



HAL
open science

Les enjeux de la rencontre avec des enfants en psychomotricité : penser la rencontre pour panser

Emma Montaut

► To cite this version:

Emma Montaut. Les enjeux de la rencontre avec des enfants en psychomotricité : penser la rencontre pour panser. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340522

HAL Id: dumas-01340522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340522>

Submitted on 1 Jul 2016

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Les enjeux de la rencontre avec des
enfants en psychomotricité :
penser la rencontre pour panser

MONTAUT Emma

Née le 28 Octobre 1993 à Bordeaux

Directeur de Mémoire : Jean-Daniel MIRRE

Juin 2016

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de mémoire et maître de stage, Jean-Daniel MIRRE, pour sa confiance, sa disponibilité, son œil clinique aiguisé, ses éclairages pertinents et son précieux étayage dans l'élaboration de cet écrit mais aussi de ma future pratique professionnelle.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement mon second maître de stage, Delphine MASCLEF, pour sa bienveillance, sa disponibilité, sa confiance, son investissement dans l'élaboration de cet écrit, la richesse de nos échanges et ses encouragements.

Je tiens également à remercier Anne MARTINET qui a été la première psychomotricienne à me faire découvrir et partager la pratique psychomotrice.

Merci à toute l'équipe du CSMI qui m'a chaleureusement accueillie.

Merci à l'ensemble des membres de l'IFP de BORDEAUX. Je n'oublie bien évidemment pas l'ensemble de ma promo et particulièrement mes 4 compères qui ont rendu ces trois années encore plus belles !

Un grand merci à ma famille et mes proches pour leur présence, leur confiance et leur soutien. Merci à ma mère pour sa relecture attentive et bienveillante.

Je remercie également l'ensemble des patients que j'ai pu rencontrer, qui ont contribué, à leur manière, à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à ma réflexion clinique.

En quelques mots, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration et la rédaction de ce mémoire.

A mes deux grand-mères

« Aucune de ces premières rencontres ne ressemble à une autre. Douceur, violence, observation, agressivité, angoisse, retenue, curiosité de part et d'autre, autant de colorations que d'enfants différents. Certaines me laissent peu de souvenir. D'autres au contraire prennent des allures de coup de foudre. »¹

Catherine POTEL BARANES

¹ POTEL BARANES C. (2004), « Les singularités du développement psychomoteur de l'enfant », *Évolutions psychomotrices*, n°65, p. 121-122

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	3
I. La rencontre	3
1. Généralités sur la rencontre.....	3
a. Qu'est-ce qu'une rencontre ?.....	3
b. Quelles sont les particularités de la rencontre thérapeutique ?.....	3
2. La rencontre en psychomotricité	9
a. Les fondements de la rencontre : qui, pourquoi, comment, où ?.....	9
b. Les différents temps	14
II. Les enjeux de la rencontre	27
1. Un continuum rencontre-relation	27
a. Qu'est-ce qu'une relation ?	27
b. La relation dans le soin	28
c. La relation en psychomotricité	30
d. Les liens rencontre-relation	34
2. De la rencontre à l'établissement d'une relation thérapeutique.....	35
a. L'attitude du psychomotricien.....	35
b. Les outils du psychomotricien	41
c. L'alliance thérapeutique	50
3. Lorsque la relation thérapeutique prend sens	51
a. L'étayage du psychomotricien	51
b. Intégration, évolution, transformation, structuration, construction du sujet	53

Partie clinique	55
I. Présentation des structures	55
1. Le CSMI (Centre de Santé Mentale Infantile)	55
2. Le cabinet libéral de psychomotricité	55
II. Rencontre avec Luka : quand la rencontre fait soin.....	55
III. Réflexions sur ma place de stagiaire à travers ma rencontre avec Arthur : une rencontre difficile.....	64
IV. Et quand il n'y a pas de rencontre ?	76
Conclusion.....	79
Annexes	80
Bibliographie	84
Table des matières	87

Introduction

Le choix du thème de mon mémoire, ainsi que la réflexion qui en a suivi, découlent d'expériences personnelles. En effet, c'est en amont de mon premier stage long en psychiatrie adulte, que beaucoup d'interrogations me sont venues. Je me questionne alors sur ces personnes, des adultes, que je vais rencontrer sous peu : comment sont-ils ? Comment vais-je les saluer, leur parler, me présenter à eux ? Comment vont-ils considérer ma place de stagiaire ? Comment vont-ils m'accueillir ? A quel degré vont-ils accepter ma présence ?

Toutes ces interrogations rendent cette situation, encore inconnue pour l'époque, quelque peu préoccupante pour moi. Lorsque le stage commence, je m'aperçois vite que l'appréhension de ce moment est balayée par la spontanéité des différentes rencontres que je vis.

Après avoir côtoyé tout au long de l'année des adultes, je décide, pour ma dernière année de cursus de découvrir un nouveau public : les enfants. C'est alors que certaines questions autour de la rencontre refont surface. En écho à ce premier stage, je me demande alors comment se vit la rencontre, en tant que psychomotricien, avec un enfant. Mais aussi en quels points ressemble-t-elle ou non à une rencontre avec un adulte ?

L'année se déroule et je rencontre différents enfants dans les deux structures qui m'accueillent en tant que stagiaire : un cabinet libéral et un CSMI (Centre de Santé Mentale Infantile).

Certaines de ces rencontres me marqueront plus que d'autres dans leur caractère particulier. La spontanéité des enfants me jouera parfois des tours lors des nos premières rencontres, me laissant au dépourvu, face à l'imprévu.

Avec du recul et de la réflexion, je repère des éléments de réponses adaptées à ces rencontres particulières que j'ai vécues et qu'il m'aurait été possible d'intégrer dans ce temps. C'est de ce cheminement personnel que m'est progressivement venue l'idée de réfléchir plus profondément sur ce temps de rencontre avec l'enfant en psychomotricité.

Même si certains facteurs confèrent, à la rencontre avec le sujet, un caractère imprévisible et inattendu, il s'agit d'un moment qu'il me semble légitime de penser et de réfléchir en amont. Une certaine anticipation paraît nécessaire de la part du psychomotricien car, en ce moment particulier, se mêlent différents éléments et processus desquels découlent des enjeux majeurs.

Ainsi, nous allons tâcher dans ce mémoire de traiter les enjeux de la rencontre en psychomotricité auprès des enfants.

Nous chercherons, au long de cet écrit, des éléments de réponse aux questions suivantes : qu'est-ce qu'une rencontre, qui plus est, thérapeutique ? Quels sont les éléments essentiels en jeu dans la rencontre entre le psychomotricien et un enfant ? Quelles sont les spécificités de la rencontre avec un psychomotricien ? Pourquoi la rencontre est-elle si importante ? Vers quels chemins mène-t-elle ?...

Pour commencer, nous développerons dans ce mémoire une partie théorique à travers deux chapitres intitulés « la rencontre » et « les enjeux de la rencontre en psychomotricité ».

Au sein de cette première partie, nous nous attacherons à définir la rencontre selon différents angles puis à évoquer la forme et la place qu'elle possède en psychomotricité. Ensuite, nous nous intéresserons aux éléments facilitant la rencontre enfant-psychomotricien ainsi qu'aux différents processus que suscite la rencontre. Pour finir, nous exposerons les finalités de la rencontre en psychomotricité.

Pour illustrer les propos théoriques, une partie clinique viendra faire suite à cette première partie. Elle se présentera sous la forme de deux vignettes cliniques, deux rencontres différentes avec des enfants. Aussi, une réflexion sur la place de stagiaire sera intriquée à l'une d'entre elles.

Pour conclure cet écrit, nous aborderons les possibles limites de la rencontre et nous mènerons une réflexion sur la supervision professionnelle.

Partie théorique

I. La rencontre

1. Généralités sur la rencontre

a. Qu'est-ce qu'une rencontre ?

La rencontre peut être définie comme le « *fait de se trouver en présence* »².

Ce terme dérive du verbe "rencontrer" dont l'emploi a varié au fil de l'histoire. En effet, dans le dictionnaire historique de la langue française Le Robert nous pouvons lire: « *le verbe est d'abord attesté dans un contexte guerrier pour affronter en combat, de nos jours affaibli en sport pour affronter en compétition. Le sens dominant est devenu, se trouver en présence de quelqu'un, et comporte souvent la notion d'évènement fortuit* ».

Il est intéressant de constater que la rencontre est utilisée, tantôt pour qualifier un affrontement, tantôt pour parler de la réunion de deux personnes, mais aussi qu'elle possède selon les cas, un caractère prévisible ou inopiné.

Même si la rencontre peut être de nature très variée – sportive, intellectuelle, amicale, professionnelle, thérapeutique, imprévue, anticipée...– elle reste unique et singulière.

b. Quelles sont les particularités de la rencontre thérapeutique ?

Une rencontre est dite "thérapeutique" lorsqu'elle met en présence, dans le cadre du soin, un soignant et un soigné.

² www.le-dictionnaire.com

Il s'agit d'une rencontre que l'on pourrait qualifier d'inégale et de prévisible. En effet, elle peut être dite inégale car elle implique deux – ou plusieurs – personnes ayant des statuts différents. Ainsi, il y a d'un côté un spécialiste détenteur d'un savoir, d'une expertise et de l'autre un patient qui porte une demande – qui ne vient pas forcément de lui –.

Le caractère prévisible vient du fait que cette rencontre ne possède pas le caractère fortuit de bien d'autres rencontres. Elle est prévue par un rendez-vous et à un but défini à l'avance : celui de chercher à répondre à une demande portée par le patient.

En cela, la rencontre thérapeutique peut être pensée et anticipée par les différents protagonistes.

Dans cette rencontre, différents processus sont en jeu. Nous allons nous intéresser ici aux phénomènes de transfert et contre transfert ainsi qu'à la notion d'espace de rencontre.

Les notions de transfert et de contre-transfert

« Dans tout cadre thérapeutique, le transfert du patient et le contre transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs »³.

Le transfert

Il s'agit d'un concept psychanalytique majeur, repéré et développé par Sigmund FREUD.

Daniel LAGACHE définit le transfert en psychanalyse comme « *le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement* »⁴. Ainsi, le patient, par ce phénomène

³ ROBERT-OUVRAY S. (2002), « Le contre-transfert émotionnel », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p. 62

⁴ LAGACHE D. (1949), *L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Broché, p. 33

inconscient, va transposer sur son analyste des sentiments émanant de relations qu'il a entretenus par le passé.

Lorsqu'il s'agit d'un transfert de sentiments tendres, on parle de transfert positif et à l'inverse, quand il s'agit de sentiments hostiles, on parle de transfert négatif.

Le transfert est le moteur de la cure psychanalytique. Sa résolution, par l'interprétation qu'en fait le psychanalyste, va permettre l'achèvement de la thérapie.

Toutefois, le transfert n'est pas un phénomène purement psychanalytique. Il est retrouvé au-delà de cette discipline. En effet, le transfert est un phénomène éprouvé, à des degrés variables, par tout individu en situation de relation.

Ainsi, Sigmund FREUD explique : « *Il ne faut pas croire que l'analyse crée le transfert et que celui-ci ne se produise que dans l'analyse. L'analyse ne fait que découvrir et isoler le transfert. Le transfert est un phénomène humain général, il décide du succès de tout traitement où agit l'ascendant médical ; bien plus, il domine toutes les relations d'une personne donnée avec son entourage* »⁵. Ce processus transférentiel se retrouve donc aussi dans la pratique psychomotrice en lien avec la relation et le travail thérapeutique.

Christian BALLOUARD distingue deux sortes de transfert :

- Le transfert de base, que l'on peut aussi appeler pré-transfert : immédiat et spontané, il apparaît dans les échanges affectifs d'une situation de relation. « *Il n'est rien d'autre que l'investissement, la relation qui répond à l'appel d'une rencontre* »⁶.
- Le transfert secondaire ou médiat : beaucoup moins spontané car il demande une construction, il est produit par la situation. Ce transfert médiat agit comme un cadre notamment dans sa fonction contenante, limitative et symbiogène. « *Il est muet comme peut l'être un cadre, (...) il n'est (...) perceptible que quand il bouge, quand il est question de lui* »⁷. Il est à concevoir comme une transformation du cadre car il permet en quelque sorte de dédoubler le cadre, d'en construire un équivalent psychique et de se l'approprier.

⁵ FREUD S. (1968), *Ma vie et la psychanalyse*, (traduction Bonaparte), Gallimard, p. 156

⁶ BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, Dunod, p. 201

⁷ Ibidem, p. 203

L'auteur explique que ces distinctions dans le transfert restent artificielles : il s'agit bien d'un même transfert mais dont le développement variera selon les conditions.

Le transfert est indispensable au travail thérapeutique. Dans le cadre de la psychomotricité, puisque nous travaillons au niveau du corps et que nous faisons appel aux sensibilités archaïques et aux images parentales, le transfert est très chargé et très rapide. Il est important de garder cela à l'esprit en tant que thérapeute. Néanmoins, comme le rappelle justement Christian BALLOUARD, « *il y a acceptation de l'utilisation du transfert en psychomotricité sans interprétation de celui-ci* »⁸. En psychomotricité, nous ne travaillons pas sur le transfert, comme peuvent le faire les psychanalystes, mais nous travaillons avec.

Le contre-transfert

Comme son nom l'indique le contre-transfert est pris dans un mouvement inverse de celui du transfert, c'est-à-dire qu'il va du thérapeute vers le patient.

Il s'agit de « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* »⁹. C'est-à-dire qu'il y a une réaction affective de l'analyste envers l'analysé en réponse au transfert de ce dernier. Le contre-transfert vient interférer dans la relation entre les deux personnes.

Le contre-transfert est un outil majeur pour l'analyse. Le thérapeute doit être attentif à son propre fonctionnement psychique. Ses réactions vont refléter ce qui se passe chez le patient et sont donc des clés de compréhension.

De la même façon que le transfert, le contre-transfert est un phénomène observable au-delà de la psychanalyse.

⁸ Ibidem, p. 143

⁹ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1984), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, p. 103

En psychomotricité, le contre-transfert se traduit par tous les signes du thérapeute qui peuvent être mis en lien avec la relation à l'autre. Il s'agit, par exemple, de ce que la personne en face de nous nous renvoie, de ce qu'elle questionne en nous, de ce qu'elle fait naître corporellement en nous...

Suzanne ROBERT-OUVRAY parle de contre-transfert émotionnel au sens où « *l'émotion, véhicule de communication d'avant le langage verbal et hors langage, (...) est la réponse à la présence et recherche de présence* »¹⁰ entre les deux partenaires.

Le contre-transfert demande au psychomotricien une écoute attentive de ses propres comportements, réactions, désirs, ressentis par rapport au sujet avec lequel il est en interaction.

Cette auto-lecture dont le thérapeute fait preuve permet de lui donner des éléments de compréhension sur la personne. En ce sens, le psychomotricien agit comme une sorte de miroir.

La prise de conscience de ce contre-transfert émotionnel permet aussi au thérapeute de s'ajuster émotionnellement, sensoriellement et toniquement au patient.

Cependant, le psychomotricien doit être toujours attentif à distinguer clairement les éléments émanant du contre-transfert des éléments émanant de son histoire personnelle.

Pour conclure sur ces notions d'origine psychanalytique : le transfert et le contre-transfert, sont des éléments primordiaux au sein de la rencontre. En psychomotricité, ces phénomènes habitent le corps dans la relation. Leur prise de conscience, par le psychomotricien, est indispensable au travail thérapeutique au sens où elle permet la compréhension de l'autre et aide à l'ajustement dans l'interaction.

Ces processus font partie des limites de l'interprétable en psychomotricité.

Nous allons maintenant nous intéresser à une autre notion phare dans la rencontre thérapeutique : celle de l'espace de rencontre.

¹⁰ ROBERT-OUVRAY S. (2002), « Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p. 63

La notion d'espace de rencontre

« *Le champ thérapeutique anime et fait vibrer deux mondes en principe étrangers. Il est, mise en scène, décalage de miroirs, jeux et glissements car il ne faut jamais croire que l'espace du demandeur puisse fusionner avec celui du donneur d'aide. Entre eux existera toujours une soudure mobile et transitoire, une aire de jeu qui est l'épicentre du champ thérapeutique, l'espace intermédiaire qui n'appartient à personne, sauf à la rencontre et dont le souvenir sera trace de thérapie.* »¹¹

La rencontre n'est pas un phénomène passif. Il ne suffit pas de mettre en présence deux personnes pour que l'on puisse parler de rencontre. En effet, la rencontre résulte de la co-création de deux personnes – ou plus – réunies dans un espace commun que l'on pourrait nommer l'espace de la rencontre.

Cet espace singulier, offert par le thérapeute autant que le patient, est à la fois physique et abstrait. Il s'agit de l'endroit dans lequel deux subjectivités vont se rencontrer pour créer un espace intersubjectif. A ce titre, Donald W. WINNICOTT développera des notions d'aire et d'espace transitionnel mais aussi d'espace potentiel.

Cet espace, fruit de la rencontre de deux subjectivités, constitue le fondement même de la thérapie. « *La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute* »¹².

La création de cet espace thérapeutique va notamment dépendre de l'histoire et des représentations que chaque protagoniste se fait sur les rencontres et relations qu'il a vécues.

En effet, chaque nouvelle rencontre est marquée et influencée par l'histoire des précédentes. Si nous prenons l'exemple d'une nouvelle relation amoureuse, nous allons chercher à ne pas revivre certaines choses déjà vécues dans une relation antérieure. Et bien, si nous avons parfois tendance à l'oublier, ce phénomène se retrouve également en thérapie. La rencontre patient-thérapeute est

¹¹ CAILLE P. et REY Y. (2004), *Les objets flottants. Au-delà de la parole en thérapie systémique*, Faber, p. 33

¹² WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, p. 54

empreinte de celles qui l'ont précédée. De ce fait, le patient va nourrir cette rencontre par des expériences qu'il a pu faire, jadis, auprès d'autres thérapeutes. De même, le thérapeute va aussi la nuancer en lien avec ses expériences antérieures.

D'autre part, la rencontre est aussi influencée par les représentations que chacun se fait de l'autre.

Nous venons de voir dans cette première partie les caractéristiques d'une rencontre dans le cadre de la thérapie ainsi que les processus en jeu.

Dans la deuxième partie qui va suivre, nous allons nous intéresser à la rencontre en psychomotricité.

Nous commencerons par évoquer les fondements de la rencontre qui posent les questions suivantes : qui, pourquoi, comment, où ? Pour y répondre, nous développerons successivement les notions de demande, de symptômes et de cadre en psychomotricité.

Ensuite nous nous pencherons sur les différents temps de la rencontre en psychomotricité.

2. La rencontre en psychomotricité

« *La rencontre est un préalable à toute approche de l'enfant.* »¹³

a. Les fondements de la rencontre : qui, pourquoi, comment, où ?

L'origine, la motivation de la rencontre : la demande

Pour commencer, il nous faut définir la demande. Le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante : « *action de savoir que l'on désire obtenir quelque*

¹³ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant, rencontre en son labyrinthe*, Erès, p. 20

chose »¹⁴. Dans le domaine du soin, la demande est plus spécifique, elle peut être définie comme un « *besoin plus ou moins conscient exprimé par le patient* »¹⁵.

La demande joue un rôle primordial : c'est elle qui va impulser la rencontre. De plus, elle est porteuse de nombreuses informations (identité du demandeur, formulation de la demande, attentes...).

Le demandeur

Pour commencer, lorsqu'émerge une demande, il est important d'identifier le demandeur. Il peut s'agir des parents, de l'enfant lui-même, du médecin de famille, de l'institutrice, de l'institution dans laquelle on travaille, d'un collègue professionnel de santé...

Dans la plus part des cas et contrairement à l'adulte, l'enfant en souffrance n'est pas en demande explicite de soins. Le plus souvent, il ne se plaint pas et n'exprime ses difficultés, son mal-être qu'au moyen de manifestations diverses pour s'accommoder aux contraintes et frustrations sociales. La demande vient donc très majoritairement d'un tiers.

L'identité du demandeur varie beaucoup en fonction du cadre de travail du psychomotricien.

Dans le cadre de mes stages :

- La demande au sein du cabinet libéral parvient à la psychomotricienne par le biais d'un médecin prescripteur. Parfois cette prescription naît d'une demande initiée par les parents.
- Dans le cadre institutionnel du CSMI, la demande est essentiellement portée par l'équipe en contact avec l'enfant. Généralement c'est le médecin psychiatre qui faire une demande de bilan psychomoteur. Ici, la demande n'est quasiment jamais initiée par les parents.

¹⁴ www.larousse.fr

¹⁵ Ibidem

Le contenu de la demande

Le contenu de la demande fait normalement référence au champ d'action du psychomotricien. Ce dernier est délimité par le Décret de compétence n°88-659 du 6 mai 1988¹⁶ qui est un texte législatif précisant l'activité du psychomotricien.

Parfois, il arrive que la demande ne soit pas en lien avec une indication en psychomotricité. C'est alors au psychomotricien de rediriger, si nécessaire l'enfant vers un autre professionnel en capacité d'y répondre.

La demande peut être de différentes natures. En effet, l'indication en psychomotricité peut évoquer la présence de difficultés, de troubles psychomoteurs, de maladies, de handicaps...mais elle peut aussi suggérer une demande d'actes comme un bilan psychomoteur ou un travail de relaxation.

Cette question du contenu de la demande renvoie nécessairement à la notion de symptôme.

La notion de symptôme

D'un point de vue étymologique, le terme "symptôme" vient du grec "symptiptein (συμπίπτω)" qui signifie "rencontrer". Il peut être défini comme une manifestation subjective d'une maladie ou d'un processus pathologique, tel qu'exprimé par le patient. Il est à différencier du signe qui est une manifestation objective de la maladie, relevé par le médecin.

« Les symptômes sont donc pour le patient les éléments d'alerte d'un processus pathologique en cours, motivant ainsi le recours à une consultation médicale permettant d'objectiver la plainte en retrouvant des signes qui, rassemblés en syndrome puis en maladie, permettront de guider l'attitude thérapeutique »¹⁷.

Cette notion de symptôme est au cœur d'un clivage avec :

- d'un côté, l'approche comportementaliste : le symptôme est considéré comme un signe objectivable, catégorisable et répertorié. Il est associé à

¹⁶ www.legifrance.gouv.fr

¹⁷ DEITTE J. (2007), « Plaidoyer pour un respect du symptôme », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°150, p. 15

des réponses adaptées et prévues à l'avance – c'est-à-dire qu'à tel symptôme correspond systématiquement telle réponse –. Le symptôme n'a qu'une valeur négative, il est compromettant. Ici, le but est donc de faire disparaître le symptôme pour soulager le patient.

- de l'autre côté, l'approche psychanalytique : le symptôme possède une valeur dans la globalité de l'être, il est un élément subjectif. Le symptôme a une valeur positive – cela renvoie à la notion de bénéfice secondaire –, il est un compromis, un moyen de faire avec. Ici, le but est de faire prendre conscience au patient de la valeur de son symptôme et de lui permettre d'accepter l'idée de s'en priver.

En psychomotricité, le symptôme tient une grande place puisqu'il peut à l'origine de la demande de soin.

Néanmoins, la sémiologie du symptôme ne suffit pas à elle seule pour orienter le soin. En effet, le symptôme doit être replacé dans la dynamique de l'enfant qui le porte, c'est-à-dire, dans son histoire de vie, son contexte affectif et développemental, la structuration de sa personnalité... Un même symptôme sur le plan sémiologique n'aura donc jamais la même signification ni la même place selon le sujet.

Le symptôme psychomoteur, dont les causes sont multiples, est lié aux affects et aux situations. Il se manifeste dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui.

Catherine POTEL BARANES explique : « *Parfois le corps tout entier pris dans une construction qui elle-même fait symptôme [par exemple : infirmités cérébrales, syndromes génétiques, psychose, autisme...]. Le fonctionnement psychocorporel est entravé dans sa globalité. Le patient est en difficulté pour se construire. (...) Dans d'autres cas, le symptôme se localise sur une fonction ou sur des fonctions très particulières du registre psychocorporel [par exemple : troubles dys, troubles de l'attention, troubles de la concentration...]* »¹⁸.

Le symptôme psychomoteur a un caractère expressif et langagier qui passe par le corps. Maurice CONTANT et André CALZA le définissent comme un signe qui véhicule un mal être réel dans l'ici et le maintenant. Il est donc porteur de sens et de

¹⁸ POTEL BARANES C. (2010), *Etre psychomotricien*, Eres, p. 210-211

symboles. Il a un rôle d'expression de la souffrance ainsi qu'un rôle d'appel à l'aide. Chez l'enfant il constitue souvent « *la seule part émergente de la souffrance, le seul élément objectif à partir duquel nous pouvons réfléchir et travailler* »¹⁹.

Michaël BALINT définit le symptôme comme « *le fait d'un double rapport, d'une part entre les signes et la souffrance et, d'autre part, entre ce qui est exprimé de cette souffrance et ce qui en est reçu* »²⁰. En proposant cette définition, il souligne de façon très intéressante que la souffrance ne prend valeur de symptôme que lorsqu'elle est entendue et comprise par l'autre.

Pour conclure sur cette notion, il est utile de rappeler que le psychomotricien mène un travail d'approche patiente du symptôme.

Le cadre de la rencontre

Le cadre de la rencontre renvoie aux modalités de la rencontre.

Généralement, lorsqu'il s'agit de rencontrer un enfant en psychomotricité, celui-ci est accompagné de ses parents. Il peut également s'agir de ses représentants légaux. Dans tous les cas, une personne mineure doit être accompagnée lors d'un premier entretien.

Le lieu de la rencontre va différer en fonction de la nature de la structure dans laquelle le psychomotricien travaille. En fonction des institutions, la première rencontre peut se faire dans la salle de psychomotricité ou bien dans le bureau du psychomotricien s'il en possède un ou encore dans une salle neutre prévue à cet effet.

Il est d'ailleurs être intéressant de réfléchir l'organisation de la salle dans laquelle se déroulent les entretiens, la manière dont on peut gérer l'espace, la distance entre les différents protagonistes, la présence d'éléments dont l'enfant pourra faire usage – par exemple les jeux, des feuilles et des crayons, une table à sa hauteur –.

¹⁹ DEITTE J. (2007), « Plaidoyer pour un respect du symptôme », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°150, p. 14

²⁰ Ibidem, p. 15

En psychomotricité, les premières rencontres suivent un ordre chronologique bien défini. Il y a d'abord un premier temps d'entretien avec l'enfant et ses accompagnants. Ensuite, le psychomotricien propose ou non, en fonction des indications, un bilan psychomoteur étalé sur plusieurs séances. Pour finir, un temps de restitution est organisé pour donner les conclusions du bilan psychomoteur. En terme de durée, chacune de ces rencontres varie généralement entre 30 et 60 minutes.

La notion même de cadre sera développée dans un prochain chapitre de ce mémoire.

Nous allons maintenant nous intéresser plus en détail à ces différents temps. Nous aborderons d'abord le temps de l'entretien puis le temps du bilan psychomoteur et pour finir, nous parlerons du temps de restitution.

b. Les différents temps

L'entretien

L'entretien, appelé entretien thérapeutique dans le cadre du soin, est une pratique liée à la parole. Il met en présence, à minima, un clinicien et un patient dans l'élaboration d'une demande d'aide.

Il existe différentes formes et techniques d'entretien desquelles vont découler des contenus différents.

Carl ROGERS est un des premiers à mettre en lumière le rôle essentiel que joue l'entretien dans l'initiation de la relation et dans l'efficacité thérapeutique. Il définit et théorise différentes techniques d'entretien.

En psychomotricité, l'entretien est réalisé avec l'enfant et ses parents. Majoritairement, c'est un entretien que l'on peut qualifier de semi-directif, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un entretien guidé par le thérapeute avec des questions ouvertes qui n'enferment pas le discours des parents et qui leur laisse la possibilité de développer leurs propos.

Il n'est pas possible d'affirmer que l'entretien en psychomotricité est un préalable à toute prise en soin psychomotrice puisqu'en fonction du cadre de l'institution, il n'est pas forcément réalisé.

Dans le cadre de mes stages :

- En cabinet libéral, la psychomotricienne réalise systématiquement un entretien avant de proposer un bilan psychomoteur.
- Au CSMI, le psychomotricien ne rencontre ni les parents ni l'enfant en entretien avant de réaliser un bilan psychomoteur. Ces derniers sont préalablement vus par le pédopsychiatre qui réalise l'anamnèse et prend la décision d'orienter l'enfant en psychomotricité. Le psychomotricien peut consulter le dossier patient pour obtenir des informations avant de commencer le bilan.

Ce temps d'entretien possède de nombreuses fonctions.

Tout d'abord, l'entretien est un temps de rencontre. Il va permettre au soignant et au soigné de se découvrir mutuellement. Chacun va se présenter à l'autre, physiquement et psychiquement. C'est un moment où le psychomotricien va pouvoir expliquer succinctement son métier, sa façon de travailler, le déroulement d'un bilan psychomoteur... Il va déjà poser un cadre et donner des repères stables aux parents et à l'enfant.

L'entretien permet également au psychomotricien d'essayer de comprendre et de préciser le motif de la demande d'examen. Dans l'échange avec les parents, va progressivement se dégager des points de vue sur les difficultés de l'enfant. Il est intéressant de connaître le sens que peut avoir la demande pour eux, de comprendre comment ils se l'approprient et quelles sont leurs attentes. De la même façon, il est important de laisser une place à l'enfant dans la formulation de cette demande dont il est l'objet. Il faut lui laisser verbaliser ses besoins, ses souffrances, une possible demande d'aide... Ainsi, durant l'entretien, il est intéressant de questionner l'enfant sur cette demande : qu'en a-t-il compris ? Est-il d'accord ? Se reconnaît-il en celle-ci ? Se l'est-il appropriée ? A-t-il quelque chose à ajouter ? Comment le vit-il ?... Toutes ces questions peuvent susciter chez l'enfant l'élaboration d'une demande de sa part. C'est aussi un moyen intéressant de mettre en lumière, à la vue des parents,

les souffrances de leur enfant dont ils ne prennent pas toujours la mesure, et le possible écart entre leurs différentes demandes.

Aussi, l'entretien permet le recueil des données retraçant l'anamnèse²¹ de l'enfant. Bien évidemment, le psychomotricien va rechercher des informations ayant une valeur objective sur l'histoire de vie de l'enfant. Il va également être très attentif aux éléments subjectifs tels que des sentiments, des émotions, des ressentis qui ont tout autant de valeur dans la compréhension du développement global de l'enfant.

D'ailleurs, il est intéressant de faire participer l'enfant à cet entretien qui le concerne de près. Le psychomotricien doit lui faire comprendre qu'il a sa place dans ce temps d'échange et peut lui proposer d'intervenir s'il ne le fait pas spontanément. Les paroles de l'enfant sont riches d'informations et parfois se dégagent nettement du discours parental.

L'entretien, même s'il donne une place importante au langage verbal, est un temps précieux pour l'observation de l'enfant et des interactions familiales. En effet, l'enfant, dans sa libre activité psychomotrice, peut révéler son mode d'être au monde, son vécu personnel contenant ses souffrances et difficultés. L'attitude et les comportements qu'il va avoir pendant l'entretien vont déjà donner au psychomotricien des indices de sa personnalité, de sa maturité affective, de son mode relationnel, de sa capacité à jouer en présence... Les interactions entre l'enfant et ses parents peuvent donner des indications sur la place de l'enfant dans la dynamique familiale mais aussi sur la place du symptôme et le contexte dans lequel il s'inscrit.

Ce temps de rencontre pose les premiers jalons d'une relation dans laquelle, parents et thérapeute, vont être, chacun à leur manière, acteurs dans le processus thérapeutique. L'entretien est donc aussi un temps au cours duquel la notion d'engagement doit se révéler. Le psychomotricien doit signifier aux parents l'importance de la mise en place d'une implication, d'une collaboration et d'une alliance, nécessaires et fondamentales pour le travail thérapeutique avec l'enfant. De

²¹ « L'anamnèse retrace les antécédents médicaux et l'historique du patient, avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris. » (<http://psysomarel.ylegoff.com/glossaire/vocabulaire/anamnese/>)

même, le psychomotricien peut tout à fait expliquer cette notion de contrat thérapeutique à l'enfant en utilisant un vocabulaire adapté à son âge.

A tout instant, dans l'entretien, le psychomotricien prendra soin de s'adapter aux personnes qu'il aura en face lui, de les écouter de manière attentive et bienveillante, de recueillir leur détresse, sans porter de jugement. Il prendra également soin de rassurer l'enfant sur les temps de bilan à venir.

Nous venons de le voir, l'entretien est un temps très riche dans lequel, enfant et parents, soignant et soigné, communication verbale et communication non verbale, dits et non-dits, paroles et actes, informations et observations s'entremêlent. C'est un temps de rencontre entre l'enfant et le psychomotricien.

Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un outil spécifique et indispensable du psychomotricien. Effectué généralement à la demande du médecin, son objectif principal est l'évaluation de l'équipement psychomoteur de l'enfant, des relations qu'il entretient avec les autres et l'environnement, de l'utilisation de ses capacités, de la mise en jeu et de l'investissement de son corps.

Il étudie différents domaines tels que : le schéma corporel et l'image du corps, l'axe du corps, la latéralité, l'écriture, les fonctions attentionnelles et exécutives, la connaissance/utilisation/organisation des données spatiales et temporelles, le tonus musculaire, les coordinations, la communication non verbale, les qualités relationnelles... Pour ce faire, le bilan peut se composer de tests standardisés et non standardisés.

Les tests appelés " standardisés " répondent aux exigences de la validité²², de la fidélité²³, de la sensibilité²⁴ et de l'étalonnage sur un échantillon représentatif de la

²² « La validité d'un test est destinée à s'assurer que le test mesure correctement le phénomène qu'il est censé évaluer et à préciser ce que l'on peut tirer comme conclusion et comme interprétation de celui-ci. » (POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, p. 243

²³ « La fidélité concerne la précision avec laquelle un test mesure certaines caractéristiques. » (POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, p. 244

population générale. A l'issue de la passation d'un test standardisé, le psychomotricien compare les résultats de l'enfant à ceux de l'étalonnage réalisé sur une population d'enfants de référence et de même tranche d'âge. Cette comparaison permet de déterminer si l'enfant est dans la norme ou non des enfants de son âge. Lorsque les résultats de l'enfant se situent en dessous de ceux de l'échantillon, la sensibilité du test permet de déterminer s'il s'agit d'un retard significatif – pathologique – ou non.

Ces tests standardisés sont donc très confortables pour le thérapeute puisqu'ils permettent d'évaluer de façon objective les réponses psychomotrices de l'enfant. Mais, comment peut-on évaluer objectivement la façon dont l'enfant habite et investit son corps ? Comment évaluer objectivement la façon dont l'enfant entre en interaction et vit la relation ?

Il semble donc primordial d'intégrer, au bilan, des situations non standardisées qui vont permettre, par l'observation et l'analyse, d'élargir la compréhension de la psychomotricité de l'enfant.

Le bilan psychomoteur demande donc au psychomotricien, en plus de la maîtrise de la passation des tests standardisés, une pratique clinique de l'observation, une écoute fine, une connaissance aiguisée des différentes étapes du développement psychomoteur mais aussi de la subtilité des défenses mentales et affectives possiblement mises en œuvre chez l'enfant.

Tests standardisés et situations non standardisées, éléments quantitatifs et éléments qualitatifs, évaluation et observation, éléments objectifs et éléments subjectifs sont tant de polarités, au sein du bilan psychomoteur, qui ensemble et croisées rendent compte de la vision la plus globale possible de l'enfant.

²⁴ « La sensibilité renvoie à la finesse discriminative du test : plus le nombre d'items de ce dernier est grand, plus il permettra d'établir des différences entre les individus. » (POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, p. 243

Il est important de garder cela en tête et de s'efforcer à ne pas scinder le bilan en « tout objectif » ou « tout subjectif » pour éviter différents risques :

- Les risques du « tout objectif » : comme Yves ROUX l'explique justement « *la mesure et l'identification de signes observables sont sans doute indispensables [...] mais la compréhension se situe toujours au-delà, accordant une part importante à l'interprétation. Il serait regrettable que l'objectivation conduise à la désobjectivation* »²⁵. Il s'agirait d'une vision qui réduirait l'enfant à son appareillage, qui considérerait la norme comme une mesure incontestable et qui privilégierait la compétence à la singularité.
- Les risques du « tout subjectif » seraient le délaissement de certains outils de compréhension des processus corporels mis en œuvre par le sujet au dépend d'une fascination pour le modèle psychanalytique transférentiel. Cela engendrerait une confusion de place ainsi que des objectifs de travail n'appartenant pas au champ de compétence de la profession.

Nous venons de voir que le bilan a une visée diagnostique, il est utilisé pour mettre en évidence des possibles retards et troubles psychomoteurs. Il va donc, comme le dit Catherine POTEL BARANES, « *tenter d'objectiver ce qui, du vécu du corps, pose problème chez le patient, et qui va permettre de donner un regard et un avis sur la singularité du développement psychomoteur de chaque enfant* »²⁶.

Les éléments récoltés lors du bilan sont à croiser avec les éléments cliniques recueillis lors de l'entretien avec les parents et l'enfant. En effet, ils sont des éléments clés dans la compréhension d'un possible diagnostic psychomoteur.

Les conclusions du bilan sont elles-mêmes à mettre en lien avec les éléments des autres professionnels de santé qui ont rencontré l'enfant pour aboutir à un diagnostic général et déterminer des axes de prise en soin.

²⁵ ROUX Y. (2005), « Le bilan psychomoteur, outil de mesure et/ou de compréhension ? », *Évolutions psychomotrices*, n° 68, p. 71

²⁶ POTEL BARANES C. (2004), « Les singularités du développement psychomoteur de l'enfant », *Évolutions psychomotrices*, n°65, p. 117

Il semblerait tout de même dommageable de s'arrêter là et d'omettre une autre fonction tout aussi importante du bilan psychomoteur qui est celle de médiateur de la rencontre.

En effet, le bilan est une occasion de rencontre entre l'enfant et le psychomotricien. Ce temps, dans lequel le thérapeute va tenter de créer un climat de confiance et dans lequel l'enfant va être pris en compte dans sa globalité – et non pas comme une somme de symptômes –, permet l'initiation de la relation thérapeutique.

Les processus transférentiels et contre-transférentiels sont en marche dans ce temps de bilan puisqu'ils apparaissent, comme nous avons déjà pu l'exposer antérieurement dans ce mémoire, dans toute rencontre et relation.

En amont du bilan, un travail d'élaboration s'est parfois déjà mis en route pour les parents et l'enfant dans le simple fait de reconnaître le(s) symptôme(s) et de prendre la décision de demander de l'aide. En réponse à cette demande, la recommandation d'un bilan psychomoteur par le médecin – ou autres –, porteuse de sens, va faire cheminer les partenaires et inscrit déjà l'enfant dans une démarche de soin.

Le lieu même du bilan, la salle de psychomotricité, joue également un rôle certain dans l'initiation d'un travail thérapeutique. En effet, c'est un espace accueillant, contenant et sécurisant dans lequel l'enfant peut trouver des jeux, des jouets, des ballons, des structures en mousse, des coussins, des tapis... En cela, la salle de psychomotricité se démarque des autres lieux qu'a pu rencontrer l'enfant dans son parcours de soin. Cet endroit permet de démedicaliser la situation de bilan et lui offre, par sa bienveillance, un terrain favorable à la sécurité et à la confiance. Le bilan psychomoteur est ludique et majoritairement très bien « supporté » par les enfants qui n'y voient pas la dimension évaluative.

Aussi, le déroulement même du bilan est porteur de soin par l'attitude du psychomotricien. En effet, ce dernier va prendre le temps de rencontrer l'enfant et n'aura de cesse de s'ajuster à lui.

Pour illustrer nos propos, nous allons prendre l'exemple d'un bilan psychomoteur réalisé avec un jeune enfant.

Luka, âgé de 13 mois, arrive au cabinet libéral avec une prescription de bilan psychomoteur pour un retard des acquisitions psychomotrices. Avec la psychomotricienne, nous rencontrons donc Luka et ses parents une première fois en entretien. Ensuite, deux séances sont prévues pour la réalisation du bilan psychomoteur de l'enfant.

Lors de la première séance de bilan, la psychomotricienne entre progressivement en contact avec le jeune garçon. L'accrochage visuel se fait, la psychomotricienne se met à lui parler. Luka, en sécurité dans les bras de sa mère, lui répond en gazouillant.

La psychomotricienne lui laisse le temps d'observer et de découvrir ce nouvel espace. Elle prend soin, tout en continuant à lui parler, à commenter ses agissements et à le regarder, de garder une certaine distance physique.

Ensuite, elle propose à la mère de Luka, de l'asseoir sur le tapis. Le petit garçon se retrouve donc entre sa mère et la psychomotricienne. Après un temps de découverte du tapis sur lequel il est installé, la psychomotricienne lui propose des jouets, en se rapprochant de lui.

Progressivement, une relation s'installe entre l'enfant et la soignante. C'est à partir de ce moment là que la psychomotricienne entre doucement en contact physique avec Luka en lui expliquant qu'elle va lui faire expérimenter quelques mobilisations.

La psychomotricienne, attentive à la disponibilité de l'enfant, prend soin de lui offrir des « temps de pause », temps où il peut retrouver les bras de ses parents ou bien son doudou.

L'attitude même du psychomotricien, l'écoute attentive de ses besoins, de sa disponibilité, de ses angoisses, de ses réactions, son regard, sa qualité de contact, ses ajustements notamment dans le dialogue tonico-émotionnel, permettent à l'enfant de se sentir soutenu, compris et en sécurité.

Cet accordage entre le psychomotricien et l'enfant pourra déjà faire soin, non seulement pour l'enfant mais aussi donnera la possibilité aux parents, parfois désorientés, de découvrir une autre façon d'être et d'agir avec l'enfant et de décoder certaines réactions, attitudes de leur enfant.

En cela, le bilan permet donc un cheminement psychique de l'enfant et des parents qui sont influencés par ce qui s'est dit, ce qu'ils ont vu et ce qu'ils ont compris. Et ce, parfois, très rapidement.

Les parents de Luka, sensibles et attentifs pendant le bilan aux agissements et aux dires de la psychomotricienne, s'en sont saisis très rapidement.

Lorsque nous retrouvons Luka, une semaine plus tard pour la deuxième partie du bilan, nous observons déjà des modifications chez les parents mais aussi chez le petit garçon.

A travers cet exemple, nous voyons bien comment le psychomotricien inscrit déjà le bilan dans un temps que l'on peut qualifier de thérapeutique.

Le bilan psychomoteur, outil sensible du vécu psychomoteur et de l'état d'être-au-monde de l'enfant, participe à l'élaboration d'un diagnostic mais il est aussi le médiateur de la rencontre entre l'enfant et le psychomotricien. Il permet d'initier une relation thérapeutique basée sur la confiance, l'ajustement, la sécurité et la bienveillance. Le bilan est un acte thérapeutique en soi.

La restitution

La restitution est un temps dédié à la communication des conclusions du bilan psychomoteur, à la mise en évidence des capacités, des compétences mais aussi des difficultés et des souffrances de l'enfant.

Réalisé sous la forme d'un compte rendu écrit, le bilan psychomoteur est, suivant le cadre institutionnel, lu aux parents et à l'enfant par le psychomotricien ou par un autre professionnel de santé.

Dans le cadre de mes stages :

- Au CSMI, la restitution du bilan psychomoteur est incluse avec celles des autres bilans pluridisciplinaires. Le professionnel qui réalise la restitution du bilan psychomoteur n'est pas le psychomotricien, il s'agit du pédopsychiatre qui est le premier professionnel de santé à avoir rencontré l'enfant et ses parents. Le compte rendu écrit est déposé dans le dossier de l'enfant et, consultable à la demande des parents.
- En cabinet libéral, la restitution du bilan psychomoteur est réalisée par la psychomotricienne. Elle lit et commente, en présence des parents, le compte rendu. Un double est donné aux parents.

Ce temps de restitution est très important car il possède de nombreuses fonctions.

Il est l'opportunité pour le psychomotricien d'exposer les difficultés pointées chez l'enfant par le bilan mais aussi d'en proposer une compréhension psychomotrice. En ce sens, la restitution possède une fonction importante dans la compréhension et la représentation, pour les parents et pour l'enfant, de l'expression de la symptomatologie psychomotrice de l'enfant.

Relatées dans le compte-rendu, les impressions, observations et compréhensions du psychomotricien au sujet de l'enfant, vont venir faire écho ou au contraire se confronter aux constats que livrent les parents. Ainsi, certaines difficultés pointées par le psychomotricien vont peut être venir faire sens chez les parents, les renvoyant à des situations du quotidien.

Cette mise en parallèle, cette association entre les conclusions du psychomotricien et la représentation générale que se font les parents de leur enfant peut permettre :

- une prise de conscience, par les parents, de la symptomatologie psychomotrice de leur enfant,
- pour le psychomotricien, une meilleure représentation des difficultés psychomotrice de l'enfant dans son quotidien,
- pour les parents, le début d'une possible compréhension – si ce n'était pas déjà le cas – de la demande de bilan psychomoteur initié par un tiers et donc une appropriation progressive,
- le début de la construction d'une représentation commune au psychomotricien et aux parents des besoins de l'enfant.

« Cette restitution permet aux parents de s'approprier ou de se réapproprier le souci de leur enfant, de les replacer dans leur rôle parental, comme premier connaisseur de leur enfant, susceptibles de repérer par eux-mêmes ses besoins. C'est le fait de leur redonner leur juste place qui contribue à l'instauration d'un climat de confiance entre les parents et le professionnel »²⁷. En effet, ce temps de restitution va servir de point d'appui pour le soin psychomoteur. Les parents, dans

²⁷ RAYNAL N. (2010), « Quelques intérêts de la restitution du bilan psychomoteur aux parents d'enfants accueillis en libéral », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 164, p. 50

une dynamique de confiance et de mobilisation de leur rôle parental, vont devenir partie prenante du soin avec un désir – tout à fait légitime mais pas toujours adapté – d'en être acteur.

Cette relation de confiance qui s'instaure, dans ce temps de restitution, entre les parents et le psychomotricien, va jouer un rôle primordial sur le soin psychomoteur de l'enfant au sens où cela va permettre à l'enfant d'intégrer plus facilement le cadre de soin qui lui est proposé. « *En effet, ce cadre donné à la famille dans son ensemble est d'autant plus sécurisant, contenant, et susceptible de favoriser la dynamique thérapeutique de l'enfant qu'il est cautionné par ses parents* »²⁸. Ainsi ce temps de la restitution vient renforcer « *l'alliance thérapeutique (...) naissante lors du premier entretien mais [qui] reste fragile* »²⁹.

C'est un temps qui permet au psychomotricien d'expliquer le principe du soin psychomoteur et les moyens d'action thérapeutique mais aussi d'exposer - dans le cas où l'enfant relève d'une prise en soin psychomotrice - une proposition thérapeutique pour l'enfant. Ainsi, le psychomotricien explicitera le fait que son attention est essentiellement portée sur l'enfant c'est-à-dire que ce dernier est acteur de son soin et en est le principal concerné. Bien évidemment, le psychomotricien ne manquera pas de rappeler aux parents l'importance de la communication parents-soignant autour des problématiques de l'enfant ainsi que le rôle actif qu'ils possèdent dans le soin de leur enfant.

La restitution permet donc, tout en faisant comprendre aux parents la dynamique de soin, de délimiter un cadre avec différents espaces : espaces réels et symboliques, espaces dédiés à l'enfant et dédiés à la famille, espaces de travail et de transition... Il y a ici tout un travail autour de la symbolisation du dedans et du dehors. Les parents doivent ainsi se saisir de la limite de l'espace réel et symbolique propre à l'enfant. Cela est rendu possible par cette « *capacité [des parents] à laisser leur enfant entrer dans la relation thérapeutique et s'approprier les expériences corporelles vécues au cours des séances* »³⁰.

²⁸ Ibidem, p. 51

²⁹ PERONO M. et GRABOT D. (2006), « La fragile naissance de l'alliance thérapeutique », *Evolutions psychomotrices*, n° 72, p. 63.

³⁰ FRAND O. (2007), « L'exercice libéral du psychomotricien au-delà de l'institution », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 149, p. 13-14

Aussi, dans ce travail de différenciation des espaces, il est important de faire comprendre aux parents que *« les espaces de travail, de vie familiale et de vie sociale ne sont pas strictement superposables, et que les activités ne sont pas transposables à l'identique d'un espace à un autre »*³¹. Le psychomotricien cherche par là, à faire comprendre aux parents qu'un jeu réalisé avec l'enfant dans la salle de psychomotricité n'aura ni la même valeur, ni le même but que s'il est réalisé dans un espace familial. Cela va permettre de cadrer les attentes et les demandes des parents. Certes, en tant que professionnel, le psychomotricien peut toujours conseiller les parents dans des activités ou des jeux en lien avec les problématiques de leur enfant, néanmoins, il faudra toujours soutenir le fait que c'est aux parents d'en faire ce qu'ils veulent avec leur enfant et qu'ils doivent rester surtout dans le plaisir du faire ensemble.

Parfois, les situations familiales dépassent notre champ de compétence, la problématique allant au-delà des difficultés propres de l'enfant. Le psychomotricien se doit alors de *« limiter les demandes d'écoute parentale et de s'efforcer autant que possible de proposer un autre espace thérapeutique différencié de son espace de soin psychomoteur »*³². D'où la nécessité pour le psychomotricien de réfléchir, penser à aménager un espace dédié aux parents et de donner une organisation à leurs échanges.

En cabinet libéral, on retrouve toute l'importance du réseau de soin avec les autres professionnels de santé de la région. Le psychomotricien se doit d'avoir des contacts pour rediriger, si besoin, les parents et enfants.

La restitution possède un rôle important dans le soutien et la valorisation de la fonction parentale, souvent mise à mal par l'enfant en souffrance. Ce temps permet de restituer et de conforter les parents dans leur place et dans leur capacité à être parents mais aussi d'insister sur leur rôle actif au sein du processus thérapeutique. *« Aider les parents à devenir demandeurs et acteurs du soin, de leur place (...) permettra le plus souvent à l'enfant de pouvoir s'intégrer pleinement au travail »*

³¹ RAYNAL N. (2010), « Quelques intérêts de la restitution du bilan psychomoteur aux parents d'enfants accueillis en libéral », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 164, p. 55

³² Ibidem, p. 56

psychomoteur, et donc au psychomotricien de pouvoir mener le soin au plus près des difficultés propres de l'enfant »³³.

D'autre part, le psychomotricien doit rappeler aux parents la nécessité de l'instauration d'une relation de confiance entre l'enfant et lui-même. Il est important d'expliquer aux parents qu'il s'agit là d'une relation thérapeutique bien différente de celle qu'entretiennent les parents avec leur enfant. L'objectif est d'exclure, chez les parents, la possible idée de concurrence et marquer la distincte place de chaque protagoniste.

Tout au long de la restitution, le psychomotricien prendra soin de s'adapter à son public, d'être clair, d'essayer de s'assurer de la compréhension des parents et de n'être ni brutal ni jugeant dans ses propos. *« Le partage des informations médicales, pour utile qu'il puisse apparaître, ne doit, en aucun cas, être banalisé (délivrance automatique d'informations sans précautions particulières...) : il doit être complet, mais survenir au bon moment, avec tact et mesure, et surtout, il doit prévoir un accompagnement qui visera à ne pas laisser démunis patients et familles »³⁴.*

La restitution permet aux parents d'initier un travail de compréhension du trouble psychomoteur de leur enfant ainsi que des processus thérapeutiques mis en jeu dans le soin psychomoteur.

Le discours du psychomotricien, par la mise en valeur de la place et de la fonction parentale dans le soin, permet l'existence d'un mouvement psychique chez les parents essentiel pour l'enfant.

C'est un temps clé dans lequel les parents prennent conscience de leur rôle d'alliés précieux et où *« se signe implicitement le contrat de soin qui unit le psychomotricien, l'enfant et ses parents »³⁵.*

³³ RAYNAL N. (2010), « Quelques intérêts de la restitution du bilan psychomoteur aux parents d'enfants accueillis en libéral », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 164, p. 56

³⁴ VIDON G. (2005), *Les carnets de l'observatoire des schizophrénies*, Broché, p. 3

³⁵ RAYNAL N. (2010), « Quelques intérêts de la restitution du bilan psychomoteur aux parents d'enfants accueillis en libéral », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 164, p. 51

Nous venons de traiter une première partie sur la rencontre. Nous l'avons d'abord définie de manière générale puis nous nous sommes attachés à la rencontre en psychomotricité. Cette rencontre est motivée par **le soin** qui est à la fois la demande du patient et/ou des parents mais aussi la – possible – réponse du psychomotricien à cette demande – lorsque celle-ci est bien orientée–. Il s'agit donc déjà d'un temps en relation avec la thérapie. N'est-ce pas là son enjeu principal ?

Dans une seconde partie, nous allons tâcher d'établir les liens entre la rencontre et le thérapeutique.

Nous allons d'abord aborder la notion de relation, que nous définirons. Ensuite nous nous intéresserons à la relation dans le soin puis plus spécifiquement à la relation en psychomotricité, nous parlerons alors de sa place et de ses spécificités. Pour finir nous nous pencherons sur le lien entre la rencontre et la relation.

II. Les enjeux de la rencontre

1. Un continuum rencontre-relation

a. Qu'est-ce qu'une relation ?

Le terme de "relation" terme dérive du grec " *relatio* " qui signifie " rapport ".

La relation peut être définie comme le « *caractère, [l'] état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles il existe un rapport* »³⁶ ou bien comme un « *lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie, etc* »³⁷ ou encore comme le « *rapport d'une chose à une autre* »³⁸.

³⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>

³⁷ Ibidem

³⁸ <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=relation>

Dans le champ de la relation humaine, la notion de " relation " renvoie à une « *liaison entre des personnes* »³⁹.

Ainsi, de nombreuses disciplines l'étudient, parmi lesquelles la psychologie, la sociologie, l'anthropologie ou encore la philosophie. Même si leurs approches peuvent différer, toutes s'accordent sur l'innéité du caractère relationnel de l'Homme. La relation est considérée comme un lien humain fondamental.

Mahmoud SAMI-ALI a d'ailleurs fait de la relation un de ses chevaux de bataille. Il développe la théorie relationnelle selon laquelle l'individu est un être de relation à partir de sa conception – c'est-à-dire avant même la naissance –.

Dans un autre registre, nous pourrions également citer Edouard T. HALL qui conceptualise la notion de proxémie, c'est-à-dire, la distance physique à laquelle se positionnent, les uns par rapport aux autres, des individus en interaction. Il explique que cette distance varie selon des règles culturelles subtiles.

L'approche d'Edouard T. HALL est d'autant plus intéressante qu'elle intéresse la psychomotricité par le fait que « *les différentes distances relationnelles entre les individus, les codes sociaux et l'empreinte culturelle façonnent le rapport au corps et à l'espace de l'être humain* »⁴⁰.

b. La relation dans le soin

De nos jours, la notion de relation occupe une place très importante dans le soin.

Une question fondamentale se pose : parle-t-on d'interaction ou de véritable relation dans le soin ?

Willard W.HARTUP interroge justement la différence entre l'interaction et la relation. Il explique que l'interaction suppose « *des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques...* »⁴¹. Il poursuit : « *on peut définir une relation*

³⁹ Ibidem

⁴⁰ ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P. (Sous la direction de) (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck-Solal, p. 229

⁴¹ SORSANA C. (1999), *Psychologie des interactions socio-cognitives*, Armand Colin, p. 47

comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures »⁴².

En vue de cette définition, nous pouvons établir que le lien soignant-soigné est bien une relation à proprement parlée puisqu'elle s'inscrit dans une temporalité et porte en son sein des attentes, des désirs, des représentations...

Toujours dans cette idée, nous pouvons citer Michaël BALINT, au sujet de la relation dans le soin : « *pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir »⁴³.*

De nombreux auteurs se sont intéressés à cette relation, appelée relation thérapeutique, entre le soignant et le soigné.

Un des plus connus à ce sujet est certainement le psychologue Carl ROGERS. Il développe la notion de " *counseling* " qui est une relation d'aide. Il écrit à ce propos : « *les relations d'aide sont une forme de relations interpersonnelles où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* »⁴⁴. Pour lui, la relation entre le soignant et le soigné est une co-création dans laquelle le soignant possède une certaine attitude. Ce dernier doit faire preuve de congruence, de considération positive inconditionnelle et de compréhension empathique à l'égard du patient sans lesquelles il ne pourra pas « *parvenir à [la] libération du potentiel de son patient »⁴⁵.*

Cette conception Rogérienne de la relation thérapeutique est intéressante mais insuffisante pour décrire la relation qui lie, en psychomotricité, le thérapeute et son patient. En effet, et nous allons le développer plus loin, certaines caractéristiques de cette relation en font des spécificités.

⁴² Ibidem, p. 47

⁴³ ZARIFIAN E. (1999), *La force de guérir*, Odile Jacob, p. 126

⁴⁴ ROGERS C.R. (1970), *Le développement de la personne*, Dunod, p. 29

⁴⁵ RAYNAL N. (2007), « De la rééducation à la psychothérapie, de la psychothérapie à la rééducation : la psychomotricité, une troisième voie ? Essai sur la spécificité du soin psychomoteur », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°149, p. 35

Nous allons nous intéresser maintenant à cette relation en psychomotricité, à la place qu'elle tient dans la pratique psychomotrice et nous développerons ensuite ses spécificités.

c. La relation en psychomotricité

Place de la relation en psychomotricité

La relation occupe une place importante au sein de la pratique psychomotrice. Denise LIOTARD renvoie ce fait aux influences de la discipline : « *la phénoménologie et la psychanalyse [sont venues] déposer en plein centre de la psychomotricité la question de la relation* »⁴⁶. De cette hérédité de la profession découle la notion de « *clinique transférentielle* ».

Néanmoins, suivant le champ d'intervention en psychomotricité, l'importance donnée au lien relationnel et sa prise en compte dans les différents processus va se moduler. Ainsi, le « *lien [relationnel] [...] va être au cœur même du processus thérapeutique dans le cas de la thérapie* »⁴⁷ alors que dans la rééducation, ce « *lien [...] va être support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages* »⁴⁸. Dans le premier cas, le thérapeute travaille donc " sur " la relation alors que le rééducateur travaille " avec " la relation.

Peu importe la nature du domaine d'intervention en psychomotricité, qu'il s'agisse de la prévention, de l'éducation, de la rééducation, du soin... en tant que psychomotricien, comme l'a exprimé Julian De AJURIAGUERRA, nous appréhendons le « *corps en relation* » et nous nous intéressons à une « *motricité en relation* » d'après Bernard JOLIVET.

De plus, « *la relation établie entre le psychomotricien et son patient est sans doute l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante* »⁴⁹. En effet, bien que dépendant de techniques, de compétences, d'outils,

⁴⁶ LIOTARD D. (2010), « Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur » in POTEL BRANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, p. 55

⁴⁷ POTEL BRANES C. (2010), *Etre psychomotricien*, Érès, p. 316

⁴⁸ Ibidem, p. 317

⁴⁹ Ibidem, p. 295

ou encore de médiations, le psychomotricien ne peut se réduire à la simple présence de ces éléments pour permettre la mise en jeu de processus thérapeutiques. La qualité de la relation, menant à l'alliance thérapeutique, joue un rôle primordial dans l'efficacité de la prise en soin. « *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 dans ce rapport d'aide* »⁵⁰.

Nous venons ici de voir l'importance que porte la psychomotricité pour la relation thérapeutique. Bien entendu, il ne s'agit pas de la seule discipline à lui donner une place considérable, mais alors, quelles sont les spécificités de la relation en psychomotricité ?

Spécificités de la relation en psychomotricité

Une des spécificités de la relation en psychomotricité est l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien. Comme l'explique Philippe SCIALOM, la relation en psychomotricité « *s'appuie [...] sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien* »⁵¹.

En psychomotricité, il s'agit bel et bien d'une véritable « *relation d'implication* ». Oliver MOYANO explique qu'elle est primordiale puisque c'est « *au sein de cette relation [que] l'enfant exercera tant ses capacités motrices que psychiques avec ce partenaire pas encore symbolique, mais sûrement symboligène* »⁵². Autrement dit, c'est parce que le psychomotricien est en mesure de s'impliquer pleinement dans cette relation – c'est-à-dire psychologiquement et physiquement – qu'il pourra mettre au travail les difficultés émanant du symptôme psychomoteur qui constitue l'objet de la rencontre entre le psychomotricien et son patient.

⁵⁰ ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P. (Sous la direction de) (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck-Solal, p. 295

⁵¹ Ibidem, p. 295

⁵² MOYANO O. (2004), « Le corps et son interprète », *Thérapie psychomotrice et recherches*, Hors série, p. 172

De cette spécificité de la relation en psychomotricité, qui est celle de l'implication du psychomotricien, va découler, en partie, une seconde : celle de l'analogie que l'on peut lui prêter avec la relation parents-enfant.

A ce sujet, Pascal BOURGER évoque cette relation psychomotrice qui, en alliant « *toucher – peau – tonus -- émotion forme une relation thérapeutique particulière entre le psychomotricien et son patient* »⁵³ et tend à se rapprocher, par sa nature, de la relation mère-enfant.

Ainsi, d'après lui, ce sont principalement deux fonctions, que joue le psychomotricien, qui permettent cette analogie :

- la capacité contenante du psychomotricien, qui « *directement en lien avec des notions d'impression et d'expression, semble très proche de la fonction contenante de la mère* »⁵⁴
- ainsi que la fonction pare-stimulatrice du psychomotricien dans laquelle « *là aussi, on trouve un rapport étroit avec une des fonctions maternelles : la fonction pare-excitatrice de la mère* »⁵⁵

Nicolas RAYNAL pousse l'analogie encore plus loin en évoquant les travaux de Wilfred BION sur la fonction alpha⁵⁶. « *Dans le travail psychomoteur, on peut considérer que cette fonction est à l'œuvre, notamment dans la mesure où le psychomotricien, par sa posture, son tonus, et ses mots, est potentiellement en capacité de restituer à son patient une élaboration abordable et supportable par ce dernier de ce qu'il aura perçu/reçu comme de ses sensations, sentiments et motions* »⁵⁷.

⁵³ BOURGER P. (2010), « De l'appropriation de concepts à l'individuation de la prise en charge en psychomotricité » in POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, p. 74

⁵⁴ Ibidem, p. 76

⁵⁵ Ibidem, p. 76

⁵⁶ « Le prototype de la fonction alpha est la capacité de rêverie de la mère qui, en prenant en elle les contenus déposés par son bébé, restitue à ce dernier des éléments alpha, c'est-à-dire une élaboration permettant au bébé de se débarrasser par la projection de sensations, de sentiments et de motions trop douloureuses car trop intenses et trop désordonnées. La mère les lui rend alors affaiblis par la médiation de sa rêverie. » in RAYNAL N. (2007), « De la rééducation à la psychothérapie, de la psychothérapie à la rééducation : la psychomotricité, une troisième voie ? Essai sur la spécificité du soin psychomoteur », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°149, p. 36

⁵⁷ Ibidem, p. 36

Ainsi, le positionnement original du thérapeute – sa présence, sa disponibilité, son écoute, son implication – induit la spécificité, l'unicité de cette relation psychomotrice et évoque de frappantes analogies avec l'attitude de la mère.

En séance de psychomotricité, au fil des rencontres, une histoire tonico-émotionnelle s'établit entre l'enfant et le thérapeute. Denise LIOTARD parle d'une « *rencontre de l'ordre de l'intime* »⁵⁸ comportant l'existence de niveaux très archaïques. « *Dans ce réel corps à corps, parfois seule alternative possible dans les moments de grande régression, ou de restauration narcissique, le psychomotricien offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau, il verbalisera les échanges pour donner sens, établir des liens, en même temps qu'il sera garant du cadre thérapeutique* »⁵⁹.

Le psychomotricien « *invite son patient à tisser avec lui, à co-créeer avec lui, ce lien particulier, comme une ré-expérimentation de la relation mère-enfant, à la fois similaire et différente, siège de la construction du sujet en relation à lui-même et au monde extérieur. Donc une relation humanisante* »⁶⁰.

Mais, le psychomotricien se rapproche également de la relation père-enfant au sens où il permet un « *dialogue phasique* » – terme de Jean LE CAMUS – avec l'enfant c'est-à-dire un échange plus physique, plus saccadé et stimulant que le « *dialogue tonico-émotionnel* » avec la mère.

Cet échange plus physique avec l'enfant stimule et renforce davantage le développement cognitif et l'autonomisation par des défis d'adaptation, des jeux plus moteurs. Le père « *galvanise l'estime et l'affirmation de soi et le sentiment qu'a l'enfant d'être cause, d'être capable de faire, de prendre des initiatives, de s'aventurer, de se mesurer à l'obstacle* »⁶¹.

Par son action dynamisante, le père aide l'enfant à s'ouvrir à son environnement puisqu'il vient faire tiers dans la symbiose mère-enfant et constitue un intermédiaire entre la famille et la société.

⁵⁸ LIOTARD D. (2010), « Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur » in POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, p. 57

⁵⁹ LIOTARD D. (1993), *Abrégé de Psychomotricité*, Masson, p. 168

⁶⁰ RAYNAL N. (2007), « De la rééducation à la psychothérapie, de la psychothérapie à la rééducation : la psychomotricité, une troisième voie ? Essai sur la spécificité du soin psychomoteur », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°149, p. 36

⁶¹ BERGER M. (2002), « Le droit d'hébergement du père concernant un bébé. », *Dialogue*, n° 155, p. 96

Ainsi, le psychomotricien détient la spécificité de s'impliquer psychocorporellement dans la relation avec son patient. Son positionnement s'apparente partiellement à ceux des parents dans la relation avec leur enfant. Nous venons de le voir, une certaine analogie avec la relation mère-enfant mais aussi père-enfant peut être faite. Mère et père ne possèdent pas le même rôle, ils font vivre à l'enfant des expériences différentes et complémentaires essentielles à son développement psychomoteur.

d. Les liens rencontre-relation

Au cours du temps, le thérapeute et le patient, qui s'engagent d'abord dans les sillons d'une rencontre de l'ordre de l'intime, vont progressivement co-construire – dans le meilleur des cas – une véritable relation.

Ce lien entre la rencontre et la relation est inscrit dans une temporalité, il est vectorisé. Il s'agit là d'un mouvement, de quelque chose de dynamique dont on ne peut séparer distinctement les deux entités.

De même, une fois la relation thérapeutique établie, celle-ci n'en est pas plus immobile, elle va évoluer, se transformer, parfois s'étendre, parfois se distendre... « Avec l'écart, les premiers liens qui s'établissaient dans le corps à corps vont s'opérer face à face »⁶².

Dans cette contiguïté qu'il existe entre la rencontre et la relation, une chose est certaine, pour être en relation il faut au préalable rencontrer. La relation s'ébauche donc à partir de la rencontre puisque cette dernière en est un élément indispensable, primordial.

Cela nous emmène à dire que penser la rencontre est déjà agir sur la relation.

Nous venons de voir, dans cette première partie, l'importante place que prend la relation en psychomotricité. Mais, quels sont les moyens que possède psychomotricien pour aller à la rencontre de l'enfant ?

⁶² DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 107

2. De la rencontre à l'établissement d'une relation thérapeutique

a. L'attitude du psychomotricien

Nous allons aborder ici l'attitude que le psychomotricien se doit d'adopter pour favoriser la rencontre avec son patient.

La qualité de présence et la disponibilité

Le psychomotricien a développé, notamment dans le cadre de sa formation spécifique, une qualité de présence corporelle particulière. Ainsi, son positionnement, sa posture, ses déplacements, sa tonicité ou encore ses appuis sont conscientisés et sont le fruit d'une réflexion « *pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients* »⁶³.

Le thérapeute doit être dans un état de disponibilité aussi bien mentale que corporelle, dans un état intérieur de réceptivité optimale. En effet, c'est en sa présence que « *l'enfant va extérioriser, expérimenter et exprimer, ici et maintenant, en le mettant en actes, un vécu ancien, réel et /ou imaginaire, enfoui dans ses sensations* »⁶⁴. Il doit constamment faire preuve d'adaptation pour donner la possibilité au sujet de réaliser une représentation de ses ressentis.

En lien avec cette présence particulière, le psychomotricien n'aura de cesse de s'ajuster à travers :

- **son toucher** : la qualité du toucher du psychomotricien est très importante. Elle est à mettre en lien avec le dialogue tonique des deux partenaires. Les propositions autour du toucher doivent être assurées, et claires pour permettre une contenance et une sécurité optimale à l'enfant. Le psychomotricien veille continuellement au degré de tolérance de l'enfant.
- **son regard** : le regard du psychomotricien, enveloppant et ajusté, a un rôle certain de soutien et permet de donner de l'intérêt à l'enfant. Ce dernier va se sentir exister pour quelqu'un mais aussi se sentir exister par lui-même. Ainsi,

⁶³ POTELE BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 329

⁶⁴ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 94

« sous notre regard respectueux, chaleureux, surpris, c'est peut être, là, que nous pouvons émettre la possibilité de toucher au sentiment d'existence du sujet et de pouvoir le renforcer »⁶⁵. Aussi, le regard du psychomotricien agit comme un miroir sur l'enfant qui, « regardé, [...] se regarde faire ».

- **sa voix** (dans ses différentes dimensions telles que la prosodie, le rythme, les intonations, les mots choisis...) : les paroles du psychomotricien agissent comme une enveloppe sonore, un bain de parole qui accompagne l'enfant dans son expression corporelle. La mise en mots de ce que l'enfant vit et fait, traduction de ses expériences, permet un travail d'intériorisation et de mentalisation de l'activité, un travail de symbolisation. C'est parce que les paroles du psychomotricien sont sensibles à ce qui se passe chez l'enfant, parce qu'elles font vérité aux vécus et actes de l'enfant, qu'il va pouvoir se les approprier.

L'ouverture et le respect

Ces deux notions sont primordiales dans le travail thérapeutique. Le psychomotricien rencontre le sujet dans son entité, il ne peut le réduire à une somme de symptômes ou à un diagnostic. Il rencontre une personne à part entière et doit être dans le respect de son unicité. « Cette thérapie suppose un langage commun et, dans la rencontre, la reconnaissance de la singularité de chaque patient »⁶⁶. Ainsi, le psychomotricien, tolérant et respectueux de son patient, n'émettra pas de jugement de valeur.

Le respect et l'ouverture se retrouvent également dans les travaux de Carl ROGERS sur la relation d'aide. En effet, il qualifie cette dernière de « *relation permissive* » au sens où elle accueille la libre expression du soigné et exclut tout jugement moral du soignant.

Ces deux composantes, portées par le psychomotricien, favorisent les processus relationnels ainsi que l'expression du patient qui, ne se sentant pas jugé, aura la possibilité d'être lui-même.

⁶⁵ POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In press, p. 59

⁶⁶ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 87

L'empathie

Le terme empathie dérive de l'allemand « *empfindung* » qui signifie « *ressenti de l'intérieur* ». Cette notion d'empathie, concept relationnel reconnu, a été développée par de nombreux auteurs tels que Heinz KOHUT, Donald W. WINNICOTT ou encore Carl ROGERS.

L'attitude empathique consiste à prendre l'autre comme référence, c'est-à-dire à se mettre à la place de l'autre, à saisir avec autant d'exactitude que possible la vision du monde de l'autre. Cependant, cette attitude requiert une conscience de soi, une identité propre ainsi qu'une capacité de représentation de l'état mental d'autrui pour ne pas plonger dans l'identification à la personne.

Appliquée à la relation d'aide dans le soin, Carl ROGERS explique : « *sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité du « comme si » - telle est l'empathie...* »⁶⁷.

Ainsi, le thérapeute accueille et cherche à comprendre les états internes et les composantes émotionnelles du patient tout en les reconnaissant bien séparés de lui. Autrement dit, il cherche à saisir la détresse de son patient sans pour autant la partager. Bien entendu, le thérapeute en accepte toutes les colorations sans jugement.

Cette notion indispensable s'appuie, chez le psychomotricien, sur son identité propre, sa conscience de soi, son vécu corporel, ses expériences... afin d'accueillir et de saisir les émotions du patient sans pour autant les transformer en affects.

L'empathie est une attitude conscientisée chez le soignant qui nécessite une écoute attentive de l'autre mais aussi de soi-même – pour éviter toute contagion émotionnelle et identification – ainsi qu'une attitude de non jugement. De ce fait, l'empathie facilite l'expression du patient ainsi que la relation thérapeutique.

⁶⁷ Ibidem, p. 204

L'écoute et l'observation attentive

Ecoute et observation ne peuvent se réduire à leurs qualités perceptives, en effet, elles supposent également une qualité d'attention. A ce titre, Albert CICCONE parle « *d'observation attentive* »⁶⁸.

Le psychomotricien, par cette écoute et cette observation attentive, va chercher à donner du sens aux signaux corporels qu'émet le patient. « *L'attention et l'observation représentent le mouvement premier de tout travail clinique. On peut même dire que l'observation clinique attentive est le cœur du travail clinique* »⁶⁹.

« *Ce travail d'observation et d'élaboration suppose aussi que le praticien soit dans un certain état d'esprit, et notamment qu'il soit en quête de sens, et donc qu'il soit ouvert au sens, réceptif au sens, au sens potentiel d'une situation* »⁷⁰. Autrement dit, le travail d'élaboration du psychomotricien qui accompagne cette observation doit rester ouvert à toute éventualité et ne pas s'enfermer à la seule évidence d'un sens manifeste.

Ainsi, Esther BICK a inventé et développé une méthodologie psychanalytique particulière d'observation attentive des jeunes enfants. Il s'agit d'observations fines sur des expériences corporelles qui mettent en évidence les états émotionnels et psychiques. Ces travaux ont ensuite été repris et prolongés par Martha HARRIS qui a ouvert le dispositif à l'ensemble des praticiens de l'enfance.

Aussi, il est important de rappeler que « *l'observation du corps de l'autre n'est pas neutre. [...] La relation de corps à corps existe dans les deux sens, le thérapeute répond dans son corps de façon consciente et inconsciente à ce que lui transmet le corps du patient* »⁷¹. En effet, le psychomotricien, par son implication tant corporelle que psychique, entre en résonance avec le patient et en reçoit des ressentis.

L'observation attentive « *suppose une mise en suspens non pas de l'agir, mais de la compréhension, du désir de compréhension immédiate, afin d'éprouver*

⁶⁸ CICCONE A. (2001), « Observation et écoute cliniques, quelques repères », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 126, p. 141

⁶⁹ Ibidem

⁷⁰ Ibidem, p. 142

⁷¹ VIGNE D. (2001), « Que faire des indices corporels dans l'écoute en thérapie psychomotrice ? », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 126, p. 66

suffisamment la teneur émotionnelle de la situation et d'en repérer suffisamment les indices »⁷².

L'authenticité et la congruence

Le thérapeute se doit de rester authentique, dans ce qu'il est mais aussi dans ce qu'il montre et dit. Il est important de ne pas perdre de vue que le patient est en capacité de capter et de décoder ce qui peut traverser le psychomotricien.

Cette authenticité demande au psychomotricien, en plus d'une écoute attentive du patient, une écoute attentive de lui-même. Ainsi, il peut communiquer au patient – avec discernement et délicatesse – ce qu'il éprouve, ressent dans la relation thérapeutique pour autant que cela puisse avoir du sens pour le patient.

Ainsi, Carl ROGERS nomme cette authenticité du thérapeute « *la congruence* ». « *Celle-ci correspond à un état d'accord interne entre ce que le thérapeute est réellement, ce qu'il perçoit, pense, ressent, comme intention et ce qu'il communique. Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre* »⁷³.

L'engagement et l'implication corporelle

Comme nous avons pu le voir précédemment dans ce mémoire, une des spécificités du travail en psychomotricité est l'implication, l'engagement corporel du thérapeute. Catherine POTEL BARANES lie cela à notre identité professionnelle : « *être psychomotricien, c'est engager son corps* »⁷⁴.

Olivier MOYANO parle d'une « *relation d'implication* » entre le psychomotricien et le patient, dans laquelle le corps y est le médiateur central. C'est par lui que la rencontre va s'amorcer et que des échanges vont pouvoir se faire.

⁷² POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, p. 49

⁷³ ROGERS C. (1970), *Le développement de la personne*, Dunod, p. 48

⁷⁴ POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 352

Au sein de cette relation tonico-émotionnelle, où l'implication corporelle du thérapeute se veut contenante, soutenante et sécurisante, le patient va progressivement investir son propre corps.

Le corps du psychomotricien est un véritable étau pour le patient, il devient un « *médium* » permettant de faire vivre au patient des expériences.

Aussi, l'engagement corporel du psychomotricien, qui rencontre l'enfant là où il est, qui se met à son niveau – parfois à quatre pattes sur le tapis –, qui s'exprime par son corps, qui utilise le dialogue tonico-émotionnel, joue un rôle fondamental dans la mise en jeu des processus relationnels.

Nous venons d'exposer ici les qualités nécessaires à l'attitude du psychomotricien pour rencontrer, de la manière la plus adaptée possible, le patient.

Cette attitude bienveillante du thérapeute – mais non neutre par son engagement psychocorporel – permet d'établir une base de confiance, de sécurité sur laquelle va pouvoir se développer une relation thérapeutique avec le patient. Ainsi, la présence du psychomotricien « *suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide [permettra] d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions* »⁷⁵.

Bien entendu, cette présence particulière du psychomotricien suppose un travail certain de formation, de réflexion, d'expérimentation et d'intégration.

La formation universitaire offre des outils, enseigne des méthodes, donne la possibilité de créer des liens théorico-cliniques par les stages mais aussi ouvre le champ du développement personnel à travers des pratiques corporelles. En cela, elle aide à développer chez l'étudiant en psychomotricité une qualité de présence, d'écoute, de sensibilité, de disponibilité particulière que Benoît LESAGE nomme « *corps-antenne* ».

Les formations complémentaires, au long de la carrière professionnelle, sont aussi importantes car elles contribuent à cultiver cette présence.

⁷⁵ Ibidem, p. 326

Cependant, il ne faut pas omettre l'individualité de chaque psychomotricien qui, par ses propres ressources psychiques internes, ses propres expériences, sa propre identité, ses propres qualités humaines, lui permet grandement de trouver les voies de la rencontre.

Nous venons de voir ici les qualités nécessaires du psychomotricien pour favoriser, faciliter la rencontre avec le patient. Intéressons nous maintenant aux outils qu'il possède pour aller à la rencontre de l'enfant.

b. Les outils du psychomotricien

Le psychomotricien possède des outils qui, alliés à son attitude, vont jouer un rôle certain dans la rencontre avec l'enfant.

Le corps et le dialogue tonico-émotionnel

A travers ce que nous avons vu précédemment de l'implication corporelle du psychomotricien, nous pouvons dire que son corps est un médiateur de la rencontre avec le patient.

Ainsi, sur un mode de communication équivalent à celui de la mère et son bébé, entre le psychomotricien et l'enfant s'installe une communication appelée « *dialogue tonico-émotionnel* » par Julian De AJURIAGUERRA – qui prolonge les travaux de Henri WALLON sur le « *dialogue tonique* » –.

Les émotions et ressentis de chaque partenaire s'expriment par la voie du tonus musculaire, qui est un vecteur de communication. De ce fait, les différents états – hypotonie et hypertonie – ainsi que les variations du tonus de l'enfant vont être communiquées au psychomotricien par l'intermédiaire du corps et inversement. Le tonus assure, à la fois de façon consciente et inconsciente, une fonction de communication du monde interne.

Ce dialogue tonique, véritable échange de tensions entre le psychomotricien et l'enfant, est un outil de rencontre et de compréhension de l'autre. Dans ce jeu

tonique, cette communication, des ajustements vont se mettre en place entre les différents partenaires.

Aussi, le dialogue tonico-émotionnel est un outil thérapeutique qui vise à relancer progressivement chez l'enfant, le processus intégratif et à l'amener vers la symbolisation de ses ressentis.

Le cadre psychomoteur

Le cadre est un élément relationnel que l'on retrouve dans toutes les pratiques où la relation est centrale. Il s'agit d'un contenant qui délimite, telle une bordure, l'intérieur et l'extérieur du processus thérapeutique.

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »⁷⁶.

Processus dynamique, le cadre est la structure de l'espace de soin. Xavier POMMERAU explique qu'il est question de contenance – non pas de détention – et de souplesse – non pas de rigidité –. Ainsi, au cours d'une thérapie, le psychomotricien peut être amené à modifier le cadre, il peut s'agir par exemple du passage d'une prise en soin individuelle à une prise en soin groupale, ou bien un changement de médiation.

Le cadre constitue un tiers dans la relation psychomotricien-patient. Tous deux doivent le respecter mais le thérapeute en est aussi le garant. Il s'agit en quelque sorte, pour le thérapeute, d'un contrat léonin puisqu'il en est à la fois juge et partie.

Le cadre possède des éléments invariants et variables.

Les invariants du cadre psychomoteur :

La notion de « *frame* » a été empruntée aux psychanalystes pour qualifier les invariants du cadre. Il s'agit de règles et de lois juridiques.

⁷⁶ POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 321

L'exercice du psychomotricien est encadré par la loi. On y retrouve le Décret de compétence n°88-659 du 6 mai 1988 dans lequel sont notamment explicitées les frontières de l'exercice professionnel mais aussi la soumission du psychomotricien au secret professionnel.

De plus, en lien avec le lieu d'exercice du psychomotricien, d'autres règles invariables vont venir s'ajouter au cadre.

Au sein de mes stages, je constate deux cadres bien distincts, qui sont fonction du lieu d'exercice du psychomotricien.

- Le cadre institutionnel contient : un règlement intérieur, un fonctionnement de l'équipe particulier dans lequel on retrouve une hiérarchie, un public spécifique, des projets de soin communs aux différents professionnels, des missions inhérentes à l'établissement...

- Le cadre en cabinet libéral contient : une charte de déontologie de l'AFPL (Association Française des Psychomotriciens en Libéral), des lois juridiques encadrant tous les professions libérales...

Ces différentes lois et règles, qui incombent à la profession ainsi qu'au lieu d'exercice, forment la partie invariante du cadre en psychomotricité. Intéressons nous maintenant à la partie variable de ce cadre.

Les aménagements du cadre psychomoteur :

Donald W. WINNICOTT emploie le terme de « *setting* » – qui signifie « réglages » – pour qualifier la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif thérapeutique. Autrement dit, le setting est donc l'ensemble des règles variables du cadre. Il met en avant la part active du thérapeute qui s'emploie à faire du cadre le lieu le plus propice à la mise en jeu de la dimension thérapeutique du soin psychomoteur.

Ainsi, Catherine POTELE BARANES envisage le cadre psychomoteur comme un cadre à la fois physique et psychique.

Il est un **cadre physique** par sa dimension spatio-temporelle. Inscrit dans le réel, il délimite l'espace et le temps de la prise en soin.

Le cadre psychomoteur offre un temps privilégié dans lequel « *la régularité et la répétition des séances définissent une continuité qui permet aux mises en jeu de se déployer* »⁷⁷.

Le cadre psychomoteur offre également un espace concret et repéré : la salle de psychomotricité. Cet espace clos, délimitant un dedans et un dehors, ainsi que le matériel qui s'y trouve assurent une permanence et une continuité pour le patient. Nous nous attacherons d'ailleurs, dans la partie suivante à développer les fonctions de cette salle de psychomotricité.

Le cadre va définir non seulement un temps et un espace, mais aussi un ensemble de règles. Ces dernières sont présentées par le thérapeute dès les premières rencontres avec le patient. Certaines règles varient d'un psychomotricien à un autre mais toutes garantissent la sécurité et le respect des différents partenaires. Ainsi, on retrouve par exemple la règle « de ne pas faire intentionnellement mal à l'autre et à soi-même » ou encore de « ne pas se moquer des autres ».

Ces règles, régulièrement testées par les enfants, leur permettent de vérifier la solidité du cadre.

« *Dans un premier temps, le cadre est très explicite et occupe l'espace thérapeutique mais au fil du temps, il devient implicite et doit être rappelé dans les moments de crise* »⁷⁸.

« *Mais le cadre, c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur* »⁷⁹. Ainsi, le cadre, animé par le psychomotricien, est un **cadre psychique** ayant différentes fonctions que nous allons brièvement développer.

Fonction de contenance

Didier ANZIEU évoque le cadre comme un « *contenant maternel* ».

Il est une enveloppe protectrice dans laquelle l'enfant peut y déposer ses pensées, ses peurs, ses angoisses, ses difficultés. Il est aussi une interface entre le dedans et

⁷⁷ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 94

⁷⁸ STANZOS A. et SCHNEEBELI V. (2012), « Il faut poser un cadre au patient », *Santé mentale*, n°172, p. 52

⁷⁹ POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 321

le dehors qui protège l'enfant à la fois physiquement et psychiquement. Ainsi il permet de protéger l'enfant des agressions extérieures ou bien intérieures.

Le cadre est comme une seconde peau psychique pour le patient, qui contient et retient les bons éléments. En tant que bons éléments, nous évoquons les éléments que le thérapeute va apporter à l'enfant aux travers du « *dialogue tonico-émotionnel* », du « *handling* » et « *holding* » ou encore de la « *fonction alpha* ».

Le cadre, dont est garant le psychomotricien, offre une stabilité et une solidité propices à la réassurance et à la sécurité de l'enfant. Ainsi, dans un tel climat, il encourage les expérimentations mais aussi la communication et la relation avec le thérapeute.

Fonction de limitation

Le cadre vient faire tiers dans la relation psychomotricien-patient comme le père vient faire tiers dans la relation mère-enfant. En effet, il impose par des lois et des règles, des limites de temps, d'espace et de possibilités d'action.

Le cadre possède donc une fonction limitatrice qui permet à l'enfant la distinction avant/après, dedans/dehors, Moi/non-Moi. Ainsi, il permet de consolider, de solidifier les différentes limites de l'enfant. En somme, il lui permet de se différencier, de s'individualiser.

Fonction de symbolisation

Le cadre, par l'intermédiaire du psychomotricien qui va mettre du sens sur les actes et les paroles du patient, va permettre l'initiation du processus de symbolisation et ainsi donner l'accès aux représentations.

Fonction de pare-excitation

Le cadre possède également une fonction de pare-excitation au sens dont l'a défini Sigmund FREUD c'est-à-dire une fonction de protection et de filtre par rapport aux excitations du monde extérieur.

Fonction d'étanchéité

Pour finir, le cadre offre, par sa fonction d'étanchéité, un endroit sécurisant et confidentiel où les dires et les faires de l'enfant, livrés au psychomotricien dans l'intimité de leurs rencontres, restent secrets.

« Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître ». Ainsi, Christian BALLOUARD en parlant de « cadre ajusté » pointe la part active du psychomotricien qui, garant de ce cadre, se doit de le réfléchir, le penser afin de permettre l'émergence de ses différentes fonctions que nous venons de citer.

La salle de psychomotricité

La salle de psychomotricité est le lieu de la rencontre entre l'enfant et son thérapeute. Elle offre un espace concret composé de murs qui délimitent un dedans et un dehors. Elle permet à l'enfant de le laisser organiser son propre espace et de réguler les distances interpersonnelles.

Espace vaste, elle invite à l'activité dynamique, à la mise en jeu du corps de l'enfant.

L'aménagement de cette salle a été pensé par le psychomotricien pour être un lieu sécurisant, accueillant et offrant différents espaces – comme par exemple un « coin calme » – à l'enfant. Les divers objets qui s'y trouvent, de par leur caractère polyvalent, permettent de se métamorphoser au grès de l'imagination de l'enfant et du psychomotricien.

La salle de psychomotricité permet d'offrir une permanence et une continuité à l'enfant : il y retrouve les mêmes objets, le même matériel, la salle est immuable et les règles à l'intérieur restent inchangées. En cela, cet espace fait partie des invariants du cadre thérapeutique.

Il s'agit d'un lieu dédié à l'enfant, consacré à lui seul. C'est « *un espace pour son corps, un lieu pour ses paroles qui lui permet de trouver une place* »⁸⁰.

La salle de psychomotricité, avec toutes les caractéristiques que nous venons de voir, ainsi qu'un cadre solide et une disponibilité – tout autant mentale que corporelle – du thérapeute, permet de créer un champ de communication et d'échanges, c'est-à-dire un champ relationnel avec l'enfant.

Ainsi, lorsque le psychomotricien et l'enfant se retrouvent ensemble dans cet espace, ce dernier devient un espace potentiel de jeu et un espace potentiel transférentiel. Le sujet y trouve la liberté d'exprimer, de créer, d'imaginer, d'explorer et d'expérimenter ce qu'il porte en lui.

En somme, la salle de psychomotricité, endroit garant de la thérapie, est un « *lieu où d'autres espaces se créent : espaces de l'imaginaire, du jeu, des représentations, de la pensée en marche* »⁸¹.

Le bilan psychomoteur

Nous avons déjà développé les fonctions de cet outil indispensable du psychomotricien auparavant dans ce mémoire. Nous insisterons seulement sur le fait qu'il est un médiateur de la rencontre, au service de l'initiation de la relation thérapeutique.

La médiation en psychomotricité

La médiation en psychomotricité – de quelque nature soit-elle – possède un rôle certain dans la rencontre avec le patient. « *La médiation devient l'organisateur des temps de rencontre* »⁸².

La médiation est un intermédiaire, un espace entre soi et l'autre, qui offre un objet commun d'attention conjointe à partager. Elle est un support de l'échange et de la communication. En cela, elle est facilitatrice de la relation. Aussi, la médiation offre la possibilité de mettre de la distance, parfois nécessaire, entre les deux partenaires.

⁸⁰ BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, 2^e édition, Dunod, p. 189

⁸¹ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 96

⁸² POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 317

La médiation a une valeur de symbolisation certaine, elle permet, par l'intermédiaire du thérapeute, d'aider l'enfant « à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées »⁸³.

« Il ne s'agit pas de faire faire au patient une activité pré-pensée par le psychomotricien qui la propose, ni de l'initier à une technicité dont il serait le professeur, mais bien de trouver-crée ensemble, dans un accompagnement mutuel, une voie possible pour se rencontrer et ainsi investir une nouvelle scène, singulière et personnelle, à mi chemin entre soi et l'autre »⁸⁴. Ainsi, le patient est acteur de sa prise en soin.

La médiation et le plaisir partagé qui s'en dégagent sont des outils certains à la rencontre entre le thérapeute et le patient mais aussi à l'initiation de la relation thérapeutique.

Le jeu, médiation particulière en psychomotricité

« L'enfant qui ne joue pas n'est pas un enfant »⁸⁵. Cette célèbre citation de Pablo NERUDA n'est pas sans rappeler que le jeu est une médiation particulière en psychomotricité puisqu'il fait partie intégrante du développement de l'enfant.

Les psychomotriciens ne sont pas les premiers à avoir mis en avant la fonction thérapeutique du jeu, bien qu'elle soit considérée comme la clé de voûte de leur travail. Ainsi, Sigmund FREUD avec « le jeu de la bobine », Donald W. WINNICOTT avec les « objets transitionnels » et « l'espace transitionnel » ou encore Jean PIAGET avec les différents stades et les différents types de jeux nous ont offert matière à penser sur le jeu.

Chez l'enfant, le jeu est une activité essentielle qui participe à l'évolution de ses compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, de créativité et de

⁸³ Ibidem, p. 368

⁸⁴ RODRIGUEZ M. et BRUCHON CHATAGNAT M. (2010), « POST-FACE par Marc Rodriguez & Magalie BRUCHON CHATAGNAT », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 161, p. 85

⁸⁵ NERUDA P. (1987), *J'avoue que j'ai vécu*, Gallimard

socialisation. Il est son mode de relation privilégiée avec son entourage et son environnement.

En psychomotricité, le jeu est un espace de rencontre entre le patient et le thérapeute. Fabien JOLY parle « *d'aire de jeu thérapeutique* » au même titre que Donald W. WINNICOTT parle « *d'aire transitionnelle* » pour qualifier cet espace potentiel dans lequel l'enfant fait la rencontre de l'autre et inversement.

Le psychomotricien, avec son implication psychocorporelle, « *devient joueur, partenaire ludique engagé dans la création hic et nunc du jeu. Ce 'jouer avec' rend possible un espace de rencontre et d'expérience où l'enfant accepte de s'avancer avec son thérapeute* »⁸⁶.

En thérapie psychomotrice, le jeu est un véritable travail dont le but est de favoriser l'assimilation psychique et permettre la symbolisation des expériences de l'enfant. Pour ce faire, le psychomotricien œuvre à organiser le temps, contenir le jeu et « *permettre que la réalité et l'illusion puissent coexister sans être pour autant confondues* »⁸⁷.

Bien entendu, « *le plaisir est un vécu essentiel au travail psychomoteur, tant il permet au patient d'investir son corps positivement.* »⁸⁸

Ainsi, nous venons de le voir, le jeu, dynamique fondamentale du développement de l'enfant, est un outil essentiel en psychomotricité. Il permet la rencontre de l'autre. Il est un moyen privilégié pour l'enfant de communiquer ce qui est encore non communicable.

Nous venons d'exposer les différentes qualités de l'attitude du psychomotricien mais également les différents outils qu'il possède pour aller à la rencontre du patient. Ces éléments, sur lesquels le psychomotricien n'a de cesse de réfléchir, vont concourir à l'élaboration d'un terrain favorable à la naissance d'une alliance thérapeutique.

⁸⁶ JOLY F. (1993), « Le travail du jouer dans la médiation psychomotrice » in CALZA A., CONTANT M. (Sous la direction de) (1993), *Abrégé de psychomotricité*, Masson, p. 56

⁸⁷ POTEI BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 357

⁸⁸ RAYNAL N. (2007), « De la rééducation à la psychothérapie, de la psychothérapie à la rééducation : la psychomotricité, une troisième voie ? Essai sur la spécificité du soin psychomoteur », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°149, p. 37

c. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique incombe au domaine du soin. Elle est unique à chaque couple patient-thérapeute.

Elle provient de la mise en présence de deux partenaires, soignant et soigné, qui se reconnaissent mutuellement, se font confiance et s'engagent ensemble dans la prise en soin et la relation.

Cet engagement est considéré comme un gage de soin. Ainsi, l'alliance thérapeutique est essentielle à la thérapie, elle est un facteur prédictif de traitement.

De nombreux auteurs se sont intéressés à ce phénomène. Ainsi, Denis GRABOT parle d'« *alliance thérapeutique* », Carl ROGERS préfère la notion « *engagement* », Maurice CONTANT et André CALZA emploient le terme de « *contrat thérapeutique* ». Même si les formules employées diffèrent, toutes soutiennent la notion d'union, de mutualité, mais aussi de collaboration active. De plus, elles mettent en avant le fait que le patient est acteur dans sa propre prise en soin.

Il est important de rappeler que lorsque le patient est un enfant, le thérapeute se doit aussi d'établir une alliance avec les parents ou les représentants légaux de l'enfant. Sans celle-ci, la prise en soin pourrait être mise à mal par des absences, un manque d'échanges et d'engagement.

Comme le souligne Didier HOUZEL, l'alliance thérapeutique « *est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire* ». Mais, c'est aussi grâce à un cadre sécurisé que l'alliance va pouvoir se mettre en place. Il y a une relation réciproque entre ces deux éléments de la thérapie.

L'alliance thérapeutique se met en place progressivement, elle ne peut pas être prédite à l'avance puisqu'elle dépend de nombreux facteurs. Ainsi, Denis GRABOT explique qu'elle est indissociable du premier entretien. L'alliance va s'appuyer et être influencée par tout ce qu'il se passe entre le patient et le thérapeute dès la première rencontre.

Le psychomotricien se doit donc de réfléchir et penser la rencontre pour pouvoir aider l'instauration de l'alliance thérapeutique.

3. Lorsque la relation thérapeutique prend sens

Lorsque l'alliance thérapeutique est en place, la relation prend sens et le psychomotricien, par son implication corporelle, va devenir un véritable étai pour l'enfant dans son développement.

a. L'étayage du psychomotricien

« L'étayage comprendrait trois dimensions : celle du modèle, qui le rapproche de l'identification, celle de l'appui et surtout celle de la dérivation ou reprise transformatrice. Cela veut dire que l'élément qui s'étaie peut prendre sur l'élément étayant à la fois modèle et appui, mais que la dynamique fondamentale de l'étayage ne consiste pas dans la reproduction du même ; au contraire réside dans l'émergence du nouveau, dans la transformation de ce qui est apporté par l'étai, pour créer de l'inédit »⁸⁹.

Le psychomotricien est un étai

Le psychomotricien possède un rôle important dans son positionnement thérapeutique qui est un positionnement d'étayage. Comme pourrait le faire une mère avec son bébé, le psychomotricien cherche à offrir à l'enfant un soutien physique et psychique basé sur une sécurité et une confiance dans le lien et l'espace. Ce soutien va permettre à l'enfant d'explorer son environnement, d'expérimenter de nouvelles choses, de déployer sa créativité...

Dans cette relation d'implication psychocorporelle, « *le corps parlant du thérapeute rencontre le corps parlant du patient* »⁹⁰ et un canal d'échange et de communication s'ouvre : le dialogue tonico-émotionnel.

Ce dialogue renseigne le psychomotricien sur le monde interne et la manière d'être-au-monde de l'enfant.

⁸⁹ ROBINEAU C. (2014), « Enjeux de la relation en psychomotricité », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°175, p. 15

⁹⁰ DESOBEAU F. (2010), « Identité et fonction du psychomotricien », *Thérapies psychomotrice et Recherche*, n°162, p. 61

Progressivement, c'est au travers de ce que Fabien JOLY nomme « *la position thérapeutique du psychomotricien* » – c'est-à-dire de l'ensemble de ses postures, de son positionnement, de ses techniques et savoirs-faire – que ce dialogue entre l'enfant et le thérapeute va devenir source de perceptions et de représentations mentales.

Le psychomotricien est un médium

Françoise GIROMINI explique que la psychomotricité dans sa dimension thérapeutique « *est médiatrice en soi par sa fonction miroir, sa fonction expressive et sa fonction créatrice, en supposant que c'est la corporéité du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre qui en est le médiateur* »⁹¹.

En effet, le psychomotricien, partenaire ludique de l'enfant, est lui-même un médium parce qu'il permet de lui faire vivre des expériences – il sollicite la mise en jeu du corps en relation et les éprouvés corporels – ainsi qu'un travail de symbolisation.

Le psychomotricien offre un espace dans lequel son corps devient un soutien, un contenant mais aussi un miroir narcissique pour l'enfant. L'implication corporelle des deux partenaires permet la mise en place de processus d'identification et de différenciation chez le patient. Dans la pratique à médiation corporelle, le travail autour de la sensorialité, de la perception des limites de l'enveloppe corporelle ainsi que les allers-retours entre dedans/dehors, Moi/non-Moi, intérieur/extérieur vont aider le sujet à prendre conscience de son identité. Son corps va ainsi lui servir de repère.

Aussi, le psychomotricien prête son appareil psychique à l'enfant pour rendre la perception de ses propres ressentis pensables et exprimables. Dans la relation à l'autre, dans ce qui s'y passe et s'y dit, des liaisons vont se faire et progressivement, le vécu de l'enfant va se structurer et s'intérioriser. « *Par associations, le discours du corps vécu devient le discours du corps pensé* »⁹².

Ce processus de l'expérience et de la symbolisation de l'expérience fait référence à « *l'appareil à penser les pensées* » de Wilfred BION. Ainsi, les données sensorielles

⁹¹ POTEI BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès, p. 526

⁹² DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 51

et émotionnelles désorganisées de l'enfant appelées « *éléments bêta* » vont être transformées par le psychomotricien en « *éléments alpha* » assimilables, matériau de la pensée.

En ce sens, parce que le psychomotricien prête son appareil psychocorporel à l'enfant afin qu'il puisse l'utiliser pour se construire, le thérapeute peut être considéré comme un « médium ». Il est « *l'objet transitionnel du processus de représentation* »⁹³.

Peu à peu, dans la relation à l'autre et le jouer-avec, « l'objet-thérapeute » – pour reprendre le terme de Denise LIOTARD – va servir de résonateur des perceptions, sensations, éprouvés et affects de l'enfant. Au fil de la thérapie, dans un jeu de liaisons et d'associations d'expériences vécues, va émerger un processus évolutif au service de la structuration de la pensée et de la symbolisation du sujet en devenir.

« *Le corps du thérapeute devient ainsi véritablement un organisateur pour l'enfant au même titre que l'était sa mère dans ses premières expériences avec le monde extérieur* »⁹⁴.

b. Intégration, évolution, transformation, structuration, construction du sujet

La psychomotricité est une pratique qui, par l'intermédiaire du psychomotricien, mobilise le corps ainsi que le psychisme et établit une circulation entre ces deux sphères sans jamais les cliver.

Enfant et psychomotricien, engagés dans une relation thérapeutique, vont partager des expériences corporelles. Et c'est parce que ces expériences se font dans un cadre contenant, en présence d'un thérapeute investi et étayant, qu'elles vont alimenter la vie psychique de l'enfant.

⁹³ ROUSSILLON R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, p. 130-146

⁹⁴ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 63

Le psychomotricien est, comme le qualifie Fabien JOLY, un véritable « *interlocuteur transitionnel* » pour l'enfant dans l'espace potentiel qu'ils partagent ensemble. Disponible, impliqué et investi, le thérapeute accompagne et nourrit l'enfant d'expériences en lui prêtant son propre appareil psychocorporel engagé dans la relation.

Le psychomotricien accompagne l'enfant dans la structuration de sa pensée et dans le développement du processus de symbolisation. Il étaye le passage « *de l'acte à la pensée* » c'est-à-dire « *de l'agi au représenté* ».

Ainsi, le thérapeute accompagne l'enfant dans sa structuration psychocorporelle en tant qu'unité et identité. Dans le lien, il permet l'intégration, l'évolution, la transformation, la structuration et la construction du sujet.

Partie clinique

I. Présentation des structures de stage

1. Le CSMI (Centre de Santé Mentale Infantile)

Le CSMI est un lieu de consultations et de soins du Pôle Pédopsychiatrique Universitaire. Il accueille des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans. Il se compose d'un CMP (Centre Médico-Psychologique) et d'un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel).

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'un médecin psychiatre, d'une psychologue, d'une infirmière, d'une orthophoniste, d'un psychomotricien et d'une assistance sociale.

2. Le cabinet libéral de psychomotricité

Le cabinet libéral de psychomotricité est un lieu de soin. Bien qu'il puisse accueillir tout public – du nouveau-né à la personne âgée – il est fréquenté très majoritairement par des enfants.

II. Rencontre avec Luka : quand la rencontre fait soin

A travers ce cas clinique, nous allons voir comment les premières rencontres, les premières séances de psychomotricité sont déjà porteuses de soin. Ainsi, au sein de cette partie nous ferons des liens avec des éléments théoriques que nous avons abordés auparavant dans ce mémoire.

Entretien et anamnèse

Luka est né le 25 décembre 2014, lorsque nous le rencontrons pour la première fois, le 29 janvier 2016, il a alors 13 mois et 24 jours, soit 414 jours.

La grossesse s'est déroulée tout à fait normalement. Le petit garçon est né à terme, par voies basses et assisté de forceps. Dans les premiers jours, une légère jaunisse et des difficultés à prendre du poids sont rapportées.

Luka présente des reflux gastro-œsophagiens ainsi que d'importantes coliques qui le rendent douloureux dans les premiers mois de sa vie. La mise en place de la diversification alimentaire a néanmoins permis de réguler les difficultés digestives de l'enfant.

Luka est décrit par ses parents comme un bébé au caractère facile, qui fait ses nuits, mange bien et va facilement vers les autres. Il est gardé par une nourrice depuis l'âge de deux mois et aucune difficulté de séparation n'est observée. Il participe volontiers à l'habillage et au déshabillage, il tient son biberon tout seul et se montre volontaire dans les moments de repas.

Il est adressé en psychomotricité pour un retard des acquisitions psychomotrices : le ramper et le quatre pattes ne sont pas mis en place par Luka, il ne possède aucun moyen de déplacement et ne cherche pas non plus à se déplacer. Ses parents expliquent que le petit garçon n'aime pas être allongé sur le ventre, ni sur le dos. Lorsque c'est le cas, et comme il n'arrive pas à s'asseoir seul, il se montre très agacé et se met à pleurer jusqu'à ce que l'adulte le mobilise. Il passe donc tous ses temps d'éveil en position assise. Luka a bien investi les jeux de motricité fine et aime particulièrement les jeux d'encastrement.

Nous percevons rapidement que la mère de Luka, qui travaille au sein d'une crèche, semble être la plus inquiète et la plus désemparée des deux parents face aux difficultés de son enfant. Dans ce temps d'échange, elle fait de nombreux liens avec son travail et notamment avec les enfants atteints de handicaps lourds qu'elle côtoie. Nous semblons sentir une confusion entre son rôle de mère et son rôle de professionnelle ainsi qu'une remise en question de ces deux polarités. Plusieurs fois, au cours des différentes rencontres, elle fonda en larmes.

Nous comprenons, et la mère l'exprime d'ailleurs très bien, la difficulté pour elle d'avoir fait cette démarche de rencontrer un professionnel de santé pour son fils.

De ce fait, et tout en restant très vigilante à ses paroles, la psychomotricienne cherche à « dédramatiser » la situation, en y mettant de la distance. En effet, la mère du petit garçon fait des liens avec des enfants porteurs de syndromes génétiques –

elle évoque notamment une petite fille atteinte de trisomie – alors que les difficultés de Luka que pointent les parents ne relèvent pas du même registre.

Dans ce temps d'entretien, nous pouvons constater l'importance d'une écoute attentive et bienveillante, des difficultés, des questionnements ou encore des peurs qui émanent du discours des parents.

Durant ce temps de rencontre avec les parents, Luka est calme, il « parle » beaucoup – il répète des syllabes mais ne dit pas encore de mots – et semble s'adresser à nous.

Il est assis à califourchon sur sa jambe gauche de son père face à nous. Il est adossé à sa poitrine, le haut de son corps est alors penché en arrière et ses jambes, hypotoniques, pendent dans le vide.

A la fin de l'entretien, la psychomotricienne rend compte aux parents de cette position d'hyperextension. Elle leur explique, et d'autant plus compte tenu des difficultés de l'enfant, qu'il est important de l'installer dans des positions d'enroulement pour lui faire vivre le rassemblement, l'unité du corps.

Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de Luka est réalisé en deux séances, les 12 et 19 février 2016. Lors de ce temps, la passation du test de BRUNET-LEZINE révisé (échelle de développement psychomoteur de la première enfance) sera réalisée.

Première séance

Luka est un petit garçon très attentif à ce qui l'entoure et éveillé. Il semble avoir saisi les enjeux du bilan ainsi que le rôle de la psychomotricienne. Ainsi, même s'il entre facilement en relation et qu'il est conciliant, il se montre tout de même méfiant face à la thérapeute. Il adopte une mine boudeuse dès qu'elle le mobilise.

Luka se montre peu sûr et mettra beaucoup de temps – pratiquement toute la première séance – à se sentir en sécurité. Chaque objet que nous lui tendons ou bien qu'il attrape est placé entre ses jambes ou autour de lui. Ainsi, il en garde le contrôle et se crée un périmètre de sécurité.

Aussi, il présente des angoisses de perte très manifestes envers les objets qu'il s'est approprié. Lorsque nous lui demandons de nous en donner un ou bien que nous le prévenons que nous allons en récupérer un, le petit garçon devient très inquiet, il se met à pleurer et adopte des attitudes hypertoniques au niveau des membres supérieurs. Ainsi, un jeu de balle est impossible à mettre en place pour le moment.

Dans des moments de frustration, de fatigue ou de mobilisation par la psychomotricienne, Luka, rapidement dépassé, se met à pleurer et montre des mouvements d'hyperextension avec rigidification des membres. Il ne sait signaler sa détresse à ses parents que de cette façon. Dans ces moments, il ne se montre ni en capacité de se tourner vers eux, ni en capacité de lever les bras pour avoir du réconfort.

La psychomotricienne verbalise aux parents cette absence de demande de la part de leur enfant.

La psychomotricienne propose aux parents de Luka de lui montrer la façon dont ils aident Luka à se mettre assis. La mère tient alors les jambes de son enfant et celui-ci se relève de façon couteuse, sans aucun appui des bras, en contractant les abdominaux.

La psychomotricienne montre alors comment aider Luka à se mettre assis de façon à respecter les étapes naturelles du développement psychomoteur. Ainsi, elle explique aux parents l'importance de l'aider à passer sur le côté pour s'asseoir. Cette méthode est la moins couteuse pour l'enfant et lui permet d'expérimenter, de s'appropriier les appuis du haut du corps.

Le temps du bilan est un moment propice, pour les parents, à la découverte de nouvelles façons de faire et d'agir avec leur enfant dans le respect du développement psychomoteur.

Compte tenu du niveau d'insécurité de Luka et de ses difficultés à gérer ses émotions, la psychomotricienne, ne réalisera que très peu de mobilisations au cours de cette première séance.

Deuxième séance

Nous retrouvons Luka et ses parents, une semaine plus tard, pour la suite du bilan psychomoteur. Nous constatons rapidement des petites évolutions chez les différents partenaires.

Nous notons une nette amélioration du temps de sécurisation dont l'enfant a besoin pour se rendre disponible. Luka semble avoir reconnu le lieu ainsi que la psychomotricienne et moi-même. Il se montre plus rapidement sécure et un jeu de balle en triangulation va pouvoir se mettre en place lors de cette séance.

Au départ, Luka se met à pleurer quand l'adulte récupère la balle. Mais, progressivement, avec l'étayage de la psychomotricienne qui met des mots, utilise un ton assuré et rassurant et accompagne ses verbalisations de gestes, il comprend que la balle n'est pas perdue, qu'elle va lui revenir et qu'il n'a pas à s'inquiéter de la sorte. Ainsi, en quelques minutes, il s'apaise et prend un réel plaisir au jeu sans angoisse de perte de l'objet.

Dans ce temps de bilan, un climat de confiance et de sécurité s'installe chez l'enfant par l'attitude du thérapeute qui fait preuve d'adaptation, d'ajustements – notamment dans le dialogue tonico-émotionnel –, de verbalisations, de décodage, de bienveillance, d'écoute attentive de ses besoins... Mais aussi par le lieu même du bilan, espace potentiel, qui est sécurisant et contenant.

Cela renvoie aussi à l'initiation de la relation thérapeutique avec l'enfant.

De ce fait, lors de cette deuxième séance de bilan, et compte tenu de la disponibilité de petit garçon, des mobilisations sont possibles mais Luka a tout de même besoin de nombreuses pauses.

La mère de Luka, plus attentive au fait que son enfant ne fait pas de demande adressée, elle prend le temps et ne répond pas aussi vite aux pleurs de son enfant. Elle s'adresse à lui en expliquant qu'elle ne comprend pas ce qu'il veut.

Nous constatons aussi que les parents appliquent les conseils de la psychomotricienne pour relever Luka en position assise mais aussi veillent à positionner Luka dans l'enroulement. La psychomotricienne révèle alors ces attentions et appuie leur démarche.

Cela rejoint la notion de collaboration et d'alliance entre les parents et le psychomotricien. Il est important que les parents comprennent que leur implication est nécessaire et fondamentale pour le travail thérapeutique avec l'enfant.

La psychomotricienne décode les besoins de Luka, ainsi quand il commence à être fatigué ou agacé par les sollicitations, elle verbalise « tu as fait beaucoup de choses, peut être que tu as besoin de faire une petite pause dans les bras de maman ».

La psychomotricienne en donnant du sens, en décodant, en établissant des liens permet d'aider les parents dans la compréhension de certaines attitudes, réactions de leur enfant.

Les parents font de nombreux liens entre ce que dit la psychomotricienne de ce qu'elle voit comprend de Luka et ce qu'il se passe à la maison.

Lors du bilan, un travail d'élaboration est en train de se mettre en place chez les parents. Nous retrouvons la progressive construction d'une représentation de l'enfant commune à la psychomotricienne et aux parents. En effet, les parents se retrouvent dans le discours de la thérapeute au sujet de Luka, certains éléments faisant écho chez eux.

Lors de cette rencontre, Luka montre plus de volonté à bouger, il lance ses bras en avant, comme dans une ébauche de « marche sur les fesses » mais pour l'instant il n'avance pas encore. La psychomotricienne souligne cette évolution.

La mise en avant par la psychomotricienne des compétences de l'enfant ainsi que de ses évolutions permet une dynamique positive de renarcissisation chez les parents.

Passation du test de BRUNET-LEZINE révisé

Luka obtient, avec la passation de ce test, un quotient de développement de 76 points, soit l'équivalent d'un âge développemental de 10 mois et 15 jours.

- Domaine postural et moteur : Luka possède un âge développemental de 9 mois

Luka, allongé sur le sol, réalise aisément des retournements dos/ventre et inversement.

Il n'est pas capable de se mettre assis seul mais qu'il possède toutes les bases pour

le faire. Une aide minimale est nécessaire. Cela semble être une question de prise de confiance en ses capacités.

Lorsqu'il est mis debout par l'adulte, Luka refuse de prendre appui sur ses pieds.

On note un clivage important entre le haut et le bas du corps : le petit garçon est très tonique au niveau des membres supérieurs et hypotonique au niveau des membres inférieurs. De plus, une hyperlaxité de la ceinture pelvienne et des genoux semble fragiliser encore plus l'ancrage au sol et peut mettre à mal Luka dans l'appropriation de ses compétences et de ses appuis au sol.

- Domaine des coordinations oculomotrices : Luka possède un âge développemental de 11 mois

Certains items n'ont pas pu être réalisés par l'enfant, comme celui de la saisie d'un troisième objet par l'enfant, non à cause d'une incapacité mais par l'insécurité que l'enfant présente, ses angoisses de perte.

Cependant, il fait des gribouillages sur démonstration.

- Domaine du langage : Luka possède un âge développemental de 12 mois
Lorsqu'il se sent sécurisé, Luka est un petit garçon très bavard qui s'adresse facilement à l'adulte tout en soutenant son regard. Il se montre très expressif et semble raconter des histoires importantes.

Il est aussi capable de secouer la tête pour dire « non ».

- Domaine des relations sociales : Luka possède un âge développemental de 10 mois

Luka participe activement au temps de repas et se montre plutôt autonome. Il aide aussi pour l'habillage.

Certains items qui ne sont pas observés semblent être du encore une fois à une question de sécurité interne plutôt que d'incapacité.

La restitution

Ce temps d'échange avec les parents sur les conclusions du bilan psychomoteur leur a permis une prise de conscience des difficultés de leur enfant.

Ainsi, la mère de Luka, très inquiète au départ, semble avoir enfin compris et intériorisé que les difficultés de son enfant ne relèvent pas d'un handicap.

La restitution, par le biais des paroles de la psychomotricienne, a alors permis d'atténuer la culpabilité de la mère qui se remettait beaucoup en question au niveau professionnel et personnel.

La restitution possède un rôle important dans le soutien et la valorisation de la fonction parentale, souvent mise à mal par l'enfant en souffrance.

Les parents de Luka ont montré, durant ce moment d'échange, une véritable implication et volonté d'aider leur enfant. Et, dans une dynamique de confiance envers la thérapeute, ils sont devenus partie prenante du soin.

Ce temps de restitution vient renforcer l'alliance thérapeutique naissante entre les parents et la psychomotricienne. Cette relation de confiance qui s'instaure est primordiale pour rendre la prise en soin de l'enfant opérante.

La mère explique durant ce temps que depuis la fin du bilan psychomoteur de Luka ainsi que les échanges qu'elle avait pu avoir avec la psychomotricienne « quelque chose commence à lâcher » chez elle.

Le discours du psychomotricien, par la mise en valeur de la place et de la fonction parentale dans le soin, permet l'existence d'un mouvement psychique chez les parents essentiel pour l'enfant.

Ainsi, illustré à travers le cas clinique de Luka et de sa famille, nous constatons que ce temps de restitution est un véritable point d'appui pour le soin.

Conclusion du bilan

« Les conclusions du bilan psychomoteur sont les suivantes : Luka apparaît comme un enfant peu sécure. Il semble présenter un défaut d'enveloppe corporelle qui entraîne une hypersensibilité à son environnement. Il possède des réticences voire une peur de se mettre en jeu et d'explorer ses compétences motrices globales. Les mobilisations de l'adulte le rendent irritable et nous constatons les difficultés que possède Luka à mettre du sens sur ses éprouvés corporelles et ses ressentis. »⁹⁵

⁹⁵ Texte tiré du bilan psychomoteur de l'enfant.

Proposition de prise en charge et axes de travail

« Il apparaît important de pouvoir accompagner Luka dans la restauration d'une enveloppe corporelle sécurisée qui lui donne suffisamment de contenance pour se rassurer et lui permettre ainsi d'oser aller explorer son environnement et de mettre en jeu ses compétences motrices.

Il est essentiel de porter une attention particulière dans l'étayage et la verbalisation de ses ressentis afin qu'il puisse petit à petit les identifier par lui-même et ne plus en être effrayé. Pour l'heure, il semble que Luka ne possède qu'un seul moyen pour manifester ses angoisses, ses colères ou ses frustrations. Il n'est pas en mesure de faire des demandes adressées et d'aller chercher chez l'adulte l'aide nécessaire pour se rassembler.

Un accompagnement en psychomotricité, dans le cadre de séances parents-enfant, permettra à ses parents de mieux identifier les états émotionnels de leur petit garçon afin de l'accompagner au mieux. La stimulation psychomotrice permettra de faire découvrir à Luka toutes ses potentialités et de se sécuriser petit à petit, notamment par le biais de diverses expériences psychomotrices. »⁹⁶

Les séances de psychomotricité

Dans la continuité des premières rencontres, le lien établi entre l'enfant et la psychomotricienne est une base à l'émergence d'une relation thérapeutique.

La qualité de ce lien étaye un travail de sécurisation et de prise de conscience des capacités que possède Luka.

Ainsi, très rapidement, des mobilisations sont observées chez l'enfant. Luka commence à investir le bas de son corps par différents jeux, il se déplace sur les fesses, il réalise des jeux de balles et peut donner des objets à l'adulte sans angoisse, il est capable de faire des demandes à ses parents (par exemple, il tend les bras pour avoir un câlin)...

⁹⁶ Ibidem

A travers ce cas clinique, nous constatons comment, dès les premiers instants, une dynamique va se mettre en route chez l'enfant mais aussi chez les parents. En ce sens, nous voyons clairement l'abord thérapeutique des premières rencontres.

III. Réflexions sur ma place de stagiaire à travers ma rencontre avec Arthur : une rencontre difficile

A travers ma rencontre particulière avec Arthur, nous allons mener une réflexion sur la place de stagiaire.

Dans un premier temps, nous exposerons les éléments anamnestiques d'Arthur afin de dresser une toile de fond nécessaire à la compréhension de ce cas clinique. Puis, dans un second temps, nous lierons des éléments de réflexion sur la place de stagiaire dans le cadre de la rencontre avec l'enfant.

Anamnèse d'Arthur

Je fais la rencontre d'Arthur au sein du cabinet libéral dans lequel j'effectue mon stage. Il est suivi en psychomotricité pour des difficultés relationnelles, des difficultés attentionnelles ainsi qu'une immaturité psychomotrice.

Il est né le 16 juin 2006 et a donc bientôt 10 ans. Il vit chez ses parents avec son frère de 15 ans. D'après les dires de leur mère, la relation qu'entretiennent les deux garçons est conflictuelle, ils ne s'apprécieraient pas.

Physiquement c'est un garçon de corpulence normale et très grand pour son âge. Arthur a des cheveux lisses et bruns, il a de grands yeux noisette. Il porte un appareil dentaire avec lequel il joue souvent à passer la langue dessus ou souffler dedans.

Sa taille et le port de cet appareil lui donnent un air d'adolescent qui discordent avec son attitude enfantine notamment lorsqu'il est en présence de sa mère.

La grossesse ainsi que l'accouchement d'Arthur se sont déroulés sans difficulté pour la maman. Le garçon se développe normalement et ne présente pas de retard dans les différentes étapes du développement psychomoteur.

Néanmoins, dès la petite enfance, des difficultés d'attachement parental et d'intégration sociale avec ses pairs sont pointées chez Arthur.

Par ailleurs, il présente aussi des signes d'angoisses corporelles. Il perd l'acquisition de la propreté et développe des angoisses massives liées aux toilettes. A ce moment là, Arthur dort alors dans le lit de sa mère.

Encore aujourd'hui, Arthur possède des problèmes intestinaux (occlusions) et des angoisses se réactualisent le soir. Il ne dort plus dans le lit de sa mère mais un rituel d'endormissement a été mis en place car Arthur ne supporte toujours pas d'être seul.

Durant les quatre premières années de vie d'Arthur, sa mère a présenté des fragilités sur le plan psychologique. Elle évoque une dépression.

Aujourd'hui, elle a une relation fusionnelle avec son fils et elle en est consciente. Elle souhaite qu'il soit plus autonome et mature mais elle a tendance à le protéger et à faire les choses à sa place.

Elle le décrit comme un enfant très angoissé, qui possède beaucoup d'appréhension. Elle dit qu'il n'a pas de problème de comportement, il est plutôt calme et déteste les conflits.

Aussi, elle parle d'Arthur comme d'un enfant hypersensible qui présente des réactions émotionnelles excessives à la frustration, aux contraintes, aux échecs qu'il n'arrive pas à gérer. Elle explique avoir mis en place des stratégies de contournement dans le but de le protéger.

Dans le domaine moteur, elle décrit son fils comme un enfant « pas très agile » : il ne sait pas faire de vélo, a du mal à attraper une balle, présente de la lenteur dans l'habillage... Et explique qu'il préfère passer son temps sur l'ordinateur plutôt que de jouer dehors.

Au niveau scolaire, il est en classe de CM1 dans une école dite classique. D'après sa mère, jusqu'en CE1 aucune difficulté n'est signalée chez Arthur. C'est à

partir du CE2 que le garçon va inquiéter son entourage.

En effet, au-delà de grandes capacités pointées par sa maitresse, Arthur se montre inattentif, très facilement distrait et rêveur. Il présente donc des difficultés à finir ce qu'il entreprend en classe comme par exemple suivre jusqu'au bout des consignes longues ou finir ses exercices. Aussi, il met beaucoup de temps à se mettre au travail. Ses résultats scolaires sont bas malgré de bonnes capacités et de nombreuses sollicitations de la maîtresse (notamment la répétition).

Arthur n'aime pas l'école, il n'a jamais envie d'y aller car il dit s'y ennuyer.

Les difficultés relationnelles d'Arthur entraînent au niveau scolaire des conflits avec ses camarades de classe. L'incompréhension de ces derniers provoque, chez le garçon, un fort sentiment de persécution. Plusieurs fois, se sentant victimisé et étant très sensible aux mots, il passera à l'acte, tapant ses camarades.

Les cours de sport sont aussi particulièrement compliqués pour Arthur. Il ne supporte pas que les autres enfants transgressent les règles mises en place.

Aux vues des difficultés que présente Arthur, différents bilans ont été prescrits par un médecin généraliste.

Bilans et projet de soin

Seul un résumé des bilans va être exposé ici, les bilans dans leur intégralité sont consultables dans l'annexe de ce mémoire.

Un bilan neuropsychologique est réalisé en octobre 2014. Ce dernier met en avant le fait qu'Arthur possède une attention soutenue et sélective satisfaisante, une flexibilité mentale correcte, une structuration perceptive très satisfaisante. On retrouve néanmoins une passivité accompagnée d'un manque d'initiative et une vitesse de traitement très lente à l'écrit.

Un bilan orthophonique est réalisé en février 2015. Il révèle une absence de trouble ou de retard de langage écrit et oral. Les résultats d'Arthur sont corrects voire souvent au dessus de la moyenne des enfants de son âge.

Un bilan psychomoteur est réalisé en avril 2015. Ce bilan met en avant chez Arthur des difficultés motrices, marquées surtout par l'immaturation de son contrôle moteur. Ainsi, son geste graphomoteur manque beaucoup de vitesse et d'efficacité par fluidité. Concernant ces points, une prise en charge est proposée par le psychomotricien pour Arthur.

En ce qui concerne son comportement, Arthur s'est montré tout à fait coopérant lors de ce bilan, mais il a montré parfois des difficultés à maintenir son attention longtemps.

Suite aux différents bilans, une prise en charge en psychomotricité et en pédopsychiatrie ont été mises en place.

A ce jour, aucun diagnostic n'est posé chez l'enfant, ne sont évoqués que ses difficultés relationnelles, attentionnelles et son immaturité psychomotrice.

Néanmoins, l'entourage d'Arthur se mobilise pour l'aider. Ainsi une demande d'AVS a été faite. Elle a été refusée, faute de diagnostic, mais la maman a fait appel de la décision.

Aussi, des adaptations ont été mises en place à l'école. La classe d'Arthur a eue une sensibilisation sur le harcèlement scolaire et la maîtresse a expliqué aux camarades de classe d'Arthur les difficultés qu'il rencontrait. Depuis ce temps de sensibilisation, les enfants seraient beaucoup plus compréhensifs et attentifs, Arthur se sentirait mieux à l'école.

La psychomotricienne et la pédopsychiatre qui suivent toutes deux régulièrement Arthur suspectent un autisme de haut niveau ou un syndrome Asperger. Cette hypothèse n'a jamais été évoquée par les professionnels de santé à la mère d'Arthur.

Suite à cela, la pédopsychiatre a récemment pris la décision d'informer la maman sur cette suspicion. L'annonce a été un véritable soulagement pour cette mère qui attendait depuis longtemps qu'une pathologie puisse expliquer les difficultés de son fils. Elle reste tout de même consciente qu'il ne s'agit pour l'instant que d'hypothèses mais elle a l'espoir « de voir le bout du tunnel ». Des investigations sont actuellement en cours au CRA.

Prise en soin en psychomotricité

Arthur est suivi en psychomotricité de façon hebdomadaire depuis septembre 2015. Le projet de prise en soin d'Arthur en psychomotricité s'articule autour de différentes notions à travailler : la relation et l'ajustement relationnel, l'expression des émotions et des éprouvés corporels, l'attention et la disponibilité, le jeu dans sa dimension de plaisir, la contenance et l'intégrité corporelle, le lâcher-prise psychocorporel, l'assouplissement des défenses ainsi que la confiance en soi et en l'autre.

Ma rencontre avec Arthur

Lorsque je fais la rencontre d'Arthur au cabinet libéral où je réalise mon stage, sa prise en charge en psychomotricité a déjà commencé depuis environ deux mois.

Je le vois pour la première fois lorsque j'entre dans la salle d'attente du cabinet où il est installé avec sa mère. Nous sommes tous deux présentés l'un à l'autre par la psychomotricienne qui lui dit : « *Tu vois c'est Emma, ma nouvelle stagiaire dont je t'ai déjà parlé.* ».

A ce moment là, ayant son attention, je suis littéralement frappée par son regard. Le garçon me fixe d'un regard intense, soutenu et lourd. Je fais la première expérience, plutôt troublante pour moi, de ce regard transperçant dont j'avais si souvent entendu parler... Arthur, en continuant à me fixer, reste muet quelques instants qui me paraissent plutôt longs, avant de lancer : « *Du coup je vais la regarder beaucoup !* ».

Réflexions sur ma place de stagiaire en psychomotricité : une position particulière et privilégiée

Accueillir un stagiaire au sein d'une prise en soin psychomotrice individuelle ou groupale n'est pas chose facile. En effet, un travail avec l'enfant a déjà été engagé et une relation thérapeutique est, peut être, déjà en place entre le psychomotricien et l'enfant.

Ainsi, il est important de souligner la nécessité d'un questionnement, d'une réflexion sur les conditions d'introduction d'un stagiaire afin que chacun puisse y trouver des intérêts.

La position de stagiaire est une **position** que je trouve **particulière**. En effet, le stagiaire arrive, la plupart du temps, « en cours de travail ». Le psychomotricien a déjà tissé de véritables liens avec les patients. Ainsi, l'introduction du stagiaire est délicate.

Aussi, le stagiaire en psychomotricité se retrouve dans un cadre, instauré par le thérapeute, qui n'est pas le sien, il se doit donc d'intérioriser ce cadre.

Etre le stagiaire d'un psychomotricien travaillant dans une institution demande aussi de trouver et prendre une place au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Cela n'est pas forcément évident lorsqu'il s'agit d'une équipe au sein de laquelle il y a des conflits ou bien dans laquelle la dynamique de groupe s'essouffle pour diverses raisons.

Du côté du psychomotricien et maître de stage, il est important qu'il anticipe la situation. Ainsi, il est primordial qu'il prépare les enfants, en amont, à l'arrivée de son stagiaire. Cette annonce peut faire naître beaucoup d'interrogations et d'appréhension chez les patients. De plus, il est aussi utile que le psychomotricien obtienne l'adhésion de l'enfant à cette modification de cadre pour intégrer le stagiaire dans la prise en soin.

Lorsque je suis arrivée au sein de mes deux stages, chaque maître de stage m'avait déjà introduit « psychiquement ». Les enfants étaient tous au courant de ma venue, certains se rappelaient même de mon prénom. Les psychomotriciens m'ont laissé tous deux me présenter aux enfants. J'ai estimé nécessaire, à ce moment là, de réexpliquer brièvement ma venue avec mes propres mots.

Une fois les présentations faites, j'ai dû, en plus de réfléchir à ma place de stagiaire dans la relation thérapeutique psychomotricien-patient, réfléchir à ma place physique.

Au cabinet libéral, où j'ai réalisé l'un de mes stages, un des rituels d'entrée est de s'asseoir au sol. Ainsi, lorsque je suis arrivée pour la première fois dans la salle de psychomotricité, j'ai rencontré quelques difficultés, ne sachant pas vraiment où me positionner spatialement au sol. Au départ, je me suis donc assise à côté de la psychomotricienne. Puis je me suis rapidement rendue compte que ma position n'était pas la plus adaptée puisque le petit patient se retrouvait avec deux adultes lui faisant face. Ainsi, prenant soin de réfléchir à ma place, je me suis décalée pour trianguler spatialement les échanges.

D'autre part, mon introduction en tant que stagiaire s'est faite progressivement au sein des séances. Ma place s'est affirmée peu à peu, passant d'une position d'observateur à une position plus active. Cependant, dès le début, je me suis aperçue que ma position d'observation, soit disant « passive », possédait déjà un rôle actif par le tiers que je représentais et les modifications qui s'opéraient dans la relation duelle. Dès le début, j'ai pu constater les multiples regards furtifs des enfants afin de vérifier ma présence.

La séance commence et je me rends vite compte qu'Arthur est troublé par cette nouvelle présence qu'est la mienne. À mon plus grand étonnement, après cet échange dans la salle d'attente, il ne me regarde pas et plus que ça, il m'ignore. Tentant d'amorcer notre rencontre, la psychomotricienne propose que nous fassions un jeu tous les trois. Nous lançons donc la partie mais même lorsque le jeu est bien entamé, je me sens toujours aussi seule, mise de côté par Arthur. Il évite soigneusement mon regard tout au long de la séance et ne m'adressera pas un seul mot.

L'introduction d'un stagiaire dans une prise en soin psychomotrice fait évoluer la relation duelle du thérapeute et du patient en une relation à trois. En cela, la présence du stagiaire triangule cette relation et mobilise des enjeux œdipiens plus ou moins marqués, d'autant plus si le couple thérapeutique est composé d'un homme et d'une femme.

A mon sens, même si la position de stagiaire est dans un « *entre-deux* » puisqu'elle demande de « *faire preuve de fiabilité tout en acceptant sa fragilité et son manque d'expérience* »⁹⁷, l'expérience des stages pour l'étudiant en psychomotricité me paraît essentielle.

En effet, le stage est le moyen pour l'étudiant d'être « au plus près » du métier de psychomotricien et ainsi d'observer, en pratique, les ressorts de la profession. Des liens théorico-cliniques vont pouvoir se mettre en place avec les enseignements reçus en école.

Le stage permet d'apprendre le fonctionnement des institutions, des cabinets libéraux, de côtoyer une équipe pluridisciplinaire et d'en comprendre les rouages.

Il s'agit également d'un temps de mise en pratique où l'étudiant est amené à réaliser des bilans psychomoteurs et des prises en soin psychomotrices.

Ces expériences permettent de le placer dans une situation professionnalisante de laquelle émane des articulations théorico-cliniques et une élaboration psychique.

De plus, le stagiaire possède, selon moi, un **positionnement privilégié** car de sa place, bien qu'expérimentant – et tâtonnant parfois – la thérapie psychomotrice, il possède un véritable étai constructif en la personne du maître de stage.

Il s'agit, pour l'étudiant, d'un référent sur lequel il peut s'appuyer, auquel il peut faire part de ses questionnements et de ses doutes. Le maître de stage possède un rôle certain dans la transmission de savoirs, dans les articulations théorico-cliniques et dans l'élaboration psychique du stagiaire.

Le maître de stage aide l'étudiant à orienter et affiner son regard clinique mais aussi à se questionner sur lui-même autour de ses ressentis et des processus transférentiels/contre-transférentiels. Ainsi, il possède une fonction de pare-excitation auprès du stagiaire en lui permettant de diriger son attention et de verbaliser autour de ses réactions, ses ressentis, ses affects emprises dans la relation avec les patients.

Les échanges avec mes maîtres de stage ont été très riches. Ils m'ont permis de me rendre compte de l'importance du travail dans l'après-coup, ils m'ont guidée dans mes réflexions et m'ont aussi appris sur moi-même.

⁹⁷ BOUTINAUD J. et SAGE V. (2002), « Récit d'une transmission : la question de la filiation dans la relation maître de stage/stagiaire », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 132, p. 22

Le maître de stage est aussi une figure identificatoire pour nous, futurs professionnels. En effet, il « *participe à la structuration de notre identité professionnelle* »⁹⁸ et nous aide à progressivement développer notre propre pensée et notre propre place de professionnel. Secondairement, il est important de pouvoir être capable de se distancier, de se détacher de son maître de stage pour trouver sa propre façon de penser et de concevoir le travail de psychomotricien.

L'introduction d'un stagiaire, bien qu'engageant le psychomotricien qui le reçoit à un réel investissement, revêt des avantages certains pour le thérapeute. « *L'introduction de ce tiers va (...) amener le thérapeute à porter son attention sur de nouveaux éléments* »⁹⁹. Le stagiaire, en triangulant la relation, va entraîner une dynamique chez le patient. Cette mobilisation de l'enfant dans cette relation à trois – parfois surprenante – est un nouvel élément clinique à saisir pour le thérapeute.

Lorsque je démarre le stage, Arthur a déjà commencé la prise en charge en psychomotricité. Entre lui et la psychomotricienne, une relation est déjà en train de se tisser.

Lors des premières séances qui ont suivi mon arrivée, je sens bien que ma présence perturbe grandement Arthur. Il est en difficulté pour communiquer avec moi et cherche même à me mettre à distance.

Pour exemple, lors de la création d'un parcours psychomoteur et alors que je suis assise contre un mur, Arthur me frôle, une brique à la main, il piétine devant moi. Je comprends alors qu'il veut installer des éléments de parcours là où je suis assise. Voyant qu'il ne peut le verbaliser, je lance « je te gêne Arthur ? ». Sans pour autant me regarder, il acquiesce et m'indique un endroit à l'écart où m'installer.

Il m'évite soigneusement, ne pose pas ses yeux sur moi. Il me fait disparaître.

Avec Arthur, le fait de trianguler spatialement les positions me fait défaut car il s'agit d'un moyen pour lui de m'exclure : il s'oriente vers la psychomotricienne et ne se tourne pas vers moi, ne me regarde pas.

⁹⁸ Ibidem, p. 24

⁹⁹ Ibidem, p. 16

Ainsi, le garçon s'oppose passivement physiquement et mentalement à cette triangulation.

En tant que stagiaire, il est important d'appréhender la place que nous octroie ou non l'enfant.

Quelques séances se passent, je reste pour l'heure " observatrice ". Arthur commence à me faire exister à ses yeux en questionnant ma présence qu'il juge inutile car « elle fait que regarder ».

Il est aussi nécessaire de percevoir la manière dont l'enfant peut chercher à nous « utiliser ».

Progressivement, Arthur me laisse une place dans les jeux. La triangulation commence à se construire par le biais de mises en jeu corporelles dans des scènes de théâtre que nous improvisons à trois.

La présence du stagiaire vient ainsi « moduler » la relation. C'est un moment où certains enfants vont tester à nouveau la solidité d'un cadre qu'ils avaient auparavant intériorisé. Dans cette situation, il me semble important de faire comprendre à l'enfant, même de notre place de stagiaire, que les règles restent inchangées et que nous les partageons ensemble.

Ainsi, lors de mon stage en cabinet libéral, je me rends rapidement compte que F., un garçon de 9 ans, cherche à faire de moi une alliée pour que l'on se ligue ensemble contre l'autorité de la psychomotricienne. Il cherche à tester le cadre en utilisant ma position.

Dans un autre registre, la présence d'un stagiaire permet également au psychomotricien d'avoir un partenaire de plus dans le jeu et ainsi de pouvoir aborder de nouveaux jeux avec l'enfant.

L'émergence d'une triangulation s'est fait dans et grâce au jeu de rôle que nous avons mis en place. Dans ce partenariat, Arthur a pu expérimenter une dimension supplémentaire dans l'interaction. Ainsi, au fil du temps, il montre un intérêt plus

marqué à mon égard. Il me fait progressivement une place dans cette prise en soin à trois.

Aujourd'hui, il est capable de me regarder, de me parler et de jouer avec moi.

La présence physique de deux adultes ayant une fonction soignante peut accentuer le sentiment de sécurité de l'enfant dans des activités plus motrices et lui permet ainsi de faire de nouvelles expérimentations.

Pour l'illustrer, L. petite fille de 6 ans, sécurisée par la présence de la psychomotricienne et de moi-même (chacune positionnée en début ou fin du parcours psychomoteur), expérimente sans cesse de nouvelles choses.

Aussi, la présence du stagiaire, en plus de celle du psychomotricien, permet de pouvoir faire prendre conscience à l'enfant de contrastes et différences : gentil/méchant, mou/dur, lent/rapide...etc.

A travers la réflexion que j'ai menée sur ma place de stagiaire, je me suis rendue compte de la nécessité de ces stages pendant nos études, des apports qu'ils offrent par les liens pédagogiques que l'on peut faire mais aussi par la richesse des échanges avec les maîtres de stage.

Les stages possèdent un rôle certain dans la construction de notre identité professionnelle. Ils sont un véritable « *préambule de la suite de notre pratique* »¹⁰⁰.

Dans le cadre de la rencontre, la place du stagiaire va dépendre :

- du maître de stage, en fonction de la place qu'il va donner à son stagiaire. Cela peut dépendre par exemple de ses convictions professionnelles, de ce que lui renvoie son stagiaire...
- du stagiaire lui-même, en fonction de ses capacités à prendre la place que lui offre son maître de stage. Cela peut dépendre par exemple de son implication, de sa confiance en lui-même...
- mais aussi de l'enfant, en fonction de la place qu'il va octroyer au stagiaire. En effet, il peut, comme cela a pu être le cas avec Arthur, le mettre à distance et

¹⁰⁰ Ibidem, p. 23

donc ne pas lui laisser de place dans la relation ou au contraire, lui laisser une place prépondérante au détriment de celle du psychomotricien.

Ainsi, le maître de stage possède un rôle certain dans le repositionnement et le renforcement de la place du stagiaire au cœur de cette triangulation psychomotricien-patient- stagiaire. C'est lui qui met en place le cadre de la rencontre. Il est le médiateur de la rencontre entre l'enfant et le stagiaire, c'est lui qui va l'amorcer. Il la réfléchit et la prépare en s'adaptant à chaque patient. Par exemple, certains enfants auront besoin de plus de réassurance par rapport à cette nouvelle arrivée que d'autres.

D'autre part, le maître de stage peut renseigner le stagiaire à propos des enfants qu'il va rencontrer. C'est un temps où le stagiaire commence, par l'intermédiaire du psychomotricien, à s'imprégner de l'individualité de chaque enfant.

Pendant ce temps d'échange que j'ai pu vivre avec mes maîtres de stage, des éléments très intéressants en sont ressortis : les « suppositions » dans la rencontre stagiaire-patient. Par ce terme, je cherche à évoquer les attitudes et comportements de chaque enfant imaginés par le psychomotricien en m'introduisant dans la prise en soin. Ainsi, j'ai pu noter que les psychomotriciens réfléchissent instinctivement aux mobilisations que va impulser la rencontre stagiaire-patient.

Avec du recul, ces « prévisions » sont très intéressantes. Parfois elles montrent à quel point le psychomotricien a saisi quelque chose du fonctionnement de son patient mais parfois elles montrent à quel point les enfants peuvent être surprenants.

Maître de stage et stagiaire réfléchissent ensemble et mettent tout en œuvre pour que l'introduction du stagiaire soit un temps propice à la rencontre entre lui et l'enfant.

Ce moment, qui est d'ailleurs un des premiers éléments de réflexion entre le psychomotricien et le stagiaire, met bien en avant les enjeux existants autour de la rencontre dans leur dimension prévisible et imprévisible.

IV. Et quand il n’y a pas de rencontre ?

En guise d’ouverture nous allons évoquer les limites de la rencontre.

Au sein de ce mémoire, nous avons abordé les différents éléments facilitant la rencontre entre l’enfant et le thérapeute. Néanmoins, il arrive que, même lorsque tous ces éléments sont réunis, la liaison entre les deux partenaires ne s’établisse pas. Cette situation est connue de tous les professionnels de santé, qu’elle ait été vécue ou racontée par des collègues.

Ainsi, le psychomotricien peut avoir l’impression de « se heurter à mur » dans sa tentative de rencontre avec l’enfant.

Il existe des éléments qui peuvent parasiter la rencontre entre les deux partenaires et donc mettre à mal l’initiation de la relation thérapeutique. Ainsi, les processus transférentiels et contre-transférentiels vont jouer un rôle dans la rencontre et peuvent en constituer des limites.

Du côté du patient, le transfert envers son thérapeute peut entraver la relation et la rendre inacceptable.

Du côté du psychomotricien, en réponse à ce transfert, le contre-transfert peut aussi devenir une limite à la rencontre et la relation thérapeutique. Le patient peut renvoyer des choses de l’ordre de l’insupportable pour le thérapeute en résonance avec des éléments de son histoire, de son vécu.

Il est également important de rappeler que chaque professionnel possède ses propres limites. Celles-ci peuvent être incompatibles avec le patient et viennent alors faire barrière à la rencontre. Ces limites, parasitant la rencontre et la relation, vont mettre à mal le processus thérapeutique de la prise en soin. D’où la nécessité en tant que thérapeute de connaître ses limites et de les respecter.

Parfois, malgré tout ce que met le psychomotricien en œuvre « il ne se passe rien en séance ». Mais « *que se passe-t-il quand apparemment il ne se passe rien ? Ce n’est pas qu’il ne se passe rien. Ce sont milles riens qui parlent de lui [du patient] et restent pourtant insignifiants, répétés, stéréotypés, difficiles à décrypter tant qu’il n’y a pas engagement mutuel dans la situation. Il faut alors accepter ce temps*

apparemment vide, donner du temps à l'enfant pour qu'il émerge de cette situation insolite. Dans le rien comme dans le quelque chose, le thérapeute se doit de reconnaître la personne dans son mouvement profond »¹⁰¹.

Alors, une mise à distance est peut être nécessaire pour que le thérapeute prenne conscience de ce qui se joue dans la relation, dans le transfert de son patient et, en réponse, dans son contre-transfert émotionnel. Pour cela, le psychomotricien possède plusieurs outils parmi lesquels la supervision.

Ce temps, dédié à l'étayage du professionnel, se présente sous la forme d'un groupe de parole avec d'autres professionnels de santé ou bien, peut se réaliser en binôme avec un superviseur. La supervision n'est ni obligatoire ni proposée dans tous les lieux de travail mais tout professionnel doit pouvoir y avoir accès.

La supervision possède de nombreux avantages.

C'est un temps qui permet de mettre à distance, de se décentrer d'une situation que le psychomotricien juge, en tant que professionnel, complexe. Le simple fait de verbaliser, de mettre des mots sur ce qu'il vit en séance, ce qu'il observe est un travail de création de sens, d'élaboration et de mentalisation. Ce travail, réalisé dans l'après-coup, met en marche la fonction métaphorique et peut déjà aider le thérapeute à s'orienter vers une nouvelle voie de réflexion.

L'échange avec le superviseur et les autres professionnels – si la supervision se réalise en groupe – offre un regard extérieur, un angle de vue différent qui peut apporter des réponses au psychomotricien mais aussi l'aider à initier de nouveaux questionnements. Cela permet aussi de mettre en évidence des détails et des liens qui auraient pu lui échapper. En cela, nous pouvons dire que le travail de supervision offre au professionnel une nouvelle façon d'observer la situation qui lui pose question. Ce travail permet d'augmenter son champ d'observation.

La supervision permet aussi de moduler la propre subjectivité du thérapeute, ses interprétations et ses raccourcis parfois trop rapides. Ce temps permet une prise de conscience et donc une possible limitation des projections personnelles. En ce sens, il permet de se rapprocher des besoins et de la problématique de l'enfant.

¹⁰¹ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 104-105

Le témoignage d'autres professionnels confrontés aussi à des situations cliniques difficiles peut être déculpabilisant pour soi-même. Ce cadre rappelle que comme tout Homme, le thérapeute est un être faillible.

La supervision offre l'occasion, à travers la rencontre de l'autre, d'en apprendre sur soi-même. Comme l'a justement dit Jacques SALOMÉ dans son livre *Relation d'aide et formation à l'entretien* : « *la rencontre de soi passe par la rencontre avec l'autre* ». Ainsi, la supervision permet « *qu'il n'y ait pas d'effet en retour sur l'équilibre identitaire du professionnel* »¹⁰².

Pour conclure, nous citerons Denise LIOTARD : « *En plus de nos formations universitaires, personnelles, de nos expériences qui contribuent à notre identité, ce sont avant tout nos qualités humaines, nos individualités, nos corporités, qui nous permettent de trouver les voies de la rencontre, pour cela nos institutions nous guident en même temps que nos trouvailles, nos erreurs, nos tâtonnements, nos assurances. Toute cette errance et cette créativité seront préférées dans l'après-coup à nos cadres théoriques pour penser notre clinique. Le plus difficile, mais non moins nécessaire, étant de rendre compte verbalement de ce qui se passe dans ces aventures limites, extrêmes, qui nous impliquent tant* »¹⁰³.

¹⁰² GRABOT D. (2004), *Psychomotricité : Émergence et développement d'une profession*, Broché, p. 230

¹⁰³ LIOTARD D. (2010), « Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur » in POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, p. 58

Conclusion

L'élaboration et les réflexions autour du thème de la rencontre font suite à mes questionnements apparus dans la rencontre avec des patients.

Comme j'ai pu l'exposer tout au long de ce mémoire, le psychomotricien possède des clés (outils, savoirs, attitude...) facilitant la rencontre avec l'enfant. Néanmoins, celles-ci ne se suffisent pas à elles-mêmes pour qu'un lien se mette en place entre le thérapeute et le patient. En effet, la rencontre est un processus de co-création qui demande un engagement de la part des deux partenaires. La rencontre met en avant la part active du patient. Mais, c'est au thérapeute de s'adapter pour trouver le chemin par lequel il va pouvoir rencontrer l'enfant.

Ainsi, le psychomotricien offre un espace propice à la rencontre et « *attend que survienne chez le patient ce qui permettra d'établir la liaison* »¹⁰⁴. Ce lien, qui naît entre les deux partenaires, va se tisser et s'étendre tout au long des différentes entrevues. Il constitue les bases d'une relation thérapeutique qui s'ébauche.

En cela, la rencontre scelle le commencement d'une histoire commune, elle est déjà prise dans les filets du lien à l'autre. Dès la rencontre, et influencée par elle, un espace thérapeutique se met en place entre le patient et le thérapeute. Ainsi, il est important pour le psychomotricien de penser la rencontre pour panser.

Pour clore ce mémoire, je citerai une phrase d'Édith BLANQUET qui résume l'essence même de ce mémoire : « *la rencontre est l'acte thérapeutique par excellence* ».

¹⁰⁴ DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès, p. 104-105

Annexes

Les différents bilans d'Arthur

- **Le bilan neuropsychologique**

En octobre 2014, Arthur réalise un bilan neuropsychologique.

Le WISC IV met en avant une hétérogénéité entre les différents domaines. Il obtient un score de 110 en compréhension verbale, un score de 124 en raisonnement perceptif, un score de 100 en mémoire de travail et un score de 86 en vitesse de traitement. Alors que la compréhension verbale et la mémoire de travail sont dans la moyenne pour son âge, son raisonnement perceptif est bien au dessus de son âge et sa vitesse de traitement est en dessous de son âge.

Les points forts du garçon sont donc : l'analyse visuo-spatiale et le raisonnement et ses points faibles sont : sa vitesse de traitement à l'écrit et sa maturité sociale.

La NEPSY montre un bon niveau d'attention sélective et soutenue. Le garçon sait être vigilant lors de tâches longues et monotones. Il ne présente pas de difficultés à soutenir son attention lorsque de multiples informations doivent être contrôlées. On note une absence d'impulsivité cognitive, il possède un très bon niveau d'inhibition et d'auto-contrôle.

La figure de REY met en évidence de bonnes capacités de structuration perceptive. Arthur a des compétences d'organisation et de planification satisfaisantes.

La passation du BHK montre une lenteur importante à l'écrit mais une qualité satisfaisante.

L'échelle d'évaluation de CONNERS remplie par l'enseignante d'Arthur met en évidence de manière marquée de grandes difficultés attentionnelles.

Les conclusions de ce bilan sont les suivantes : Arthur possède une attention soutenue et sélective satisfaisante, une flexibilité mentale correcte, une structuration perceptive très satisfaisante. On retrouve néanmoins une passivité accompagnée d'un manque d'initiative et une vitesse de traitement très lente à l'écrit.

- **Le bilan orthophonique**

En février 2015, Arthur passe un bilan orthophonique.

Au niveau de la lecture, il se situe dans la moyenne de son âge avec une qualité de déchiffrage supérieure à la moyenne, une fluidité et une vitesse de lecture qui correspondent à son âge.

Au niveau de la transcription, il se situe également dans la moyenne de son âge. Il obtient des scores supérieurs à la moyenne pour la dictée de mots réguliers et non-mots mais par contre, pour les mots irréguliers, il obtient des notes inférieures à la moyenne. L'orthographe des mots irréguliers est difficile à retenir pour Arthur.

Au niveau du langage oral, sa qualité correspond aux enfants de son âge.

La passation d'épreuves visuelles, notamment le test des barrages, met en avant de bonnes capacités visuo-attentionnelles, Arthur utilise une bonne stratégie (recherche horizontale) et obtient une note supérieure à la moyenne à plus d'un écart-type.

Au niveau de la mémoire, ses capacités mnésiques sont légèrement inférieures à la moyenne aussi bien pour la mémoire immédiate que pour la mémoire de travail.

Les conclusions de ce bilan sont les suivantes : Arthur ne présente pas de trouble ou retard de langage écrit et oral. Ses résultats sont corrects voire souvent au dessus de la moyenne des enfants de son âge.

- **Le bilan psychomoteur**

Arthur passe un bilan psychomoteur en avril 2015.

Au niveau de la motricité globale : les coordinations entre membres inférieurs et supérieurs sont correctement réalisées dans un premier temps mais Arthur se précipite, il accélère trop son mouvement entraînant une désorganisation de la coordination.

Les équilibres dynamiques manquent de précision, de contrôle moteur et postural car encore une fois Arthur se précipite. Les équilibres statiques restent fragiles car maintenus peu de temps : on retrouve le manque de contrôle postural d'Arthur.

Les exercices de maîtrise de balles sont bien réussis, la coordination oculo-motrice est efficace et Arthur possède un bon suivi dans l'enchaînement des gestes. Du point de vue de la qualité de la réalisation motrice, le geste est très rapide et assez raide. Pendant les exercices, Arthur bloque sa respiration, il semble très vite être pris corporellement par ses émotions.

Les exercices de visée sont correctement réalisés.

Le psychomotricien note qu'Arthur est gêné dans sa motricité par sa précipitation

Au niveau de la motricité manuelle : Les gestes d'Arthur sont plutôt lents et le contrôle tonique n'est pas efficace, il met trop de force dans ses gestes. De plus, Arthur est ralenti dans les exercices bi-manuels qui comportent des paramètres d'espace par son repérage spatial qui n'est pas spontané.

Les gestes exécutés d'une seule main manquent de finesse et de fluidité. Cependant, le geste graphomoteur est bien maîtrisé lorsqu'il s'agit de tracer des traits entre deux lignes.

Lors des praxies gestuelles avec imitation, on retrouve un manque de dextérité et de souplesse au niveau des doigts.

Arthur a du mal à rester concentré jusqu'au terme de l'exercice, il se disperse.

Au M-ABC, Arthur obtient 12,5 points de dégradation, il est à -1,3 écart-type de la moyenne de son âge. Le psychomotricien note chez le jeune garçon une précipitation motrice, un défaut de contrôle moteur dans la motricité globale et un manque de finesse dans le geste manuel.

Au niveau du geste graphomoteur : Arthur écrit de la main droite. Son geste graphomoteur est lié mais encore large et raide, ce qui donne une écriture grosse et très anguleuse pour son âge. Il manque encore d'un contrôle moteur fluide et précis. Les lettres sont cependant bien formées, le texte est lisible. Arthur.

Au niveau de la vitesse d'écriture, Arthur présente une grande lenteur que ce soit en vitesse normale ou avec une consigne de rapidité : lorsqu'on lui demande d'aller le plus vite possible son geste devient encore plus raide et crispé, son écriture est encore plus anguleuse.

Au niveau de la latéralité : Arthur possède une latéralité homogène à droite. Sa latéralité gestuelle spontanée, sa latéralité usuelle manuelle, pédestre, oculaire ainsi que sa latéralité psycho-sociale sont toutes à droite.

Au niveau de l'espace : Arthur présente de bonnes capacités visuo-constructives mais le mauvais contrôle tonique de son geste graphomoteur l'entrave

dans la précision des formes lors du Bender. Le test visuo-spatial des flèches de la NEPSY met en avant les capacités d'orientation spatiale d'Arthur.

Laby 5-12 : Arthur présente un bon contrôle perceptivo-moteur, il fait peu d'erreurs et lorsqu'il en fait, il s'en rend rapidement compte et adopte alors une correction. Il met moins de temps que la moyenne de son âge. Le psychomotricien ne note pas de problème d'impulsivité motrice, Arthur se montre très intéressé par ce type d'exercice, il est motivé et attentif.

Conclusion : ce bilan met en avant chez Arthur des difficultés motrices, marquées surtout par l'immaturation du contrôle moteur. Ainsi, son geste graphomoteur manque beaucoup de vitesse et d'efficacité par fluidité. Concernant ces points, une prise en charge est proposée par le psychomotricien pour Arthur.

En ce qui concerne son comportement, Arthur s'est montré tout à fait coopérant lors de ce bilan, mais il a montré parfois des difficultés à maintenir son attention longtemps.

Bibliographie

- ABDOUCHELI-DEJOURS É. (2011), « Effets contenant et élaboratifs de la supervision », dans CHAPELIER J.-B., *Groupe, contenance et créativité*, (p. 149-158), Érès.
- ADANDÉ M., (2014), « Être en confiance dans la rencontre thérapeutique », *Cahiers de Gestalt thérapie volume 2*, n°33, p. 29-52.
- ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P. (Sous la direction de) (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck-Solal.
- BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien, 2^e édition*, Dunod.
- BERGER M. (2002), « Le droit d'hébergement du père concernant un bébé. », *Dialogue*, n° 155, p. 90-104.
- BOSCAINI F., SAINT-CAST A. (2010), « L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice », *Enfances & Psy*, volume 4, n° 49, p. 78-88.
- BOUTINAUD J. et SAGE V. (2002), « Récit d'une transmission : la question de la filiation dans la relation maître de stage/stagiaire », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p. 14-24.
- CALICIS F. (2010), « Remise en jeu des représentations dans la rencontre thérapeutique », *Thérapie Familiale*, volume 31, p. 319-337.
- CALZA A. et CONTANT M. (2007), *Psychomotricité, 3^e édition*, Masson.
- CANCHY-GIROMINI F. (2001), *Corps et paroles sur le corps*, Vernazobres-Grego.
- CASTAGNÉ A., DAT C., MAYER C et PALLARD A. (2009), « Le deuxième temps de la consultation : la régulation comme moyen de prendre soin précocement », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°158, p. 26-35.
- CICCONE A. (2001), « Observation et écoute cliniques, quelques repères », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 126, p. 140-145.
- CLUZEAU P. (2014), « *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique* », mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité, Bordeaux.
- CONTANT M. et CALZA A (2002), « De la théorie à la pratique : perspectives et jalons en thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p. 26-53.
- COURBERAND D. (2008), « Psychomotricien : un métier attachant », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°155, p. 190-199.
- DEITTE J. (2007), « Plaidoyer pour un respect du symptôme », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°150, p. 12-18.
- DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Érès.

- DESOBEAU F. (2010), « Identité et fonction du psychomotricien », *Thérapies psychomotrice et Recherche*, n° 162, p. 58-68.
- DUC MARWOOD A. et LABAKI C. (2012), *Langage métaphoriques dans la rencontre en formation et en thérapie*, Chapitre 2 : création de l'espace thérapeutique, p. 43-61, Érès.
- FRAISSE F. (2015), « *Toi, Moi, Nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité.* », mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, Institut de Formation en Psychomotricité, Pitié-Salpêtrière, Paris.
- GOLSE B. (1999), « L'enfant à part entière et à parents tiers », *Contraste - enfance et handicap*, n°10.
- GRABOT D. (2004), *Psychomotricien. Emergence et développement d'une profession*, Solal.
- HAMMEL M. (2011), « Empathie et psychomotricité, outil au service de la relation en thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°167, p. 102-112.
- JOLY F. (2007), « Thérapie terminée, thérapie interminable... ou « en absence » et « en présence » la question des fins de traitements en psychomotricité », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°152, p. 4-17.
- JOLY F. (2013), « Psychomotricité & médiations corporelles thérapeutiques : le médiatif et le travail du médium malléable », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°173, p. 38-51.
- LEPLAT F. (2007), « Le bilan psychomoteur : outil incontournable à toute intervention thérapeutique », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°150, p. 34-46.
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Érès.
- MARTIN M. (2001), « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte) », *Cahiers de psychologie clinique*, volume 2, n°17, p. 103-120.
- MIGLIORANZA S. (2010), « Quand la discontinuité laisse des traces », dans DENIS P., *Continuité des soins, continuité psychique*, (p 195-207), Érès.
- POTEL BARANES C. (2010), *Être psychomotricien*, Érès.
- POTEL BARANES C. (2004), « Les singularités du développement psychomoteur de l'enfant », *Évolutions psychomotrices*, volume 16, n°65, p. 117-123.
- POTEL BARANES C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In press.
- RAYNAL N. (2007), « De la rééducation à la psychothérapie, de la psychothérapie à la rééducation : la psychomotricité, une troisième voie ? Essai sur la spécificité du soin psychomoteur », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°149, p. 30-42.

- RAYNAL N. (2010), « Quelques intérêts de la restitution du bilan psychomoteur aux parents d'enfants accueillis en libéral », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°164, p. 48-57.
- RAYNAUD J.-P., POTEL BARANES C. et ROCHE J.-F. (2008), « Parcours de vie, parcours de soin », *Enfances & Psy*, volume 1, n°38, p. 10-12.
- ROBERT-OUVRAY S. (2002), « Le contre-transfert émotionnel », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p. 62-67.
- ROBINEAU C. (2014), « Enjeux de la relation en psychomotricité », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°175, p. 4-19.
- RODRIGUEZ M. et BRUCHON CHATAGNAT M. (2010), « POST-FACE par Marc Rodriguez & Magalie BRUCHON CHATAGNAT », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 161, p. 82-85.
- SCIALOM P. (2004), « La guidance parentale », *Évolutions psychomotrices*, volume 16, n°65, p.152-158.
- VIGNE D. (2001), « Que faire des indices corporels dans l'écoute en thérapie psychomotrice ? », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 126, p. 64-69.
- WINNICOTT D. W. (2014), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, (titre original : playing and reality), Gallimard.

Table des matières

Introduction.....	1
Partie théorique.....	3
I La rencontre.....	3
1. Généralités sur la rencontre.....	3
a. Qu'est-ce qu'une rencontre.....	3
b. Quelles sont les particularités de la rencontre thérapeutique ?.....	3
Les notions de transfert et de contre-transfert.....	4
La notion d'espace de rencontre.....	8
2. La rencontre en psychomotricité.....	9
a. Les fondements de la rencontre : qui, pourquoi, comment, où ?.....	9
L'origine, la motivation de la rencontre : la demande.....	9
Le demandeur.....	10
Le contenu de la demande.....	11
La notion de symptôme.....	11
Le cadre de la rencontre.....	13
b. Les différents temps	14
L'entretien.....	14
Le bilan psychomoteur.....	17
La restitution.....	22
II Les enjeux de la rencontre.....	27
1. Un continuum rencontre-relation.....	27
a. Qu'est-ce qu'une relation ?.....	27
b. La relation dans le soin.....	28
c. La relation en psychomotricité.....	30
Place de la relation en psychomotricité.....	30
Spécificités de la relation en psychomotricité.....	31
d. Les liens rencontre-relation.....	34
2. De la rencontre à l'établissement d'une relation thérapeutique.....	35
a. L'attitude du psychomotricien.....	35
La qualité de présence et la disponibilité.....	35
L'ouverture et le respect.....	36
L'empathie.....	37
L'écoute et l'observation attentive.....	38
L'authenticité et la congruence.....	39

L'engagement et l'implication corporelle.....	39
b. Les outils du psychomotricien.....	41
Le corps et le dialogue tonico-émotionnel.....	41
Le cadre psychomoteur.....	42
La salle de psychomotricité.....	46
Le bilan psychomoteur.....	47
La médiation en psychomotricité.....	47
Le jeu, médiation particulière en psychomotricité.....	48
c. L'alliance thérapeutique.....	50
3. Lorsque la relation prend sens.....	51
a. L'étayage du psychomotricien.....	51
Le psychomotricien est un étai.....	51
Le psychomotricien est un médium.....	52
b. Intégration, évolution, transformation, structuration, construction du sujet....	53

Partie clinique.....55

I Présentation des structures.....55

- | | |
|---|----|
| 1. Le cabinet libéral de psychomotricité..... | 55 |
| 2. Le CSMI (Centre de Santé Mentale Infantile)..... | 55 |

II Rencontre avec Luka : quand la rencontre fait soin.....55

Entretien et anamnèse.....	55
Le bilan psychomoteur.....	57
La restitution.....	61
Conclusion du bilan.....	62
Proposition de prise en charge et axes de travail.....	63
Les séances de psychomotricité.....	63

III Réflexion sur ma place de stagiaire à travers ma rencontre avec Arthur : une rencontre difficile.....64

Anamnèse d'Arthur.....	64
Bilans et projet de soin.....	66
Prise en soin en psychomotricité.....	68
Ma rencontre avec Arthur.....	68
Réflexions sur ma place de stagiaire en psychomotricité : une position particulière et privilégiée.....	69

IV Et quand il n'y a pas de rencontre ?.....76

Conclusion.....	79
Annexes	80
Bibliographie.....	84
Table des matières.....	87