

**Et si tout commençait par l'instauration d'une relation ?
Rencontre psychomotrice de deux enfants Infirmes
Moteurs Cérébraux en Institut d'Éducation Motrice**
Matthieu Lecard

► **To cite this version:**

Matthieu Lecard. Et si tout commençait par l'instauration d'une relation ? Rencontre psychomotrice de deux enfants Infirmes Moteurs Cérébraux en Institut d'Éducation Motrice. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01359500>

HAL Id: dumas-01359500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359500>

Submitted on 2 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'hôpital
75364 PARIS Cedex 14



Et si tout commençait par l'instauration d'une relation ?

Rencontre psychomotrice de deux enfants Infirmes Moteurs Cérébraux
en Institut d'Éducation Motrice

Mémoire présenté par Matthieu LECARD

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

Référent de mémoire :

Laurent BONNOTTE

Session : Juin 2016

*A Bastien et Alex,
qui m'ont beaucoup appris durant cette année.
Merci.*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Laurent Bonnotte pour son partage d'expérience en tant que psychomotricien. Sa disponibilité, ses conseils et son soutien m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de ce mémoire, forgeant mon identité de futur psychomotricien.

Je remercie également Frédérique Batard auprès de qui j'ai également beaucoup appris tout au long de l'année. Sa grande capacité d'écoute, sa confiance et ses nombreux conseils m'ont permis d'avancer et d'apprendre à me faire confiance.

J'adresse ensuite un grand merci à ma famille qui a cru en moi durant ces trois années et qui n'a cessé de m'encourager. Merci à mes sœurs pour leur relecture attentionnée et leurs nombreux conseils.

Merci à mes amis rencontrés durant cette formation en psychomotricité, avec qui nous avons partagé nos doutes, nos incertitudes, nos difficultés et surtout nos réussites.

Je remercie mes amis de longue date pour leur soutien sans faille et leurs nombreux encouragements.

Ces trois années de formation en psychomotricité furent pour moi d'une très grande richesse d'enseignement. J'ai rencontré des psychomotriciens qui aiment leur métier et qui souhaitent le transmettre. Leur partage d'expérience fut d'une grande qualité et pour cela, je les en remercie.

Enfin, un grand merci aux nombreuses personnes qui ont contribué, consciemment ou non, à l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	7
I - Découverte du cadre institutionnel et des jeunes accueillis	9
1. L'institut d'Education Motrice (IEM)	9
1.1 Présentation générale et historique	9
1.2. Fonctionnement de l'établissement et admission	10
2. Mon arrivée en tant que stagiaire dans l'institution.....	11
2.1. Entre appréhension, stupéfaction et incompréhension	11
2.2. Une inquiétante étrangeté	12
3. Première rencontre avec les enfants et l'équipe	14
3.1. La paralysie cérébrale	14
3.2. L'Infirmité Motrice Cérébrale et l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale.....	14
3.3. Le polyhandicap.....	16
4. La psychomotricité et sa place dans l'établissement	19
5. Quand mon chemin croise celui de deux enfants déficients moteurs.....	21
II - A la rencontre de Bastien	23
1. Place à l'observation.....	23
1.2. Anamnèse et réflexions sur la problématique de Bastien	24
1.3. Situation actuelle.....	26
1.4. Bilan psychomoteur	27
1.5. Projet thérapeutique.....	27
2. Mon entrée en relation avec Bastien.....	29
2.1. De la relation à la relation thérapeutique	29
2.2. La relation thérapeutique en psychomotricité	30
3. Face à mes difficultés.....	33
3.1. Agressivité et désir d'emprise	34
3.2. La nécessité d'établir un cadre thérapeutique stable et sécurisant	37
4. L'importance du dialogue tonico-émotionnel	39
4.1. Le tonus : support des émotions.....	39
4.2. Les canaux de communication	40
4.3. Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique.....	41

4.4. Le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec Bastien.....	42
5. La fonction contenante du psychomotricien.....	43
5.1. Le lien relationnel	46
5.2. Le jeu psychomoteur : un moyen d'intégration des limites psychiques et corporelles	48
6. La malléabilité du psychomotricien.....	49
III - Alex, autre enfant, nouveau départ	51
1. Anamnèse	51
2. Observation et bilan psychomoteur	52
3. Construction du projet thérapeutique.....	55
4. Le jeu : du corps réel au corps imaginaire.....	55
5. L'espace de jeu : un espace transitionnel	59
6. L'importance des repères spatio-temporels	60
7. Enrichir et développer le schéma corporel et l'image du corps	61
IV - L'instauration d'une relation : se décentrer pour mieux se rencontrer.....	62
1. La question des émotions.....	62
1.1. L'empathie au cœur du dispositif thérapeutique	64
1.2. L'espace empathique en psychomotricité	65
1.3. Empathie ou sympathie ? Limites et nuances.....	66
1.4. L'antipathie : à l'opposé du soin ?	67
2. L'espace thérapeutique en psychomotricité.....	68
2.1. La salle de psychomotricité, un espace de relation	68
2.2. La distance thérapeutique en psychomotricité	68
3. La décentration du psychomotricien.....	70
4. Transfert et contre-transfert corporel en thérapie psychomotrice	71
5. S'accorder au rythme de l'autre dans la relation.....	74
5.1. Définitions et étymologie.....	74
5.2. Les rythmes interactionnels et relationnels	74
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	78
Annexe A	I
Annexe B	II
Glossaire.....	III

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ».

B. Verspieren¹

¹ Prêtre et Abbé français

Introduction

Depuis le début de ma formation en école de Psychomotricité, j'éprouve des difficultés à me positionner en tant que stagiaire dans la relation avec les patients. J'ai souvent eu du mal à m'ajuster relationnellement, à me positionner dans l'espace et à moduler mon engagement corporel. Je me suis plusieurs fois remis en question en essayant d'améliorer ma position, de faire preuve de plus d'empathie, d'écoute, de disponibilité. Mais ces interrogations concernant la relation revenaient sans cesse, sans que je n'y trouve de réponse. Je me trouvais tantôt trop près, tantôt trop distant. Mes différents maîtres de stage m'ont encouragé à être plus à l'écoute, à faire preuve de décentrage, à analyser les manifestations psychoaffectives et psychocorporelles des patients.

Dès la deuxième année, mes nombreuses difficultés concernant l'instauration d'une relation de confiance, sécurisante et contenant avec un patient resurgissent. A ce moment-là, j'avais beaucoup d'appréhensions et de craintes à réaliser un stage auprès d'enfants polyhandicapés. Je pensais en effet qu'il s'agissait exclusivement de personnes grabataires, très dépendantes, totalement clivées de l'aspect relationnel. Je souhaitais néanmoins dépasser mes préjugés liés au handicap visible. Au cours d'un entretien de stage au sein d'un Institut d'Éducation Motrice (IEM) accueillant des enfants déficients moteurs et polyhandicapés, j'ai fait la rencontre d'un psychomotricien avec qui je me suis tout de suite entendu. Il m'a appris à voir au-delà de la personne physique. Grâce à lui, je suis allé à la rencontre des patients pour les découvrir intérieurement. Mon regard clinique s'est alors affiné. Ce stage m'a permis d'évaluer plus précisément la notion de juste distance thérapeutique ainsi que la place du stagiaire et du thérapeute vis-à-vis du patient. Je me suis intéressé aux nombreux outils dont dispose le psychomotricien pour permettre au patient de faire l'expérience d'un corps en relation.

Avant de devenir professionnel, la troisième année d'études en psychomotricité nous permet de réfléchir sur un thème qui nous interroge, qui nous pose question, à travers la rédaction du mémoire. Je souhaite approfondir cette question centrale qui se situe au cœur du métier du psychomotricien : En quoi la relation thérapeutique en psychomotricité nécessite-t-elle de s'ajuster et de se réajuster sans cesse par rapport au patient ?

Plusieurs interrogations découlent de cette question centrale : quelle attitude adopter pour parvenir à une juste distance relationnelle avec le patient ? Le dialogue tonico-émotionnel permet-t-il de s'accorder à l'autre, en tant que support d'étayage relationnel ? Quels sont les fondements d'une relation thérapeutique ? L'empathie favorise-t-elle l'entrée en relation ? Quels sont les outils privilégiés dont dispose le psychomotricien pour répondre à ces divers questionnements ? Autant d'éléments que je souhaite approfondir, situés au cœur même de la relation thérapeutique en psychomotricité.

Dans une première partie, je présenterai l'institution et je décrirai mon arrivée, retraçant mon vécu lors de la rencontre de deux enfants polyhandicapés. Je développerai ensuite dans une seconde partie ma rencontre avec Bastien, enfant que j'ai choisi d'accompagner, de l'instauration d'une relation à la mise en place du cadre thérapeutique, en passant par le dialogue tonico-émotionnel. Je décrirai ensuite les raisons de l'arrêt de cette prise en charge qui m'a conduit à accompagner un autre enfant, Alex, dont l'évolution du suivi sera abordée dans une troisième partie. Enfin, dans une dernière partie, je discuterai de l'importance de l'empathie, de la distance thérapeutique, de l'espace de relation et d'autres notions qui contribuent à l'instauration d'un lien relationnel, au cœur du travail du psychomotricien.

J'ai construit ce mémoire au fur et à mesure de mon cheminement au cours de ce stage. L'inconnu dans lequel je me suis aventuré m'a paru au départ angoissant. Mais petit à petit, l'angoisse a laissé place à la curiosité et au désir d'apprendre, de comprendre, tout en prenant le temps nécessaire pour rencontrer l'autre, pour tisser une relation où chacun se sente libre et épanoui. Au cours de ce mémoire, je souhaite m'intéresser *de près et de loin* à l'ajustement de ma position thérapeutique afin de trouver ma future identité de psychomotricien.

Les parties se suivent de manière chronologique pour que le lecteur puisse suivre le cheminement qui a été le mien, avec mes peurs, mes doutes, mes interrogations, mes difficultés, mes découvertes et mon évolution.

I - Découverte du cadre institutionnel et des jeunes accueillis

1. L'institut d'Education Motrice (IEM)

1.1 Présentation générale et historique

Je réalise mon stage de troisième année dans un Institut d'Éducation Motrice (IEM) d'Aide aux Enfants Paralysés, situé en Île de France. Dans un premier temps centre accueillant des enfants poliomyélitiques en 1932, l'institution s'est reconvertie en 1968 en externat de rééducation fonctionnelle puis en institut médico-éducatif à la fin des années 1990. L'activité est alors définie par l'annexe 24 bis du décret d'octobre 1989 du code de l'action sociale et des familles : enfants ou adolescents présentant une déficience motrice. Depuis le 12 juin 2006, l'établissement est renommé Institut d'Éducation Motrice et est agréé pour recevoir 46 enfants relevant de l'annexe 24 bis, présentant une Infirmité Motrice Cérébrale* (IMC) et 14 enfants relevant de l'annexe 24 ter, présentant un polyhandicap.

L'établissement fonctionne en tant qu'association laïque à but non lucratif régie par la loi de 1901 et possède un agrément depuis 2006 pour recevoir 60 enfants et adolescents cérébro-lésés âgés de 3 à 20 ans. La plupart sont atteints d'infirmité d'origine neurologique. Il s'agit d'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC), d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), d'ataxies cérébelleuses, de séquelles de traumatismes crâniens ou d'enfants spina-bifida². Les atteintes peuvent concerner des maladies génétiques ou des pathologies d'étiologie indéterminée.

Dans le cadre du projet d'établissement, chaque jeune bénéficie d'un projet de prise en charge individualisé. Il s'agit par des moyens éducatifs, médicaux et rééducatifs, de donner à l'enfant un maximum d'autonomie, de compétences et d'épanouissement, compte tenu de ses difficultés initiales.

L'équipe médicale de l'établissement compte un médecin chef spécialisé en rééducation et réadaptation fonctionnelle, un pédiatre, un psychiatre, un phoniatre, un médecin généraliste et un chirurgien orthopédique.

² Chaque terme suivi du signe * est défini dans le glossaire situé à la fin du mémoire.

L'équipe paramédicale est composée de sept kinésithérapeutes, trois ergothérapeutes, deux orthophonistes, deux psychomotriciens et deux infirmières. L'institution emploie également une neuropsychologue ainsi que deux psychologues qui assurent un suivi psychologique des enfants, mais également un soutien des familles. Les prises en charges peuvent être individuelles ou groupales selon les pathologies et les objectifs thérapeutiques. Elles peuvent également être réalisées en co-thérapie (en associant par exemple la psychomotricité et la kinésithérapie ou l'ergothérapie).

L'équipe éducative comprend des instituteurs spécialisés, des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants, un animateur, un moniteur-éducateur et des aides médico-psychologiques (AMP).

1.2. Fonctionnement de l'établissement et admission

Préalablement à l'admission, les parents et l'enfant ont rendez-vous avec la direction de l'IEM puis bénéficient d'une consultation avec le médecin chef ainsi que d'un entretien avec un psychologue. Par la suite, le dossier est proposé en commission d'admission. Si celle-ci rend un avis favorable, une période d'observation d'une semaine est proposée à l'enfant et sa famille. Cette observation est à nouveau discutée en commission d'admission qui aboutit ou non à l'envoi d'une notification d'orientation à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). L'admission est subordonnée à l'accord de la MDPH et s'effectue à partir de trois ans.

L'institution fonctionne comme un externat médico-pédagogique. Les enfants et adolescents y sont accueillis du lundi au vendredi de 8h15 à 16h30. Des transports collectifs prennent en charge les déplacements entre leur domicile et le centre, chaque matin et chaque soir. Les enfants déjeunent chaque midi dans le réfectoire du centre.

Au sein de l'établissement, les enfants sont répartis en trois groupes de quatre à huit enfants, définis en fonction de leur âge et de leur projet individualisé. Le *jardin d'enfants* accueille les plus jeunes, de trois à dix ans. Une école Montessori, agréée par l'Association Montessori de France (AMF) est intégrée au jardin d'enfants et propose des ateliers spécifiques en référence à cette

pédagogie. Les *classes* « *Éducation Nationale* » accueillent des enfants et adolescents de dix à seize ans qui possèdent les pré-requis pour des apprentissages très adaptés, encadrés par des instituteurs spécialisés de l'Éducation Nationale. Enfin les *groupes éducatifs* sont composés d'enfants et d'adolescents âgés de dix à vingt ans souffrant de polyhandicap ou dont les capacités intellectuelles et/ou relationnelles ne permettent pas l'accès aux apprentissages scolaires. Certains d'entre eux font partie des groupes éducatifs dans l'attente d'une nouvelle orientation pour un établissement accueillant des adultes.

Les jeunes sont pris en charge par du personnel de qualification enseignante et éducative. Parallèlement, selon un projet individuel établi à leur entrée et révisé régulièrement, ils bénéficient de rééducations (psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie) réalisées par des paramédicaux sur prescription du médecin chef. Un suivi psychologique des enfants et un soutien des familles sont assurés par une équipe de psychologues. L'assistante sociale fait la liaison entre les familles, l'établissement et les administrations. Elle apporte aide et conseils aux parents pour les orienter dans les démarches administratives et sociales.

2. Mon arrivée en tant que stagiaire dans l'institution

2.1. Entre appréhension, stupéfaction et incompréhension

A mon arrivée au sein de l'IEM, je suis pris de stupéfaction et d'incompréhension en observant des enfants totalement prisonniers de leur corps, coincés par des appareillages effrayants, massifs et métalliques. Certains bavent, présentent des gestes parasites et incoordonnés, crient ou parlent dans un langage incompréhensible. Je suis d'emblée confronté au handicap visible. Celui-ci est saisissant. « La personne humaine est souvent décrite comme un être bio-psycho-social ; elle a des besoins et des capacités d'ordre physique, psychique, social mais ces trois pôles peuvent être perturbés par la maladie grave, le grand âge, le handicap profond ou tout autre phénomène qui va venir altérer cet équilibre et placer la personne en situation de vulnérabilité »³.

³ PANDELE S. (2010), p.23

D'emblée, de nombreuses questions viennent à moi : quelle position adopter face à ces enfants lourdement handicapés ? Comment les aider ? Comment entrer en communication avec eux ? Que faire avec eux ? « Ces personnes en état de dépendance totale à l'autre [...] posent une même et difficile interrogation : comment les rencontrer ? »⁴.

Pendant un mois, j'observe mon maître de stage afin d'apprendre à connaître les enfants et tisser une relation avec eux. Lorsque, mi octobre, je dois choisir un enfant avec lequel je cheminerai tout au long de l'année, de nombreuses interrogations surgissent : Qui choisir ? Parviendrai-je à dépasser mes premières appréhensions ? Arriverai-je à mener à bien une séance ?

2.2. Une inquiétante étrangeté

D'emblée, l'apparence physique de certains jeunes me sidère. Leur fragilité, les déformations orthopédiques, leur posture et l'importance de l'appareillage suscitent en moi une vision mortifère du handicap. Face à des jeunes très déficitaires, « nous sommes lourdement handicapés dans notre relation avec eux »⁵. Cette phrase de B. Lesage, médecin et docteur en Sciences Humaines, illustre bien le fait que beaucoup de gens et notamment des praticiens de tous horizons sont très mal à l'aise face à un jeune polyhandicapé. Le manque de moyens de communication, les fréquentes déformations ostéo-articulaires et les non moins rares appareillages renvoient à des sentiments très contrastés comme la peur de faire mal ou de mal faire, le sentiment d'impuissance, le rejet ou la compassion. « C'est parce que la vulnérabilité de l'un, dans ce qu'elle présente d'archaïque et de dérangeant va produire des effets délétères sur celui qui conduit la relation de proximité qu'en retour l'acte d'accompagnement va prendre une coloration particulière »⁶.

Au début, j'adopte une attitude de rejet face à la lourdeur du handicap de certains enfants, créant une *barrière protectrice* entre eux et moi. Ils me mettent mal à l'aise. Je « ressens constamment l'incompréhension et l'impuissance devant des partenaires qui [me] désarçonnent et [me] renvoient [moi] aussi à des

⁴ PANDELE S., *op. cit.*, p.23

⁵ LESAGE B. (2000), p.95

⁶ PANDELE S., *op. cit.*, p.25

angoisses de morcellement, à [mes] propres brèches »⁷. En effet, « la rencontre qui s'opère entre nous et ce sujet atteint dans sa faculté d'existence, de communication, de réalisation, met directement en cause notre propre faculté d'exister, de communiquer, de nous réaliser »⁸. Cette première rencontre avec les jeunes est celle d'une *inquiétante étrangeté*, vécue comme une menace. S. Freud, psychanalyste, souligne que « ce qui est nouveau devient facilement effrayant et étrangement inquiétant »⁹. La première rencontre avec des personnes polyhandicapées provoque un choc à plusieurs niveaux : choc esthétique d'abord, choc émotionnel ensuite, choc identitaire enfin. Ceci fait écho à la vulnérabilité humaine, dans sa dimension bio-psycho-sociale.

Durant les premières séances, je suis observateur. Je me place en retrait pour analyser comment mon maître de stage entre en relation avec l'enfant, sa manière d'interagir et de se positionner physiquement par rapport à lui. J'observe aussi la façon dont il le soutient psychiquement en utilisant la parole, le regard, le toucher et les appuis. Il s'ajuste et se réajuste constamment à l'enfant en adoptant une posture d'ouverture propice à l'échange. Il se place à sa portée en tenant compte de ses contraintes orthopédiques, de ses atteintes musculaires et de son installation globale.

Je distingue également les moyens de communication dont disposent les enfants et ceux qu'ils privilégient pour interagir avec le psychomotricien, que ce soit par la vue, par la voix ou par le toucher. Bien souvent, « le dialogue se fonde sur des modes non verbaux qui s'ancrent dans le jeu corporel. C'est donc au niveau de la posture, du tonus, de l'intonation, du rythme et de la mélodie gestuelle ou vocale que va se jouer la relation »¹⁰. En effet, « le sujet polyhandicapé cherche à se voir dans le regard, les paroles, le dialogue non verbal de l'autre. Le sourire, le regard bienveillant peuvent le rassurer, l'aider à vivre dans ce corps qui entrave son expression »¹¹.

⁷ PANDELE S., *op. cit.*, p.25

⁸ BUCHER H. (1994), p.81

⁹ FREUD S. (1933), p.165

¹⁰ LESAGE B., *op. cit.*, p.93

¹¹ SCelles R., PETITPIERRE G., (2013), p.80

3. Première rencontre avec les enfants et l'équipe

En arrivant dans l'établissement, je fais la rencontre de nombreux enfants et professionnels auxquels je me suis présenté. Deux tiers des jeunes accueillis sont déficients moteurs. Parmi eux, nous retrouvons les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC) et les enfants Infirmes Moteurs d'Origine Cérébrale (IMOC). Le tiers restant des enfants accueillis sont polyhandicapés ou présentent des affections neurologiques dégénératives.

Il me semble important de venir éclairer les deux termes médicaux que sont l'IMC et le polyhandicap afin d'en comprendre ce qui les rapproche et ce qui les différencie. Avant cela, revenons sur le terme de paralysie cérébrale.

3.1. La paralysie cérébrale

« Première cause de handicap moteur de l'enfance, la paralysie cérébrale résulte de lésions survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Ces lésions, non progressives, provoquent un ensemble de troubles permanents du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités. Ces troubles sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et/ou par des problèmes musculo-squelettiques secondaires »¹².

Parmi toutes les formes de paralysies cérébrales, nous distinguons l'IMC (atteinte motrice), l'IMOC (atteinte motrice avec troubles associés, atteinte légère ou moyenne de la cognition) et la forme la plus sévère qu'est le polyhandicap.

3.2. L'Infirmité Motrice Cérébrale et l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

L'IMC est due à des lésions survenues durant la période anténatale ou périnatale. Elle touche un cerveau encore en maturation et entraîne un trouble moteur non évolutif (paralysie, troubles de la coordination du mouvement). C. Amiel-Tison¹³, professeure de pédiatrie, parle d'un syndrome qui associe trouble de la posture et

¹² Site de la Fondation Motrice, recherche sur la paralysie cérébrale, <http://www.lafondationmotrice.org/fr/content/la-paralysie-c%C3%A9r%C3%A9brale>

¹³ AMIEL- TISON C. (1997), p.88

trouble du mouvement. Il s'agit d'un état pathologique non évolutif, non héréditaire, comportant diverses atteintes neurologiques. Une cause exacte n'est pas toujours retrouvée mais elle est souvent liée à la prématurité*, à l'hypoxie périnatale*, aux traumatismes cérébraux et à l'ictère néonatal*. Il peut s'y associer des difficultés spécifiques des fonctions cognitives supérieures gênant les apprentissages, notamment scolaires.

Nous distinguons trois formes d'IMC. La première, appelée syndrome pyramidal, se caractérise par une atteinte de la voie pyramidale, support de la motricité volontaire. La deuxième est le syndrome extrapyramidal affectant la motricité involontaire. Enfin, la troisième se nomme ataxie cérébelleuse. Il s'agit d'une atteinte du cervelet se caractérisant par des troubles de l'équilibre statique et dynamique (oscillations brusques, élargissement du polygone de sustentation*, marche pseudo-ébrieuse), associés à un défaut de coordination motrice volontaire. Les troubles moteurs retrouvés sont nombreux et peuvent se présenter sous la forme hémiplégique*, spastique*, athétosique*, dyskinétique* ou encore par des troubles toniques. Les objectifs de prise en charge avec des enfants IMC se situent du côté des apprentissages, de l'autonomie sociale et de l'adaptation environnementale.

Quand une déficience intellectuelle s'ajoute aux troubles moteurs prédominants, on parle d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC). L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) définit l'IMOC comme étant « l'association d'une lésion cérébrale avec troubles moteurs prédominants et non évolutifs et d'un retard mental »¹⁴. Les troubles moteurs sont souvent accompagnés de déficits sensitifs, sensoriels, cognitifs ou de troubles du comportement. C. Amiel-Tison regroupe sous le terme d'IMOC des enfants dont l'intelligence est conservée mais aussi des enfants présentant une déficience mentale sans en préciser le degré. Le terme IMOC correspond donc à un ensemble de « pathologies très hétérogènes, académiquement peu satisfaisant »¹⁵. Juridiquement, les enfants IMOC ne correspondent ni à l'annexe XXIV bis¹⁶ qui prend en compte les enfants et adolescents atteints sur le plan moteur, ni à l'annexe XXIV ter¹⁷ qui prend en compte les enfants et adolescents polyhandicapés.

¹⁴ INSERM, (2004), p.8

¹⁵ AMIEL-TISON C., *op. cit.*, p. 88

¹⁶ Cf. Annexe A, p. I

¹⁷ Cf. Annexe B, p. II

3.3. Le polyhandicap

Il faut attendre l'annexe XXIV ter du décret du 27 octobre 1989 pour que la reconnaissance juridique du polyhandicap soit officielle en France. C'est un statut médico-juridique classé au sein des paralysies cérébrales. L'annexe XXIV ter définit le polyhandicap comme étant un « handicap grave à expressions multiples, associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation »¹⁸. Le Groupe Polyhandicap France (GPF) définit le polyhandicap comme « une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral, précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain »¹⁹.

Le polyhandicap est donc défini comme l'expression clinique des conséquences d'une association de déficiences* et d'incapacités*. Notons qu'il n'existe pas un type de polyhandicap mais bel et bien une pluralité d'individus avec des atteintes différentes et des manières de vivre et de se développer toutes aussi différentes. Une personne atteinte de polyhandicap est une personne à part entière avec une problématique de santé complexe et une prise en charge spécifique. Nous retrouvons ici l'un des fondements de la psychomotricité qui considère l'individu dans son unicité et sa singularité.

Le psychomotricien favorisera l'éveil des appétences et des compétences sensorielles, toniques, posturales, motrices et relationnelles du sujet polyhandicapé. Il pourra alors prendre conscience de son corps, interagir sur l'environnement et avec autrui. Les objectifs thérapeutiques permettent l'éveil sensorimoteur, le développement du sentiment d'unité psychocorporelle, dans une perspective de « mieux-être ».

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Site du Groupe Polyhandicap France, rubrique « Définition du polyhandicap » : <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>

Cependant, les moyens très restreints de communication des personnes polyhandicapées, leurs nombreuses incapacités cognitives et leur apparence physique sont autant d'obstacles qui rendent difficile le fait de considérer ces personnes à juste titre comme des êtres à part entière. Il est donc indispensable de bien percevoir là où en est leur développement psychoaffectif pour leur apporter une aide ajustée à leurs besoins spécifiques, au-delà des normes.

3.3.1. Marissa*²⁰, jeune adolescente polyhandicapée

Lors de ma première rencontre avec Marissa, je reste perplexe. Cette adolescente arrive en fauteuil roulant, poussée par la kinésithérapeute avec laquelle le psychomotricien travaille en co-thérapie. Ses mains sont sanglées au fauteuil, esquissant des mouvements vifs et imprévisibles. Elle présente une extension au niveau de la nuque, sa tête penchant vers l'arrière. Sa bouche est entrouverte, un filet de bave pendant le long de celle-ci. Elle pousse des cris perçants et répétitifs. Je ressens du dégoût face aux filets de baves qui coulent et de la peur face à la lourdeur du handicap. La tristesse m'envahit face à cette jeune adolescente qui semble souffrir. « Accepter de ressentir dans son propre corps ses émotions, même celles qui ne nous valorisent pas (dégoût, peur) est la condition indispensable à toute rencontre authentique et éthique avec le sujet polyhandicapé »²¹.

Le psychomotricien et la kinésithérapeute placent Marissa au sol où un temps de « défoulement » lui est accordé. Elle se positionne sur le ventre, en schème d'hyperextension, ses genoux pliés et les bras projetés vers l'arrière. Elle bouge très rapidement les jambes, alternant entre flexion et extension. Elle présente une hypotonie majeure et une spasticité au niveau des membres inférieurs, ce qui limite considérablement son amplitude articulaire et entrave sa mobilité. Elle ne s'exprime qu'avec des cris ou des hurlements incessants, à l'origine d'un trouble de la communication verbale et de la relation. Ses hurlements me font penser à un être inhumain, une figure animale qui serait pris au piège. « Il existe des êtres dont l'existence même vient interroger la frontière entre l'humain et le non-humain »²² nous dit S. Pandelé, psychologue. Or comme

²⁰ *Tous les prénoms d'enfants utilisés dans ce mémoire ont été modifiés.

²¹ SCelles R., PETITPIERRE G., *op. cit.*, p.82

²² PANDELE S., *op. cit.*, p.24

l'écrit E. Fiat, agrégé de philosophie, « la vulnérabilité, la précarité, la dépendance ne sont pas des signes d'inhumanité, des dysfonctionnements qui arriveraient à l'être humain mais au contraire des signes d'humanité »²³, signe que nous avons tous des failles.

Lorsque Marissa parvient à s'apaiser, ses cris se transforment en essoufflements. La kinésithérapeute réalise alors des mobilisations articulaires au niveau des genoux où les rétractions musculo-tendineuses sont les plus importantes. Cela facilite le relâchement musculaire. Elle ajuste l'intonation de sa voix en parlant tout doucement à Marissa lorsqu'elle la mobilise. Le psychomotricien, quant à lui, tient la tête de Marissa afin de lui offrir un support d'appui qui soit contenant, enveloppant, sécurisant, propice au relâchement. Tout ceci vise à l'abaissement du tonus d'action de Marissa.

Malgré les troubles relationnels importants, Marissa parvient à être attentive à certains moments et à comprendre ce qu'on lui dit, son regard se dirigeant vers son interlocuteur. Elle parvient à répondre en émettant certains cris, toutefois difficiles à discerner.

3.3.2. Amin, une toute autre vision du polyhandicap

Amin est un petit garçon en fauteuil roulant. Il souffre d'une quadriplégie spastique* et présente une hypotonie axiale massive ne lui permettant aucune tenue de posture ni aucun moyen de locomotion. Il ne tient pas seul en position debout. Posé au sol, Amin place ses membres supérieurs en chandelier et présente une prédominance des chaînes postéro-médiane et antéro-latérale²⁴. Mon maître de stage lui propose alors un arrière fond tonique pour soutenir sa posture assise en se plaçant derrière lui. Il cherche à affiner la sensorialité d'Amin et étayer ses expériences sensori-motrices par une prise de conscience corporelle. Je remarque qu'Amin présente une forte spasticité au niveau des doigts de la main. Cette dernière entrave la qualité de mouvement et la préhension manuelle. Soutenir le relâchement volontaire s'avère alors nécessaire. Par ailleurs, les coordinations bi-manuelles et oculo-manuelles sont altérées. Amin ne parvient que difficilement à orienter son regard dans la direction du mouvement, notamment du côté gauche.

²³ FIAT E. (2010), p.13

²⁴ STRUYF-DENYS G., (1997), p.73 et p.137

Amin cherche à communiquer malgré ses troubles orthopédiques, toniques et sensoriels importants. C'est un petit garçon souriant, très joyeux, qui dégage de la joie de vivre. Lorsque le psychomotricien interagit avec lui, il lui répond par le sourire et même en rigolant parfois. Même si les moyens de communication d'Amin sont fortement restreints, son langage étant réduit à quelques mots, il est attentif et reste concentré lors des activités sensori-motrices. Ma vision du polyhandicap m'avait conduit à penser que ces enfants étaient dans l'incapacité de rire ou d'exprimer des émotions tant la lourdeur du handicap venait faire barrière à l'ensemble de leurs possibilités communicatives. Je laisse peu à peu les aspects physiques du handicap de côté pour me consacrer pleinement à la relation avec cet enfant. Je me laisse alors surprendre par sa joie de vivre et ses possibilités interactionnelles.

A travers ces deux vignettes cliniques, j'ai exposé ma vision du polyhandicap telle qu'elle m'apparaissait au début de mon stage. Petit à petit, la relation s'est instaurée avec ces enfants et j'ai découvert l'étendue des possibilités de travail en psychomotricité auprès de ces sujets. Je vais maintenant définir la psychomotricité selon mon point de vue et observer sa place au sein de l'IEM.

4. La psychomotricité et sa place dans l'établissement

Depuis le début de notre formation, nous nous intéressons aux fondements de la psychomotricité, à son histoire, ses principes, ses courants et son évolution afin d'en donner une définition.

Il n'existe pas de définition universelle de la psychomotricité. Même si nous exerçons le même métier, les définitions varient en fonction des professionnels, de leur pratique, de leurs lectures, de la formation qu'ils ont reçue et de la population avec laquelle ils travaillent. Toutefois, la psychomotricité étant une discipline paramédicale très récente, encore méconnue de certains, il est fondamental d'en avoir une représentation claire et précise. Savoir se définir permet de justifier notre pratique, de pouvoir expliciter ses bienfaits et ses champs d'intervention, dans la perspective future d'une meilleure reconnaissance de cette profession dans notre société. Les recherches effectuées lors de mes trois années de formation m'ont permises de me questionner sur ce formidable métier qui sera bientôt le mien. C'est au cours de ma dernière année que je parviens à

faire des liens qui articulent ce que j'observe et vis en stage à ce que j'ai pu apprendre et comprendre sur le plan théorique.

Voici comment je définis la psychomotricité. La psychomotricité, discipline paramédicale, repose sur la mise en place d'une relation thérapeutique abordant le patient dans sa globalité. Il s'agit d'une rencontre indissociable du corps et de la psyché, une approche de l'autre mêlant bienveillance, empathie et disponibilité psychocorporelle. La relation qui s'instaure favorise l'expression des éprouvés corporels, sensations, émotions et affects du patient, pour parvenir à leur donner du sens, qu'ils soient intégrables psychiquement. En ce sens, la psychomotricité contribue à se réapproprier psychiquement son corps en prêtant attention à différents ressentis, dans une perspective de mieux-être au quotidien. Elle favorise également l'acquisition, le développement et le maintien de capacités psychomotrices afin de conduire le patient dans un processus d'autonomisation. La psychomotricité peut être une pratique éducative, rééducative et thérapeutique dans laquelle l'investissement corporel est un facteur de réinvestissement narcissique et un mode de relation thérapeutique. B. Jolivet, psychiatre, définit la psychomotricité comme étant une motricité en relation.

Au sein de l'IEM, la psychomotricité occupe une place tout à fait légitime auprès de l'équipe paramédicale et éducative. Le psychomotricien échange souvent avec ses collègues orthophonistes, kinésithérapeutes et ergothérapeutes concernant les enfants qu'ils ont en commun. Les réunions de synthèse qui réunissent l'ensemble de l'équipe paramédicale permettent également de faire un point sur l'évolution de la prise en charge d'un enfant, d'évaluer ses besoins actuels et d'orienter les axes de travail en fonction de ceux-ci. D'autre part, il arrive que le psychomotricien anime certaines séances en co-thérapie. Cela permet de mieux cerner les axes de travail abordés par chacun et donc de mieux cibler les enjeux de la prise en charge psychomotrice.

Je vais maintenant expliciter ma rencontre avec deux jeunes déficients moteurs du centre qui a conduit à étayer mon choix de prise en charge.

5. Quand mon chemin croise celui de deux enfants déficients moteurs

Lors des prises en charge de l'après-midi, je rencontre deux enfants déficients moteurs. Ils présentent tous les deux une Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC)²⁵ dont l'atteinte motrice se caractérise par une hémiplégie* cérébrale infantile droite, davantage marquée au niveau du membre supérieur. Avec ces enfants, l'approche est différente de celle réalisée avec les enfants polyhandicapés car leurs capacités psychomotrices sont plus importantes. En effet, les axes de travail auprès de personnes cérébro-lésés ne sont pas les mêmes suivant l'importance des déficiences. Le fait de reconnaître aujourd'hui une personne IMC plutôt que polyhandicapée aura des incidences sur la manière de la prendre en charge.

Dès le premier jour, je rencontre Bastien, alors âgé de huit ans, dont la spontanéité et l'instabilité psychomotrice m'apparaissent immédiatement. Il est suivi depuis deux ans à l'IEM. Je fais également la rencontre d'Alex, âgé de huit ans également, qui vient d'arriver dans la structure pour une observation d'une semaine. Le psychomotricien réalise alors une observation psychomotrice qualitative et quantitative d'Alex afin de rédiger par la suite son bilan psychomoteur. L'observation psychomotrice permet de nous intéresser à l'état tonique global de l'enfant, à ses capacités posturo-locomotrices, sa préhension, sa coordination/dissociation, sa conscience corporelle, son investissement de l'espace, son attitude face aux objets, sa communication, son contact visuel et ses capacités relationnelles. A première vue, je constate que Bastien et Alex sont relativement autonomes et présentent une motricité de bonne qualité. Les capacités relationnelles de ces enfants sont également intéressantes.

Nous sommes alors mi octobre et mon maître de stage me propose de prendre en charge un enfant que je vois le jeudi en m'appuyant sur les éléments observés depuis le début de l'année. Ceux-ci me permettront d'étayer et d'aiguiller ma pratique, mes propositions et mes choix de médiations. Je m'interroge donc sur l'enfant avec qui j'aimerais cheminer au cours de l'année. Étant moi-même souvent en difficulté dans la relation avec un patient, j'estime que je serai sans doute plus à l'aise avec un enfant dont les capacités motrices

²⁵ Cf. *Supra*, p.15

sont plus développées. Je décide alors de ne pas choisir un enfant polyhandicapé et d'orienter mon choix vers Bastien, enfant que je trouve particulièrement chaleureux, dynamique et jovial.

A cette époque de l'année, j'étais très loin d'imaginer les difficultés que j'allais rencontrer avec cet enfant. Celles-ci vont remettre en cause mon approche relationnelle au sein du dispositif thérapeutique.

II - A la rencontre de Bastien

1. Place à l'observation

Je rencontre Bastien pour la première fois lors d'une séance de psychomotricité en septembre 2015. Il est alors âgé de huit ans et trois mois. Cet enfant est vif, souriant et dynamique. Je me présente à lui en lui expliquant que je suis stagiaire et qu'il sera amené à me voir tous les jeudis, en compagnie du psychomotricien. Il hoche la tête, me regarde puis part en courant dans la salle de psychomotricité. Je remarque d'emblée la présence d'une impulsivité*, d'une instabilité psychomotrice et de troubles attentionnels massifs. Son agitation verbale et physique m'apparaît dès notre première rencontre. D'autre part, il se laisse souvent tomber au sol dans une sorte d'effondrement tonique. Il semble alors habité par des états de vide psychique durant lesquels il demeure ponctuellement figé, le regard ailleurs. J'observe que ses capacités attentionnelles, d'anticipation, de concentration et d'adaptation spatio-temporelle sont fortement perturbées.

J'émetts également l'hypothèse d'un trouble visuo-spatial qui viendrait altérer les capacités d'organisation et de représentation spatiale de Bastien. Ce jeune garçon reproduit par imitation mais dès lors que l'initiative créatrice lui est laissée, il semble débordé, dispersé et ne parvient pas à proposer quelque chose par lui-même. M. Berger, professeur de psychologie et psychanalyste, aborde la question du jeu chez l'enfant instable en expliquant que « l'enfant instable souffre d'une discontinuité permanente de la pensée. Il laisse tomber en permanence une idée pour passer à une autre, comme il laisse tomber les objets qu'il manipule pour passer à d'autres »²⁶. Bastien virevolte dans la pièce en saisissant des objets de façon anarchique sans les utiliser au sein d'un jeu véritablement organisé.

Dès les premières séances, mon maître de stage m'implique dans sa prise en charge avec Bastien en me laissant l'opportunité de participer aux différentes propositions. Voyant que je me pose plusieurs questions au sujet de Bastien, il me donne alors quelques pistes de réflexions cliniques afin de définir ensuite des axes de travail que je développerai plus bas. Les rires, la spontanéité et la joie de vivre

²⁶ BERGER M., (2003), p.13

de Bastien m'ont touchés d'emblée, venant soutenir mon choix d'accompagnement.

Au début de ce stage, je pensais qu'il me serait très difficile d'accompagner un enfant polyhandicapé. Interagir avec lui et mettre en place des activités psychomotrices adaptées à ses nombreuses difficultés relationnelles et communicationnelles me semblaient insurmontable. J'avais peur de me confronter à l'image du polyhandicap et à la vulnérabilité qu'elle projetait en moi. J'étais focalisé sur les appareillages, les atteintes ostéo-articulaires et les difficultés de communication et d'expression de ces enfants. A cette époque, je pensais qu'il serait beaucoup plus simple de tisser une relation avec un enfant IMOC plutôt qu'avec un enfant polyhandicapé. Mais petit à petit, j'ai dépassé ces préjugés et je me suis rendu compte qu'il m'était aussi difficile de m'ajuster et de m'engager corporellement avec un enfant polyhandicapé qu'avec Bastien. C'est ce que je vais expliquer par la suite.

1.2. Anamnèse et réflexions sur la problématique de Bastien

Je vais ici retracer l'anamnèse de Bastien. Cependant, je n'ai consulté son dossier médical qu'après quelques séances pour prendre le temps d'instaurer une relation avec lui, sans avoir connaissance de son passé, l'accueillant dans l'ici et maintenant.

Suite à mes observations qualitatives, j'ai pu émettre des hypothèses de travail qui seront modulables au fur et à mesure des informations cliniques apportées par l'évolution de Bastien au cours de sa prise en charge. Il sera essentiel d'être à l'écoute de l'enfant et de s'adapter au plus près de ses besoins à chaque instant.

Dès les premières séances, je suis d'emblée dans une perspective rééducative avec lui. Je souhaite renforcer ses capacités attentionnelles et sa structuration spatio-temporelle en partant d'un travail autour du corps propre. Lorsque qu'au bout de deux séances de prise en charge je me concentre sur l'étude de son dossier médical, je me rends compte que ces informations seront d'une importance capitale dans la suite du suivi avec Bastien. Voici les éléments que j'ai pu recueillir dans son dossier.

Bastien est un enfant de huit ans, né à Haïti, qui vit actuellement avec sa mère et sa grande sœur. Il présente une hémiplégié droite cérébrale infantile due à des séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral* (AVC) gauche observées lors de l'IRM cérébrale à la naissance. Bastien est un enfant né prématuré, à 28 semaines d'aménorrhée, et pesait 1,8 kg. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un lien entre cette prématurité et l'AVC lié à un défaut d'irrigation sanguine du cerveau. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que les soins prodigués dans son pays d'origine concernant la prématurité ne sont pas de la même nature qu'en France. On peut se poser la question des moyens sanitaires mis en œuvre pour Bastien durant les premières années de sa vie dans un pays pauvre comme Haïti.

Comme nous le savons, l'hémisphère gauche du cerveau contrôle la lecture, la parole, la pensée et les fonctions mathématiques. Ces habiletés pourraient être affectées chez Bastien. Celui-ci présente une agnosie auditive*. Il ne parvient pas à identifier, analyser et localiser certains sons. Ces difficultés se répercutent sur ses apprentissages scolaires. Depuis son arrivée en France, Bastien est suivi régulièrement dans les services de neurologie, chirurgie orthopédique et ophtalmologique d'un grand hôpital. Le diagnostic révèle une infirmité motrice d'origine cérébrale. Bastien présente des troubles du comportement et une légère déficience intellectuelle.

A l'âge de trois ans, en 2010, Bastien assiste au séisme d'Haïti, séisme d'une très grande intensité causant de nombreuses victimes et des dégâts matériels considérables. Sa mère, sa sœur et lui arrivent quelques temps après en France. Nous pouvons penser que le vécu d'un séisme a engendré un traumatisme considérable chez Bastien, venant affecter la sphère psychoaffective, l'identité psychocorporelle et familiale, les repères et la sécurité de base de cet enfant. Face à ce vécu traumatisant, c'est toute l'identité bio-psycho-sociale qui est remise en question. Sa structuration psychocorporelle n'a pu se construire de manière harmonieuse au cours de son développement psychomoteur en raison de destructions importantes et d'un sentiment de perte. De plus, nous n'avons aucune information concernant son père. Est-il présent pour Bastien ? Dans le cas contraire, comment a-t-il pu se construire sans figure paternelle ?

Au regard de ces éléments, je décide de me focaliser non plus sur les troubles moteurs de Bastien qui apparaissent comme secondaires par rapport à sa problématique mais davantage sur les troubles psychoaffectifs et identitaires de cet enfant.

1.3. Situation actuelle

Il est accueilli depuis l'âge de 6 ans dans l'institution et est actuellement scolarisé en classe de cycle 1 « Education nationale », correspondant à une classe de maternelle. Le motif initial d'admission dans l'établissement est de permettre à Bastien de bénéficier d'une prise en charge à l'unité scolaire, éducative et paramédicale, qu'il puisse s'approprier des outils pour améliorer sa communication et qu'il maintienne son état orthopédique actuel en utilisant son membre supérieur droit dans les activités motrices.

Depuis deux ans, Bastien bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité. Le motif initial est de développer sa conscience corporelle, lui offrir un cadre propice à l'exploration de différents éprouvés corporels et canaliser son impulsivité. Il s'agit d'améliorer sa concentration afin qu'il soit plus efficace dans ses apprentissages. La connaissance du schéma corporel est également abordée en psychomotricité par la représentation graphique, l'orientation et la structuration spatio-temporelle, en partant du corps propre.

Bastien est autonome dans ses déplacements malgré son hémiplégie mais il a besoin d'une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne. Il n'est pas capable de s'habiller et de manger tout seul. D'autre part, il présente des troubles du comportement.

Bastien bénéficie au sein de l'IEM de deux séances de psychomotricité, de kinésithérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie par semaine ainsi que de deux temps de classe Montessori et d'un entretien psychologique. Sa prise en charge est donc pluridisciplinaire et relativement conséquente. Elle génère une certaine fatigabilité chez cet enfant qu'il sera nécessaire de prendre en compte.

1.4. Bilan psychomoteur

Un premier bilan psychomoteur est réalisé en mai 2014 à la demande du médecin coordinateur de l'établissement. L'objectif est de connaître les capacités et les difficultés psychomotrices de Bastien ainsi que les bénéfices d'une éventuelle prise en charge en psychomotricité. En mai 2014, le psychomotricien conclue que l'impulsivité prédomine dans le comportement de Bastien. Celle-ci influence considérablement la continuité de ses apprentissages. On note également des troubles neuropsychologiques et du comportement difficiles à évaluer et des fluctuations de l'attention. Parfois, Bastien arrive véritablement à se poser et à mener correctement une action. Je m'aperçois que dans les jeux de lancer, visée, shoot, Bastien fait toujours très fort mais sans adapter son geste à l'espace. Les objets lui permettent de libérer son agressivité pour décharger une tension.

1.5. Projet thérapeutique

Suite au bilan psychomoteur en mai 2014, plusieurs axes de travail sont envisagés. En effet, Bastien bénéficie de deux séances par semaine en psychomotricité visant à lui offrir un cadre dans lequel il peut interagir avec son milieu tout en prenant le temps de ressentir, de percevoir, de communiquer et de traiter les informations lui parvenant. Ces séances lui offrent également la possibilité de s'exprimer corporellement et de décharger son impulsivité dans les limites établies par le cadre thérapeutique. Face aux traumatismes vécus dans son enfance, les troubles psychoaffectifs de Bastien sont massifs, générant agressivité, frustration, impulsivité et opposition. La psychomotricité pourra lui apporter un étayage structurel sur le plan cognitif, psychoaffectif et psychocorporel.

Suite aux données obtenues lors du bilan psychomoteur et de l'observation psychomotrice réalisée depuis septembre 2015, je vais retranscrire ici les axes thérapeutiques qu'il est pertinent de travailler actuellement avec Bastien. Les voici :

- instaurer un cadre sécurisant, structurant et contenant pour qu'il puisse se poser psychiquement et corporellement ;
- favoriser l'investissement de la totalité de son corps afin qu'il construise un schéma corporel plutôt harmonieux entre ses deux hémicorps et lui permettre de trouver des moyens de compensation dans la vie de tous les jours ;

- développer une meilleure gestion tonico-affective qui tienne compte des limites gnosiques auditives dans la mesure où celles-ci induisent un comportement difficile à canaliser ;
- apaiser ses tensions pour qu'il puisse focaliser son attention sur des tâches précises et contrôler son impulsivité ;
- soutenir la communication tant au niveau gestuel que verbal en favorisant l'émulation symbolique et ludique des interactions afin de renforcer ses relations sociales ;
- proposer un travail séquentiel pour que Bastien acquière de meilleurs repères durant chaque exercice qui sollicite particulièrement ses capacités exécutives (attention, mémoire de travail, flexibilité mentale...).

Dans cette perspective, il serait intéressant d'aborder un travail autour des percussions osseuses afin que Bastien ressente son squelette, sa structure et sa solidité. Il sera alors possible pour lui de mieux prendre conscience de son intériorité. Comme le souligne B. Lesage, le squelette est « le support d'une perception de soi unifié, qui équilibre la perception des contours liés à la peau. Il y a matière à intérioriser son support, à se supporter soi-même, à partir de quoi peuvent s'exercer des repoussés, schèmes qui jouent un rôle fondamental dans le processus de verticalisation ». En renforçant le « dedans », on permet au « dehors » d'exister, ce qui favorise l'entrée en relation.

Lors des deux séances hebdomadaires avec Bastien, il sera important de garder un cadre stable (lieu, jour, horaire, personnes présentes) en raison de son instabilité psychomotrice et de son agitation permanente. D'autre part, nos axes thérapeutiques abordés en psychomotricité doivent être en lien avec ceux abordés dans les autres prises en charge dont bénéficie Bastien. Cela assure une continuité cohérente et une prise en charge globale et pluridisciplinaire qui s'ajuste à l'évolution et aux besoins de Bastien.

2. Mon entrée en relation avec Bastien

2.1. De la relation à la relation thérapeutique

Intéressons nous au terme de relation qui provient du latin *relatio* signifiant « rapport, compte rendu ». D'après le dictionnaire Larousse, la relation désigne le lien, le rapport qui existe entre des choses ou des personnes. « Dès la conception, l'individu est un être en relation. Commence alors toute la construction de l'appareil psychique, avec des liens permanents entre le corps, le mouvement et la pensée »²⁷.

Dans le langage courant, la relation exprime le fait d'entretenir des liens avec une personne, d'avoir des contacts avec quelqu'un. A la base de toute vie humaine et sociale, il existe des liens qui unissent les gens. C'est une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui. Toute notre vie humaine est construite autour d'échanges, d'interactions, de communications, de relations avec notre environnement et avec les autres. « L'homme se crée dans le dialogue de la relation »²⁸. La relation, concernant au minimum deux personnes, se révèle de nature dynamique, c'est-à-dire qu'elle est en constante évolution, en mouvement. C'est un phénomène actif.

Comme le souligne H. Bucher, éducatrice spécialisée, kinésithérapeute et psychomotricienne, « la relation au monde, avec ses états de sécurité ou d'inquiétude, de plaisir ou de déplaisir ; la relation avec autrui [...] ; sans compter cette étroite correspondance tonique et émotionnelle qui s'élabore entre la mère et l'enfant »²⁹ participe à la singularité des phénomènes vécus et au développement de la personnalité. Par ailleurs, elle ajoute que « l'être ne se construit pas seul. Le sentiment d'exister vient d'autrui et du monde. Le sentiment d'être aimé, reconnu, accepté, en forme la base ; de même que la certitude d'une possible interaction entre soi et l'environnement constitue le fondement d'une autonomie véritable »³⁰.

Qu'en est-il plus spécifiquement de la relation thérapeutique ?

²⁷ REIGNOUX C. (2012), p.37

²⁸ DE AJURIAGUERRA J. et ANGELERGUES R. (1962), p.24

²⁹ BUCHER H. *op. cit.*, p.17

³⁰ *Ibid.*, p.22

2.2. La relation thérapeutique en psychomotricité

Dans le cadre du soin, la relation entre soignant et soigné est nommée relation thérapeutique. On parle aussi d'alliance thérapeutique, acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque. Le terme thérapie provient du grec *therapia* qui signifie « soin ». Celui-ci désigne l'attention, l'application portée à quelque chose ou à quelqu'un. Par ailleurs, J.-C. Carric, psychomotricien, décrit la thérapeutique comme la « partie de la médecine qui s'occupe des moyens propres à guérir ou soulager les malades »³¹. « Pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y a rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir »³². La relation thérapeutique a une autre finalité qu'une simple interaction à but communicatif. Celle-ci vise à engendrer un changement en repassant par certaines étapes fragiles du développement psychomoteur pour permettre l'adaptation de l'individu à son environnement et favoriser son épanouissement psychocorporel. Selon C. Rogers, psychologue, la relation d'aide est une relation dans laquelle « 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 »³³.

« C'est l'authenticité de la relation proposée qui fait que l'enfant pourra peut-être, dans une certaine mesure, « exister » malgré ses manques, livrer ses possibilités réelles d'échange et de communication »³⁴. La relation thérapeutique dépend de nombreux facteurs pour se développer et prendre sa valeur de soutien au processus de changement souhaité. Il faut tout d'abord que les partenaires de cette relation se reconnaissent. Le psychomotricien doit se reconnaître capable et disposé à s'engager corporellement avec son patient. Celui-ci doit parvenir à prendre du plaisir à s'investir dans cette relation. L'attitude du psychomotricien favorisera la constitution d'une alliance de travail, une base relationnelle suffisamment sûre et contenante pour permettre au patient d'investir son corps positivement et de manière sécurisante.

³¹ CARRIC J.-C., (2011), p.187

³² POTEL C., (2010), p.52

³³ ROGERS C. (1968), p.29

³⁴ BUCHER H., *op. cit.*, p.81

Lors de la première séance que j’anime avec Bastien, mon maître de stage reste dans la pièce, assis au bureau. Mon premier objectif est d’entrer en relation avec lui, de nouer une relation empathique, sécurisante et de confiance. Il s’agit d’induire une qualité de présence et d’écoute. « Le premier temps de la thérapie devient alors un moment essentiel, au cours duquel prévalent pour l’enfant les données de réassurance narcissique, de restauration du sentiment de soi, de réconciliation avec soi-même »³⁵. Cette période peut être longue et difficile pour certains. Lorsque l’enfant sera convaincu de la permanence de la relation offerte alors il commencera à se découvrir ou à se redécouvrir.

J’ai préparé à l’avance ma séance en me focalisant sur certains items psychomoteurs que j’estime utiles d’aborder avec cet enfant. Il s’agit des items de motricité fine, la qualité et la précision du geste, l’équilibre statique, la coordination oculo-manuelle, la capacité à rester concentré sur la tâche à effectuer en inhibant les éléments distracteurs et enfin à canaliser son impulsivité. J’observe lors de cette séance que Bastien est particulièrement réceptif à ce que je lui propose, enchaînant les activités avec intérêt, restant attentif. La relation se met doucement en place entre lui et moi.

Au travers du dialogue tonico-émotionnel³⁶, je tente de m’ajuster corporellement et psychiquement à Bastien en lui laissant de l’espace pour qu’il puisse s’exprimer et investir les différentes propositions. Je reste disponible pour répondre à ses éventuelles sollicitations. Étant donné sa grande impulsivité, je lui propose de venir s’asseoir sur le physioball, objet qui constitue à la fois un support d’appui et de rebond. Bastien investit immédiatement la proposition et s’assoie sur le ballon. Je n’hésite pas à venir le toucher au niveau des épaules pour qu’il parvienne à se relâcher et à s’apaiser. En utilisant la sensation tactile du toucher, je cherche à canaliser son impulsivité.

Je lui propose alors le contact d’une balle à picots que je passe le long des différents segments corporels pour matérialiser les contours de son corps afin qu’il prenne conscience de son enveloppe corporelle. Cet enfant a besoin de limites, de se sentir contenu et soutenu dans la construction d’une structure psychocorporelle solide et fiable. Celle-ci passe par la prise de conscience de soi au travers de

³⁵ BUCHER H., *op. cit.*, p.91

³⁶ *Cf. Infra*, p.39

sensations et de perceptions corporelles, d'activités perceptivo-motrices, de la sensori-motricité, de la constitution de limites séparant l'intérieur et l'extérieur du corps. L'objectif est de renforcer le processus de séparation-individuation qui participe à l'autonomisation du sujet. Elle s'insère aussi « dans une recherche d'enrichissement émotionnel et relationnel »³⁷.

Par mon approche, Bastien peut prendre conscience de certaines sensations (tactiles et proprioceptives) pouvant faire écho à des représentations psycho-affectives (dur/mou, détente/tension...). Je l'accompagne dans cette prise de conscience, étayant ma proposition par un accompagnement verbal des différentes parties du corps mobilisées. Je lui laisse la possibilité d'intérioriser ses ressentis et de m'en faire part s'il le désire. J'essaye alors de m'ajuster à son rythme propre, ce qui n'est pas si simple. Je lui propose de se passer lui-même la balle à picots sur son corps, ce qu'il fait en la faisant rouler sur sa tête. Il me demande pourquoi ce n'est pas mon maître de stage qui lui passe la balle à picots. Je pense qu'il s'identifie au psychomotricien, l'investissant comme figure de référence. Tisser une nouvelle relation avec une personne qui lui est inconnue, en l'occurrence moi, lui semble difficile. Cela nous renvoie au concept d'*inquiétante étrangeté*³⁸.

Je suis vraiment content de cette première séance avec Bastien. Celle-ci s'est déroulée comme je l'espérais. Bastien était réceptif à mes propositions du début à la fin malgré le fait qu'il ne soit pas à l'initiative de celles-ci. Je réfléchis à l'avenir à lui laisser davantage la possibilité de proposer une activité de lui-même. Je veillerai alors au respect du cadre et des règles.

³⁷ LESAGE B., *op. cit.*, p.95

³⁸ Cf. *Supra* p.12

3. Face à mes difficultés

Lors de la deuxième séance avec Bastien, j'ai le sentiment que tout ce que j'avais préparé tombe à l'eau, Bastien ne parvenant pas à se saisir de mes propositions. Je tente de prendre du recul par rapport à la situation en le laissant acteur, libre de choisir une activité. Il court d'un bout à l'autre de la pièce, ne réalisant aucune activité construite. Tout le matériel de la salle, tous les jeux proposés sont expérimentés de la même manière par Bastien, sans continuité, sans investissement véritable, avec toujours au cours de la séance deux ou trois épisodes de réactions destructrices ou agressives à l'égard des objets. Je m'efforce de maintenir à la fois une acceptation et une disponibilité maximales en même temps que la sauvegarde du matériel et de la salle lorsque se manifestent ses actes impulsifs ou agressifs. J'essaye d'ajuster ma voix mais je remarque que j'ai beaucoup de difficultés. Il semble ne pas m'entendre et ne fait pas attention à moi.

Je parviens finalement à capter son attention lorsqu'il s'assoie sur un rouleau. Nous jouons à « bateau sur l'eau ». Je construis une petite histoire imaginaire en lui disant qu'il ne faut pas qu'il tombe dans la rivière pleine de crocodiles. Je viens au contact de Bastien en le faisant tanguer d'un côté et de l'autre, faisant mine de le lâcher pour voir s'il parvient à réguler son tonus pour rester sur le navire. Un dialogue corporel s'instaure. Je remarque qu'il s'agrippe fortement au rouleau et qu'il pousse des cris mêlés de rires lorsqu'il constate qu'il est proche de tomber, de s'effondrer. Une grande excitation se lit sur son visage. Des mimiques apparaissent, ponctuées de réactions de prestance* soulignant ses difficultés d'adaptation dans un contexte relationnel.

Soudain, Bastien s'approche et me donne un coup de poing dans le ventre. Je suis perplexe, ne sachant comment réagir, quoi répondre. Je ne m'attendais pas du tout à cela. Cette séance m'a paru interminable. Je ne suis pas parvenu à m'ajuster à lui, tant sur le plan corporel que sur celui de la verbalisation. Je ne suis pas arrivé à maintenir le cadre nécessaire afin d'apporter une contenance verbale et physique à Bastien. Or, le psychomotricien doit justement être un objet stable et constant, garant d'un certain cadre.

Lors de cette séance, nous ne sommes pas parvenus à s'accorder l'un à l'autre. De nombreuses questions me viennent alors : pourquoi tant d'agressivité de la part de Bastien à mon égard ? Mon engagement corporel était-il suffisant ? A quelle distance me suis-je situé par rapport à lui ? Comment aurais-je pu mieux m'adapter à son rythme ?

Je pense qu'il serait pertinent d'apporter des nuances à Bastien qui vit les événements en tout ou rien. A certains moments, il montre une impulsivité débordante et à d'autres un repli sur soi pouvant faire penser à une phase dépressive. Bastien a besoin qu'on lui propose une expérimentation riche et variée afin qu'il éprouve dans son corps des sensations différentes qui peuvent cohabiter, conduisant à l'ambivalence tonique, sensorielle, affective et représentative. Cette cohabitation dans une même enveloppe de tensions antagonistes, de sensations opposées et d'affects contradictoires permet à l'enfant d'atteindre le stade de l'ambivalence affective.

3.1. Agressivité et désir d'emprise

« Le principal ennemi de l'empathie³⁹ serait [...] le désir d'emprise. Et ce risque est d'autant plus grand que les soignants sont soumis à une surexcitation empathique dans laquelle la détresse des patients peut finir par leur paraître si intense et si insupportable qu'elle génère chez eux un retrait émotionnel destiné à se protéger »⁴⁰.

C'est exactement ce que j'éprouve au début avec Bastien. Lorsqu'il me donne un coup de poing dans le ventre, je suis dans un premier temps très surpris par son agressivité et ne parviens pas à l'accueillir. Je lui renvoie l'agressivité qu'il projette sur moi par mon attitude réactionnelle de rejet. J'adopte alors une position en miroir face à lui, face à mon sentiment d'impuissance. Lorsque la situation m'échappe, je souhaite rapidement reprendre le contrôle en m'approchant physiquement de Bastien pour lui expliquer qu'il y a des règles à respecter et qu'il ne peut pas faire n'importe quoi. Je me situe alors très près de lui, ce qu'il peut vivre comme une intrusion. Je me laisse déborder par l'impulsivité de cet enfant qui joue avec mes propres limites.

³⁹ Cf *Infra.*, p.64

⁴⁰ BRUNET F., BLANC C., MARGOT A.C. (2009), p.25

En tant que futur psychomotricien, il est important de parvenir à ne pas condamner l'agressivité de l'enfant mais au contraire à l'accueillir et à la sublimer lorsqu'elle fait surface. « Détruire, casser, jeter [...] sont essentiels dans la vie d'un enfant »⁴¹. Chez Bastien, cette agressivité s'associe au désir de destruction. Il est alors intéressant de lui permettre d'exprimer cette agressivité en séance de psychomotricité en passant par différentes activités corporelles telles que des jeux de combat (lutte, bataille de coussins, etc.). Celles-ci seront sous-tendues par un cadre clairement établi avec des règles strictes : ne pas abîmer le matériel, ne pas se faire mal et ne pas faire de mal à autrui. Il est important de pouvoir verbaliser avec l'enfant pendant et après l'activité pour qu'il prenne conscience de ce qu'il vit dans son corps à cet instant précis. Des commentaires sur son état psychoaffectif peuvent lui permettre de prendre conscience de ses faits et gestes. Notre présence devra être suffisamment « apaisante, sécurisante, ferme et solide »⁴² pour permettre une intériorisation psychique des affects, sensations, éprouvés et émotions vécues en séance. Cependant, l'agnosie auditive de Bastien engendre des troubles de la compréhension et de la communication verbale ne lui permettant pas de verbaliser sur ses ressentis. Il est donc difficile de se faire comprendre et d'être compris par lui. Il est donc essentiel d'en tenir compte.

Notons qu'une relation parfaite n'existe pas. Comme le souligne H. Bucher, « ce sont ces petits heurts, ces temps d'ajustement, que l'immédiat et le naturel dans lesquels se jouent les rapports rendent pratiquement inévitables, qui humanisent la relation, la rendent assimilable et transposable. Une relation « trop parfaite », trop assujettie à l'enfant, outre qu'elle ne demanderait de sa part aucun effort, aucune adaptation, serait pour lui un « modèle » bien peu utilisable dans la vie courante »⁴³. L'important, c'est d'engager une relation sur la base d'un plaisir partagé : plaisir d'être en relation, plaisir d'avoir un corps, d'agir et de communiquer à travers lui.

Il est important de garder à l'esprit que nous nous présentons au patient en tant que psychomotricien. Ainsi, lorsque Bastien s'attaque au dispositif que je propose ou à moi directement, il s'adresse à ce que je représente, c'est-à-dire un stagiaire en psychomotricité et non pas à mon identité personnelle, à moi en tant qu'individu. Il est important de comprendre cela afin de conserver une certaine

⁴¹ POTEL C., (2013), p.359

⁴² POTEL C., *op. cit.*, p.326

⁴³ BUCHER H., *op. cit.*, p.83

distance indispensable à tout processus thérapeutique. La rencontre « exige du thérapeute à la fois qu'il accepte d'accueillir l'autre au plus profond de soi et qu'il puisse prendre ensuite une certaine distance »⁴⁴. Il ne faut cependant pas nier ce que nous sommes. Notre identité fait partie de nous, colore notre subjectivité et sert notre travail professionnel. Tout ce que nous vivons et ressentons peut nourrir nos qualités de thérapeute et enrichir notre travail à condition de garder à l'esprit que cela nécessite de notre part vigilance et attention. Lorsque Bastien me donne un coup de poing dans le ventre, j'ai au départ beaucoup de mal à prendre du recul. Je prends cette attaque comme une attaque personnelle qui vise à me détruire et souhaite avant tout me protéger.

La possibilité que me laisse mon maître de stage de m'exprimer par rapport à mon vécu psychocorporel est alors d'une aide précieuse. Comme le souligne J. Boutinaud et V. Sage, psychomotriciens, « l'aider [le stagiaire] à verbaliser autour de son ressenti émotionnel après-coup pour diriger son attention sur ses affects peut s'avérer d'un grand secours : il s'agit de permettre que ceux-ci deviennent un atout en servant de support à la réflexion et de déjouer les effets paralysants des mécanismes de défense »⁴⁵. « Ceci suppose que ce dernier [le maître de stage] doit peut-être avant tout l'amener à se poser les bonnes questions et l'aider à élaborer progressivement un point de vue personnel »⁴⁶. Il m'est à ce moment essentiel de pouvoir parler de mon ressenti, d'élaborer et de réaliser une articulation théorico-clinique avec mon maître de stage sur le contenu de chaque séance. Prendre conscience de mes ressentis m'invite à prendre de la distance.

H. Bucher nous explique que le « problème qui se pose est celui de savoir se situer à tout moment entre les deux pôles d'une permissivité qui permet d'être et ce cadrage minimum qui permet d'être en sécurité »⁴⁷. « Dosage délicat, qui en permanence confronte le thérapeute à ses propres limites : limite de ce qu'il peut supporter lui-même, limite de sa disponibilité, limite de sa propre maîtrise et de sa compréhension au niveau de ce qui se passe et de ses propres affects »⁴⁸.

⁴⁴ ROJAS URREGO A., cité par ROQUES B., p.49

⁴⁵ BOUTINAUD J. et SAGE V. (2014), p.299

⁴⁶ *Ibid.*, p.298

⁴⁷ BUCHER H., *op. cit.*, p.94

⁴⁸ *Ibid.*, p.94

Progressivement, je m'aperçois qu'il est fondamental de mettre en place un cadre sécurisant et contenant pour Bastien. Il s'agira d'instaurer des limites pour éviter qu'il ne s'éparpille et lui permettre de s'exprimer psychiquement et corporellement dans l'espace dans lequel il est convié. Deux questions m'interrogent sans cesse : comment établir un cadre avec des limites cohérentes tout en laissant des libertés à l'enfant pour s'exprimer, vivre des émotions et s'épanouir dans sa prise en charge ? Comment lui permettre d'être acteur de sa séance tout en lui permettant de canaliser son impulsivité afin qu'il gagne en efficacité ?

3.2. La nécessité d'établir un cadre thérapeutique stable et sécurisant

Offrir un cadre, c'est proposer un espace de liberté au sujet pour s'exprimer. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁴⁹. Il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant sans être rigide pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte.

C. Potel, psychomotricienne et psychothérapeute, donne au cadre en psychomotricité une fonction d'étanchéité, une sécurité qui permet à l'enfant d'être « tout entier » dans la relation avec le psychomotricien. Pour D.W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste, le cadre représente l'aménagement du dispositif thérapeutique à la fois physique et psychique. Le cadre physique correspond aux horaires, à la fréquence, à la durée des séances, au lieu et au matériel. Le cadre psychique garantit une pensée du corps du patient visant à l'expérimentation des éprouvés corporels en séance. Il a une fonction de pare-excitation, une fonction contenante. Le cadre, comme enveloppe d'une organisation suppose d'une part la distinction entre un dedans et un dehors et d'autre part un invariant au sein d'un processus de changement. Il a aussi une fonction transitionnelle, qui « assure la capacité d'articuler des symboles d'union dans un espace paradoxal de jeu »⁵⁰.

⁴⁹ *Ibid.*, p.321

⁵⁰ LAURAS-PETIT A. (1988), p.190

L'impulsivité de Bastien m'apparaît très souvent comme une activité désordonnée et improductive. Cette vision vient-elle du fait que je ne parviens pas à définir un cadre suffisamment clair et structuré ? Ou bien du fait que je n'arrive pas à m'ajuster et m'adapter à cet enfant qui cherche sans cesse à me défier ? Or après discussion avec mon maître de stage, je me rends compte que cette activité qui m'apparaît désordonnée et improductive peut prendre du sens, seulement si le cadre thérapeutique a été clairement pensé et élaboré par le psychomotricien. Si la décharge motrice est encadrée par des limites spatiales, temporelles, matérielles et psychiques que nous avons préalablement explicitées à l'enfant, elle peut devenir un moyen d'expression corporelle et permettre une « mise en pensée du corps »⁵¹. « Les gestes, la destruction agie dans l'espace viennent dire toute la destructivité ravageuse, l'angoisse, la terreur, ressenties par le patient »⁵².

Par ailleurs, l'agnosie auditive de Bastien est à l'origine d'une mauvaise interprétation des sons qui se surajoute à un sentiment possible d'insécurité en lien avec son passé. Bastien ne parvient pas à discriminer et à localiser les sons qui l'entourent, d'où la nécessité de veiller à bien articuler pour se faire comprendre. Lors d'une séance où je suis assis face à Bastien, nous empilons des petites pièces en bois pour construire une maison. Nous faisons ensemble, chacun à notre tour. Bastien est plutôt concentré, quand soudain il s'agite. Il entend du bruit derrière la porte et crie : « Entrez ! ». Je lui indique qu'il n'y a personne et que nous pouvons continuer à jouer. Cependant, il insiste plusieurs fois, se lève et va ouvrir la porte pour vérifier de lui-même. Ceci m'interroge sur la façon dont Bastien perçoit le cadre. Que peut-il se passer derrière les murs, derrière un cadre qui se veut contenant ? Un bruit peut être l'annonce que les choses vont s'écrouler. Peut-être que les sons qu'il ne parvient pas bien à discriminer peuvent augmenter son insécurité et l'inviter à se protéger. Après avoir refermé la porte, Bastien me dit « Va là-bas » en désignant le fond de la salle de psychomotricité. M'invite-t-il à me protéger, à fuir une menace d'effondrement ?

⁵¹ POTEL C., *op. cit.*, p.324

⁵² POTEL C., *op. cit.*, p.326

La spécificité du psychomotricien repose sur sa disponibilité, son adaptabilité et son engagement corporel et psychique dans la relation avec son patient. « C'est une certaine qualité d'intérêt et d'écoute qui lui ouvre la possibilité de se découvrir, d'habiter réellement son corps, puis l'espace, puis le monde »⁵³. Le dialogue tonico-émotionnel est alors un véritable outil et support d'étayage relationnel.

4. L'importance du dialogue tonico-émotionnel

4.1. Le tonus : support des émotions

Le tonus est un phénomène neuromusculaire complexe qui apparaît comme la toile de fond indispensable à toutes les activités motrices, depuis le maintien de la posture jusqu'aux schèmes moteurs les plus élaborés, de l'immobilité au mouvement le plus compliqué. La fonction tonique est à la fois véhicule de l'expression des émotions et support de la communication non verbale. Elle joue un rôle fondamental dans le développement psychique de l'enfant. Comme le souligne H. Wallon, psychologue et philosophe, l'émotion « a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique »⁵⁴. En effet, le tonus et les émotions sont étroitement liés. En 1954, H. Wallon précise que « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »⁵⁵. Par ailleurs, S. Robert-Ouvray, psychothérapeute, psychomotricienne et kinésithérapeute, complètera en disant que « le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle »⁵⁶.

Reprenant les travaux d'H. Wallon, J. De Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, définit le dialogue tonique ainsi : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique »⁵⁷. Il s'agit d'une relation interindividuelle et intersubjective où la subjectivité d'un interlocuteur suscite

⁵³ BUCHER H., *op. cit.*, p.25

⁵⁴ WALLON H., cité par ROBERT-OUVRAY S., (2007), p.44

⁵⁵ WALLON H., (1954), p.135

⁵⁶ ROBERT-OUVRAY S. (2007), p.44

⁵⁷ JOLY F. et LABES G., (2008), p.171

celle de l'autre. En effet, « lors de la phase du dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécues [...] comme des attitudes interchangeables »⁵⁸. J. De Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel, mettant en lumière le jeu interactionnel incessant entre fonction tonique et vécu émotionnel.

4.2. Les canaux de communication

Dans la relation, la communication passe par différents canaux, verbaux et non verbaux. Lorsque le langage se trouve insuffisant pour exprimer et révéler les maux, la corporéité retrouve sa valeur de communication et de compréhension. J. Corraze, philosophe et psychiatre, définit les communications non verbales comme « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores »⁵⁹. Parmi les canaux de communication, on recense la posture, la mimo-gestualité, le toucher, l'olfaction, le regard, le sourire, la voix, la parole et le tonus, reflet de l'état émotionnel.

J. De Ajuriaguerra définit cinq canaux de communications corporelles ou canaux tonico-émotionnels : les modifications toniques fines et généralisées, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques et l'activité motrice. Nous pouvons ajouter le regard, élément central des premières interactions réciproques mère-nourrisson. Nous n'utilisons pas tous les mêmes canaux pour exprimer une émotion et nous en privilégions certains au détriment d'autres. D'autre part, nous ne sommes sensibles qu'à une partie de ces canaux pour comprendre les émotions d'autrui.

Le psychomotricien analyse les canaux privilégiés par son patient afin de les utiliser en séance en restant toujours à l'écoute de ses propres ressentis pour mieux s'ajuster et accueillir ceux du patient. « La prise de conscience du corps et des émotions en découle, des mots peuvent survenir et là réside une grande part de l'effet thérapeutique »⁶⁰.

⁵⁸ *Ibid.*, p.172

⁵⁹ CORRAZE J. (1995), p.15

⁶⁰ PIREYRE E., (2015), p.136

4.3. Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique

« Le problème de la communication se pose avant même la naissance d'un individu car l'enfant et la mère communiquent non seulement sur le plan biologique, mais aussi sur le plan fantasmatique ». La communication infra-verbale fondée sur le langage corporel entre la mère et son bébé précède donc l'apparition du langage verbal. C'est d'ailleurs « la fonction tonique qui assume dès le début le rôle organisateur de toute la communication ». En effet, la tonicité est une communication infra verbale qui est en place dès la naissance et même avant, entre le parent et son enfant.

Dès les premiers échanges d'un bébé avec un adulte, une adaptation mutuelle se fait sur la base de l'ajustement du tonus musculaire. Cette modulation relationnelle est rythmée par l'alternance de tensions et de relâchements musculaires pour échanger les émotions et les affects. Outre la tension musculaire, il intègre divers signaux corporels : la voix, le regard, le toucher, la proxémie, les odeurs, la qualité du portage, l'organisation temporelle de la situation. Les regards, les sourires, les touchers, les vibrations et les mimiques émotionnelles participent à cette communication. Le corps devient langage, l'outil fondamental pour comprendre et aborder l'autre.

J. De Ajuriaguerra souligne que « le dialogue tonique qui s'instaure entre le patient et le thérapeute doit être compris pour une part du moins comme une reviviscence structurante du dialogue corporel de contact et à distance qui a été vécu entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie »⁶¹. La spécificité du psychomotricien réside dans le fait qu'il s'engage corporellement dans la relation avec son patient. Le corps est le médiateur principal des échanges en psychomotricité. Il s'agit d'un corps vécu, expressif et en relation. C'est un véritable langage corporel et affectif qui permet au psychomotricien et à l'enfant d'être en relation. « La matérialité et la sensorialité sont primordiales car c'est à ce niveau archaïque du corps de l'autre avec mon propre corps que s'établit cette rencontre »⁶².

⁶¹ DE AJURIAGUERRA J., cité par CONVAIN C. (2000), p.70

⁶² BUSSCHAERT B. (2000), p.85

Pour réussir à s'adapter délicatement et avec sensibilité aux besoins de son bébé au travers des sensations corporelles, la « mère » doit se trouver dans un état de régression que D.W. Winnicott nomme « préoccupation maternelle primaire ». Le psychomotricien a également recours à cet état de sensorialité primaire. Il prête sa sensibilité corporelle primitive à son patient. Tout comme la mère se laisse guider par son bébé, le psychomotricien se laisse guider par son patient. Pour réinvestir cette sensorialité et ces communications primitives, le psychomotricien doit accepter une « certaine régression en soi »⁶³.

4.4. Le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec Bastien

Bastien présente souvent des mimiques et des attitudes corporelles qui transparaissent dans la relation, sur lesquelles je tente de m'appuyer pour rebondir et interagir avec lui. Je vois qu'il refuse souvent le toucher. Son regard est fuyant et ses mots sont confus. Par conséquent, j'utilise très souvent un objet médiateur, placé entre lui et moi. Je décide d'instaurer un jeu d'opposition avec des épées, auquel Bastien semble adhérer. Il est souvent en recherche de contact et de sensations. Il tente d'éprouver les limites du cadre physique et psychique par son engagement corporel excessif. A l'inverse, à d'autres moments, il adopte une attitude de repli sur lui-même. J'ajuste alors ma voix et mon regard en me plaçant devant lui, sans être trop proche ni trop loin. Je lui parle tout doucement pour lui demander s'il a besoin de se reposer. Il ne me regarde que très brièvement en fronçant les sourcils, s'agite, se lève d'un bond et se met à courir dans la salle en criant. Je suis assez surpris par ce changement d'état tonico-émotionnel qui m'a paru très brutal.

Son agnosie auditive génère des troubles de la compréhension et de l'expression verbale relativement importants. Ainsi, la communication infra-verbale semble à privilégier lors de nos échanges et interactions. Je tente dès le départ de m'ajuster continuellement à lui pour lui permettre de faire ses propres expériences psychomotrices et de s'investir dans la relation que nous tissons ensemble. Or, je m'aperçois que Bastien ne semble pas réceptif à mes propositions. Mon engagement psychocorporel avec cet enfant est-il insuffisant ou au contraire trop important ? Face à son agressivité et son débordement psychomoteur, je suis submergé par mes émotions et mes affects. Je laisse alors transparaître une

⁶³ POTEL C. (2010), p.426

certaine appréhension face à son agressivité, ne sachant comment la maîtriser. Je suis à l'écoute de mes propres ressentis mais ne parviens pas à m'en détacher afin de m'ajuster et d'accueillir ceux de Bastien. Ceci vient sans doute expliquer le fait que Bastien désinvestisse petit à petit la relation avec moi.

Même s'il sait qu'il me retrouvera pour sa séance de psychomotricité du jeudi, à la même heure et dans la même salle, je constate qu'il s'oppose de plus en plus à moi au fur et à mesure de l'avancée des séances. Il s'allonge au sol, refusant tout contact par le regard. Je le laisse libre de choisir l'activité qui pourrait l'intéresser mais il refuse. Qu'ai-je bien pu laisser transparaître dans mon comportement pour susciter autant d'opposition de la part de Bastien ? Ai-je manqué de contenance ? Je vais maintenant m'intéresser à la fonction contenante du psychomotricien afin d'analyser ce qui a pu m'échapper dans la relation instaurée avec Bastien.

5. La fonction contenante du psychomotricien

Nous retrouvons le terme de contenance dans la relation mère-enfant. W. Bion, psychiatre et psychanalyste, nous explique que le « nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter »⁶⁴. La mère accueille les éprouvés de son bébé et va les transformer en pensées pour qu'elles puissent être intégrées par son enfant. C'est ce que W. Bion nomme « la fonction alpha » de la mère. L'ensemble de ce processus s'appuie sur une qualité indispensable de la mère, sa « capacité de rêverie »⁶⁵. Elle correspond à sa capacité d'imagination intuitive, capacité « à rêver son bébé, à le penser »⁶⁶. W. Bion propose un modèle d'identification projective normale, non toxique, au service de la communication.

E. Bick, psychanalyste, décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. En effet, la jonction entre les différentes modalités

⁶⁴ POTELE C., *op. cit.*, p.328

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

sensorielles, entre le portage, l'enveloppement, le bain de paroles et la plénitude interne donne au bébé un sentiment d'être. Elle décrit par ailleurs la manière dont les perturbations de cette « première peau » peuvent conduire au développement d'une « seconde peau » pathologique. Celle-ci peut être de nature musculaire ou motrice. Le raidissement du corps tout comme l'agitation permanente protège alors le bébé contre des angoisses primitives.

La fonction contenante est également une des huit fonctions du « Moi-Peau » décrites par D. Anzieu, psychanalyste. Il définit le Moi-Peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »⁶⁷.

Le *holding* et le *handling* maternel, termes définis par D.W. Winnicott, sont des modalités essentielles aux relations précoces. Le *holding* correspond au portage de la mère, à la façon dont elle porte son enfant tant physiquement que psychiquement. Le *handling* correspond à la manière dont la mère prend soin de son enfant au quotidien. Le bébé éprouve alors des stimulations nombreuses et variées qui étayent son développement perceptif et affectif. Il ressent son enveloppe, sa peau, entière et unifiée, sensation sécurisante et limite de son moi, différent de son non-moi. Une représentation unifiée du corps et le sentiment continu d'exister émerge alors.

Cette contenance « maternelle » primaire est revisitée dans la thérapie psychomotrice. En effet, dans la relation psychomotrice, le thérapeute, par sa posture, son tonus et ses mots restitue au patient une élaboration abordable des sentiments, sensations et émotions insupportables qu'il aura perçues chez son patient. Le moi auxiliaire du psychomotricien vient soutenir momentanément le contenant psychique défaillant de l'enfant. En d'autres termes, il reçoit l'expressivité du corps de l'enfant et doit s'y adapter pour la lui renvoyer mise en sens. Pour cela, il s'appuie sur ses propres ressentis, sur ses qualités d'expression corporelle et en ajustant son positionnement dans l'espace, ses appuis, sa tonicité, sa voix et son rythme au patient. C'est parce qu'il laisse une place à l'intuition que

⁶⁷ ANZIEU D., (1995), p.61

l'élaboration va être possible. Il permet ainsi une « transformation de ces symbolisations primaires en symbolisations plus secondarisées »⁶⁸, en passant par le langage. Le psychomotricien joue donc le rôle de pare-excitation des contenus psychiques du patient. Il transforme les « éléments bêta » en « éléments alpha », à l'image de la mère et de son bébé.

A la vue de l'agitation et de l'excitation débordante de Bastien, il est indispensable d'instaurer un cadre contenant et sécurisant. Le psychomotricien, par son approche, participe à cette contenance. Elle nécessite de respecter une distance corporelle et psychique suffisante entre soi et l'enfant, de s'ajuster au plus près de son rythme propre et d'instaurer un cadre suffisamment sécurisé, propice aux échanges et à l'instauration d'une relation de confiance. La confiance interpersonnelle se construit dans un processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre. Cette relation doit pouvoir apparaître, se développer et se maintenir. Comme le souligne C. Potel, « le psychomotricien, dans sa pratique comme dans sa réflexion, part du corps de l'enfant, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. [...] Il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels »⁶⁹.

Lors de l'avancée de la prise en charge avec Bastien, je lui propose différentes médiations, différents supports mais conserve la même approche avec lui. Cela peut faire penser à une relation de maître à élève. En voulant conserver le contrôle et la maîtrise du cadre, je ne suis plus disponible à ce qui se joue dans la relation avec lui. Il change en permanence d'activité et m'entraîne dans sa mouvance. Il m'est alors très difficile de recevoir l'expressivité du corps de Bastien et d'y mettre du sens. Je ne suis pas un réceptacle aux contenus psychiques de Bastien mais plutôt un miroir. Je lui renvoie immédiatement ce qu'il projette sur moi, sans y mettre du sens. Par ailleurs, cette relation de maître à élève peut générer de la frustration chez Bastien qui ressent peut-être ce défaut de contenance comme une entrave à son expression psychocorporelle. Le fait qu'il cherche en permanence à défier les limites du cadre montre peut-être que celui-ci n'est pas clairement défini ou au contraire trop rigide.

⁶⁸ POTEL C., *op. cit.*, p.329

⁶⁹ *Ibid.*, p.323

La fonction contenante du psychomotricien et la mise en place d'un cadre thérapeutique solide, stable et sécurisant ont donc un rôle primordial dans l'instauration d'une relation de confiance avec le patient. Intéressons-nous maintenant au lien relationnel.

5.1. Le lien relationnel

C'est seulement à partir de la troisième séance que je commence à comprendre et à cerner l'étendue des difficultés de Bastien. Jusqu'alors, je me concentrais uniquement sur ses atteintes neuromotrices dans une perspective rééducative. Or, en prenant du recul face à mes observations, je constate que Bastien a une très bonne motricité globale et que notre intervention se situera plutôt du côté de la thérapie psychomotrice où le lien relationnel est « au cœur même du processus thérapeutique »⁷⁰, « le socle du travail »⁷¹. L'approche rééducative et thérapeutique se différencient en fonction des objectifs de travail et des patients rencontrés. Cependant, dans la clinique, ces deux approches sont complémentaires et s'entremêlent. Comme le souligne F. Boscaini, psychologue, psychothérapeute et psychomotricien, « le sentiment d'existence, d'un Moi stable s'origine soit dans des événements vécus dans la continuité temporelle, dont le terrain est la fonction tonique, soit dans des expériences d'initiative personnelle, marquées par des émotions personnelles surgies sur un fond moteur dynamique »⁷².

La déficience motrice peut entraîner un désir de réparation, de « normalisation ». Or, « la rééducation kinésithérapique ou autre (psychomotricité, ergothérapie, orthophonie, etc.) n'a jamais pour ambition de guérir la cause du handicap »⁷³. En prenant du recul, je m'aperçois que le handicap moteur n'est pas un retard à combler mais une donnée avec laquelle l'enfant devra composer. L'objectif est que l'enfant prenne conscience de son corps et qu'il puisse l'investir avec plaisir dans la relation.

Le lien relationnel est indispensable pour préserver la continuité temporelle de la relation, entretenant le sentiment continu d'exister. Bastien traverse une période difficile, mêlée d'agressivité, de frustration et de phases de dépression,

⁷⁰ POTEL C., *op. cit.*, p.316

⁷¹ *Ibid.*, p.317

⁷² BOSCAINI F. (2004), p.16

⁷³ BARAT C. *et coll.*, (1985), p.138

impactant la relation que j'entretiens avec lui. Il refuse toute activité, adoptant une attitude d'opposition massive. Mon maître de stage décide alors d'utiliser des jeux symboliques, comme le jeu du loup ou celui du cache-cache, auxquels il est plus réceptif. Bastien refuse cependant que je participe. Suite aux séances précédentes où je ne suis pas parvenu à accueillir son agressivité et à la sublimer, le lien relationnel a pu être rompu. C'est sans doute mon défaut de contenance et son opposition qui en sont à l'origine.

Je cherche néanmoins d'autres explications à cette rupture du lien. La relation qui s'est construite entre Bastien et moi s'inscrit dans un cadre qui a été au préalable défini et pensé par le psychomotricien. Le lien relationnel entre Bastien et mon maître de stage existe depuis deux ans maintenant. Il est alors intéressant de savoir comment mon arrivée fut présentée à Bastien et comment il l'a vécue. Il ne s'agit plus d'une relation duelle mais désormais d'une triade relationnelle. « L'arrivée d'un tiers mobilisant chez le patient des angoisses et des mouvements de rivalité plus ou moins œdipiens assez massifs, il est donc plus qu'indispensable que la situation soit bien préparée et présentée au patient »⁷⁴. L'introduction d'un tiers peut venir modifier la relation thérapeute-patient construite depuis un certain temps. Le patient et en l'occurrence ici l'enfant doit progressivement accepter cette situation. Il peut vivre l'arrivée du tiers comme une personne étrangère. C'est peut-être ce qu'a pu vivre Bastien à mon arrivée. Il peut ne pas comprendre pourquoi tout d'un coup c'est moi qui mène les séances et non plus mon maître de stage. Ses repères peuvent en être perturbés.

Le psychomotricien voit Bastien le lundi en séance individuelle et le jeudi avec moi. Il lui est sans doute difficile d'avoir deux figures de référence, ne sachant à qui s'identifier, qui écouter. Après discussion avec mon maître de stage, nous pensons que Bastien a sans doute besoin d'une seule figure de référence, à savoir le psychomotricien qui le connaît depuis plus de deux ans. Il se sent certainement plus en confiance avec lui.

⁷⁴ POTEL C., *op. cit.*, p.317

5.2. Le jeu psychomoteur : un moyen d'intégration des limites psychiques et corporelles

« Le jeu partagé va être l'un des éléments clés, un des leviers thérapeutiques essentiels dans cette constitution d'une enveloppe contenante »⁷⁵. A travers le jeu en psychomotricité, le thérapeute devient réceptacle et se met à l'écoute du corps du patient et de son langage. Pour cela, le psychomotricien s'appuie sur ses sensations, ressentis, émotions qui le traversent afin d'accueillir « toute une sensorialité projetée, expulsée, [...] corporéité en souffrance ou en mal de construction et de repères »⁷⁶. Le jeu permet l'élaboration, la transformation et l'intégration d'éprouvés corporels, d'expériences concrètes en représentations symboliques. Un lien s'opère entre les éprouvés, sensations, perceptions et la capacité à les penser.

Lorsque mon maître de stage propose à Bastien de jouer à « cache-cache », Bastien adhère immédiatement à la proposition et se cache sous les matelas dans un coin de la pièce. Sa cachette est définie par des limites physiques, délimitées par des modules. Il cherche ainsi à se protéger en créant une enveloppe contenante et protectrice, soutenue par l'imaginaire. Bastien parvient à inhiber son impulsivité pendant quelques minutes. Il ne dit plus un mot et reste confiné dans sa cachette qui le protège de toute agression extérieure. Il s'apaise. Lorsque le psychomotricien réussit à le trouver, Bastien sort de sa cachette en hurlant de joie, libérant toute l'excitation liée à cette découverte. Ce jeu accompagne la maturation psychique de cet enfant en état de débordement et d'excitation. Bastien est capable de canaliser son impulsivité par le biais d'un jeu symbolique qui lui procure beaucoup de plaisir. Je décide alors de m'orienter dans cette direction par la suite, utilisant le jeu du « cache-cache » pour aider Bastien à mettre des mots sur son vécu corporel et y donner du sens.

Le psychomotricien utilise très souvent des jeux d'opposition avec Bastien, que ce soit au travers d'un combat d'épée, de la lutte ou d'activités qui le confrontent à un obstacle matériel à dépasser. Par le jeu, nous mettons en scène l'opposition massive de Bastien afin qu'elle puisse être symbolisée, transformée et donc assimilable par lui.

⁷⁵ POTEL C. *op. cit.*, p.335

⁷⁶ *Ibid.*, p.348

Pour que le jeu naisse, il faut l'existence d'une zone transitionnelle partageable entre l'enfant et son thérapeute. Le thérapeute porte et accompagne l'enfant dans ses expériences psychomotrices. Il le porte concrètement en s'investissant corporellement puis symboliquement en soutenant l'imaginaire par le regard, la gestuelle et par la voix. « C'est dans le jeu relationnel, dans l'ajustement des deux personnalités en présence, tout autant qu'au travers des actions entreprises, que se précisent pour l'enfant les limites de son corps, de ses actes, de ses pensées, de ses sentiments »⁷⁷.

6. La malléabilité du psychomotricien

« L'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir et déplaisir »⁷⁸. « Pour cela, le sujet (qu'il soit enfant ou adulte) va utiliser le psychomotricien comme support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives »⁷⁹. La capacité du psychomotricien de se rendre disponible et de s'adapter en se réajustant en permanence aux états du patient est d'une importance fondamentale. Le psychomotricien « va jouer et se rendre suffisamment malléable pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double (ou un moi auxiliaire) au service d'un renforcement narcissique »⁸⁰. A l'image de l'acteur qui s'engage pleinement dans son rôle, le psychomotricien fait semblant pour de vrai. L'authenticité de la relation dépendra de son engagement total auprès de l'enfant pour que celui-ci puisse y croire et s'y reconnaître. O. Moyano, psychomotricien et psychologue, parle d'une relation d'implication. Le psychomotricien doit donc faire preuve de souplesse et de malléabilité pour « devenir une partie de l'enfant, [...] se laisser manipuler, répudier, utiliser »⁸¹. Il doit adopter une attitude d'accueil et de confiance qui autorise l'enfant à être.

Comme le souligne F. Joly, psychomotricien, « l'objet [le psychomotricien] doit pouvoir être atteint et détruit mais il doit survivre : c'est à ce seul compte que sa nature particulière, la malléabilité, [...] sera découverte et qu'elle deviendra utilisable »⁸² pour venir étayer le patient. « Pouvoir contenir les projections du patient demande une réelle implication du psychomotricien et un

⁷⁷ BUCHER H., *op. cit.*, p.101

⁷⁸ MOYANO O., (1998), p.38

⁷⁹ GATECEL A., (2012), p.35

⁸⁰ POTEL C., *op. cit.*, p.354

⁸¹ GIROMINI F. (2012), p.34

⁸² JOLY F. (2000), p.35

espace interne pour pouvoir ressentir et s'adapter sans se sentir détruit ou envahi »⁸³.

J'éprouve de nombreuses difficultés à me positionner en tant que « moi auxiliaire » dans la relation avec Bastien. Je n'arrive pas à être suffisamment malléable et à accueillir ses angoisses et excitations. Bastien est de plus en plus opposant. Il traverse une période difficile mêlée d'agressivité, de frustrations et de repli sur soi. Le psychomotricien décide alors de reprendre l'initiative des séances, auxquelles je participe toujours. Je constate que Bastien ne vient quasiment plus vers moi et que l'accroche est également difficile avec le psychomotricien. Dès la rentrée de janvier, mon maître de stage est contraint de voir Bastien un autre jour suite à un changement d'emploi du temps institutionnel. Je ne peux donc plus suivre Bastien lors de sa prise en charge. Je vis cette séparation comme un arrachement, une perte du lien relationnel établit jusqu'alors malgré l'opposition de Bastien de plus en plus marquée ces derniers temps. En effet, il m'est difficile d'accepter de ne plus accompagner Bastien avec qui une relation s'est mise en place et que j'ai choisi de suivre en début d'année.

J'ai utilisé différentes médiations pour entrer en relation avec Bastien mais il n'y était pas vraiment réceptif. Me laissant déborder par son impulsivité, je ne suis pas parvenu à y mettre du sens et à me mettre à distance. L'accroche relationnelle ne s'est donc pas faite de manière optimale. Dans toute relation thérapeutique, il est indispensable d'utiliser son corps, notre premier outil de travail, à la fois objet médiateur et médium malléable. Le psychomotricien s'engage corporellement pour permettre au patient de prendre conscience de son corps, objet de relation.

Mon maître de stage me propose alors d'accompagner un autre enfant, nommé Alex. Dès la première séance, cet enfant me sollicite et interagit avec moi. Contrairement à Bastien, l'accroche relationnelle se fait très rapidement. Je vais relater l'avancée de la prise en charge d'Alex à travers la relation que nous tissons ensemble, séance après séance. Mes difficultés d'ajustement relationnel avec Bastien et mes questionnements m'ont permis d'aborder différemment la relation avec Alex, prenant plus de recul.

⁸³ CILIA C. (2014), p.47

III - Alex, autre enfant, nouveau départ

Dès son arrivée au sein de l'Institution, mon maître de stage réalise le bilan psychomoteur d'Alex. Je fais la rencontre d'un enfant très joyeux, souriant, curieux de venir en séance de psychomotricité.

1. Anamnèse

Alex est né le 18/09/2007. Il a donc actuellement huit ans. A sa naissance, l'IRM cérébrale réalisée révèle la présence d'un AVC sylvien profond gauche (ischémique) anténatal et d'une atrophie* cérébrale. Cet AVC a engendré une hémiparésie* droite davantage présente au niveau du membre supérieur que du membre inférieur, associée à des troubles du langage sur le versant de la compréhension et de l'expression. Il garde cependant un bon contact visuel et affectif.

A l'IEM, il est actuellement accueilli au sein d'une classe de niveau 1 de l'Éducation Nationale. Le motif d'admission dans l'établissement vise à permettre à Alex de bénéficier d'une prise en charge à l'unité scolaire, éducative et paramédicale. L'objectif repose sur l'appropriation d'outils pour améliorer sa communication verbale et non verbale et qu'il puisse investir davantage son membre supérieur et inférieur droit dans les activités motrices. Il bénéficie pour cela d'une prise en charge pluridisciplinaire composée d'une séance de psychomotricité et d'ergothérapie par semaine et de deux séances de kinésithérapie et d'orthophonie.

Actuellement, il vit chez lui avec ses deux parents. Il porte une attelle de jour à la jambe droite et une attelle de nuit à la main droite. Alex mange seul mais a besoin d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne. Il est hypermétrope, justifiant son port de lunettes.

2. Observation et bilan psychomoteur

Alex est un garçon souriant avec un bon contact. Il entre facilement en relation avec l'adulte. Il rigole très souvent et accepte volontiers de venir en salle de psychomotricité. Il peut me dire son prénom et son âge. Alex présente une légère impulsivité qui se traduit par un comportement à la fois blagueur et fuyant face aux situations qui lui semblent difficiles. Il se précipite lors des activités proposées et son attention se détourne rapidement vers autre chose. Il semble plus à l'aise dans les jeux qu'il initie et généralement dans l'élaboration de jeux symboliques.

Il est autonome pour la marche et se montre plutôt à l'aise dans le domaine de la motricité globale. Alex utilise son corps avec une certaine aisance. Il peut applaudir, se saisir d'un ballon en mousse et l'envoyer vers une cible désignée. Il peut donner un coup de pied dans le ballon et imiter des mouvements. La dissociation des deux hémicorps est visible lors du passage au quatre pattes. Les coordinations dynamiques générales (sauter, ramper, courir) sont acquises. En revanche, les coordinations au niveau des membres supérieurs et l'équilibre sont réalisés plus difficilement. L'équilibre bipodal statique les yeux fermés s'avère compliqué. Il en est de même en ce qui concerne l'équilibre statique unipodal les yeux ouverts. Alex peut utiliser sa main droite (membre supérieur atteint) pour prendre appui et pour attraper ou porter l'outil scripteur ou lors des jeux de manipulation.

Sur le plan du comportement et du contrôle tonico-affectif, Alex est un garçon vif présentant une agitation motrice. Il peut se montrer assez impulsif mais pas agressif. Il a besoin d'être canalisé. L'échange et la relation avec lui sont de bonne qualité. Au niveau du contact, Alex peut manifester un certain relâchement musculaire même si dans des mobilisations passives il aura tendance à anticiper le mouvement. Alex ne cherche pas forcément le contact corporel. Cependant, il cherche fréquemment une contenance provenant de l'adulte, qu'elle soit principalement d'ordre verbal ou à travers les interactions ludiques et symboliques. On perçoit bien que celles-ci l'apaisent.

Concernant l'organisation spatio-temporelle, les notions spatiales de base sont intégrées (haut, bas, devant, derrière, plus grand, plus petit, plus loin). Il en va de même pour les notions temporelles « avant », « pendant », « après ». Mais dès qu'il va s'agir de planifier, mémoriser et réaliser d'autres tâches exécutives, cela devient plus compliqué. Alex ne se repère pas dans la semaine. Dans le test d'adaptation à l'espace et d'orientation spatiale de Marthe Vyl, Alex semble perdre tous ses repères.

Au niveau du graphisme, sa trace est très impulsive et encore immature. Le graphisme est peu sûr. On distingue un rond, un trait, un carré ou encore une croix. Cependant, la construction visuo-spatiale est peu solide. Suivre un chemin avec un trait, faire un labyrinthe très simple ou reproduire des mouvements réguliers s'avèrent très difficile. Les reproductions de structures en trois dimensions ne sont pas fiables. Pourtant si on laisse Alex construire spontanément ce qu'il veut, il montre une organisation bien plus intéressante que celle qu'il a lorsqu'on le met en « situation d'examen ». La préhension en pince pouce-index est possible avec les deux mains. Alex présente néanmoins une plus grande aisance avec la main gauche.

Concernant le schéma corporel et l'image du corps, Alex repère sur un puzzle du bonhomme les parties du corps mais les place de façon imprécise. Pour les somatognosies*, nous n'avons pas pu faire le test complet. Alex n'a pas souhaité nommer les différentes parties du corps. Il a cependant pu désigner les principales. Le dessin du bonhomme, comme l'ensemble des productions graphiques est plutôt peu investi. Les gestes sont précipités avec une capacité de représentation et d'élaboration qui semble « floue ». Le personnage est réduit à une tête aux contours mal définis et des yeux. Alex dessine un grand cercle puis semble dessiner les yeux en nous disant « *c'est le chapeau* ». Son dessin ressemble à un bonhomme « têtard ».

Lors du test de Mira Stamback concernant la compréhension et la reproduction de structures rythmiques, Alex parvient à reproduire la première structure rythmique puis arrête en nous disant que c'est trop dur pour lui. Il tape très rapidement sur la table, ne comprenant pas vraiment la consigne.

Alex se saisit en général des jeux proposés et peut mettre en place des stratégies intéressantes. Cependant, il est parfois dans la maîtrise et l'évitement lorsque la situation se complique. Il présente un retard de langage et de grosses difficultés d'articulation. Dans ses échanges verbaux il utilise le « moi », le « tu », « lui », « il » à bon escient, ce qui signifie qu'il parvient à se différencier et reconnaît l'altérité.

J'observe également Alex en activité psychomotrice spontanée. Il va directement chercher la maison en plastique constituée de personnages, de portes, de clés et de cheminées. Il fait entrer puis sortir les personnages en ouvrant et en fermant les portes de la maison. Je tente d'interagir avec lui mais il ne m'entend pas, absorbé par le jeu. La séance suivante, il place un tonneau en position verticale et commence à y introduire des ballons à l'intérieur. Je remarque qu'il n'utilise que sa main gauche pour prendre et relâcher les objets. Son bras droit reste le long du corps, immobile. Il place ensuite des briques tout autour du tonneau et se place à l'intérieur. Il dit alors qu'il se trouve à l'intérieur de la maison. Ceci montre qu'il a accès au symbolisme. J'émetts l'hypothèse que la maison représente son enveloppe corporelle définie par les limites entre son monde interne et le monde extérieur.

Suite au bilan, notre attention se focalise sur la grande précipitation d'Alex en lien avec une perte de ses repères dans bon nombre de situations. Les capacités attentionnelles, d'inhibition et de mémoire de travail sont vraisemblablement limitées à la base et majorées par sa difficulté à canaliser certains affects. On a remarqué qu'il était très demandeur d'une relation de jeu. C'est à travers celle-ci qu'il semble le plus capable de pouvoir s'approprier de meilleurs repères spatio-temporels dans une implication psychocorporelle la plus complète possible. Il nous apparaît utile que toutes les étapes du jeu, sensorimotrice, constructive, fictionnelle et symbolique soient reprises pour l'aider à consolider ses capacités attentionnelles et d'apprentissage.

3. Construction du projet thérapeutique

Alex bénéficie d'une séance individuelle de psychomotricité par semaine. L'objectif est qu'il puisse percevoir ses possibilités corporelles afin de les intégrer par rapport à l'espace dont il dispose. « Il s'agit également pour lui de ressentir la continuité au sens large du terme : continuité de son identité psychocorporelle, continuité du geste, continuité de l'espace, continuité de la relation »⁸⁴.

Les principaux objectifs de la prise en charge viseront à améliorer l'intégration du schéma corporel, l'acquisition des coordinations motrices de base et des repères spatio-temporels par des parcours moteurs, des jeux de ballons et de visée. Il s'agira également de développer son adresse motrice et gestuelle par des jeux de rythme, de mime, d'expression corporelle. Enfin, nous solliciterons sa compréhension des situations par la communication verbale et non verbale. Il sera intéressant d'utiliser le jeu symbolique et la sphère imaginaire avec lui afin d'aborder les points cités ci-dessus.

4. Le jeu : du corps réel au corps imaginaire

Le jeu, utilisé par l'enfant dès son plus jeune âge, permet de rencontrer l'autre, d'établir un lien à l'autre pour petit à petit se différencier. Il est au cœur du travail en psychomotricité et engage les protagonistes dans une interaction réciproque où les émotions, le langage et l'imaginaire se déploient. C'est un support de créativité permanente. L'activité combinatoire fait appel à différents niveaux de fonctionnement, du corps réel au corps imaginaire, du cognitif aux représentations en passant par le langage verbal et les émotions. C'est important que l'enfant prenne conscience qu'il peut avoir du plaisir à évoluer, expérimenter, agir avec son corps. Par l'intermédiaire du jeu, l'enfant va pouvoir accorder toutes ses envies avec ses possibilités d'action, lui permettant de s'adapter et de trouver des solutions.

⁸⁴ FORMESYN A. (2015), p.19

Le psychomotricien anime la première séance. Je suis très rapidement investi par Alex qui me propose de jouer avec lui. Nous lui proposons d'avancer sur un parcours psychomoteur réalisé avec des modules. Il prend beaucoup de plaisir à le faire. Puis il demande à construire une maison avec ces modules. Nous inventons une histoire avec lui autour de cet élément central dans la séance. Nous partageons certains moments évoquant des activités de la vie quotidienne qui ancrent Alex dans la réalité. Alex demande toujours à l'adulte de fermer ou d'ouvrir la porte lorsqu'il se situe à l'intérieur de la maison, sans doute pour se sentir en sécurité, contenu, rassuré. Très rapidement, le jeu s'élabore. C. Potel écrit : « La fluidité du jeu et de la relation dans le fil conducteur très soutenu qui relie les séances entre elles est le vrai indicateur d'un travail psychique qui s'élabore et d'une maturation qui se poursuit »⁸⁵.

La relation avec Alex étant amorcée, je peux commencer à animer les séances avec lui. Contrairement à Bastien, Alex n'est pas du tout opposant mais très dynamique et spontané. Il est acteur dans sa prise en charge et choisit l'activité qui l'intéresse. Je m'ajuste alors à lui, à ses envies du moment. Comme nous l'explique B. Busschaert, psychomotricien, « une séance de thérapie psychomotrice par le jeu s'inaugure souvent par la possibilité laissée à l'enfant d'agir librement. Un : « A quoi veux-tu jouer aujourd'hui ? Que veux-tu faire de ta séance ? » l'introduit à cette liberté de faire, d'agir et de parler qui favorise le jeu spontané en même temps qu'il le positionne en tant qu'acteur de la rencontre qui va se dérouler »⁸⁶.

La séance suivante, Alex me sollicite à nouveau pour la construction d'une maison. Je lui propose d'en faire une différente de la dernière fois et l'encourage à m'aider dans cette construction que j'appelle co-construction car il s'agit d'un dialogue, d'un accordage tonico-affectif entre lui et moi. La construction des limites séparant le dedans du dehors s'élabore. Alex multiplie ses déplacements pour entrer ou sortir de la maison. Il me demande sans cesse de vérifier que la porte d'entrée et la fenêtre sont bien fermées. En effet, « le jeu permet la gestion souple entre la réalité extérieure et la réalité interne »⁸⁷ à travers l'existence d'une aire transitionnelle. Comme le rappelle D.W. Winnicott, « cette aire où l'on joue n'est pas la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu mais

⁸⁵ POTEL C., (2013), p.338

⁸⁶ BUSSCHAERT B. (2000), p.81

⁸⁷ BUSSCHAERT B., *op. cit.*, p.83

elle n'appartient pas non plus au monde extérieur »⁸⁸. Il s'opère alors une transposition de l'espace réel à l'espace imaginaire. Alex fait le rapprochement entre la maison que nous construisons avec des modules et la petite maison en plastique avec laquelle il jouait auparavant. « Il faut un préalable à la symbolisation où le corps doit être vécu, investi par l'enfant, parlé et soutenu par son entourage pour qu'advienne la parole et des processus de symbolisation de qualité qui installeront l'enfant dans une pensée de lui-même »⁸⁹. Alex va chercher la maison et s'amuse à ouvrir et fermer les portes à l'aide des clés. Nous construisons une séance similaire à la précédente. Alex peut ainsi consolider ses repères spatio-temporels. Il parvient à rester très attentif et participe tout au long de la séance. A la fin, il n'a aucune difficulté à accepter la séparation. Alex comprend que nous pourrions rejouer ensemble à nouveau la semaine suivante. Le jeu a ici une valeur de construction psychique, propice à la créativité.

Je m'aperçois que je suis naturel et moi-même dans la relation que nous tissons avec Alex, ce que je ne parvenais pas à faire avec Bastien. Je me contentais de veiller au respect du cadre et de ses limites, au détriment de la spontanéité et de la créativité qui nourrissent et entretiennent la relation. J'interagis avec Alex et prends beaucoup de plaisir à participer à sa construction imaginaire. Il en est de même pour lui. Il s'épanouit, rigole très souvent et me fait part de ses nombreuses idées.

Lorsque nous nous retrouvons en janvier, après trois semaines sans se voir, je lui remémore ce que nous avons fait avant les vacances. Je situe la prise en charge dans une continuité spatio-temporelle, soutenant le lien relationnel. Il souhaite à nouveau construire une maison. Celle-ci représente sans doute pour lui une structure solide, contenant, qui peut faire écho à son monde interne, son Moi corporel. Elle représente un invariant spatio-temporel sécurisant pour Alex, qu'il peut retrouver à chaque séance. A l'intérieur de celle-ci, il se recentre sur lui-même, certainement pour renforcer son sentiment de sécurité interne. Différents repères spatiaux se construisent : la maison, la rivière de crocodiles matérialisée par des cerceaux, la forêt où se trouvent des loups. Je représente sur une feuille le trésor que va devoir aller chercher Alex sans se faire repérer par les loups et les crocodiles. J'observe alors les capacités d'orientation et de structuration spatiale

⁸⁸ WINNICOTT D.W. (1975), p.105

⁸⁹ WINNICOTT D.W. (1975), p.82

d'Alex et l'ajustement tonico-affectif nécessaire à l'accomplissement de cette mission. Il faut en effet qu'il parvienne à canaliser son impulsivité pour parvenir à rester discret. Il a beaucoup de difficultés à se repérer dans la salle et la transposition de l'espace graphique à l'espace réel semble difficile. Il parvient cependant à s'ajuster à la situation, réalisant des petits pas pour ne pas réveiller le loup. Il fait preuve d'une bonne régulation tonico-émotionnelle.

Alex se réfugie très souvent dans la maison quand un danger, source d'angoisse, se présente à lui. Néanmoins, il s'investit pleinement dans le jeu et dans la relation avec moi. « Jouer, c'est convoquer cette dimension du corps en relation pour mieux se penser, s'éprouver, se vivre »⁹⁰. Comme le souligne F. Joly, psychanalyste, psychologue, psychothérapeute et psychomotricien, « jouer avec [...] convoque le rapport au monde via un corps en relation et [...] favorise l'implication, la rencontre de l'autre, la perception, la sensori-motricité, le jeu et l'engagement dans un processus de symbolisation-subjectivation »⁹¹. L'enfant accède alors aux représentations. Utilisé en thérapie psychomotrice, le jeu permet « d'appréhender et évaluer le fonctionnement psychique, cognitif et psychomoteur d'un patient donné, mesurer sa souffrance et son organisation pathologique, autant que la souplesse et l'épaisseur des parties « saines » et créatives de sa personnalité »⁹².

Lors des séances qui suivent, Alex s'approprie de plus en plus le dispositif thérapeutique. Spontanément, il prend un feutre et dessine une maison au tableau. Lui qui d'habitude refuse le dessin commence à représenter l'ensemble des éléments de la maison : le toit, les fenêtres, la porte. A partir de son dessin, je lui propose de construire ensemble cette maison pour de vrai, à l'aide des modules. Je veille à ce que tous les éléments présents sur son dessin soient utilisés ensuite dans notre construction.

Progressivement, Alex se repère de mieux en mieux dans le temps. Il arrive à se souvenir que sa séance de psychomotricité a lieu le jeudi avec moi. Des éléments viennent embellir la maison, les rideaux s'ajoutant aux fenêtres. Je trouve qu'Alex développe un langage plus structuré, plus précis et cohérent. Il est très malin et comprend rapidement les situations qui se présentent à lui. Il fait

⁹⁰ BUSSCHAERT B. (2000), p.85

⁹¹ JOLY F. (2000), p.27

⁹² *Ibid.*, p.12

preuve d'une bonne flexibilité mentale et de capacités d'adaptation. Il parvient même à mettre des mots sur ses ressentis en disant tout à coup : « J'ai peur du loup ».

Nous voyons ainsi, à travers la relation que je tisse avec Alex autour du jouer avec, du faire ensemble, comment « le jouer » est [...] une expérience intersubjective impliquant totalement l'être dans sa globalité psychomotrice. C'est une expérience devant être effectivement agie et éprouvée pour prendre sa pleine valeur psychique »⁹³. « Le jeu de l'enfant se fait « ici et maintenant » sous le regard [...] de l'autre [le thérapeute], dans le présent de son effectuation expérientielle articulant les divers éprouvés corporels »⁹⁴.

5. L'espace de jeu : un espace transitionnel

Avec Alex, la maison joue le rôle d'espace transitionnel. Nous construisons cette maison ensemble, s'accordant l'un à l'autre. Je tente d'étayer les propositions d'Alex en lui permettant d'être pleinement acteur au sein du dispositif thérapeutique. Je lui laisse une totale liberté d'explorer, d'inventer, de s'engager dans l'espace qui lui est destiné. « L'espace transitionnel est [...] un espace ouvert, un espace de transformation, le lieu de tous les « possibles » »⁹⁵. Par le jeu, l'enfant peut alors intégrer ce qui se bâtit pour lui dans la construction simultanée de son moi et de la réalité externe.

Comme nous l'explique R. Roussillon, psychanalyste, les conditions du jeu symbolisant nécessitent liberté et sécurité. « La liberté doit être une « donne » première pour qu'un espace de jeu puisse se constituer mais elle représente aussi l'horizon du jeu, la conquête que celui-ci doit rendre possible, son enjeu essentiel »⁹⁶. La sécurité apportée par l'expérience ludique du jouer ensemble est également indispensable.

⁹³ JOLY F., (2014), p.250

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ PASCAL-CORDIER I., *op. cit.*, p.147

⁹⁶ ROUSSILLON R., (2003), p.27

La transitionnalité de l'espace intermédiaire favorisera le développement des aspects créatifs du jeu en passant par l'exploration, l'invention, l'imagination afin d'accéder à la symbolisation. Cet espace transitionnel s'inscrit dans une temporalité, à un moment donné de l'histoire des individus présents. Ainsi, par le biais d'une motricité ludique en relation, le psychomotricien joue le rôle d'interlocuteur transitionnel.

6. L'importance des repères spatio-temporels

L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement et de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace, c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi du non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation et de la communication. Le temps est une notion fondamentale définie comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements et souvent ressenti comme une force agissant sur le monde, les êtres. La structuration temporelle est un outil de compréhension du monde et de l'environnement qui permet au sujet de s'y adapter, de communiquer, de se socialiser. Il se constitue tout au long de l'enfance au fil des expériences sensorielles, motrices et relationnelles vécues.

Il est important de permettre à Alex de consolider ses repères spatio-temporels. J'aide Alex à percevoir et à différencier les différents temps de la journée et de la semaine et à distinguer les différents espaces au cours du jeu en psychomotricité (l'intérieur et l'extérieur de la maison par exemple). Ses repères s'affinent et son discours devient compréhensible. Progressivement, il s'approprie la séance et parvient à se détacher de la maison. Il me propose d'être un pirate pour s'élancer en mer sur un bateau. Le bateau prend alors la place de la maison.

7. Enrichir et développer le schéma corporel et l'image du corps

Comme nous l'avons vu dans les objectifs thérapeutiques, il est important de permettre à Alex d'enrichir la connaissance de son schéma corporel en lien avec la construction d'une image du corps valorisante, se tissant au fil des expériences relationnelles.

Selon H. Piéron, psychologue, le schéma corporel est la représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace. La connaissance du corps propre est un élément essentiel pour l'individualisation et la formation du Moi. Il est donc indispensable qu'Alex puisse avoir une représentation claire et précise de son schéma corporel. Les éprouvés corporels vécus dans le jeu lui permettront petit à petit d'intérioriser les différentes parties de son corps afin de se vivre comme un tout unifié.

L'image du corps, quant à elle, correspond à l'idée en perpétuel remaniement que chacun se fait de son corps. Elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres des qualités de notre corps. Selon P. Schilder, psychiatre et psychanalyste, elle correspond à la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes, ce que je perçois de mon corps et ce que l'autre m'en dit. F. Dolto, pédiatre et psychanalyste, ajoute que l'image du corps correspond à l'investissement libidinal du corps, à une représentation fantasmatique du corps dont une grande partie est inconsciente.

Alex s'engage pleinement dans l'espace relationnel. Le jeu en séance de psychomotricité lui permet progressivement de faire l'expérience de son « Je ». Mon engagement corporel et ce que je lui renvoie visent à ce qu'Alex puisse se constituer une image du corps valorisante. Celle-ci se renforce par le plaisir qu'il trouve à être en relation. Mon objectif est qu'il puisse prendre confiance en ses capacités psychomotrices au travers d'expériences corporelles enrichissantes et sécurisantes.

IV - L'instauration d'une relation : se décentrer pour mieux se rencontrer

Le thérapeute, comme nous venons de le voir, doit se rendre disponible pour instaurer une relation de confiance avec son patient. Cette relation nécessite de prendre le temps de rencontrer l'autre, d'apprendre à le connaître dans son unité et sa singularité. L'empathie, l'écoute, la juste distance et le respect du rythme de l'autre semblent y contribuer.

1. La question des émotions

La construction d'une relation entre deux personnes fait émerger différentes émotions, qu'elles soient positives ou négatives. L'émotion provient du mot français « *émouvoir* ». Il tire son origine du latin *emovere/emotum* qui signifie « *enlever, secouer* », et *movere*, « *se mouvoir* ». Le Petit Robert définit l'émotion comme « un état affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale »⁹⁷. Dans le Dictionnaire de Psychologie de Doron et Parot, l'émotion est décrite comme l'« état particulier d'un organisme qui survient en conditions bien définies et accompagné d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales »⁹⁸.

« L'émotion est toujours liée au corps, elle fait d'abord parler le corps. L'émotion pose en alerte le sujet en le préparant à l'action. Elle participe de manière fondamentale au maintien de l'intégrité du moi psychocorporel »⁹⁹. Les émotions nécessitent la mise en place d'une relation duelle ou à plusieurs. « C'est l'émotion vécue et partagée qui confère aux échanges leur dimension humaine »¹⁰⁰, souligne H. Bucher. « En psychomotricité, l'émotion est essentielle car elle est toujours liée à la relation, au dialogue, à l'écoute, au silence, au contact, à l'intersubjectivité »¹⁰¹.

⁹⁷ Le Petit Robert, (2016), p. 850

⁹⁸ DORON et PAROT, (1991), p.270

⁹⁹ BOSCIANI F., (2007), p.122

¹⁰⁰ BUCHER H., *op. cit.*, p.22

¹⁰¹ *Ibid.*, p.124

Selon C. Darwin, biologiste naturaliste, les émotions sont universelles, innées et communicatives. Il y a six émotions universelles qui sont la colère, la joie, la tristesse, le dégoût, la peur et la surprise. Ces émotions apparaissent dès la naissance. Très rapidement au cours de leur développement, les enfants sont capables de reconnaître les émotions sur le visage d'autrui. Pour A.R. Damasio, neurologue, neuroscientifique et psychologue, les émotions se distinguent des sentiments car elles se manifestent sur le théâtre du corps. Les sentiments sur celui de l'esprit.

L'émotion, contrairement à l'affect « apparaît comme un mouvement du sujet dont la source essentielle est un événement du monde extérieur et non une représentation qui émane de son monde intérieur. La source externe de l'émotion est liée au *hic et nunc* de la relation »¹⁰². « L'affect, de par son lien à une représentation est en relation avec l'histoire du sujet. Ce n'est pas nécessairement, ou en tout cas pas directement le cas de l'émotion »¹⁰³. La transformation de l'émotion, phénomène physique, en affect, phénomène mental, dépend de l'interprétation de la situation mais non de la situation en elle-même. Ainsi on peut dire qu'une même émotion ne sera pas interprétée de la même manière d'une personne à l'autre.

Dès mon arrivée au sein de l'IEM, différentes émotions se sont mélangées en moi. J'ai ressenti de la peur et de la tristesse face aux enfants prisonniers de leur corps, appareillés, le regard absent. Ces émotions font-elles écho à une contagion émotionnelle, à savoir un partage d'émotions ? Traduisent-elles mon ressenti lorsque j'essaie de me mettre à leur place ? Expriment-elles une tentative de distanciation face au handicap visible ? Ces questions me conduisent à réfléchir et approfondir la description de trois notions : l'empathie, la sympathie et l'antipathie.

L'empathie est un concept assez vaste qui a fait l'objet de nombreuses recherches toujours d'actualité. Je ne souhaite pas développer ici l'intégralité de ces recherches, trop multiples, mais plutôt interroger l'importance de cette notion dans l'accompagnement thérapeutique en psychomotricité et plus spécifiquement

¹⁰² DANON-BOILEAU L. (1999), p.11

¹⁰³ *Ibid.*

auprès de Bastien et d'Alex. Qu'est ce que l'empathie ? Qu'est-ce qu'être empathique ?

1.1. L'empathie au cœur du dispositif thérapeutique

L'empathie tire son origine du grec ancien *ἐν*, signifiant « *dans, à l'intérieur* » et *πάθος*, signifiant « *souffrance, ce qui est éprouvé* ». Le terme empathie fut introduit en 1873 par F. Vischer, philosophe et écrivain allemand. Il correspond à la francisation du terme anglais *empathy* proposé par le psychologue E.B. Titchener en 1909 comme équivalent du terme allemand *Einfühlung* qui signifie « *ressenti de l'intérieur* ».

Le psychologue C. Rogers montre que l'empathie nécessite un effort de décentration pour se tourner vers l'autre en se focalisant sur son vécu. L'empathie exige de se mettre à la place de l'autre en faisant *comme si* nous y étions. « Accepter l'autre comme il est, être centré plus sur sa personne plutôt que sur son problème, lui témoigner du respect sont, entre autres, les ingrédients d'une relation de type empathique avec son patient »¹⁰⁴. La condition des limites du *comme si* est capitale car si elle est perdue nous passons de l'empathie à l'identification, donc à une forme de sympathie. Le *comme si* assure la spécificité de la personne du thérapeute et la singularité de sa place dans la relation. Cela le protège du risque d'identification ou de fusion à l'autre. L'empathie requiert donc la présence sensible et l'attitude d'écoute du thérapeute. J. Cosnier, professeur de psychologie, définit l'empathie comme le partage synchronique d'états psychocorporels par des partenaires en interaction qui vivent et éprouvent un état semblable.

Le neurobiologiste J. Decety parle de l'empathie comme « une disposition innée à ressentir que les autres personnes sont *comme nous* »¹⁰⁵. « Nous développons rapidement au cours de l'ontogenèse la capacité à nous mettre mentalement à la place d'autrui »¹⁰⁶. « L'empathie est fondée sur notre capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi mais sans confusion entre soi-même et l'autre. Par conséquent, une caractéristique essentielle de l'empathie réside dans la

¹⁰⁴ JACQUET C., NEVEU P., PIREYRE E. et al. (2014), p.209

¹⁰⁵ JOLY F. et BERTHOZ A. (2013), p.67

¹⁰⁶ *Ibid.*

distinction entre soi et l'autre et ce en parallèle avec l'expérience d'un partage affectif »¹⁰⁷. On parle alors de « représentations partagées »¹⁰⁸. En résumé, nous pouvons dire qu'être empathique c'est adopter le point de vue de l'autre et donner des intentions à l'autre. L'acquisition de la capacité d'utiliser l'espace en changeant de référentiel pour passer d'un espace égocentré à allocentré est donc la clé de voûte de l'empathie. Elle exige l'inhibition momentanée de son propre point de vue en gardant le sentiment de soi.

Avec Bastien, il m'est très difficile de me décentrer de mes ressentis afin de me tourner et de me consacrer pleinement à lui. Je ne parviens pas à me focaliser sur son vécu. L'agressivité qu'il projette en moi me laisse perplexe. Je tente de rester à l'écoute de son vécu corporel mais ne parviens pas à me mettre à sa place, à faire comme si j'y étais. Mon attitude réactionnelle peut générer un risque d'identification à lui, à la frustration qu'il manifeste. Je me sens moi-même en colère face à son opposition massive. Bastien exprime de nombreuses émotions. Il passe d'un état d'excitation joyeuse à un effondrement tonique, un repli sur soi avec un visage triste. J'ai alors beaucoup de mal à comprendre les émotions de Bastien, à les décrypter et à m'y ajuster, celles-ci étant très fluctuantes.

1.2. L'espace empathique en psychomotricité

Pour le thérapeute, être dans l'empathie nécessite avant tout de prêter attention à l'autre, de se mettre à sa place en restant soi-même et de tenter de comprendre les émotions de l'autre, sa réceptivité, ses sentiments, ses besoins et ses envies. La présence sensible et l'écoute attentive du clinicien à l'égard de son patient peuvent faire écho à la présence sécurisante et protectrice de la mère auprès de son bébé. Celui-ci, porté dans un environnement sécurisant et propice aux expériences sensorimotrices pourra en passant par le dialogue tonico-émotionnel avec sa mère éprouver des sensations et des affects. Peu à peu, il pourra acquérir des représentations mentales afin de se construire en tant qu'individu.

¹⁰⁷DECETY J. (2003), article : L'empathie, une spécificité humaine ?, http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html

¹⁰⁸ JACQUET C., NEVEU P., PIREYRE E. et al., *op. cit.*, p.198

Par sa présence, son écoute et sa disponibilité, le thérapeute étaye la structuration psychocorporelle du patient. L'espace empathique de la relation de soin favorise la construction d'un espace psychique commun entre le patient et son thérapeute. Dans cet espace, le patient pourra développer ses capacités psychomotrices et s'épanouir dans la relation à travers différentes modalités ou médiations thérapeutiques.

Alex présente une légère impulsivité et un comportement blagueur et fuyant avec moi. Il aime bien me piéger pour me faire croire quelque chose, ce qui montre qu'il a bien accès au symbolisme et au faire semblant. Je suis sensible et à l'écoute de ce qu'il peut vivre au sein du jeu en séance. J'adopte une position contenant et sécurisante qui se caractérise par une contenance verbale à travers les interactions ludiques et symboliques qui se mettent en place. Le dialogue tonico-émotionnel nous permet de nous ajuster l'un à l'autre, nous faisant passer par diverses émotions et donc différents éprouvés corporels. La créativité et l'imaginaire du jeu permettent à Alex d'éprouver diverses émotions dont il me fait part. J'accueille ses émotions par des mots pour leur donner du sens. J'adopte donc une position empathique avec Alex, parvenant à mettre une distance entre ce que j'éprouve et ce qu'il peut éprouver en séance. Intéressons-nous maintenant aux différences entre empathie et sympathie.

1.3. Empathie ou sympathie ? Limites et nuances

L'empathie est à distinguer de la notion de sympathie. La sympathie provient du latin *sympathia* signifiant le « *fait d'éprouver les mêmes sentiments* », et du grec *sumpatheia* signifiant « *participation à la souffrance d'autrui* ». Il peut se définir comme un « attrait naturel spontané et chaleureux qu'une personne éprouve (pour une autre) »¹⁰⁹. Il s'agirait d'expérimenter les émotions d'autrui sans se mettre à sa place. B. Aucouturier, fondateur de la pratique psychomotrice éducative et préventive, nous explique que dans la sympathie « deux vécus interfèrent et cela est éminemment dangereux car il se produit une sorte de « fusionnalité » qui ne permet pas la distance dans la thérapie ou la rééducation »¹¹⁰.

¹⁰⁹ <http://www.cnrtrl.fr/lexicographie/sympathie>, dernière mise à jour : 2012

¹¹⁰ AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J.L. (1984), p.38

« Alors que l'empathie exprime l'intersubjectivité, la sympathie la supprime en opérant la fusion des sujets. C'est pourquoi la sympathie peut paraître illusoire car nul ne peut prétendre éprouver la même souffrance qu'autrui. La fusion est source de confusion »¹¹¹. Par conséquent, la sympathie correspond à quitter son identité pour fusionner avec l'autre, impliquant une contagion émotionnelle. A l'inverse, l'empathie permet de comprendre l'autre sans jamais se détacher de son identité. La sympathie n'est donc pas le contraire de l'empathie mais une limite à celle-ci.

1.4. L'antipathie : à l'opposé du soin ?

Selon le dictionnaire Hachette, l'antipathie correspond à « l'aversion instinctive, non raisonnée, à l'égard de quelqu'un, de quelque chose »¹¹². Cette notion semble s'opposer à celle de sympathie et à tout dispositif thérapeutique. Comment peut-on prendre en charge et accompagner une personne vers un mieux-être si nous ne portons pas d'intérêt envers cette personne ? En effet, le psychomotricien s'attache à considérer la personne dans sa globalité afin de l'aider à retrouver une certaine harmonie psychocorporelle, afin qu'elle puisse se réapproprier son corps propre. Un véritable échange s'élabore entre patient et thérapeute. Il est alors indispensable que ce dernier soit disponible et à l'écoute du patient, dans une approche empathique.

¹¹¹ JACQUET C., NEVEU P., PIREYRE E., et *al.*, *op. cit.*, p.220

¹¹² Le site des Éditions Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/antipathie/4197>

2. L'espace thérapeutique en psychomotricité

En psychomotricité, l'espace occupe une place fondamentale. En effet, il est intimement lié au corps. La notion d'espace se crée de par la séparation entre les corps, à partir du corps propre de chaque individu impliqué dans la relation. « Chez l'homme, le sentiment de l'espace est lié au sentiment du Moi qui est à son tour en relation intime avec son environnement »¹¹³.

2.1. La salle de psychomotricité, un espace de relation

La salle de psychomotricité est un espace clos et stable. Sa permanence et sa contenance permettent d'offrir des repères au patient qui s'inscrivent dans une continuité spatio-temporelle. Le patient peut investir ce lieu en toute sécurité, s'y imposer, se protéger et y entrer en relation avec son thérapeute.

Cet espace est chargé de supports symboliques, propices aux vécus corporels. Le patient sait qu'il retrouvera son psychomotricien de manière régulière. Cela consolide la permanence du cadre de soins. Dans cet espace, le psychomotricien est reconnu comme thérapeute et peut intervenir en tant que tel.

2.2. La distance thérapeutique en psychomotricité

Dans son ouvrage intitulé « La dimension cachée », E.T. Hall, anthropologue et sociologue, s'est intéressé à l'organisation sociale de l'espace chez l'homme¹¹⁴. Il évoque quatre distances entre les individus qui correspondent à la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique.

« La distance choisie dépend des rapports inter-individuels, des sentiments et activités des individus concernés »¹¹⁵. La relation thérapeutique en psychomotricité utilise ces différentes distances. Le psychomotricien devra s'adapter à son patient, ressentir quel espace est adéquat selon les situations, les possibilités et les besoins de ce dernier. La distance thérapeutique varie en fonction de l'investissement relationnel du patient envers son thérapeute. Le

¹¹³ CARRIC J.-C., SOUFIR B. (2014), p.82

¹¹⁴ HALL E.T. (1971)

¹¹⁵ *Ibid.*, p.158

psychomotricien doit trouver la distance juste, une distance relationnelle qui permet à chacun de s'écouter et donc d'exister.

La juste distance n'est pas évidente à trouver. Celle-ci varie en fonction de la relation instaurée entre les partenaires en présence et des différents moments de la séance. Chacune des personnes engagées dans la relation doit avoir suffisamment de place pour s'exprimer, agir, interagir et communiquer librement.

Je parviens facilement à jongler entre les différentes distances avec Alex. Nous sommes parfois dans un corps à corps lors du combat d'épée par exemple, où le dialogue tonico-émotionnel prend tout son sens. A l'inverse, je peux m'éloigner de lui pour le laisser acteur lorsqu'il construit la maison. Je reste très présent psychiquement pour répondre à ses interrogations et incertitudes. Ma contenance verbale et physique lui apporte du soutien et du réconfort, valorisant ses efforts.

Dans mon engagement corporel avec Bastien, je me situe souvent très près de lui. J'anticipe ses mouvements et actions afin de limiter son éparpillement. Je me pose alors certaines questions : ma position rapprochée lui paraît-elle intrusive ? Devrais-je prendre de la distance et me placer différemment dans l'espace de la salle ? J'é mets alors l'hypothèse que son agressivité envers moi, matérialisée notamment par son coup de poing, signifie peut-être une demande de mise à distance de sa part. Je tente alors de me placer différemment, d'être plus distant physiquement par rapport à lui. Cette distance renvoie à l'engagement corporel du thérapeute. Je m'aperçois que suivre Bastien dans l'espace de la salle augmente son impulsivité et ne le contient pas du tout. Or lorsque je prends du recul par rapport à lui, j'adopte une position plus contenant, en accord avec le cadre thérapeutique. J'analyse plus rapidement la situation et constate que Bastien est plus ouvert à la relation.

Cependant, l'opposition qu'il manifeste me pousse à me réajuster sans cesse par rapport à lui. Je ne parviens pas à trouver la distance juste, celle où chacun trouve la place qui lui correspond. Quelle position adopter et comment se placer face à un enfant à la fois opposant et agressif ? Je pense qu'il est nécessaire d'accueillir ses émotions, son excitation et son agressivité avec du recul et mettre davantage de mots sur ce qu'il peut vivre en séance. Bastien cherche à m'exprimer une certaine souffrance par son attitude corporelle et son comportement

d'opposition. C'est à moi, en tant que futur thérapeute, d'y mettre du sens et de parvenir à m'ajuster par rapport à lui, à ses besoins du moment. Or parvenir à prendre du recul nécessite de se décentrer de ses propres pensées pour rester disponible et attentif à ce qu'exprime le patient.

3. La décentration du psychomotricien

La principale qualité du thérapeute est sa capacité à rester disponible et à l'écoute du patient, ce qui requiert de sa part une grande capacité d'adaptation. En effet, il est nécessaire que le psychomotricien place ses difficultés et soucis de côté pour ne se consacrer qu'à son patient, à ses difficultés, besoins et envies durant le temps de la séance. Mais ce travail n'est pas si simple. Comme le souligne C. Potel, « le thérapeute est une personne qui a une histoire, des fragilités, des failles ». Face aux difficultés que son patient lui soumet, face aux problèmes que posent la discontinuité, le morcellement ou le gel qui imprègnent la relation [...] le thérapeute est souvent mis à rude épreuve »¹¹⁶. C'est donc un processus complexe dans lequel s'engage le psychomotricien. Il devra trouver des appuis et ressources pour construire une relation empathique et authentique avec son patient qui lui permette de se sentir unifié et ainsi tendre vers un mieux-être psychocorporel.

En tant qu'étudiants, les ateliers de prise de conscience corporelle et d'expressivité du corps au cours de la formation nous permettent d'affiner notre écoute de nos propres ressentis corporels. Cela nous permet d'apprendre à mieux nous connaître et pouvoir par la suite s'ajuster au plus près des patients. « La qualité de présence à l'autre dans la relation s'associe à une authenticité du thérapeute, c'est-à-dire à une adéquation entre ce qu'il ressent, la conscience qu'il en a et la façon dont il l'exprime »¹¹⁷. L'implication et la disponibilité du psychomotricien dans la relation sont nécessaires au bon déroulement du processus thérapeutique. Être disponible, c'est être présent, faire silence en soi pour entendre l'autre, écouter corporellement et verbalement, se laisser toucher et accueillir l'autre. Cette disponibilité sert le travail thérapeutique. « Si le psychomotricien est suffisamment disponible, la rencontre avec le patient lui fait vivre des sensations, des émotions. La reconnaissance et l'analyse de ses vécus

¹¹⁶ POTE C., (2015), p.119

¹¹⁷ CILIA C., (2014), p.51

émotionnels et affectifs [...] vont aider à gérer au mieux ses réactions contre-transférentielles et aussi aider à mettre en sens les actes vécus en séance »¹¹⁸.

Au début de mon stage, je reste souvent fixé sur les objectifs thérapeutiques à aborder, en essayant de théoriser, d'intellectualiser ce que j'observe. Je n'arrive pas toujours à être présent, disponible auprès des enfants. Je perds alors le lien à l'affectivité archaïque, indispensable en psychomotricité. « L'approche intellectuelle exclut la qualité de présence que requiert l'empathie. Lorsque nous analysons ses paroles et que nous cherchons à les intégrer à nos théories, nous observons l'autre mais nous ne sommes pas avec lui »¹¹⁹.

Lors de la prise en charge de Bastien puis d'Alex, je commence par préparer les séances à l'avance, ce qui me rassure dans un premier temps. Mais petit à petit, j'apprends à ne pas être inquiet de travailler en n'ayant pas de séance toute prête à leur entrée dans la salle. Au fil du temps, je comprends tout l'intérêt et l'importance de suivre les propositions de jeu de l'enfant, tout en gardant en tête les objectifs thérapeutiques. Par ailleurs, les difficultés que j'ai rencontrées dans la relation avec Bastien m'ont permises de me remettre en question afin d'être plus disponible, attentif et à l'écoute de ce que peut vivre l'enfant en séance. « C'est avec le temps, et à travers la relation affective, que l'adulte acquiert une intuition, une sensibilité plus grande à ce que l'enfant exprime »¹²⁰.

4. Transfert et contre-transfert corporel en thérapie psychomotrice

Le transfert est une notion issue de la psychanalyse. S. Freud fut l'un des premiers à théoriser ce concept. Il s'intéresse à ce qui se reporte dans la relation entre un patient et son thérapeute. Il s'aperçoit que vont se reporter des émotions, des attitudes sur le thérapeute qui renvoient le patient à sa propre enfance. On peut également évoquer les signaux corporels qui se transfèrent entre le patient et son thérapeute à l'origine de réponses spontanées inconscientes. « Comme 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 »¹²¹. Le fait d'instaurer une alliance

¹¹⁸ ROQUES B., (2002), p.58

¹¹⁹ ROSENBERG M.B., (2005), p.124

¹²⁰ BARAT C. *et coll.*, *op. cit.*, p.120

¹²¹ ROBERT OUVRAY S., (2002), p.62

thérapeutique, un lien relationnel entre le patient et le thérapeute entraîne forcément des réactions, des mouvements de la part des deux protagonistes.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des projections et attitudes inconscientes du thérapeute dirigées vers le patient. On en distingue deux types. Le premier englobe toutes les réactions du thérapeute au matériel apporté par le patient. Le deuxième correspond aux réactions du thérapeute selon ses propres problèmes relationnels, par rapport à ses propres objets archaïques. S. Freud évoque ici le terme de contre-transfert pathologique car le thérapeute a alors beaucoup de mal à se décentrer pour se tourner vers le patient. Or pour rester à l'écoute du patient et centré sur lui, le thérapeute doit réagir à la fois de façon concordante (accordage tonico-émotionnel et empathie) et complémentaire (en interaction avec le patient).

« Le contre-transfert corporel n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle »¹²². Le psychomotricien est un thérapeute qui travaille avec son corps et son esprit, s'engageant globalement. La qualité de la relation dépendra justement de l'ajustement psychocorporel du thérapeute et de la capacité du thérapeute à répondre et à s'ajuster à ce que son patient lui renvoie.

A l'inverse de la relation fusionnelle qui s'établit d'emblée entre la mère et son bébé dès les premiers mois de la grossesse, la relation entre le patient et son thérapeute prend du temps à se construire. Elle nécessite une réciprocité lors de l'interaction et un ajustement permanent du thérapeute pour être ni trop près, ce qui serait intrusif, ni trop loin, ce qui serait angoissant. Comme le souligne S. Robert-Ouvray, « nous sommes dans un dialogue tonique et nous allons répondre par un ajustement corporel en nous positionnant de manière à être à la fois semblable et différent d'autrui »¹²³. Dans son mémoire, C. Cilia (psychomotricienne) ajoute que « la réponse que l'on amène à l'enfant ne pourra se faire de manière étayante que si nous avons conscience de notre contre-

¹²² POTEL C., (2015), p.123

¹²³ ROBERT-OUVRAY S., *op. cit.*, p.63

transfert émotionnel, c'est-à-dire de pouvoir différencier ce qui appartient à notre identité singulière de ce qui vient du patient »¹²⁴.

Face à l'agressivité que projette Bastien sur moi, j'ai beaucoup de mal à me décentrer pour me tourner vers lui. Dans le direct de la relation, j'ai l'impression d'être attaqué personnellement par Bastien. Je cherche avant tout à me protéger, sans tenir compte de ce qu'il cherche à me signifier. C'est seulement en analysant mes émotions et en mettant des mots sur ce que je vis avec lui en séance que je parviens à prendre du recul, petit à petit. Je différencie alors ce qui m'appartient de ce qui vient de Bastien, opérant une mise à distance.

Avec Alex, nos échanges se situent autour de l'histoire que nous élaborons ensemble. Il me demande souvent de l'aider à accomplir certaines actions, comme ouvrir ou fermer une porte. Il me sollicite alors comme un double ou un moi auxiliaire. Nous partageons et vivons de nombreuses émotions, ce qui nous rapproche et consolide notre relation. Cependant, je parviens à rester suffisamment distant pour ne pas sombrer dans la sympathie en instaurant des limites, tout en restant malléable. Je dissocie ses émotions des miennes et lui laisse la possibilité de s'exprimer par rapport à celles-ci. Nous mettons ensemble du sens sur ce qu'il vit afin qu'il constitue progressivement des repères stables auxquels il pourra s'identifier.

Ce transfert et contre-transfert psychocorporels vécus dans la relation sont soumis à un rythme relationnel spécifique.

¹²⁴ CILIA C. (2014), p.34

5. S'accorder au rythme de l'autre dans la relation

5.1. Définitions et étymologie

Penchons nous sur l'étymologie du terme rythme. Celui-ci provient du grec *rhuthmos* issu du verbe *rein* qui signifie « couler » et qui est employé pour désigner l'écoulement d'un fleuve ou d'un ruisseau. La continuité semble être mise en avant, à l'inverse de la notion de cadence et de fréquence, très souvent associée au rythme dans le langage courant. Dans le dictionnaire, le rythme correspond à la « distribution d'une durée en une suite d'intervalles réguliers, rendue sensible par le retour périodique d'un repère et douée d'une fonction et d'un caractère psychologiques et esthétiques »¹²⁵. Cette définition nous montre que le rythme a un rôle dans le fonctionnement psychique de l'individu. Cependant, ce sont les rythmes corporels qui sont les premiers vécus au cours de la vie, assurant une fonction vitale. Il s'agit des rythmes biologiques.

5.2. Les rythmes interactionnels et relationnels

« A la naissance, d'emblée, notre corps est pris dans un rythme relationnel avec le corps d'autrui »¹²⁶. Le nouveau-né est soumis dès sa naissance au rythme biologique de l'alternance entre les états de besoin et de satisfaction qui se traduisent dans son corps. Une alternance se tisse entre l'état de besoin qui fait appel à des décharges toniques massives et une agitation incoordonnée et l'état de satisfaction qui correspond à une baisse du tonus. La mère, à l'écoute de son enfant va être sensible à ces variations toniques et saura les recevoir, les comprendre et y apporter une réponse adaptée.

D. Stern, psychiatre et psychanalyste, parle de « dyade interactionnelle » pour évoquer la relation entre la mère et son bébé. « Nous éprouvons notre corps par l'expérimentation du corps d'autrui dans la relation et nous vivons alors un enracinement de l'autre dans notre propre structuration psychocorporelle »¹²⁷. Le rythme constitue la base du sentiment de sécurité interne, indispensable à la construction et au développement psychomoteur de l'individu. A travers les

¹²⁵ Le Petit Robert, (2013), p.2283

¹²⁶ ROBERT-OUVRAY S., *op. cit.*, p.63

¹²⁷ *Ibid.*

rythmes biologiques intégratifs de cette dyade relationnelle mère-nourrisson, le tout-petit commence à s'approprier son corps. Il ne faut cependant pas oublier l'importance de l'environnement. Le rythme biologique du nourrisson est lié et soumis à celui de son environnement.

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien devra faire preuve de malléabilité, de souplesse, de cohérence interne afin de donner du sens aux éprouvés corporels du patient, tout en s'adaptant au rythme de celui-ci. Le psychomotricien joue alors le rôle de fonction d'étayage. Il favorise l'instauration d'une structure psychocorporelle stable et sécurisante sur laquelle le patient pourra s'appuyer et se conforter dans ses acquisitions futures.

Au sein de mon stage à l'IEM, les enfants me confrontent à des rythmes totalement différents. J'ai le sentiment que certains enfants polyhandicapés présentent un rythme très lent. Au début, j'ai beaucoup de mal à m'ajuster à eux. Mais petit à petit, à mesure que je m'aperçois de l'intérêt du travail effectué et des objectifs psychomoteurs suivis, je parviens à m'ajuster au rythme qui leur est propre. Cela signifie d'ajuster nos propositions en fonction de leurs capacités mais aussi et surtout en fonction de leurs possibilités. A l'inverse, au cours de la prise en charge de Bastien et d'Alex, le rythme relationnel est totalement différent. Ces deux enfants présentent une certaine impulsivité qui a tendance à les disperser. Je me sens parfois dépassé par leur grande vivacité. Nos échanges et nos interactions en sont modifiés. Il est alors nécessaire de recentrer leur attention pour leur permettre d'être plus efficaces et d'investir la relation. Le rythme et la temporalité des séances assurent une continuité qui entretient le lien relationnel.

La prise en compte du rythme de l'enfant lui assure la sécurité dont il a besoin. Il peut alors intégrer et intérioriser les expériences sensori-motrices vécues en séance de psychomotricité. Avec des patients nécessitant un étayage psychocorporel important, il est nécessaire que le thérapeute soit dans une constante écoute de l'autre pour pouvoir s'adapter et prendre en considération chacune de ses intentions. Il s'ajuste à ce que l'autre a à dire et à partager afin de s'en saisir et de rebondir pour lui proposer une séance répondant à ses besoins et aux objectifs fixés.

Conclusion

Au cours de ces huit mois de stage, je me suis beaucoup interrogé sur l'ajustement du psychomotricien vis-à-vis du patient au sein du dispositif thérapeutique. Au départ focalisé sur l'aspect rebutant du handicap physique, je suis parvenu à aller au-delà des apparences et de mes préjugés initiaux pour découvrir des enfants qui souhaitent jouer, rire, apprendre, s'amuser, dotés de nombreuses capacités. Or nous savons que toute relation humaine prend du temps à se mettre en place et plus spécifiquement lorsque les possibilités de communication et d'expression des individus sont déficitaires.

J'ai tenté d'apporter des réponses dans ce mémoire aux hypothèses et questionnements soulevés au début. Pour cela, j'ai sans cesse réinterrogé la place du psychomotricien au sein de la relation de soin. Afin d'établir une relation thérapeutique stable, le psychomotricien possède un outil de travail privilégié : son corps. Il s'engage corporellement afin d'aider l'enfant à développer ses capacités corporelles et relationnelles.

Le psychomotricien n'est pas tout-puissant. Il ne peut pas réparer la cause du handicap. Mais par son approche thérapeutique, il tentera d'étayer la vie relationnelle, fantasmatique et psychoaffective du patient. L'objectif est que le patient gagne en confiance en lui et prenne du plaisir dans son engagement corporel et relationnel.

L'enfant est avant tout un sujet, un individu avec sa propre histoire, ses propres capacités, ses envies et ses désirs. Une des qualités du psychomotricien est de se laisser surprendre afin de le rencontrer là où il est. Le psychomotricien dispose d'outils riches et variés qui lui permettent de s'ajuster au plus près de chacun, de manière singulière. Le dialogue tonico-émotionnel, les communications verbales et non verbales, l'empathie et la prise en compte du rythme de l'autre y participent.

La rencontre et le lien que j'ai pu établir avec Bastien et Alex ont été très enrichissants pour moi, sur le plan personnel et en tant que futur thérapeute. Ces rencontres m'ont permis de sans cesse m'interroger sur ma pratique, de confronter mes questionnements à mes lectures et de soumettre mes inquiétudes à mon maître de stage qui m'a accompagné dans mes réflexions. Tout cela m'a permis d'avancer et de mûrir.

La relation que j'ai vécue avec Bastien a été d'une grande richesse personnelle. En analysant ma position par rapport à lui, je me suis remis en question afin d'être au plus près de ses besoins. Même si je ne suis pas parvenu à m'adapter à lui, j'ai beaucoup appris de cette relation qui m'a permis d'être plus à l'écoute de l'enfant et de me rendre plus disponible par la suite.

Au fur et à mesure des séances, la relation que j'entretiens avec Alex s'enrichit davantage. Il prend de plus en plus de plaisir dans la séance, s'engage pleinement dans l'espace qui lui est destiné, rigole, s'amuse, invente et me sollicite. Je prends progressivement confiance en moi. Cette confiance me permet de développer une certaine part de créativité qui servira la construction de mon identité de futur psychomotricien. Auparavant, j'étais submergé par l'appréhension, la peur de faire mal ou de mal faire, l'anxiété et le vide. Je suis désormais plus détendu, plus disponible pour la relation, capable d'observations plus fines et d'une meilleure compréhension de ce qu'Alex cherche à me signifier. J'espère que ce que nous avons vécu cette année nous suivra l'un et l'autre dans nos voies respectives.

Afin de s'ajuster et se réajuster du mieux possible face au patient, le psychomotricien doit se remettre en question lorsque cela s'avère nécessaire. Il s'avère judicieux d'interroger ses connaissances, son savoir-faire, de discuter la pertinence du projet thérapeutique et des modalités de prise en charge en équipe pour être au plus près du patient et de ses besoins.

J'espère ainsi, dès l'obtention du diplôme, faire partie des psychomotriciens qui pensent leur métier, leur pratique, évoluant chaque jour dans la relation qui s'instaure avec nos patients.

Bibliographie

- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Éditions Dunod
- AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J.L. (1984) *La pratique psychomotrice : rééducation et thérapie*, Paris, Éditions Doin
- BARAT C. et coll., (1985), *L'enfant déficient mental polyhandicapé*, Paris, Éditions ESF
- BARBE M-O. (2006), D'un lâcher prise vers une construction psychique, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 146, pp. 120-128
- BERGER M. (2003), L'enfant instable joue-t-il vraiment ? Différence entre jeu créatif et jeu non créatif, in *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, Éditions In Press
- BOSCIAINI F. (2004), Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique, in *Évolutions psychomotrices*, volume 16, numéro 63, p. 12-20
- BOSCIAINI F. (2007), Les émotions dans la relation psychomotrice, in *Évolutions psychomotrices*, volume 19, numéro 77, p. 117-126
- BOURGER P. (2000), sous la direction de POTEL C., De l'appropriation des concepts à l'individuation de la prise en charge en psychomotricité, in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, Éditions In Press, pp. 41-58
- BOUTINAUD J. et SAGE V. (2014), Récit d'une transmission : la question de la filiation dans la relation maître de stage/stagiaire, in *Où en est la psychomotricité : état des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique*, Paris, Éditions In Press
- BUCHER H. (1994), *Psychomotricité : Le « plaisir d'être » comme thérapie*, Paris, Éditions Masson

- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*, Toulouse, Éditions Erès

- BRUNET F., BLANC C., MARGOT A.C (2009), *Polyhandicap, handicap sévère : activités motrices et sensorielles*, Joinville-le-Pont, Éditions Actio

- CARRIC J-C. et SOUFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Éditions Robert Atlani

- CILIA C. (2014), Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, *L'engagement du psychomotricien dans la relation auprès de jeunes enfants. Une histoire de lâcher-prise ?*, UPMC, IFP de la Salpêtrière

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

- CONVAIN C. (2000), Aude... à l'aube des sens, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 121, pp. 68-76

- CORRAZE J. (2001), *Les communications non verbales*, Paris, Éditions PUF

- COSNIER J. (1994), *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris, Éditions Retz

- DANON-BOILEAU L. (1999), Affect, éprouvé, émotion, sentiment : notations terminologiques, in *Revue Française de Psychanalyse*, n° 63, Éditions PUF

- DE AJURIAGUERRA J. et ANGELERGUES R. (1962), De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in *L'évolution psychiatrique*, n° 27, pp. 13-25

- DELION P. (2007), Du muscle à la parole. Retour sur le développement du jeune enfant, in *Évolutions psychomotrices*, volume 19, numéro 77, p. 135-141

- DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe*, Ramonville Saint-Agne, Éditions Erès

- DORON R. & PAROT F. (2003), *Dictionnaire de Psychologie*, Paris, Éditions PUF

- FEAT V. (2006), « Histoire de Juliana » à propos des enveloppes corporelles, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 146, pp. 62-75

- FIAT E. (2010), Préface de l'ouvrage : *La grande vulnérabilité, Fin de vie, Personnes âgées, handicap, esquisse d'une éthique de l'accompagnement*, 2^e édition, Paris, Éditions Seli Arslan

- FORMESYN A. (2015), Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, *Au-delà du handicap... Rencontre psychomotrice avec un enfant présentant une paralysie cérébrale*, UPMC, IFP de la Salpêtrière

- FREUD S., (1933), *L'inquiétante étrangeté, essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Éditions Gallimard, 1ère édition 1919

- GATECEL A. et al. (2012), Aspect relationnel et formation en psychomotricité, *Recherche en psychosomatique, la psychomotricité relationnelle*, Paris, Éditions EDK

- GIROMINI F. (2012), sous la direction de LESAGE B., La médiation en psychomotricité, in *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Éditions Erès

- GIROMINI F. (1999), Expérience du corps et thérapeutique psychomotrice, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 117, pp.98-103

- HALL E.T. (1978), *La dimension cachée*, Paris, Éditions du Seuil

- INSERM (2004), *Déficiences et handicaps d'origine périnatale*, Paris, Les Éditions Inserm

- JOLY F. (2000), Le travail du jouer...et ses déclinaisons, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°124, pp.4-41

- JOLY F. (2003), *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, Éditions In Press

- JOLY F. et LABES G., (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Corps, tonus et psychomotricité*, volume 1, Montreuil, Éditions du Papyrus

- JOLY F. et BERTHOZ A. (2013), *Julian de Ajuriaguerra : développement corporel et relation avec autrui*, volume 4, Paris, Éditions du Papyrus

- JOLY F. (2014), Le paradigme du « jouer » dans les thérapies à médiations, in *Où en est la psychomotricité, état des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique*, Paris, Éditions in Press, pp.239-263

- KORFF-SAUSSE S. (2011) : *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Éditions A. Fayard-Pluriel

- LAURAS-PETIT A. (1988), D'action et de représentation à travers l'acte : le cadre en thérapie psychomotrice, in *Perspectives Psychiatriques*, n°13, pp. 188-191

- LESAGE B., (2000), Abords des personnes polyhandicapées, in *Les cahiers de l'actif*, n°286/287, pp. 93-103

- LUMINET O. (2013), *Psychologie des émotions, nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*, Bruxelles, Éditions de Boeck

- MATTEI S. (2006), La relaxation psychomotrice, une dualité de soin et de l'accompagnement, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°146, pp. 28-38

- MOYANO O. (1998), Le corps et son interprète in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°114-115, pp.34-38.

- NADEL J. (2003), Le futur des émotions : un nécessaire tressage des données normatives et psychopathologiques, in *Enfance*, volume 55, numéro 1, p. 23-32

- PANDELE S. (2010), *La grande vulnérabilité, Fin de vie, Personnes âgées, handicap, esquisse d'une éthique de l'accompagnement*, 2^e édition, Paris, Éditions Seli Arslan

- PIREYRE E. (2015), *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Paris, Éditions Dunod

- POTEL C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 3^{ème} éd., Toulouse, Éditions in Press

- POTEL C. (2013), *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Éditions Erès

- POTEL C., (2015), *Du contre transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*, Toulouse, Éditions Erès

- QUEVAUVILLIERS J. (2008), *Dictionnaire médical de poche*, Paris, Éditions Masson

- REIGNOUX C. et al., sous la direction de GATECEL A. (2012), *Recherche en psychosomatique, la psychomotricité relationnelle*, Paris, Éditions EDK

- ROBERT-OUVRAY S. (2002), Contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 132, pp. 62-67

- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer

- ROGERS C. (1968), *Le développement de la personne*, Paris, Éditions Dunod

- ROQUES B., (2002), Réflexion à partir du corps en relation, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 130, pp. 46-63

- ROSENBERG M.B. (2005), *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)*, Paris, Éditions La Découverte, 1ère édition 1999

- ROUSSILLON R., sous la direction de JOLY F. (2003), *Le jeu et la fonction symbolisante in Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapie*, Paris, Éditions In Press, pp. 21-32

- SCHELLES R. et PETITPIERRE G., (2013), *Polyhandicap : processus d'évaluation cognitive*, Paris, Éditions Dunod

- STRUYF-DENYS G., (1997), *Les chaînes musculaires et articulaires*, Bruxelles, Éditions Guyot, 1ère éd. 1979

- TISSERON S. (2011), L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?, in *Education thérapeutique*, vol.5, n° 5, pp.545-548

- WALLON H. (1954), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Éditions Boitron et Cie

- WINNICOTT D.W. (1975), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Éditions Gallimard

Annexe A

Annexe XXIV bis au décret n° 56-284 du 9 mars 1956

Modifiée par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

Nota bene : L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).

[...]

I. Dispositions générales

Article premier

Sont visés par la présente annexe les établissements et les services qui prennent en charge des enfants ou adolescents dont la déficience motrice nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser l'intégration familiale, sociale et professionnelle.

[...]

Annexe B

Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 :

Nota bene : L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 3 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).

[...]

I. Dispositions générales

Article premier

Sont visés par la présente annexe les établissements et services qui prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

Glossaire

Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : Déficit neurologique soudain d'origine vasculaire causé par un infarctus ou une hémorragie au niveau du cerveau. Il en existe deux types : l'AVC ischémique ou infarctus cérébral, se caractérisant par l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot et l'AVC hémorragique ou hémorragie cérébrale, par rupture d'une artère cérébrale.

Agnosie auditive : Impossibilité de reconnaître les objets d'après leurs qualités (forme, couleur, température, etc.) bien que les fonctions sensorielles (vision, audition, etc.) soient intactes¹²⁸. Dans le cadre de l'agnosie auditive, il s'agit de troubles de la reconnaissance des sons et des bruits habituels qui ne peuvent être attribués à la surdité ou à des troubles de compréhension du langage.

Athétose : Troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, incoordonnés, lents, de grande amplitude, prédominant aux extrémités, liés au dysfonctionnement des systèmes inhibant l'activité des motoneurones¹²⁹.

Atrophie : Diminution du volume d'une cellule, d'un tissu ou d'un organe au cours de phénomènes physiologiques ou de processus pathologiques¹³⁰.

Déficiences : Insuffisance du développement ou du fonctionnement d'un organe ou de l'organisme¹³¹.

Dyskinésie : Mouvement lent, involontaire, reproduisant une activité stéréotypée complexe¹³².

Hémiplégie : Diminution de la force musculaire limitée à la moitié du corps¹³³.

Hémiplégie : Paralysie complète ou incomplète frappant une moitié du corps, entièrement ou partiellement¹³⁴.

¹²⁸ *Ibid.*, p.15

¹²⁹ *Ibid.*, p.50

¹³⁰ QUEVAUVILLIERS J., (2007), p.51

¹³¹ *Ibid.*, p.144

¹³² CARRIC J.-C. et SOUFIR B. (2014), p.70

¹³³ CARRIC J.-C. et SOUFIR B., *op. cit.*, p.108

¹³⁴ *Ibid.*

Hypoxie périnatale : Diminution de la quantité d'oxygène distribuée aux tissus par le sang, survenant à la naissance.

Ictère néonatal (ou jaunisse) : maladie fréquente et bien souvent bénigne qui se manifeste quelques heures ou quelques jours après la naissance du bébé. Coloration jaunâtre de la peau, des muqueuses et des conjonctives des yeux due à l'excès de bilirubine dans le sang.

Impulsivité : Incapacité d'inhiber une réaction immédiate. Il peut s'agir d'une action verbale, motrice, cognitive ou émotionnelle. L'acte moteur est plus rapidement exécuté que pensé. Il s'agit d'un défaut de mentalisation de l'action avec une tendance à l'agir, le passage à l'acte permettant de décharger une tension.

Incapacité : Réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité à accomplir une tâche d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un individu¹³⁵.

Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) : Perte, diminution ou perturbation d'une ou de plusieurs fonctions motrices par une ou plusieurs lésions de l'encéphale¹³⁶.

Polygone de sustentation : Surface d'appui des pieds au sol.

Prématurité : Qui arrive avant terme. Se dit d'un enfant dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2200g ou qui est né après une période de gestation de moins de 37 semaines¹³⁷.

Quadriplégie spastique : Atteinte spastique des quatre membres. Cette atteinte prédomine soit d'un côté, soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs, soit de façon croisée (un membre supérieur et le membre inférieur du côté opposé). Elle s'accompagne d'une atteinte axiale hypotonique ou hypertonique (tête et tronc)¹³⁸.

¹³⁵ BERARD C., (2008), p.16

¹³⁶ CARRIC J.-C et SOUFIR B., *op. cit.*, p.119

¹³⁷ QUEVAUVILLIERS J., *op. cit.*, p.386

¹³⁸ BERARD C., *op. cit.*, p.19

Réactions de prestance/contenance : Réactions d'ordre gestuel, tonico-moteur, postural ou des mimiques qui apparaissent de manière inadaptée dans un contexte relationnel. Elles traduisent des difficultés d'adaptation dans ce contexte. Les réactions de prestance sont sur le versant hypotonique et les réactions de contenance sur le versant hypertonique.

Somatognosies : Conscience que chaque individu prend de son propre corps¹³⁹.

Spasticité : Trouble tonique caractérisé par une tonicité « élastique », c'est-à-dire une augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire au repos¹⁴⁰.

Spina-bifida (syndrome) : Malformation congénitale de la moelle épinière qui apparaît dès le stade embryonnaire, responsable de paralysies des jambes et d'incontinences fécales et urinaires.

¹³⁹ QUEVAUVILLIERS J., *op. cit.*, p.438

¹⁴⁰ GIROMINI F., ALBARET J.-M., SCIALOM P. *et al.*, (2015), p.319

Résumé

Dans ce mémoire est abordée la notion de relation thérapeutique en psychomotricité. Je suis parti de mes difficultés d'ajustement relationnel et de mes appréhensions par rapport au handicap avec l'objectif de les surmonter. Par la rencontre de Bastien et Alex, deux enfants de huit ans souffrant d'une paralysie cérébrale et par l'utilisation des nombreux outils dont dispose le psychomotricien pour permettre au patient de faire l'expérience d'un corps en relation, j'ai pu affiner mon regard clinique. Tout au long de ce mémoire, les notions de dialogue tonico-émotionnel, empathie, prise en compte du rythme de l'autre et juste distance relationnelle sont consécutivement étudiées et confrontées à mon vécu corporel et relationnel avec Bastien et Alex.

Mots-clés : Paralysie cérébrale, handicap, psychomotricité, relation thérapeutique, empathie, dialogue tonico-émotionnel, émotion, rythme, distance

Summary

This report deals with therapeutic relationship between psychomotrician and patient. As a trainee, I use to get difficulties in my relationship with patients and I also got apprehension with regard to disability. This experience allowed me to better understand the idea and to improve. I met Bastien and Alex, both eight-year-old children with both cerebral palsy. I could use many tools the psychomotor therapist have available to enable the patient to experiment his interactive body and I could improve my clinical look. In this report, I study the notions of tonico-emotional dialog, empathy, consideration of the other and right relational distance. I compare them with my physical and relational personal experience with Bastien and Alex.

Keywords : cerebral palsy, disability, psychomotricity, therapeutic relationship, empathy, tonico-emotional dialog, sensation, rhythm, distance