, et plus en sécurité face à l'adulte, ce qui pourrait expliquer sa tendance à aller vers ceux qui l'entourent.

Dylan a évolué dans la relation au fil des séances. Il a pu progressivement entrer en relation avec la psychomotricienne et moi, en même temps, sans avoir besoin d'être dans une dualité. Cette évolution a presque coïncidé avec son passage du groupe à l'individuel, et cela a pu y jouer un rôle. Seul avec deux adultes, Dylan n'avait peut-être plus besoin de se créer une bulle privilégiée autour de l'adulte et lui. En groupe, peut-être se créait-il cette bulle par rapport aux difficultés relationnelles qu'il peut rencontrer avec ses pairs.

L'implication psychocorporelle du psychomotricien peut donc permettre de nouer une relation avec le patient, afin de l'aider à se construire, dans la relation avec nous mais aussi dans la relation avec ses pairs, en favorisant les interactions.

Prêt d'appareil psychique, moteur, psychomoteur :

L'implication psychocorporelle, dans cette influence réciproque entre patient et psychomotricien, peut aussi permettre d'accueillir, de transformer, de renvoyer aux patients ce qu'ils nous amènent, pour les faire évoluer.

Parfois, face à nos patients, « ce que nous pouvons ressentir, au sein de la relation thérapeutique [...] est d'abord une difficulté à communiquer ou un manque criant de matériel psychique »¹⁴⁶. Grâce à notre écoute, nous pouvons repérer les expressions parfois particulières de nos patients, et déceler les moments où ils mobilisent leur matériel psychique.

¹⁴⁶ O. Moyano, 2014

Comment accueillir ces expressions parfois désorganisées ou dénuées de sens ? Comment leur renvoyer afin de les aider à mettre du sens dessus, à se les approprier ?

De nombreux auteurs parlent, à propos du psychomotricien face à son patient, de « prêt d'appareil psychique », en lien avec la théorie de Bion sur la fonction contenante maternelle. En 1962, Bion aborde la notion de « contenant-contenu », et parle de la « capacité de rêverie de la mère ». Le nourrisson est exposé à de multiples données sensorielles qu'il ne peut intégrer psychiquement. Bion appelle cela les « éléments beta ». Ces éléments sont projetés sur la mère. Celle-ci les accueille, les intègre, les transforme, et les renvoie au bébé sous une forme assimilable. Ce sont alors des « éléments alpha ». Le bébé peut alors intégrer psychiquement ces éléments. La mère participe donc à la construction du psychisme de son bébé, en lui prêtant son propre appareil psychique¹⁴⁷. Le psychomotricien agit de la même manière face à ses patients. Mais ne peut-on pas dire qu'il prête également son appareil moteur, et même psychomoteur ?

L'imitation :

L'imitation peut se faire dans les deux sens. Soit le patient nous imite, soit nous imitons le patient. Et les deux peuvent contribuer à ce que le patient se construise, s'organise, évolue.

Lorsque le thérapeute imite le patient, il lui réfléchit, comme un miroir, une image de lui. Grâce à cette image, il contribue à lui faire ressentir sa propre subjectivité. Le patient prend conscience de ses mouvements, de son corps et de ses expressions. Cela peut donc permettre de progressivement tisser un lien intersubjectif, d'entrer en relation.

Le patient peut imiter les mouvements que nous montrons, imiter notre manière de nous organiser corporellement face à une difficulté dans un jeu. Nous lui donnons une image sur laquelle s'appuyer pour pouvoir lui-même agir. En effet, « le psychomotricien doit savoir que son corps en mouvement [...] devient [...], dès la première rencontre, un support d'apprentissage moteur »¹⁴⁸. Le patient se nourrit de ce qu'il observe, il imite d'abord, puis peut progressivement s'approprier les choses pour les réutiliser à sa manière.

Margot, par exemple, lorsqu'elle apprend à jouer au mikado, nous observe beaucoup. Elle regarde comment nous nous organisons pour attraper les bâtons, les différentes stratégies que nous pouvons utiliser. Lorsque c'est à son tour, elle tente de reproduire ce qu'elle a observé. Elle n'y arrive pas forcément aisément la première fois. Mais, à force d'observer, puis d'imiter, son geste devient plus fluide et plus précis. Et c'est une réalisation motrice de plus, un schème moteur de plus qu'elle a enregistré dans son système de représentation. « Il s'agit

¹⁴⁷ W. R. Bion, 1970

¹⁴⁸ O. Moyano, 2014

de la part du sujet soigné [...] d'acquérir la capacité à imiter et intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation »¹⁴⁹. Le corps du psychomotricien est une sorte de support à penser pour le patient.

Au début de l'année, Dylan imite beaucoup ce que nous faisons, sans que cela semble prendre sens pour lui, comme un reflet inhabité. Progressivement, il arrive à nous imiter, tout en étant dans la relation avec nous, en apportant sa propre expressivité dans le mouvement qu'il reproduit. Plus qu'une imitation, ce mouvement devient alors comme une réponse. Progressivement, il peut réutiliser ce qu'il s'est approprié, dans un autre contexte que celui de départ, d'abord dans une même séance, puis d'une séance à l'autre. Et il pourra ensuite apporter de nouvelles choses, qui ne proviennent pas d'une reproduction de ce que nous avons auparavant amené. Il s'agit alors de sa propre expression. Nos mouvements lui ont-ils permis, grâce à l'imitation, d'enrichir son système de représentation ? A-t-il pu alors, grâce à ces bases de représentations, créer lui-même de nouveaux mouvements ?

L'imitation peut donc favoriser la construction du sujet, et le passage du moteur au représentatif. Lorsque notre patient nous imite, nous pouvons induire des choses chez lui, pour enrichir son répertoire moteur et psychomoteur, pour faire varier son mode de fonctionnement, l'aider à investir des aspects désinvestis de son corps, de l'espace, ou encore du temps. C'est à nous de repérer ce qui est désinvesti chez lui. Puis, dans notre propre implication psychomotrice, nous pouvons mettre en jeu ces aspects désinvestis pour l'amener à les investir, par imitation.

Dylan, par exemple, investissait peu l'espace de la salle au début de l'année, et restait toujours dans une même rythmicité. Il investissait également peu les mouvements de torsion et de rotation, ainsi que l'espace arrière. En me déplaçant dans la salle, en faisant varier le rythme des échanges de balles, j'ai donné à Dylan une image sur laquelle s'appuyer. Il m'a imitée, et s'est lui aussi déplacé, a lui aussi fait varier le rythme. Il a commencé par suivre ce que je faisais, sur le moment. Puis, il a pu investir tout l'espace même lorsque je ne me déplaçais pas. Il initiait lui-même des changements de rythmes.

Concernant les mouvements de torsion et de rotation, cela a été abordé lors du jeu de la séquence avec le ballon par exemple, ou bien lors d'une séance où nous cherchions tout ce qu'on pouvait faire comme mouvements en tenant une corde. La psychomotricienne ou moi pouvions proposer des mouvements en torsion ou en rotation. La réponse en imitation était alors fluctuante. Parfois, Dylan reproduisait correctement le mouvement. Parfois, il effaçait la torsion et réalisait le mouvement dans le plan frontal ou sagittal. Il semble ne pas encore s'être

¹⁴⁹ Ibid.

approprié cet aspect moteur. Il ne propose pas de mouvements dans le plan transversal. Il pourrait être pertinent de continuer à lui en proposer, pour tenter de lui faire investir cet aspect de sa motricité. L'investissement de l'espace arrière pourrait aussi être travaillé sur imitation avec Dylan.

Parfois, pour que les mouvements que le patient reproduit, à partir de ceux que nous réalisons, puissent passer dans son système de représentation, être intégrés dans son fonctionnement psychomoteur, un accompagnement de notre part est nécessaire. La verbalisation peut notamment favoriser ce passage de l'agir au représenté. Dylan agit de manière privilégiée en miroir, en imitant, mais si nous ne l'accompagnons pas en verbalisant, les actions qu'il effectue ne semblent pas prendre sens pour lui.

De plus, un passage unique par l'imitation ne peut-il pas entraîner une sorte d'identification trop massive empêchant le patient de se construire sa subjectivité propre ? Il faut en effet l'accompagner vers la construction de sa subjectivité, en l'aidant à distinguer ce qui, dans la relation, provient de lui, et ce qui provient de nous. Nous lui renvoyons une image de lui, mais qui n'est pas réellement lui, car nous restons nous-mêmes. Peut-être alors qu'utiliser une modalité sensorielle différente, comme la mère dans l'accordage affectif à son bébé, peut aider le patient à faire cette distinction entre soi et l'autre. La verbalisation peut là aussi venir faciliter cette prise de conscience.

Un autre type de prêt d'appareil moteur, psychomoteur :

Dans le cadre de l'imitation, dans un sens ou dans l'autre, c'est comme si nous prêtions notre appareil moteur, et même psychomoteur, à notre patient. Dans le dialogue tonique, ce prêt d'appareil moteur n'est-il pas également mis en jeu ? Nous recevons de nos patients des manifestations toniques, via différents canaux sensoriels. Ces manifestations résonnent en nous, mais nous parvenons à les percevoir et à les gérer pour qu'elles ne nous désorganisent pas. On peut ainsi renvoyer à nos patients, via notre tonicité, ces manifestations, sous une forme plus assimilable. Nous pourrions alors progressivement les aider à pouvoir eux-mêmes réguler leur tonicité. Le dialogue tonique est en effet le troisième mode de régulation tonique, mais, le quatrième mode est un mode de régulation interne, personnel, qui passe par les représentations.

La verbalisation :

C. Potel explique que « les mots prennent une grande place dans un travail corporel. Ils sont le moyen privilégié pour mettre en lien les éprouvés et les affects. »¹⁵⁰.

¹⁵⁰ C. Potel, 2010, p221

Le parent pense pour son bébé, donne du sens à son vécu, en verbalisant, quand le bébé ne peut encore se penser lui-même. Le thérapeute peut faire de même. Il reçoit les manifestations du patient, les ressent dans son corps, comme une résonance, et peut mettre du sens sur son propre vécu. Ce qu'il ressent dans son corps, lors de la rencontre avec le patient, peut lui donner une idée de l'état dans lequel ce dernier se trouve. Il pourra alors y mettre du sens, en le verbalisant au patient. « En s'appuyant sur ce qui est amené par le patient et sur ses propres ressentis internes, il pense (le psychomotricien) son patient quand celui-ci ne peut se penser lui-même »¹⁵¹.

« Il ne suffit pas que le patient s'extériorise. Ces « extériorisations corporelles » doivent être « travaillées » par le thérapeute dans son propre appareil à penser pour qu'elles ouvrent de nouvelles voies de passage vers la transformation, la symbolisation, le langage »¹⁵². Toute expression motrice n'est pas acte psychomoteur. Il existe une différence entre une expression psychomotrice et une décharge motrice. Cette dernière peut par exemple venir camoufler une carence en symbolisation et servir à décharger des tensions, quand la personne ne peut les décharger par une autre voie.

Dylan est souvent immobile, il montre une grande inhibition lorsqu'on ne le sollicite pas. Il est passé par cette phase de décharge motrice, en début d'année, lors des jeux d'opposition duelle. Ces jeux semblaient l'animer, mais il était presque dans une agitation. Il souriait beaucoup, parlait fort et vite et ses mouvements étaient très vifs et parfois désorganisés. Ces jeux ont pu l'amener à se mettre en mouvement. Et, progressivement, dans la relation, avec de la verbalisation, ses mouvements sont devenus plus structurés, trouvaient un but. Dylan semblait progressivement penser ses actions, et penser le jeu. Les verbalisations que nous utilisons n'étaient pas nécessairement de la mise en sens, par rapport au vécu de Dylan. Mais nous l'amenions à penser ses actions en lui proposant verbalement et en lui rappelant plusieurs fois, un but à atteindre.

Ces jeux l'ont donc probablement aidé à développer sa vie psychique, psychomotrice. En pensant pour le patient, dans l'émotion et la relation, on permet à un simple acte moteur, de devenir psychomoteur. L'acte acquiert alors une valeur psychique et relationnelle¹⁵³. D. Liotard dit que pour qu'une décharge motrice ou une parole désincarnée « puisse devenir ouverture et/ou déclic encore faut-il qu'il se fasse sous le regard du thérapeute et dans la verbalisation »¹⁵⁴.

¹⁵¹ P. Bellec, 2012, p81

¹⁵² C. Potel, 2010, p340

¹⁵³ F. Boscaini, 2004

¹⁵⁴ D. Liotard, 2000, p59

La verbalisation peut aussi jouer une sorte de rôle de renfort. Lors du jeu de la séquence de mouvement avec le ballon, lorsque Dylan se trompe, le mouvement erroné est repris, à la fois corporellement et dans la verbalisation. L'imitation lui renvoie une image de lui-même, et la verbalisation vient renforcer cette image. La verbalisation permet probablement à Dylan, de se rendre compte que son mouvement a été repris. La verbalisation vient alors renforcer ce miroir de soi que permet l'imitation.

Et, la verbalisation peut favoriser la prise d'initiative. Margot était très inhibée en début d'année. Progressivement, elle a pu prendre part aux conversations, s'inscrire dans les jeux. Mais elle prenait peu d'initiatives, elle suivait simplement ce qui était proposé. Parfois, je sentais qu'elle avait envie de proposer un jeu, envie d'expérimenter quelque chose dans un jeu déjà lancé. Elle s'agitait un peu, me regardait, et regardait ce qu'elle convoitait. Je lui verbalisais alors comme une sorte d'accord : « Vas-y Margot ». Elle me faisait alors un grand sourire, semblait soulagée, et partait chercher ce qu'elle voulait, ou expérimentait ce qu'elle avait en tête. C'est comme si mes paroles avaient levé cette inhibition qui l'empêchait d'agir.

Comme une chronologie du prêt... :

Dans ce prêt d'appareil, qu'il soit psychique, moteur ou psychomoteur, le patient commence par entièrement s'appuyer sur nous, pour progressivement se détacher de ce support, et s'autonomiser. Dans notre accompagnement, nous suivons la même évolution, en collant d'abord à ce que le patient amène, puis en nous éloignant progressivement, au rythme du patient, « de l'illusion au désillusionnement »¹⁵⁵.

Le jeune enfant se construit comme sujet avant d'aller vers la créativité. Et nous aidons notre patient à faire de même. Nous l'accompagnons d'abord vers la construction, la consolidation de sa subjectivité, avant de l'amener à déployer cette subjectivité dans le jeu, la relation,...

Comme la fonction miroir du visage de la mère décrite par Winnicott, nous jouons le rôle de miroir pour nos patients. D'un miroir qui renvoie l'image telle qu'elle nous apparaît, nous passons à un miroir structurant, puis transformant, laissant voir au patient ce vers quoi il peut tendre. Progressivement, le psychomotricien va s'ajuster, et refléter l'enfant « non plus comme il est mais comme il va pouvoir bientôt devenir »¹⁵⁶.

L'important est que ce nous reflétons de lui-même au patient prenne sens pour lui, que cela passe par l'imitation, le dialogue tonique, la verbalisation, les trois en même temps ou bien tout autre chose. Nous devons le mener vers l'appropriation de ses propres expressions,

¹⁵⁵ D. W. Winnicott

¹⁵⁶ O. Moyano, 2014

la distinction entre les siennes et les nôtres, vers le déploiement de sa subjectivité dans la réalité objective. Pour cela, nous l'accompagnons dans la construction de sa subjectivité puis l'aidons à enrichir son répertoire d'expressions psychomotrices.

B. Lesage explique qu'il est « important d'ouvrir nos partenaires à la richesse d'un répertoire de qualités gestuelles, qui sont autant de nuances dans l'expressivité, dans la perception de soi, du monde et dans la relation »¹⁵⁷. Il est alors nécessaire d'avoir nous-mêmes enrichi notre répertoire pour pouvoir aller chercher nos patients là où ils se situent et les amener à élargir leur champ d'expressivité. Peu de richesse dans le répertoire peut être synonyme de monotonie et de restriction dans le fonctionnement psychomoteur.

Il paraît alors important de partir de là où le patient se situe, d'expérimenter quel mode de prêt lui convient le mieux, afin de lui permettre de s'adapter le plus facilement possible. Avec Dylan, l'imitation semble à privilégier pour favoriser sa construction psychique, et la verbalisation paraît nécessaire. Avec Margot, l'imitation semble être plus pertinente pour ce qui concerne les apprentissages moteurs. Et la verbalisation paraît essentielle comme support à sa prise d'initiatives.

Dans ce système de prêt, nous reflétons aux patients ce qu'ils nous amènent. Mais, la relation étant réciproque, eux-aussi nous renvoient, inconsciemment, ce qu'ils captent de nous. Le patient est également « le miroir de notre fonctionnement thérapeutique »¹⁵⁸. Comme la mère qui vérifie par la détente de son bébé si elle lui a apporté les soins dont il avait besoin, nous vérifions, dans la modification d'état, ou de fonctionnement, du patient, si nous lui avons prodigué les soins dont il avait besoin.

La question de la continuité :

Apporter de la continuité dans l'accompagnement de nos patients, dont le fonctionnement est souvent teinté de discontinuité, paraît indispensable. A l'adolescence, la continuité des soins est d'autant plus importante que le monde intrapsychique et le rapport à la réalité externe sont sans cesse menacés de rupture, de discontinuités.

Cette continuité peut être apportée dans le cadre, l'espace, le temps, le geste, ou encore dans la relation. Qu'est-ce que cette continuité va induire chez le patient ? Comment cette continuité est-elle amenée par le psychomotricien ? Qu'en est-il de la continuité dans les interactions précoces ?

¹⁵⁷ B. Lesage, 2012

¹⁵⁸ C. Ballouard, 2003, p185

Autour du « sentiment continu d'exister » :

La continuité dans les interactions précoces va contribuer à ce que le bébé se construise un « sentiment continu d'exister ». Winnicott dit que, pour que le bébé puisse se constituer ce « sentiment continu d'exister », « la continuité de l'apport de l'environnement » est fondamentale. Il précise qu'il faut avoir un « sentiment continu d'exister » pour pouvoir agir créativement sur le monde. C'est donc dans la continuité des relations précoces avec son environnement humain que le bébé va se forger ce « sentiment continu d'exister » qui lui permettra de se construire comme sujet et d'agir en tant que tel.

Dylan et Margot ont tous les deux des difficultés à déployer leur intériorité subjective dans la réalité objective, à affirmer leurs choix, leurs envies, leurs expressions de sujet. Pouvons-nous dire qu'ils ont tous les deux un fragile « sentiment continu d'exister » qui les empêche de développer leur « créativité » ?

Boscaini explique que c'est le dialogue tonique et l'adaptation aux besoins évolutifs de l'enfant qui va permettre de créer un sentiment continu d'exister chez le sujet¹⁵⁹. Le dialogue et l'adaptation dont il parle rappelle la notion d'implication psychocorporelle, être à l'écoute pour s'adapter et entamer un dialogue, une relation.

« En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer »¹⁶⁰. Nous l'avons vu, la relation thérapeutique s'inscrit dans le cadre thérapeutique et est permise par l'implication psychocorporelle du psychomotricien. Dans la continuité de la relation, mais également la continuité du cadre et des propositions psychomotrices, le psychomotricien permet au patient d'intérioriser, d'intégrer psychiquement ce « sentiment continu d'exister », comme le bébé intègre le sien, dans la relation avec sa mère.

Me vient une interrogation. Si un patient montre des difficultés à déployer sa subjectivité, du fait, probablement, d'un « sentiment continu d'exister » peu ou mal construit, est-il possible de lui fournir un substitut à cette continuité d'existence ? Le cadre, la relation, les propositions psychomotrices, seraient alors comme un appui, un support provisoire, lui permettant d'avoir, durant un temps donné, un « sentiment continu d'exister » lui permettant d'agir créativement. Et, même si ce substitut ne dure que le temps de la séance, à force de répétitions, ne serait-il pas possible que cette continuité soit intégrée psychiquement en continuité d'existence ? Du substitut découlerait la construction.

¹⁵⁹ F. Boscaini, 2004

¹⁶⁰ P. Scialom, 2011, p295

Une base de sécurité :

Cette continuité dans les séances de psychomotricité peut également favoriser la prise de repères pour les patients, repères spatio-temporels, relationnels,... Et cette prise de repère leur permet probablement de se constituer une base de sécurité nécessaire au développement de leurs potentialités.

Dans les interactions précoces, la continuité du rythme, et de la relation, va contribuer à créer un sentiment de sécurité émotionnelle et affective. La rythmicité va fournir des repères au bébé qui pourra alors anticiper, dans une certaine mesure, les événements, notamment le retour de sa mère lorsque celle-ci s'absente. Il prend alors conscience de la continuité d'existence de sa mère, et de la continuité du lien qui les unit.

La mère, pour son bébé, maintient une continuité de disponibilité et d'adaptation. Et, elle donne du sens aux sensations et émotions de son enfant, en l'accompagnant de l'hypertonie de besoin à l'hypotonie de satisfaction. Elle ramène de la continuité suite aux expériences de discontinuité. « S'installe alors pour l'enfant une sécurité émotionnelle puisque l'autre se pose comme un repère stable, cohérent »¹⁶¹. L'enfant pourra par exemple s'éloigner de sa mère, car il saura qu'elle reste disponible pour lui et qu'il pourra la retrouver si besoin est.

La continuité en séance de psychomotricité :

En séance, le psychomotricien doit donc s'attacher à apporter de la continuité au patient, ou à faire construire cette continuité par le patient. Pour cela, il peut agir sur le cadre, l'espace, le temps, le mouvement, la relation, les propositions de jeu,... La continuité peut s'élaborer au sein d'une séance, mais aussi d'une séance à l'autre, comme un fil conducteur.

La continuité du cadre, c'est la continuité spatiale, temporelle, matérielle, institutionnelle et d'encadrement.

Réfléchir sur la continuité m'amène alors à me questionner sur l'impact des dysfonctionnements institutionnels, et sur l'importance de l'équipe pluridisciplinaire.

Lors des séances avec Dylan et Margot, la continuité d'encadrement n'a pas toujours été évidente. Ma maître de stage s'absentait parfois, me laissant mener les séances, et inversement. Cela n'a pas semblé impacté l'engagement des adolescents dans les séances. Dylan ne notait pas l'absence de ma maître de stage, et était tout aussi présent dans les séances que lorsqu'elle était là. Margot pouvait noter son absence, me demandant où elle était, ou me disant en riant qu'elle l'embêterait à la prochaine séance. Chez Margot, la

¹⁶¹ S. Robert-Ouvray, Contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice

continuité d'encadrement semblait tout de même maintenue, au niveau symbolique, de par la représentation de ma maître de stage, qu'elle pouvait convoquer même en son absence.

La continuité matérielle dépend des propositions de jeux qui sont faites. Avec Dylan, le même jeu avec le ballon est souvent repris lorsqu'il fait partie du groupe de trois adolescents. Avec le groupe de quatre, les jeux sont variés et différents de ceux proposés avant. Enfin, lorsque Dylan passe en individuel, il demande lui-même à jouer avec un ballon, et reprendra des idées de jeux déjà mises en place dans des séances précédentes. La rupture qu'il y a eu concernant les conditions matérielles du cadre, a-t-elle eu des conséquences pour Dylan ? La discontinuité qui s'est produite lors du changement de groupe a-t-elle favorisé le fait que Dylan semble ne pas trouver sa place ? Avait-il alors du mal à trouver des repères stables qui lui auraient permis de se sentir en sécurité dans ce nouveau groupe ?

Dans le groupe de Margot, les jeux différaient à chaque séance, les conditions matérielles variaient donc sans cesse. La jeune fille peinait à trouver des idées de jeu au début de l'année. Mais, elle a progressivement pu investir le jeu du mikado et le demandait à chaque séance. Elle m'en parlait même en dehors des séances, et en dehors de l'institution.

Margot et Dylan ont tous les deux eu tendance à vouloir reprendre le même jeu, séances après séances. Ils se créaient eux-mêmes leur continuité. Risquent-ils de s'enfermer dans une sorte de trop grande continuité, de trop grande sécurité, au point que ce soit un frein à leur évolution ? Au contraire, cette répétition est-elle le signe d'une construction psychique qui s'élabore ?

La continuité temporelle pourrait, pendant les séances, être représentée, par exemple, en instaurant un rituel de début et/ou de fin de séance. Cela n'est pas mis en place dans les séances de psychomotricité à l'IMPro. Cependant, pour beaucoup de jeunes, le début de la séance consiste à raconter leur semaine, leur journée, leurs projets pour le weekend, avant de s'engager dans un travail plus corporel. C'est comme si les adolescents construisaient eux-mêmes leurs rituels, leur continuité temporelle.

La continuité spatiale est représentée par la continuité du lieu de la séance, mais aussi la continuité de l'aménagement de l'espace de la salle. Elle est indissociable de la continuité temporelle. Lorsque Dylan arrive en retard à une séance, un jeu est déjà installé, et l'espace est aménagé pour. Dylan semble avoir perdu ses repères.

Lorsque la continuité du cadre est mise à mal et que cela a des conséquences sur la sécurité affective et émotionnelle ou le « sentiment continu d'exister » des patients, le psychomotricien peut, par son implication psychocorporelle, maintenir une continuité dans la relation. Il peut alors renforcer une fragile continuité d'existence dans son rôle de miroir

par exemple, en renvoyant au patient ce qu'il perçoit de sa subjectivité et de cette continuité d'existence. Il prouve également au patient qu'il reste, lui, un repère stable et fiable, même lors d'un moment de rupture et de discontinuité du cadre. Le thérapeute reste contenant, et pare-excitant, et aide le patient à ne pas se désorganiser.

En imitant ce qu'amène le patient, le psychomotricien apporte, là encore, de la continuité. En imitant ses mouvements, en les reprenant pour la suite du jeu, le psychomotricien signifie au patient que ce qu'il amène n'est pas éphémère, que c'est permanent et continu, à l'image de sa continuité d'existence.

Par son implication psychocorporelle, le psychomotricien peut aussi agir sur la continuité du mouvement, du geste. En s'engageant corporellement, et en amenant le patient à imiter ou du moins percevoir ses mouvements, grâce à l'« adéquation des postures, [à un] travail en face-à-face ou côte-à-côte, [le psychomotricien] permet de constituer et/ou de développer une meilleure unité du patient en lui donnant la possibilité d'intégrer certaines zones clivées de lui-même »¹⁶². Cela favorise pour le patient la prise de conscience de la continuité de l'espace du corps.

Continuité et discontinuité chez Dylan et Margot :

Différents aspects des fonctionnements de Dylan et de Margot renvoient à cette question de la continuité ou de la discontinuité.

Chez Dylan :

Au CPJ comme à l'IMPro, Dylan a suivi le même schéma évolutif, concernant sa relation avec les adultes et avec ses pairs. Est-ce que la continuité lui permet d'exister, de se sentir sécurisé ? Chaque changement, chaque rupture de continuité entraîne-t-il alors un bouleversement dans son « sentiment continu d'exister » et sa sensation de sécurité ?

Dylan a des difficultés pour se repérer et s'organiser dans l'espace et dans le temps... Par exemple, il n'arrive pas à reproduire la séquence de mouvements avec le ballon dans l'ordre. Or, la continuité c'est le « caractère de ce qui est continu », et ce qui est continu, c'est ce « qui ne subit pas d'interruption dans le temps » ou, ce « qui ne présente aucune rupture, aucune discontinuité dans l'espace »¹⁶³. Cela pose la question de la continuité spatio-temporelle chez Dylan, et donc de sa capacité à prendre des repères, pour appréhender au mieux son environnement et se sentir sécurisé.

¹⁶² D. Liotard, 2000, p60

¹⁶³ Le Larousse en ligne

Dans ma réflexion sur la question de la continuité, je me suis également interrogée sur la continuité du geste. Dylan court et saute avec souplesse et harmonie, mais, son tonus augmente dans ses membres supérieurs. Le mouvement semble donc fluide et continu, mais l'augmentation du tonus vient créer une sorte de discontinuité. Dylan réalise ses mouvements principalement dans les plans frontal et sagittal, et investit peu le plan transversal. Or, les mouvements les plus physiologiques sont dits « spiralés » se réalisent en combinant les trois plans de l'espace. Ils permettent de transformer « les mouvements discontinus ou heurtants en mouvements continus, circulaires »¹⁶⁴.

Chez Dylan, la continuité du mouvement, même désorganisé, semble lui permettre d'exister. Lorsqu'il attend, dans l'immobilité, Dylan semble s'éteindre. Son visage se ferme. Ou bien, il scrute son image dans le miroir, comme s'il cherchait à retrouver une continuité d'existence dans cette image de lui qu'il observe. Dans ces moments-là, même dans l'immobilité, si la psychomotricienne ou moi sollicitons Dylan avec dynamisme, il reste présent à la séance. Son visage s'éclaire et il semble lui-même dynamisé. La continuité de la relation semble également permettre à Dylan de se forger un sentiment provisoire d'exister. Provisoire, car quand il n'est plus sollicité, quand il n'est plus en mouvement, il ne semble plus être au monde.

Dylan a en effet besoin, au quotidien comme en séance de psychomotricité, du regard de son interlocuteur comme appui, d'être sans cesse rassuré, valorisé. Il a besoin de la proximité de l'adulte. La continuité de la relation semble lui permettre d'agir, de s'exprimer. La « capacité d'être seul en présence de l'autre », dont parle Winnicott, semble fragile. Dylan a besoin de l'autre, et de la relation à l'autre pour maintenir un « sentiment continu d'exister ». C'est par le biais de la continuité d'être et de la continuité d'engagement de son interlocuteur dans la relation qu'il peut lui-même être et s'engager.

Dylan a pu se saisir de quelques anecdotes pour maintenir lui-même la continuité de la relation. Il me reparle souvent de « manger du lion ». Cette phrase a pu servir de fil conducteur de la relation, entre les différentes séances, marquant ainsi la continuité temporelle du suivi en psychomotricité.

Chez Margot :

Tout d'abord, Margot a des difficultés pour comprendre l'incidence du temps sur l'âge et la constance d'une différence d'âge dans le temps. Comment Margot comprend-elle la continuité temporelle, et la continuité d'existence dans le temps et dans l'espace ?

¹⁶⁴ A. Servant-Laval, cours d'anatomie fonctionnelle de 2^{ème} année de psychomotricité à la Pitié-Salpêtrière

La motricité de Margot est parasitée par un défaut de régulation tonique, sous forme d'effondrement ou de crispation. Deux extrêmes, sans nuances entre les deux, cela crée une sorte de discontinuité dans l'espace du corps, empêchant le mouvement de se réaliser dans une fluidité continue. De plus, Margot a tendance à séquencer, dissocier les mouvements, qui perdent d'autant plus en fluidité, et en continuité.

L'hypotonie axiale de Margot est plutôt marquée. Son axe corporel joue-t-il suffisamment le rôle de soutien qu'il doit avoir tant au niveau physique qu'au niveau psychique ? En effet, la construction de l'axe corporel soutient différentes acquisitions motrices comme la préhension, la locomotion, mais l'axe corporel est aussi un point d'appui représentatif, et « fait de l'organisme un lieu habité »¹⁶⁵, en tant que point d'ancrage du Moi corporel et de la représentation du corps. Cette hypotonie axiale peut-elle avoir des conséquences sur le sentiment de continuité d'existence de Margot ?

Margot, comme Dylan, semble avoir besoin de l'adulte comme repère relationnel. Au quotidien, elle a sans cesse besoin d'être sollicitée, encouragée, rassurée par l'adulte, et cherche à maintenir une proximité. Cela lui apporte probablement une stabilité, une continuité dans la relation, une sécurité. En séance, elle me regarde souvent avant d'agir, comme pour vérifier si je reste présente et disponible, si je continue de la soutenir.

Lors de la séance avec la corde à sauter, Margot a eu besoin de retourner à un mode de relation plus archaïque que le langage verbal. Le toucher a été nécessaire pour la rassurer, et faire en sorte qu'elle se sente en sécurité. Désorganisée par son appréhension, peut-être le contact physique était-il nécessaire pour lui redonner un « sentiment continu d'exister », en venant solliciter sa mémoire corporelle archaïque ? Conjointement à ce contact, je la suivais, l'accompagnais dans la continuité de son geste. Ai-je à ce moment-là joué un rôle de miroir, lui renvoyant une image de fluidité, et de continuité ?

Cette continuité dans la séance, et au fil des séances, peut donc contribuer à la construction ou à la consolidation d'un « sentiment continu d'exister ». Elle peut aussi permettre de fournir aux patients une base de sécurité leur donnant un support pour évoluer, se construire, et exprimer leur subjectivité. Pour pouvoir agir créativement, il faut s'être construit comme sujet, avoir un « sentiment continu d'exister ». En le renforçant, en lui donnant un support, ou en permettant sa construction chez ses patients, le psychomotricien, de par son implication psychocorporelle, accompagne ceux-ci vers le déploiement de leur subjectivité. Il contribue alors à la construction d'un sujet, d'un être psychomoteur à part entière, qui peut agir sur le monde, l'environnement, dans la relation.

¹⁶⁵ A. Bullinger, 1998

L'implication corporelle en tant que stagiaire :

Mon implication :

Au fil de mon stage, j'ai pris conscience de l'évolution de ma propre posture d'implication. Au début de l'année, j'avais des difficultés à m'impliquer dans l'action et restais plus dans une posture d'écoute. J'ai progressivement pu prendre des initiatives, apporter quelque chose de moi-même en séance. Gagnais-je en confiance quant à mes capacités pour encadrer une séance de psychomotricité ? Est-ce que les sollicitations des jeunes m'ont progressivement aidée à trouver ma place dans les séances, favorisant ainsi mon implication ?

Les jours où ma maître de stage était absente et où je menais seule les séances, je sentais que mon implication était différente. Je gérais le cadre, même si celui-ci était probablement aussi représenté par ma maître de stage qui, bien qu'absente, faisait toujours partie de l'institution et était toujours rattachée symboliquement à la salle et aux séances de psychomotricité. Seule, j'étais au cœur de l'échange avec les jeunes, forcée de m'impliquer tant dans l'écoute que dans l'action. Je sentais mes mouvements plus amples et plus affirmés, ma posture plus redressée. J'osais proposer mes idées sans hésitation. Pourquoi hésitais-je quand ma maître de stage était présente ?

Je me suis peut-être bloquée dans une relation de quelqu'un qui sait face à quelqu'un qui apprend. J'hésitais alors à donner mes idées, de peur qu'elles ne soient pas appropriées, de peur de faire une erreur relevée par ma maître de stage.

Sa non directivité a aussi pu me bloquer moi-même dans mes propositions. Je cherchais à être non-directive au point de ne pas proposer mes idées et de peu m'impliquer corporellement. Je cherchais peut-être aussi à être non-directive avec elle, à ne pas lui imposer mes idées. J'avais des difficultés à me positionner au même niveau qu'elle alors qu'elle me disait que nous pouvions mener les séances à deux, à parts égales.

Lorsque ma maître de stage était absente, ma position dans l'agencement spatial de la salle était différente. Lorsque nous accueillons les adolescents à deux, elle est d'un côté du bureau et moi de l'autre. Les adolescents s'installent du même côté que moi. Lorsqu'elle est absente, je prends sa place. Ne pas être du même côté que les adolescents me paraît instaurer un cadre spatial, une distance, tout en permettant la relation. Je me demande si le fait d'être placée habituellement du même côté que les patients n'a pas joué sur mes difficultés à m'impliquer dans les séances au même titre que ma maître de stage. Symboliquement, je pense qu'en tant que stagiaire, qui apprend, je ne me voyais pas au même niveau qu'une professionnelle, et me plaçait donc dans l'espace de sorte à matérialiser cette différence.

Enfin, j'ai eu plus de facilités à élaborer une réflexion théorico-clinique concernant les séances avec Dylan, par rapport celles avec Margot. J'ai longtemps mené seule les séances avec Dylan. Cela m'a-t-il permis d'être plus à l'écoute car j'étais plus au cœur des échanges et de la séance ? Ou bien, étant moi-même dans l'action, pouvais-je alimenter ma réflexion avec ce que j'avais observé, mais aussi avec mes réactions, mes actions ? Je pouvais analyser mes ressentis, et ce qui m'avait fait agir de telle ou telle manière. Dans les séances avec Margot, la dynamique n'était pas la même, et j'étais moins au cœur de la séance. J'ai réussi à mieux élaborer une réflexion théorico-clinique vers le milieu de l'année, lorsque j'étais réellement intégrée dans le groupe, lorsque les adolescentes m'avaient attribué ma place et que je me l'étais appropriée.

Cette prise de recul concernant ma propre implication au cours de mon stage a suscité différentes interrogations et axes de réflexion que je souhaite développer.

Une non directivité désimpliquante ? :

A l'IMPro, au début de mon stage, je me suis beaucoup interrogée sur la non-directivité. Je me demandais si cet espace laissé aux adolescents pour qu'ils soient acteurs et auteurs de la séance n'était pas trop vaste.

« Je ne sais pas », répondaient souvent les jeunes lorsque nous leur demandions ce à quoi ils voulaient jouer. Que signifie réellement ce « Je ne sais pas » ? Est-ce le résultat d'une carence imaginative ? Au contraire, ont-ils trop d'idées et n'arrivent pas à choisir ? Ou bien, ont-ils une idée, mais n'arrivent pas à l'exprimer dans cet espace trop vaste qui leur est offert ? Ou bien n'osent-ils pas exprimer cette idée face à nous et/ou aux autres membres du groupe ?

Je me suis moi-même retrouvée en difficulté face à cette question. Souvent après la réponse habituelle, suivait un silence qui me paraissait long et insoutenable. La psychomotricienne attendait, relançait. Les adolescents semblaient attendre aussi. Cette attente me faisait presque perdre mes propres idées. Et même lorsque j'avais une idée, je ne me sentais pas de casser cette attente mutuelle, ce silence, en la proposant.

Me viennent alors ces questions : Comment être dans la non-directivité tout en s'impliquant suffisamment pour pouvoir étayer le patient ? Comment l'amener à trouver une idée, ou à exprimer celle qu'il a, tout en le laissant acteur et auteur de cette idée ?

La non-directivité peut engendrer une attitude d'attente du psychomotricien plus en retrait. Qu'en est-il de l'implication psychocorporelle ? Elle semble rester présente, dans sa dimension d'écoute. Et dans sa dimension d'action ? Cette attitude, qui peut être pesante,

oppressante, déconcertante peut créer une sorte de distance dans la relation, et ne pas provoquer l'impulsion nécessaire pour amener le patient à s'engager dans un jeu.

C. Potel explique qu' « avec des patients déjà bien structurés, un groupe peut fonctionner sur le principe d'une « non directivité » bien tempérée et d'une créativité partagée entre enfants et thérapeute. La structuration psychique de ces patients leur donne la possibilité d'être dans un espace transitionnel »¹⁶⁶.

« Avec des patients peu construits, les thérapeutes ont le choix entre suivre et accompagner (donc structurer déjà par leur présence et leur désir d'entrer en relation) les jeux qui émanent des patients, même à très pauvre valeur figurative, ou proposer des modèles de construction, qui vont donner matière à figuration et à représentation. »¹⁶⁷.

Au fil des séances, je me suis aperçue que la psychomotricienne s'adaptait en effet en fonction des adolescents qu'elle rencontrait. Face à quelqu'un comme Dylan, qui semblait en septembre, inanimé à chaque début de séance, elle proposait un matériel, une construction ludique de base, tout en suivant et valorisant tout ce qu'il pouvait amener de lui-même. Dylan s'en est d'ailleurs progressivement saisi et a pu lui-même, en fin d'année, donner une autre réponse que « Je ne sais pas ». Face à quelqu'un comme Margot, même si la réponse ne venait pas tout de suite, elle ou une autre jeune fille du groupe finissait toujours par avoir une idée, sans que nous ayons à faire une proposition. Nous les accompagnions alors là où elles nous emmenaient, en les guidant parfois pour étoffer leur jeu, trouver des variantes. La non-directivité peut aussi amener les patients à s'impliquer. Elle leur laisse un espace à eux, qu'ils peuvent investir, alors qu'ils n'ont pas l'habitude de faire des choix, d'exprimer leurs envies.

Même sans être directif, de par notre implication psychocorporelle, nous induisons toujours quelque chose chez nos patients, dont ils pourront se saisir d'une manière ou d'une autre pour alimenter leur fonctionnement psychomoteur. Trouver le juste milieu, c'est ce qui est nécessaire dans l'adaptation au patient que suscite notre implication psychocorporelle. Il s'agit de trouver un équilibre entre écoute et action, un entre directivité et non-directivité, entre le patient et nous.

Implication du maître de stage face au stagiaire, une autre relation maternelle ? :

L'implication psychocorporelle du psychomotricien joue un rôle primordial pour les patients. Et, elle est présente dans la relation entre stagiaire et maître de stage.

¹⁶⁶ C. Potel, 2010, p384

¹⁶⁷ Ibid, p385

Ma maître de stage a su s'adapter à mes difficultés, à mon mode de fonctionnement. Par son implication psychocorporelle, elle m'a aidée à moi-même m'impliquer. En début d'année, je me sentais parfois démunie face aux patients, ne sachant pas quoi proposer, quoi initier. Je suivais ma maître de stage dans ce qu'elle initiait et l'imitais. Je reprenais ses propositions, me les appropriais et les enrichissais. Progressivement, j'ai pu moi-même initier des choses. J'ai en fait suivi le même chemin que Dylan et Margot. Ma maître de stage m'a prêté son appareil à penser, quand j'avais encore des difficultés à penser les séances de psychomotricité.

Ma maître de stage m'a introduite auprès des adolescents, dans les différentes prises en charge. En tant que centre des interactions elle servait de point relai entre les adolescents et moi. De temps à autre, elle me nommait, me montrait. Elle m'introduisait progressivement auprès d'eux, en respectant leur rythme d'adaptation. Ils ont pu alors petit à petit venir vers moi, pour interagir, nouer une relation.

Ma maître de stage m'a cependant peu introduite au sein de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui a pu jouer sur mes difficultés à y trouver ma place et à échanger avec les différents professionnels. Je devais me construire moi-même une place dans l'équipe, alors qu'aucune place ne m'était préalablement attribuée. A-t-elle jugé que c'était à moi de me faire une place auprès de l'équipe ? Le fait qu'elle m'ait peu introduite est-il en lien avec les dysfonctionnements institutionnels existants ?

La question de la place de chacun :

Stagiaire et professionnel n'ont pas la même place au sein de l'institution. Le professionnel a une place bien établie, définie en partie par la fiche de poste. Un espace lui est dédié. Et il a consolidé sa place auprès des équipes, en tant que personne, avec sa subjectivité, et en tant que professionnel, avec son point de vue clinique et ses objectifs thérapeutiques. En séance, il est garant du cadre et tisse une relation pérenne avec les patients. Le stagiaire, lui, a avec eux, une relation plus éphémère, délimitée dans le temps. Il se situe dans une position liminale, à la fois dans l'institution, dans la séance, et en dehors.

Ballouard dit que le stagiaire a « une place bien particulière : il ne peut pas être thérapeute auprès des patients, car il vient, non seulement pour vivre une expérience, mais aussi pour rendre un travail en fin d'année. Il se situe ainsi, à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution. Cela ne l'empêche pas, par le biais de ses études de cas et de son travail personnel de renvoyer des éléments positifs au patient, parfois même, être le garant d'une élaboration que le thérapeute n'a pas le temps de faire ou de transcrire »¹⁶⁸.

¹⁶⁸ C. Ballouard, 2003, p182-183

La place du stagiaire est finalement une place peu définie. Le stagiaire arrive dans une institution alors qu'aucune place ne lui est préalablement attribuée. Cette place particulière du stagiaire par rapport à celle du professionnel influence-t-elle sur l'implication psychocorporelle du stagiaire ? Le stagiaire de troisième année de psychomotricité vient effectivement pour se former, et pour rédiger son mémoire à partir de ce terrain clinique où il fait son stage. S'implique-t-il de la même manière avec tous les patients ?

J'ai personnellement eu l'impression d'être plus impliquée dans les prises en charge de Margot et de Dylan que dans les autres. Mon implication psychocorporelle dans sa dimension d'écoute et d'adaptation était présente avec tous les patients. Mais, mon élaboration clinique, par articulation entre les données observées et des données théoriques, m'a parue plus riche pour Margot et Dylan que pour les autres adolescents.

Concernant la différence entre stagiaire et professionnel, mon implication n'était pas la même que celle de ma maître de stage. Je m'adaptais à la fois au patient, à ma maître de stage et à la relation qu'elle avait déjà établie avec certains patients. Dans les prises en charge individuelles notamment, je craignais que le fait que deux adultes soient présents puisse être oppressant pour certains jeunes, même si pour d'autres cela convient mieux qu'une relation duelle. Je me plaçais alors dans une posture d'écoute, mais sans agir ou parler, sauf lorsqu'on me sollicitait. Certaines prises en charge individuelles avaient déjà débuté avant mon arrivée. La triangulation de la relation qui en découle peut être un changement difficile à accepter pour le patient. Je gardais donc ma place de stagiaire, nouvelle arrivante, et le laissait m'inclure progressivement dans la séance.

Cela m'a semblé différent dans les prises en charge en groupe. La psychomotricienne était garante du cadre et avait donc une place particulière, mais j'ai trouvé la possibilité de m'impliquer auprès des patients car les interactions n'étaient pas uniquement linéaires. Ils pouvaient par ailleurs trouver auprès de moi la présence adulte qu'il leur fallait, quand la psychomotricienne était dans une relation de proximité avec un adolescent du groupe.

La place que j'occupais physiquement dans la salle de psychomotricité, notamment lors de l'accueil des jeunes, ne m'a probablement pas aidée, à trouver symboliquement ma place. Cet agencement spatial reflète cette position liminale dans laquelle se trouve le stagiaire, dans un entre-deux non-défini, ni du côté du professionnel, ni du côté des patients, comme une sorte de particule libre et à la fois dépendante du cadre.

Avoir chacun sa place, cela permet probablement la création de repères pour les patients. Ils peuvent repérer la place que nous occupons chacune, et face à ces repères stables, se positionner eux-mêmes et trouver leur place dans la séance et dans la relation. Chacun doit

trouver sa place dans un groupe. Cela ne se fait pas instantanément. Il faut du temps pour qu'un équilibre se crée, après de nombreux tâtonnements. Les adolescents m'ont aussi aidée à trouver ma place dans les séances et dans la relation avec eux, par leurs sollicitations, par ce qu'ils me renvoyaient de la place qu'ils m'attribuaient.

Des limites à l'implication psychocorporelle :

Nos propres limites :

Nous l'avons vu, notre propre état émotionnel, physique, peut être une limite à notre implication psychocorporelle, en nous empêchant d'être dans un état de disponibilité.

De plus, le psychomotricien, en s'impliquant psychocorporellement face à son patient, s'engage en tant que personne, ayant une histoire, un vécu, des émotions, des représentations, un fonctionnement, qui lui sont propres. Il pourra se sentir démuni, angoissé, ou encore, par exemple, dévalorisé, face à certains patients, ne sachant pas comment les aborder, comment les aider à évoluer,... L'adaptation relationnelle n'est donc pas toujours aisée, et pas forcément intuitive.

Limites institutionnelles :

Le psychomotricien fait partie intégrante de l'institution. Il n'agit pas seul et doit tenir compte de différents aspects institutionnels qui peuvent être un soutien, un tremplin, mais aussi un frein, une limite à son implication psychocorporelle.

Même si l'implication psychocorporelle du psychomotricien face au patient est adéquate, des contraintes horaires peuvent venir impacter la prise en charge des adolescents. A l'IMPro, avec seulement l'équivalent d'un temps plein de psychomotricité pour les 52 jeunes accueillis, les prises en charges en groupe sont privilégiées, ou bien les prises en charge individuelles sont de durée réduite. Certains jeunes font partie d'un groupe alors qu'une prise en charge individuelle serait plus appropriée. D'autres adolescents souhaiteraient bénéficier de séances supplémentaires, ce qui, faute de temps, ne peut se faire.

Il existe également des limites budgétaires. A l'IMPro, le lundi, une intervenante en musique vient pour encadrer des prises en charge de groupe avec la psychomotricienne. L'institution ne sait, à cette heure, si cette intervention perdurera l'année prochaine, pour des raisons budgétaires principalement.

De plus, de par l'implication psychocorporelle qui la sous-tend, la relation thérapeutique en psychomotricité est teintée de subjectivité, ce qui peut progressivement freiner l'accompagnement du patient. Il peut parfois être difficile de prendre du recul par rapport à

ce qui se passe en séance. Dans ce cas, réfléchir à plusieurs peut aider. La multiplicité des points de vue alimentera la réflexion, enrichira la pratique de chacun des professionnels, et permettra de tendre vers une objectivité.

A l'IMPro, plusieurs réunions d'équipes ont lieu. Une réunion de synthèse, hebdomadaire, permet de faire le point sur un jeune, une fois par an. Elle se déroule avec peu de réflexion et de questionnements sur l'adolescent concerné. Est simplement exposée son évolution par les différents acteurs de la prise en charge, chacun à leur tour. Il existe également des réunions hebdomadaires auxquelles participe le personnel médical et paramédical. Des journées annuelles d'études permettent de réfléchir à propos d'un thème particulier. Enfin, de courts temps informels, en début de journée et après le repas, permettent d'échanger, et de tisser des liens, tant personnels que professionnels. Peu de dispositifs sont donc mis en place pour favoriser la communication et la réflexion interdisciplinaire. Cela joue probablement sur le manque de cohérence dans l'accompagnement des adolescents.

Enfin, dans l'accompagnement des adolescents à l'IMPro, et comme dans toute institution, il n'y a pas que le suivi en psychomotricité. La prise en charge est pluridisciplinaire et implique un grand nombre d'acteurs. J'ai abordé plus haut la question de la continuité, et de son importance dans le travail thérapeutique. Finalement, cette continuité est assurée par l'ensemble des professionnels, et notamment par ceux présents au quotidien pour le patient. A l'IMPro, ce sont les éducateurs spécialisés et techniques. La communication et la réflexion interdisciplinaire paraissent alors primordiales, pour une cohérence de l'accompagnement.

Margot n'a cessé d'évoluer même lorsqu'elle était absente aux séances de psychomotricité. Depuis son arrivée, elle s'est progressivement adaptée, que ce soit en psychomotricité, sur son groupe éducatif, ou dans les différents ateliers et sorties proposées. Choisir ce cas clinique m'aura permis d'élargir ma réflexion à l'importance de l'équipe pluridisciplinaire. Margot a bien évolué mais ce n'est pas le cas de tous les adolescents. Cette évolution est-elle le fruit de bonnes capacités d'adaptation chez la jeune fille ? Sa gentillesse et son attitude joue-t-elle un rôle quant à l'implication des professionnels dans sa prise en charge ? Si elle est considérée, valorisée, elle évoluera probablement d'autant mieux. D'autres adolescents, qu'on pourrait qualifier de plus « difficiles » peuvent être, comme résultat des défenses inconscientes mises en place, moins investis par les différents membres de l'équipe, et par conséquent moins valorisés et moins considérés. Cela peut-il engendrer une augmentation, ou une perdurance de troubles du comportement ?

Conclusion

Au fil de ma réflexion théorico-clinique, j'ai donc pu constater que l'implication psychocorporelle du psychomotricien, telle que je l'ai définie, permet de nouer une relation thérapeutique, réciproque et singulière, qui permet au patient de se construire, par le biais d'expériences psychomotrices partagées.

De par son implication, le psychomotricien prête, en quelque sorte, son appareil psychomoteur au patient, l'amenant ainsi sur la voie de la représentation, l'aidant à enrichir son répertoire d'expression psychomotrice, à se construire en tant que sujet, en tant qu'être psychomoteur, qui s'exprime comme tel.

Enfin, la continuité dans la prise en charge psychomotrice, et dans la prise en charge globale du patient, semble primordiale pour venir étayer la construction d'une subjectivité et fournir une base de sécurité.

Ces trois aspects semblent donc constituer des bases fondamentales de toute thérapie psychomotrice, pour progressivement amener les patients à être au monde. Il n'y a cependant pas de méthode miracle, ou de mode d'emploi préétabli pour s'impliquer psychocorporellement face à un patient, entrer en relation, lui prêter notre appareil psychomoteur et lui apporter la continuité dont il a besoin. Tout est une question d'adaptation, en fonction de ce que le thérapeute observe du fonctionnement psychomoteur et relationnel du patient. Le professionnel doit donc s'adapter à chaque patient, à chaque situation, à chaque institution, et ce à chaque moment.

L'implication psychocorporelle est une attitude d'écoute et d'adaptation qui évolue et s'affine tout au long de la vie professionnelle du psychomotricien. Il me paraît important de penser cette implication, pour vérifier sa pertinence, sa cohérence, tout au long de la prise en charge et de l'évolution du patient. Il s'agit donc, pour le thérapeute, de faire le lien avec ses références théoriques et également de réfléchir à plusieurs, avec les différents acteurs de la prise en charge.

Cette réflexion concernant l'implication psychocorporelle du psychomotricien m'a également amenée à réfléchir à la question du cadre thérapeutique, que j'ai peu abordée mais qui a toute son importance et mériterait d'être approfondie.

Au regard de ma réflexion et des différents dysfonctionnements institutionnels, je me suis également questionnée sur la place de l'implication psychocorporelle du psychomotricien dans l'institution, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en dehors des prises en charges

psychomotrices. Au même titre qu'il favorise les interactions et la relation au sein d'un groupe thérapeutique, au même titre qu'il amène ses patients à développer leurs potentialités et à s'engager dans l'action, ne peut-il pas agir au niveau institutionnel, auprès des équipes ?

Le rôle de l'implication face aux parents pourrait également être réfléchi. Quelle est la relation entre l'institution et les parents, entre le psychomotricien et les parents ? Comment accompagner les parents et leur enfant en laissant à chacun sa place ?

La conclusion de ce mémoire n'est pas l'aboutissement de ma réflexion. Ce mémoire est un travail universitaire dans lequel je tente de répondre à certaines interrogations concernant la thérapie psychomotrice. Ces réponses ne sont en réalité que les prémices d'une réflexion qui évoluera tout au long de ma vie professionnelle. Ce travail a également ouvert la voie à de nouvelles pistes de réflexion qui restent encore sans réponse. La pratique professionnelle viendra sûrement nourrir et enrichir ces réflexions.

Glossaire

Adduction : mouvement qui rapproche un membre (bras ou jambe), de l'axe médian du corps. Il s'oppose à l'abduction.

Affect : désigne un état affectif de base, en réaction immédiate à certaines situations. Il s'agit d'une réaction psycho-émotionnelle involontaire et inconsciente, constituant l'aspect élémentaire de l'affectivité.

Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles : fonctionnaire territorial chargé d'assister les enseignants dans les classes d'écoles maternelles.

Aire transitionnelle : terme winnicottien désignant l'aire entre le subjectif et l'objectivement perçu, aire intermédiaire d'expérience qui n'appartient ni à la réalité externe objective, ni à l'intériorité subjective de l'individu. Plusieurs aires transitionnelles de différentes personnes peuvent se chevaucher, dans le jeu par exemple, créant un espace transitionnel commun.

Aphasie : trouble du langage souvent dû à une atteinte neurologique au niveau des zones du cerveau gérant le langage. Le trouble n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, ni à un déficit de l'appareil d'exécution. Deux grands types d'aphasie existent en fonction de la zone atteinte. Le premier correspond à trouble de la parole, de l'expression du langage. Le deuxième est un trouble de la compréhension du langage. Certaines aphasies peuvent être mixtes.

Ballant : manœuvre permettant d'évaluer qualitativement le tonus musculaire d'un patient. Celui-ci est passif et son muscle est au repos. Il s'agit d'induire un mouvement oscillatoire à un membre ou segment de membre au niveau d'une articulation, et d'observer la fluidité et l'amplitude de ce mouvement, comparativement au même membre ou segment de membre du côté opposé.

Bon objet : terme psychanalytique, et plus particulièrement kleinien. L'objet est ce qui est en dehors du Moi et vers quoi tend la pulsion. Klein dit que l'objet, dans les premiers temps de la vie, est clivé en un bon, et un mauvais. L'objet sera bon quand source de satisfaction, et mauvais quand source de frustration.

Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel : unités d'accueil qui visent à favoriser ou maintenir l'autonomie des patients par le biais d'actions de soutien ou de thérapies. Il s'articule dans un réseau de structures tant psychiatriques que sociales.

Centre Médico-Psychologique : établissement public de cure ambulatoire en santé mentale, rattaché à un centre hospitalier psychiatrique. Leur mission est d'assurer le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles de l'adaptation et de préserver les chances de bonne insertion dans l'environnement familial, professionnel et social.

Coordinations dynamiques générales : mettent en jeu une action synergique des muscles, mais aussi de l'intelligence et de l'affectivité. Correspondent aux conduites motrices de base (marche, course, sauts, quadrupédie, ramper,...). Elles ont pour effet d'établir des rapports sociaux entre l'enfant et son milieu.

Déficience intellectuelle : état de réduction notable du fonctionnement intellectuel de l'individu. Retard mental qui se caractérise par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne et est associé à une limitation dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif de l'individu (communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, aptitudes scolaires). L'Organisation Mondiale de la Santé classe la déficience intellectuelle en cinq degrés : déficience profonde (QI < 25), déficience sévère (QI < 40), déficience modérée (QI < 55), déficience légère (QI < 70), et déficience limite (QI < 85).

Diadococinésies : faculté de faire se succéder rapidement certains mouvements comme la pronation et la supination du poignet (cela correspond au mouvement de la « marionnette »).

Espace culturel : chez l'enfant, l'aire transitionnelle est l'aire du jeu. Chez l'adulte, le jeu est remplacé par toutes les productions culturelles, et l'espace transitionnel peut être qualifié d'espace culturel.

Etablissement et Service d'Aide par le Travail : établissement qui permet l'accès à une vie sociale et professionnelle aux personnes en situation de handicap ne pouvant exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire. Cet accès est rendu possible grâce à une structure et des conditions de travail aménagées.

Foyer d'Accueil Médicalisé : structure médico-sociale accueillant des adultes en situation de handicap important et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, ou ayant besoin d'un soutien et suivi médical régulier.

Fonctions perceptivo-motrices : fonctions relatives à la capacité de l'individu d'adapter ses mouvements à l'information sensorielle perçue.

Hôpital de jour : structures assurant des soins polyvalents individualisés et intensifs, prodigués dans la journée et possiblement à temps partiel. Les enfants et adolescents accueillis souffrent de troubles psychiatriques et bénéficient d'un accompagnement médical, éducatif et pédagogique. L'enfant retourne dans son milieu familial chaque soir.

Hypertonie : désigne un tonus musculaire trop élevé, ou une augmentation du tonus musculaire de base.

Hypotonie : désigne un tonus musculaire trop faible, ou une diminution du tonus musculaire de base.

Hypoxie : manque d'oxygène.

Identification : mode de construction du sujet sur le modèle de l'autre, secondairement à une relation établie. C'est aussi le fait de se reconnaître chez l'autre.

Institut Médico-Educatif : structures médico-sociales accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap, présentant une déficience intellectuelle, quel que soit le degré de leur déficience. Leur objectif est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisé, ainsi que les soins psychologiques et rééducatifs nécessaires.

Kinesthésique : se rapporte à la sensibilité particulière que possèdent les muscles, donnant des informations concernant la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, le mouvement exécuté, l'effort.

Latéralité gestuelle et usuelle : correspond à la dominance manuelle, c'est-à-dire l'utilisation préférentielle d'une main plutôt que l'autre, dans la réalisation de gestes de la vie quotidienne ou sans signification particulière.

Latéralité neurologique : elle est révélée par le ballant, l'extensibilité et les syncinésies. Elle correspond au degré de tonus musculaire et est déterminée de manière neurologique.

Moi : terme psychanalytique introduit par Freud. Caractérisé par l'emploi du « Je », il est l'un des trois éléments qui constituent la personnalité de l'individu (les deux autres étant le ça et le Surmoi). Il se constitue à partir des expériences vécues, et de nombreuses identifications. Il est le lieu de l'identité personnelle, du rapport aux autres, et de la confrontation entre les normes morales et sociales (Surmoi), et les désirs inconscients (ça).

Pare-excitation : terme introduit par Freud. Sorte de filtre mis à la disposition de notre organisme pour parer aux stimulations extérieures trop importantes. Cette fonction permet de préserver l'équilibre psychique de l'individu et est, dans les tout premiers temps de la vie, assurée par la mère.

Passage à l'acte : action ou conduite impulsive, souvent à caractère auto ou hétéro-agressif, dont les motivations sont généralement inconscientes. Le passage à l'acte vient comme une réponse à une tension interne insupportable, le sujet réalisant en acte un conflit non-mentalisable.

Proprioception : peut être un synonyme de « kinesthésie », même si les sens sont parfois légèrement différenciés.

Protection Maternelle Infantile : regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer, par des actions préventives continues, la protection des femmes enceintes, des mères, et des enfants, jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire.

Psychose : considérées comme les pathologies psychiatriques les plus graves. Le sujet n'a pas ou peu conscience du caractère pathologique de ses troubles. Il y a altération voire perte du contact avec la réalité. Les patients sont désorganisés psychiquement et se construisent leur propre réalité par le biais d'idées délirantes.

Psychose précoce : peut être synonyme de psychose infantile. Se caractérise cliniquement par des troubles du comportement face à la réalité, des troubles de la communication, des troubles du développement dans le domaine cognitif, praxique, langagier, du sentiment de continuité et de la différenciation entre le soi et le non-soi. Les troubles peuvent débuter dès la première année de vie et le tableau clinique est souvent complet avant trois ans.

Réaction tonico-émotionnelle : manifestation neuro-végétative et musculaire des perturbations toniques lorsque l'émotion du sujet est engagée.

Rotation interne : encore appelée rotation médiale, mouvement d'un segment de membre autour de son axe longitudinal, rapprochant la face antérieure de l'os concerné vers l'axe médian du corps.

Sous-cortical : fait référence aux zones cérébrales qui se situent sous la surface du cerveau, appelée cortex.

Stéréotypies : répétition involontaire des mêmes mots ou gestes, sans signification apparente.

Stimuli : pluriel de stimulus, correspond à tout changement du milieu qui provoque une activité nerveuse déterminée d'un organisme, celle-ci se traduisant le plus souvent par une réaction.

Substance réticulée : région se trouvant dans le tronc cérébral (qui fait la liaison entre la moelle épinière et le cerveau, et qui se situe en avant du cervelet). Constituée d'un ensemble de cellules nerveuses disposées en réseau, cette région joue un rôle dans la régulation de l'état de vigilance et forme un système de régulation et d'aiguillage pour les informations provenant de toutes les parties du corps.

Syncinésies : contractions ou mouvements involontaires qui accompagnent, dans une autre partie du corps, un mouvement involontaire, automatique ou réflexe.

Système nerveux central : composé du cerveau, du tronc cérébral, du cervelet, et de la moelle épinière.

Système nerveux périphérique : composés des 43 paires de nerfs périphériques du corps humain. Certains nerfs sont dits moteurs, et permettent d'activer les muscles, d'autres sont dits sensitifs, et amènent les informations sensorielles jusqu'au cerveau.

Thalamus : paire de noyaux gris centraux (structures sous-corticales), recevant les informations sensibles et sensorielles, les analysant et les renvoyant vers le cortex cérébral. Il joue un rôle dans la régulation de l'état de vigilance.

Tonus : état de légère tension des muscles au repos, résultant de la stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Le tonus est en lien avec l'état de vigilance, il est la toile de fond des activités motrices et il est le support des émotions.

Troubles anorexiques : chez le nourrisson, il peut s'agir d'un état réactionnel (face à une dépression de la mère par exemple), ou être en lien avec une pathologie infantile telle que la psychose précoce. L'enfant refuse de s'alimenter, régurgite ce qu'il mange.

Bibliographie

ABRAM J., *Le langage de Winnicott*

BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod

BELLE C. P., (2012), *Apport du cadre thérapeutique dans la construction des enveloppes physiques et psychiques*, Paris, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

BION W. R. (1970), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, (Edition américaine originelle : 1962)

BOLLONDI P., (2013), *L'implication du psychomotricien, un étayage à la mise en représentation*, Lyon, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

BONANGE J., (2013), *Une relation musicale en psychomotricité : la médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes*, Bordeaux, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

BOSCAINI F. (2004), *Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique*, *Evolutions psychomotrices N°63*, p12-20

BOWLBY, J. (1958), *The nature of the child's tie to his mother*, *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373

BULLINGER A., (2007), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Eres

BULLINGER A., (1998), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, *Enfance n°1*

CARRIC J-C., (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, ERA Greco

CICCONE A., (2010), *Tonus et fonction paternelle*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°157/03

CICCONE A., (2000), *Psychomotricité et motricité psychique*, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Livre sous la direction de POTEL C., Paris, InPress, p43-50

CLUZEAU P., (2014), *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*, Bordeaux, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

CONSTANT J., (2001), *L'écoute du psychomotricien ? Une invite à penser l'inter-modalité dans les pratiques psychomotrices*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°126

COSTE J-C., (1989) *La psychomotricité*, Paris, PUF

DE AJURIAGUERRA J., *Le corps comme relation*, (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Vol 1 Corps, tonus, et psychomotricité*, Montreuil, Editions du Papyrus, p163-184

DEVOUCHE E., GRATIER M., (2001), *Microanalyse du rythme dans les échanges vocaux et gestuels entre la mère et son bébé de 10 semaines*, *Devenir* n°2

GALLIANO A-C., PAVOT C., POTEL C., *L'espace et le temps*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, Livre sous la direction de SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., p219-252

GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., MOYANO O., (2011) *La relation en psychomotricité*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, Livre sous la direction de SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., p287-308

GROSSMAN K. E., (1998) *Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau*, *Enfance*, Tome 51, n°3, p44-68

HALL E. T., (1971), *La dimension cachée*, Paris, Seuil

JOLY F., LABES G., (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Vol 1 Corps, tonus, et psychomotricité*, Montreuil, Editions du Papyrus

LESAGE B., (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Eres

LIOTARD D., (2000), *Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur*, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Livre sous la direction de POTEL C., Paris, InPress, p51-64

LIOTARD D., (1993), *La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé*, dans *Abrégé de psychomotricité*, Masson

MAHLER, M. (1980), *La naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot (Edition américaine originale : 1975)

MOYANO O., (2014), *Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant, Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives*, Paris, InPress, Livres sous la direction de BOUTINAUD J., JOLY, F., MOYANO O., RODRIGUEZ M., p287-294

Petit Larousse (2002)

POTEL C., (2010), *Etre psychomotricien ; Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Eres

RADENAC M., (2012), *Le tonus, un soutien pour le psychomotricien dans la prise en charge des personnes âgées démentes*, Lyon, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., (2011), Le tonus et la tonicité, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, Livre sous la direction de SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., p145-178

ROBERT-OUVRAY S., Le contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice, Article disponible en ligne sur le site de l'auteur <http://s.robertouvray.free.fr/articles.htm>

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., (2011), *Manuel d'enseignement en psychomotricité*, Marseille, Solal

SCIALOM P., (2011), Réflexions sur la notion de lien dans notre monde contemporain, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, Livre sous la direction de SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., p293-295

STERN D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF

WALLON, H. (1942), *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion

WINNICOTT D. W., (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot

WINNICOTT D. W., (1975), *Jeu et réalité*, Gallimard

Sitographie

Site internet de la Société Psychanalytique de Paris, Conférence d'introduction à la psychanalyse de l'adulte, 10 octobre 2002, Jean-François Rabain, Le maternel et la construction psychique chez Winnicott : <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/?p=5897>

Dictionnaires en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<http://dictionnaire.reverso.net/>

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/dictionnaire/>

Annexes

Annexe I : Explication des textes suivants

La loi du 2 Janvier 2002 n°2002-2 :

Il s'agit de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle rénove la loi du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elle a pour vocation de garantir le droit des usagers grâce à la mise en place de sept outils : le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le médiateur (ou conciliateur), le conseil de la vie sociale, et le projet d'établissement ou de service. Cette loi veille aux respects des droits fondamentaux des usagers : le droit à la dignité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le libre choix dans les prestations, une prise en charge individualisée et de qualité respectant un consentement éclairé, la confidentialité des données concernant l'utilisateur, l'accès à l'information concernant les soins et les dossiers médicaux, l'information sur les droits fondamentaux, la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Le livret d'accueil est remis à tout usager qui va se retrouver en relation avec l'établissement. Il a pour fonction de prévenir tout risque de maltraitance. Il est remis obligatoirement avec la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, et le règlement de fonctionnement.

Le règlement de fonctionnement définit les droits et devoirs des personnes accueillies, afin de faciliter la vie en collectivité. Il doit être validé par le conseil de la vie sociale, et modifié tous les cinq ans maximum.

Le contrat de séjour doit être signé par l'utilisateur ou son représentant légal lors de l'admission, et doit être révisé tous les cinq ans. Il détermine les objectifs de la prise en charge, les moyens mis en œuvre, et le coût prévisionnel éventuel.

Le médiateur est une personne intervenant en cas de conflit entre l'utilisateur et l'établissement. Il existe une liste de médiateurs qualifiés, établie par le Préfet et le président du Conseil Général.

Le conseil de la vie sociale permet aux usagers de s'exprimer, de participer activement, de proposer des améliorations, des projets pour agir ensemble sur les conditions d'accueil dans l'établissement. Ils peuvent ainsi prendre part au fonctionnement et à l'organisation de la structure.

Le projet d'établissement décrit l'organisation des services, le fonctionnement de l'établissement. Il est établi pour cinq ans et doit être validé par le conseil de la vie sociale.

Cette loi du 2 Janvier 2002 instaure aussi l'obligation de procéder à des évaluations régulières de la qualité des services proposés. Une évaluation interne a donc lieu tous les cinq ans. Et une évaluation externe a lieu tous les sept ans.

Les annexes XXIV du 27 Octobre 1989 :

Le décret n°89-798 vient remplacer les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 Mars 1956. Les différentes annexes fixent les conditions techniques d'agrément des établissements concernant, pour l'annexe XXIV, les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle, pour l'annexe XXIV bis, les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, pour l'annexe XXIV ter, les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.

Ces conditions techniques comprennent notamment l'organisation de l'établissement ou du service, le personnel, les installations, le fonctionnement de l'établissement.

Dans ces nouvelles annexes de 1989, les objectifs d'intégration socio-professionnelle sont clairement exprimés. La scolarisation au sein des établissements spécialisés, ou l'intégration scolaire à temps partiel ou à temps plein sont dits à favoriser. Il doit y avoir concertation et coordination entre les acteurs de l'Education Nationale et les acteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, à tous les niveaux. Les moyens nécessaires aux soins et soutiens spécialisés doivent être mis en œuvre.

La Charte des droits et Libertés des Personnes Accueillies :

Elle doit être annexée au livret d'accueil remis aux usagers lors de leur arrivée.

Source : <http://leqifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248&dateTexte=&categorieLien=id>

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2
Droit à une prise en charge
ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3
Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4
Principe du libre choix, du consentement éclairé
et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la

durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Annexe II : Les différents tests cités dans ce mémoire

En psychologie :

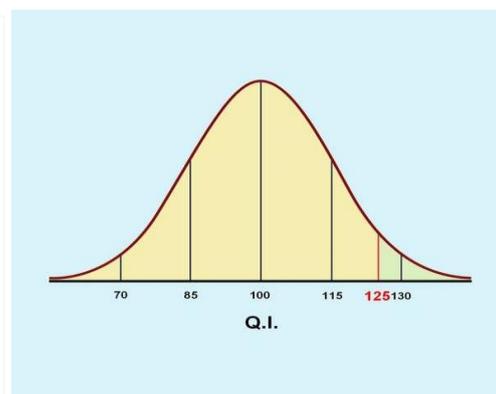
Le **WISC** (Weschler Intelligence Scale for Children), ou échelle de Weschsler pour les enfants de 6 ans à 16 ans et 11 mois, est un test d'efficacité intellectuelle utilisé lors des bilans psychologiques. Il permet une mesure quantitative des capacités cognitives disponibles ou des aptitudes repérables. Cette échelle propose des épreuves composites permettant d'évaluer le fonctionnement intellectuel total (le Quotient Intellectuel ou QI), mais aussi d'analyser la fluidité du raisonnement.

L'ensemble du test comporte 15 épreuves, ce qui permet de confronter le sujet à une grande variété de situations, pour mieux comprendre les nuances de son fonctionnement. Chaque épreuve est constituée de différents items, proposés par difficulté d'ordre croissante pour qu'il puisse y avoir un apprentissage.

Les notes obtenues à chaque sub-test permettent d'obtenir quatre indices :

- ICV : évalue les aptitudes verbales en faisant appel au raisonnement, à la compréhension et à la conceptualisation
- IRP : évalue le raisonnement et l'organisation perceptive
- IMT : évalue l'attention, la concentration, et la mémoire de travail
- IVT : évalue la vitesse de traitement de l'information au niveau intellectuel et graphomoteur

Les scores obtenus à chaque sub-test sont convertis en note standard par comparaison des scores de l'enfant avec ceux du groupe de référence du même âge. Ces notes sont ensuite additionnées pour obtenir le QI. Celui-ci se répartit selon une courbe de Gauss où la moyenne est de 100 et l'écart-type de 15. A plus deux écart-types ($QI > 130$), le sujet a une intelligence supérieure. A moins deux écart-types ($QI < 70$) ; on parle de déficience intellectuelle. Si $QI < 85$, soit moins un écart-type, on parle d'intelligence limite.



La **NEMI**, ou Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence, est également un test d'efficacité intellectuelle. Elle date de 1966, et est issue du test de Binet-Simon, dont la dernière version date de 1911. Etalonnée sur une population d'enfants scolarisés, de 3 à 14 ans, cette échelle permet de calculer un QI. Le test est basé sur la conception de l'intelligence de Binet : une faculté globale, constituée d'une diversité de fonctions mentales, pouvant s'exercer dans diverses situations. Il comporte 74 items classés par ordre de difficulté croissante et regroupés en tranches d'âge. Les épreuves sont relativement brèves, pour réduire le facteur d'attention. On ne présente jamais l'ensemble des 74 items. Une phase de sondage constituée de six

subtests permet de situer l'enfant par rapport à une tranche d'âge. La deuxième phase consiste à faire passer les items correspondant à la tranche d'âge obtenue. S'il y a échec, il faut continuer vers les âges inférieurs jusqu'à ce qu'il y ait réussite. S'il y a réussite, il faut continuer vers les âges supérieurs jusqu'à ce qu'il y ait un nombre suffisant d'échecs. Un point est compté par item réussi. La somme donne l'âge mental de l'enfant, qui comparé à son âge réel donnera son quotient intellectuel.

Le **TAT** (Thematic Aperception Test) est une épreuve projective utilisée lors de bilans psychologiques. Cette épreuve s'appuie sur une situation standardisée afin d'étudier les modalités de fonctionnement psychique de l'enfant.

Le principe est de montrer à l'enfant des planches, avec des dessins figuratifs représentant des situations sociales variées et ambiguës. Ces planches sont au nombre de 18, et ne sont pas toutes à présenter au sujet, en fonction de son âge et de son sexe. Il est demandé à l'enfant d'imaginer une histoire à partir de ce qu'il voit sur le dessin. Il n'y a pas de limite de temps ni de référence à la réussite ou l'échec. Le psychologue invite l'enfant à s'exprimer le plus librement possible et note tous ses commentaires, ainsi que ses comportements observables durant la passation.

Le **Rorschach** est également une épreuve projective utilisée lors de bilans psychologiques. Elle vise aussi à évaluer le mode de fonctionnement psychique du sujet.

Le test est fait de 10 planches constituées de tâches d'encres organisées symétriquement autour d'un axe médian. Ces tâches sont apparemment insignifiantes mais induisent de manière inconsciente une signification. Certaines planches sont en dégradé de noir et de gris, d'autres comportent également du rouge, et les dernières sont colorées en pastel. Les planches sont regroupées en trois sous-groupes : les compactes, celles à structure bilatérale, et les pastels.

Il est demandé à l'enfant, en lui présentant les planches une par une, de dire ce à quoi cela lui fait penser. Les « bonnes réponses » sont celles comportant des banalités (les formes vues par la majorité des personnes névrotico-normales), des personnes ou animaux, des contenus vivants ou unifiés.

Ces épreuves projectives n'ont pas de théorie sous-jacente qui leur est propre. Il y a donc plusieurs interprétations possibles des résultats. Il est attendu un compromis entre les capacités perceptives et la projection de son intériorité. Les réponses ne doivent être ni trop descriptives, ni trop imaginaires, sans lien avec le dessin.

En orthophonie :

La **BREV** est une « batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives », conçue sur la base d'une démarche neuropsychologique. Cette batterie de tests permet une évaluation de chacune des fonctions cognitives et langagières, mais aussi non langagières. Elle est destinée aux enfants de 4 à 8 ans.

La batterie se compose de 17 items évaluant différents aspects du fonctionnement cognitif tels que le langage oral (expression, réception), les fonctions non-verbales et exécutives (graphisme, discrimination visuelle, reconnaissance visuo-spatiale, sériation), l'apprentissage (calcul, orthographe, lecture), l'attention et la mémoire.

En psychomotricité :

Le test de **Mira Stambak** est une épreuve de rythme pour les enfants à partir de 5 ans. Il se déroule en plusieurs étapes. La première consiste à demander à l'enfant de produire un tempo spontané. Cela sera redemandé à la fin de la passation, ce qui permettra une comparaison des deux tempos. La deuxième étape est celle de la reproduction de rythmes écoutés. L'examineur tape un rythme sur la table à l'aide d'un crayon, sans que l'enfant ne le voie. Puis, l'enfant doit reproduire le rythme. La troisième étape consiste à demander à l'enfant de taper le rythme indiqué sur une feuille. Pour la deuxième et la troisième étape, les structures rythmiques sont classées par difficulté d'ordre croissante. Ce test permet notamment d'évaluer les capacités auditivo-motrices, la structuration rythmique, les capacités de symbolisation (pour la troisième étape), la mémoire auditive.

Le test d'**imitation de gestes Bergès Lazine** est étalonné pour les enfants de 3 à 6 ans. L'enfant doit imiter les mouvements que nous lui montrons. Le test se déroule en 3 étapes. La première comprend dix mouvements de bras, et dix mouvements de mains. La deuxième comprend seize mouvements réalisés avec les doigts. La dernière épreuve est celle dite des contraires. Les mouvements des bras sont repris et l'enfant doit inverser la position pour ne pas réaliser le geste en miroir. Ce test permet notamment d'évaluer le schéma corporel, l'organisation spatiale du geste dans l'espace, les praxies, la motricité fine, les capacités perceptivo-motrices.

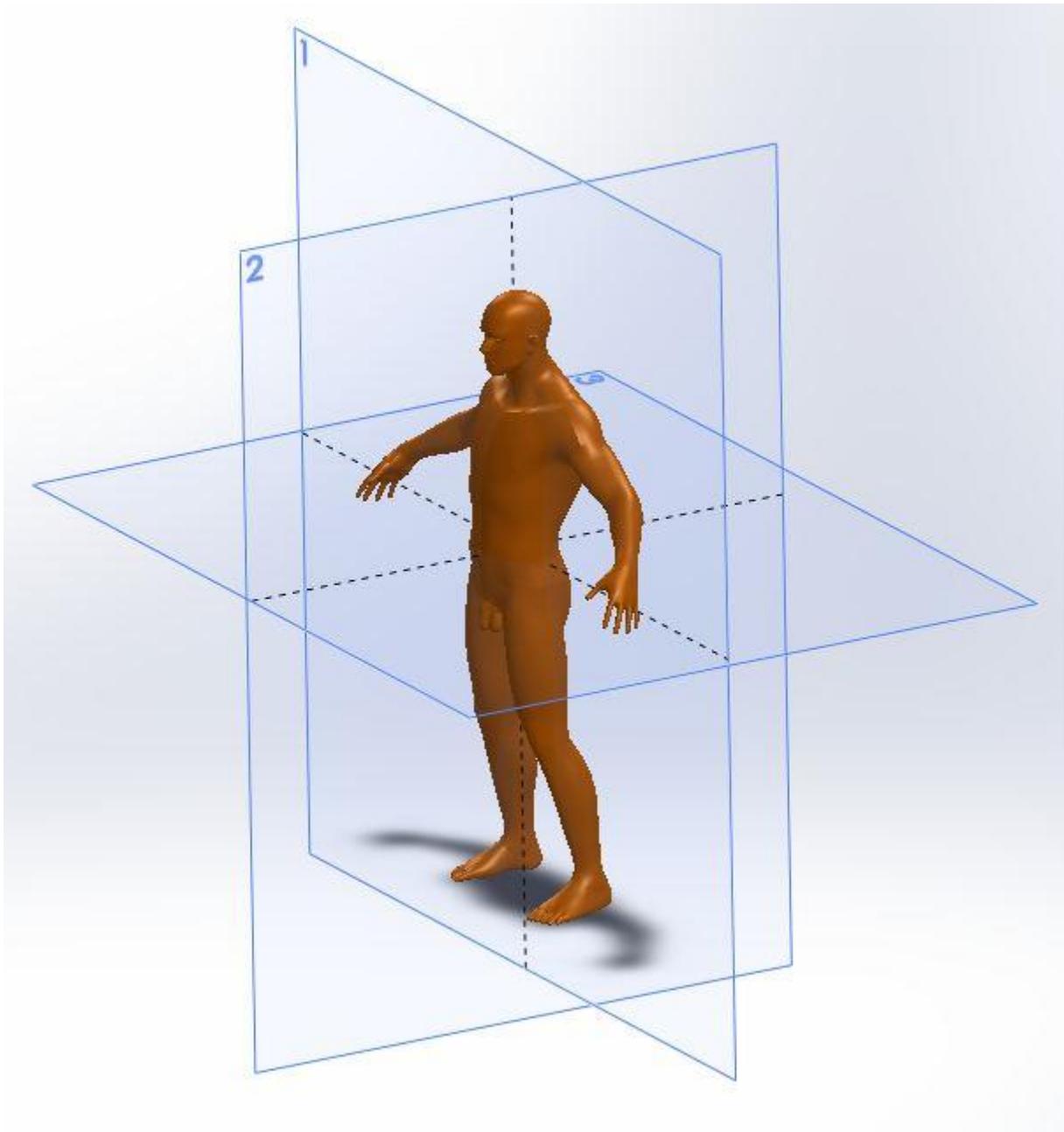
Le test de **Santucci** est une épreuve graphique d'organisation perceptive, étalonnée pour les enfants de 4 à 6 ans. L'enfant doit recopier, une par une, neuf figures géométriques, classées par ordre de difficulté croissante. Chaque figure compte pour un certain nombre de points. La somme totale est comparée à la population de référence correspondant à l'âge de l'enfant. Ce test permet notamment d'observer les aptitudes graphiques, mais aussi visuo-spatiales de l'enfant.

Le test de la **figure simple de Rey** consiste à copier puis à reproduire de mémoire un tracé géométrique complexe. La réalisation est facile d'un point de vue graphique. La figure n'a pas de signification évidente. La structure d'ensemble est assez compliquée pour mobiliser une activité perceptive analytique et organisatrice. La copie permet de voir de quelle manière le sujet appréhende et structure visuo-spatialement les données perceptives qui lui sont fournies. La reproduction, après une tâche distractive non visuelle, indiquera ce qui a été conservé spontanément en mémoire. Ce test permet notamment d'observer les aptitudes graphiques, mais aussi visuo-spatiales de l'enfant.

Les **somatognosies de Bergès** est un test qui peut par exemple se faire passer en complément d'un dessin du bonhomme. Il est demandé à l'enfant de monter les parties du corps demandées, puis de nommer les parties du corps désignées, sur lui, sur l'examineur, et sur un dessin. Les différentes parties du corps sont classées par tranche d'âge. Ce test permet d'avoir une idée de la connaissance verbale des parties du corps.

Il existe deux tests du **dessin du bonhomme**, celui de J. Royer, et celui de F. Goodnough. Les deux tests consistent à demander à l'enfant de dessiner un bonhomme, le mieux qu'il peut. Dans le test de Goodenough, seul un crayon à papier est autorisé. Dans le test de Royer, l'enfant peut utiliser des couleurs. Une fois le dessin réalisé, le professionnel le compare à une liste d'items. Pour chaque item présent sur le dessin, il note un point. La somme totale de points est comparée aux scores obtenus par la population de référence correspondant à l'âge de l'enfant. Cela donne une idée sur sa représentation du corps, sa connaissance du schéma corporel, ses aptitudes graphiques.

Annexe III : dessin des plans anatomiques



1 = Plan frontal. Dans ce plan sont réalisés des mouvements d'adduction et d'abduction des membres, et d'inclinaison latérale du tronc.

2 = Plan sagittal. Dans ce plan sont réalisés des mouvements de flexion et d'extension.

3 = Plan horizontal, ou transversal. Dans ce plan sont réalisés des mouvements de rotation interne et externe des membres, et de torsion du tronc.

Résumé

Dans les interactions précoces, la mère s'ajuste à son bébé. Elle accompagne et soutient son enfant dans sa construction psychique. Elle l'aide à devenir sujet. Sur la scène de la thérapie psychomotrice, le psychomotricien tient le rôle de la mère. Grâce à son implication psychocorporelle, il guide le patient sur le chemin de sa construction psychique. En étant à l'écoute, en s'ajustant, il permet à la relation thérapeutique de naître. Le patient trouvera un support à sa construction dans la continuité du cadre thérapeutique et de la relation. Le psychomotricien jouera le rôle de miroir structurant. Il amènera le patient à développer son potentiel psychomoteur afin de s'exprimer en tant que sujet, en tant qu'être psychomoteur. Je développerai mon propos en parcourant l'histoire de deux adolescents, qui, portés par l'implication psychocorporelle d'une psychomotricienne, se sont progressivement construits.

Mots-clés : Implication psychocorporelle – interactions précoces – relation – construction psychique – continuité – cadre thérapeutique – expression psychomotrice

Summary

In early interactions, the mother adjusts to her baby. She accompanies and supports her child's psychical construction. She helps him to become a subject. On the stage of psychomotricity therapy, the psychomotrician plays the mother's role. His psychobodily implication enables him to guide the patient on the road to his psychical construction. By listening closely and adjusting he allows the birth of the therapeutic relationship. The patient will find a support to his construction within a continuous therapeutic framework and relationship. The psychomotrician will play the role of a structuring mirror. He will lead the patient to develop his psychomotor capacity so that he can express himself as a subject, as a psychomotor human being. I will expand my remarks by relating the stories of two teenagers who constructed themselves progressively through the support and psychobodily implication of a psychomotrician.

Keywords : Psychobodily implication – early interactions – relationship – psychical construction – continuity – therapeutic framework – psychomotor expression