HAL
open science

“ La Chrysalide ” : réflexion sur les émotions d’une future psychomotricienne auprès d’enfants polyhandicapés à domicile

Mélody Olmeta

To cite this version:

Mélody Olmeta. “ La Chrysalide ” : réflexion sur les émotions d’une future psychomotricienne auprès d’enfants polyhandicapés à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274203

HAL Id: dumas-02274203

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274203v1

Submitted on 29 Aug 2019

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, Bd de l'hôpital 75364 Paris Cedex 14

«La Chrysalide»

Réflexion sur les émotions d'une future psychomotricienne auprès d'enfants polyhandicapés à domicile

Mémoire présenté par Mélody OLMETA

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

pour la session de juin 2019

Maître de mémoire: Laetitia BARNICH, psychomotricienne

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais aujourd'hui remercier différentes personnes pour ce mémoire. Cette démarche à dimension personnelle que je vais vous présenter m'a conduit à évoluer et grandir dans mon identité de psychomotricienne, mais cela n'aurait pas été possible sans toutes les personnes qui m'ont accompagné tout au long de ce travail :

- Laetitia Barnich, pour m'avoir encouragée, rassurée grâce à son engagement et son écoute bienveillante tout au long de ce processus.

- Aux différentes institutions et maîtres de stages qui m'ont accueillie, sans qui je n'aurais pas pu expérimenter, échanger et découvrir les différentes identités de la psychomotricité

- A mes amies et ma famille qui n'ont de cesse été là pour moi durant ces années de formations

- Les enfants et leurs familles qui sont le cœur de ce métier et qui m'ont inspirés cet écrit.

SOMMAIRE

Introduction **6**

THÉORIE

I. Le cerveau émotionnel **7**
A. Définition de l'émotion 7
B. Le rôle des émotions 8
C. Le fonctionnement des émotions 9
D. Le Dialogue tonico-émotionnel (DTE) 11

II.Spécificité du psychomotricien **13**
A. Posture d'un soignant dans nos sociétés 13
B. La relation soignant soigné 15
C. Spécificités du psychomotricien 16
1. La vision globale du patient 16
2. Le travail du corps 17
3. L'adaptabilité 17
4. Le jeu, les médiations, la créativité 17
5. Empathie, humanitude et disponibilité 18
D.Le cadre thérapeutique: à la recherche de la juste distance 18
1. Les fonctions du cadre thérapeutique 19
- La fonction de contenance 19
- La fonction limitante 20
- La fonction symbolisante 20
2. La juste distance 20
3. La spécificité du cadre thérapeutique à domicile 22

III. Les Limites du psychomotricien **23**
A. Le sentiment d'impuissance, la frustration et la remise en question 23
B. Attachement et projection 24
C. Transfert 24
D. Contre transfert 25
E. Quand les émotions débordent 26

IV. L'enfant polyhandicapé **27**
A.L'enfant 27
B. La notion de l'handicap 27
C. Le polyhandicap 28
D. Étiologie 29
E. Sémiologie générale et psychomotrice 29
1.Déficience motrice 29

2.Déficience intellectuelle 30
3.Troubles sensoriels 30
3.La communication et la relation 31
4.Troubles secondaires associés 31

CLINIQUE

I. L'institution 32
A.Spécificités 32
B. Les professionnels 32
C. Projet de soin individualisé 33
D. La place de la psychomotricité 34
II. Les enfants: 35
A. MAYSSA : 35
1.Histoire de l'enfant 35
2. Première rencontre 36
3. Bilan psychomoteur 37
4. Le travail en psychomotricité 40
5. Mes émotions avec Mayssa au cours de l'année 41
B. HAMIS 43
1.Histoire de l'enfant 43
2. La première rencontre 44
3. Bilan psychomoteur 45
4. Le travail en psychomotricité 49
5. Mes émotions avec Hamis au cours de l'année 49
III. **Le temps de se trouver, mon placement de stagiaire 52**

DISCUSSION

I. Apprentissage émotionnel 55
II. Conscientiser différents éléments 56
A.Le handicap physique 56
B. Les émotions de l'enfant polyhandicapé 57
C. Incurabilité 58
D. Le cadre à domicile 60
E. L'évolution de l'enfant 61
III. Réguler ses émotions pour s'adapter 63
A. Communiquer 63

1.La relecture 63
2.La verbalisation 63
3. Le travail en équipe 64
4. La supervision, les groupes d'analyses des pratiques 64
B. Nouvelle présence psychocorporelle 65
1.La respiration 66
2.La posture 66
3.Le toucher 67
4. Mouvement 67
IV. La construction du psychomotricien 69
A.Identité personnelle 69
B. La formation 70
1.L'apprentissage théorique 70
2.L'enseignement pratique 70
3.Les stages 71
C. Le temps 71
1.Le temps de l'émotion 72
2.Du temps au rythme de stage 72
3.Temps et transformation des représentations du polyhandicap 73
4.Temps et processus identitaire 73
D. La singularité, savoir se différencier 73
Conclusion 75
Bbliographie 76
Annexes 79

INTRODUCTION

Une fois adulte, voilà la chrysalide qui nous prépare à devenir professionnels. Le cocon se tisse au fil des différentes expériences, bien souvent en prenant la couleur de l'arbre sur lequel la chenille se trouve, en s'imprégnant des pratiques qu'elle découvre au sein de sa formation théorico-clinique. Confortablement installée dans ce cocon qu'elle s'est tissée, va survenir "la métamorphose". La chenille va vivre un vrai chambardement souvent douloureux, semé d'embûches mais nécessaire pour se réorganiser et s'adapter à sa vie future. Le papillon ne verra alors le jour que lorsque les conditions d'ensoleillement et d'humidité seront pour lui favorable...

Nous pouvons à présent entendre les premiers craquements de la chrysalide…

Dès notre entrée en institut de formation en psychomotricité, on nous prévient qu'il va falloir s'écouter et s'accorder des moments pour nous. Pour autant, nous ne pouvons pas à ce moment toujours en connaître réellement la portée, car sans expériences cela ne reste que des mots.

Dans des situations inattendues, nous pouvons être bouleversés, que ce soit dans la formation universitaire ou dans nos stages. C'est ce qui m'est arrivé en dernière année de formation, dans le cadre d'un stage en SESSAD.

Entre émotions positives et négatives, comment construire son identité professionnelle? L'identité est un concept vaste qui permet de séparer le soi du non-soi. Il marque ainsi l'unicité de l'individu mais aussi son appartenance à un groupe, ici celui des psychomotricien(ne)s.

Avant de parler de mon expérience personnelle, il s'agira de développer les éléments théoriques qui ont participé à ma réflexion. Nous irons en premier lieu parler du fonctionnement des émotions et de leur spécificité pour le psychomotricien, pour ensuite se pencher sur la population qui alimente ma clinique: le polyhandicap. J'approfondirai par la suite mon expérience auprès de deux enfants, Mayssa et Hamis, qui me permettront d'étayer ma réflexion lors d'une discussion sur l'enjeu des émotions dans la construction identitaire professionnelle.

LA THÉORIE

I. Le cerveau émotionnel

A. Définition de l'émotion

Le mot “émotion” vient du verbe émouvoir qui contient le mot 'motion', c'est à dire “mouvement” dans l'ancien français. Le nom “émotion” induit en lui-même une action du corps, reliant ici même le corps et la psyché en une seule entité non distincte. L'émotion est un phénomène dynamique émergeant de soi, provenant parfois de l'environnement et souvent reliant les deux dans une relation bidirectionnelle. On peut caractériser les émotions par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimulis environnementaux. Il s'agit de réactions spontanées, intenses et brèves pour une situation donnée qui va se traduire par le corps. Malgré tout, il n'existe pas de définition fixe concernant les émotions que nous pouvons formuler aujourd'hui.

Les scientifiques s’accordent pour citer quatre émotions fondamentales : la joie, la tristesse, la colère et la peur. Pour autant, selon d’autres études il existerait aussi la surprise et le dégoût mais cela reste plus controversé.

Les émotions dites plus complexes seraient des combinaisons de ces émotions primaires. Pour que cela soit plus clair nous pouvons dire que le mépris est une combinaison de la colère et de la peur d’exprimer celle-ci.

Les émotions sont universelles et reconnues par tous (excepté dans certaines pathologies: autisme, alexithymie…). Il s'agit d'une vraie communication infra-verbale présente chez tous les Animaux. Cela a été conceptualisé par Charles Darwin (1872) dans *« L'expression des émotions chez l'homme et les animaux »* dont les travaux ont été repris par Paul Ekman (1990), qui s’est intéressé à la reconnaissance des émotions à travers le monde entier.

Dans le langage courant, les émotions sont souvent confondues avec les sentiments, même si leurs définitions sont bien distinctes.

Un sentiment est l'apogée d'une émotion. Il prend naissance face à une émotion primaire. La grande distinction entre ces deux ressentis se trouve au niveau de leur durée et de leur intensité. L'émotion est une réaction spontanée, intense, brève et universelle. Le sentiment quant à lui est un état affectif complexe et durable. Il est subjectif, personnel et serait le résultat de l'intellectualisation de nos émotions ainsi que des représentations interne de celle-ci. Nous pouvons nommer parmi les sentiments: l'amour, la haine, la confiance ou encore la fierté.

Dans *Le Sentiment même de soi*, Antonio Damasio (2001) insiste sur la distinction à établir entre sentiments et émotions :

«Les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par des mouvements des muscles du visage, comme des expressions faciales de joie, de colère, etc…, ou du corps, la fuite ou la posture agressive. D'autres se traduisent par des actions internes, comme celles des hormones, du cœur ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon publiques, on peut les mesurer, les étudier. Les sentiments, par contre, sont privés, subjectifs. Ils sont ressentis par l'individu et lui seul. Il ne s'agit pas de comportements mais de pensées. » (2001, p.72)

B. Le rôle des émotions

Il est légitime de se questionner sur le rôle de ces émotions primaires.

Dans un premier temps, ces émotions nous réunissent, elles ont un rôle social qui nous permet de mieux nous comprendre. La joie est une émotion primaire, elle est d'ailleurs la seule que notre cerveau tente de reproduire sans cesse, c'est celle qui va permettre de rassembler socialement. La tristesse détient aussi ce rôle bien que cela puisse paraître étonnant au premier abord : elle fait venir un groupe vers la personne triste, grâce au phénomène d'empathie. "L'homme est un animal social", comme l'énonçait déjà Aristote (philosophe grec) du temps de l'Antiquité. Un autre rôle important de l'émotion est lié à la protection de l'espèce: nos émotions nous permettent de survivre, et cela depuis des siècles. L'Homme préhistorique ressentait le dégoût afin d'avoir une sélection sur les produits qui l'alimentent, cette émotion est un guide qui va ainsi influencer nos comportements dans la vie quotidienne.

Avec un rôle proche du dégoût, la surprise tout comme la peur va activer un mécanisme de défense permettant de réagir le plus rapidement possible (fuir ou se rapprocher).

La colère quant à elle nous donne la force de franchir des obstacles.

Le neurologue Antonio Damasio (2001), a démontré le rôle des émotions dans nos décisions, en étudiant la façon dont le comportement est affecté lors de dommages sur le lobe préfrontal-amygdale. Les décisions de ces personnes sont faussées. Pour autant ni leur quotient intellectuel (QI) ni aucune capacité cognitive ne semble être diminués. L'intuition basée sur l'émotion est alors d'autant plus importante que la cognition lors d'une prise de décision.

« Anatomiquement, le système qui gouverne les émotions peut agir indépendamment du néocortex. Certaines actions et certains souvenirs émotionnels peuvent se former sans la moindre intervention de la conscience, de la cognition » dit LeDoux (Goleman, 1998, p.4)

Dans une tonalité plus psychomotrice, les émotions permettent aussi de construire notre image du corps car selon la définition de Paul Schilder :

« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. » (Jeannerod, 2010, p.185)

En résumé les émotions ont un rôle prédominant dans notre vie. Elles nous permettent de vivre ensemble, de partager nos expériences, d'être présent et de répondre de façon adaptée dans la relation.

C. Le fonctionnement des émotions

Comme nous l'avons vu précédemment, les émotions nous permettent de survivre. Les scientifiques ont démontré des liens étroits entre certaines structures neurologiques et les émotions grâce à l'électroencéphalogramme (EEG) qui mesure l'activité électrique du

cerveau. Ainsi, les émotions sont des réactions automatiques, notre cerveau les détectent bien avant d'avoir conscience de nos ressentis.

Afin de mieux comprendre le fonctionnement neurologique, prenons un exemple :

D'abord je suis confronté à une certaine situation de part une stimulation externe (vision, odeur) ou interne (faim). Ces informations vont alors se diriger vers mon cerveau, plus précisément au niveau du thalamus.

Celui-ci va traduire le message (besoin de se nourrir) afin d'envoyer ces informations à la zone du cortex préfrontal spécifique à la stimulation détectée, pour lui donner un sens (j'ai faim). Parallèlement, l'information est aussi transmise à l'amygdale, c'est à ce niveau qu'apparaissent les émotions (douleur du ventre, sensation de faim, recherche de plaisir). Cette émotion sera ensuite dirigée vers l'hypothalamus qui contrôle le système nerveux autonome, c'est à dire la commande des réflexes vitaux comme le fait de gargouiller plus fortement et la modification des battements cardiaques. Il va répercuter sur l'organisme les effets de l'émotion afin de fournir l'énergie nécessaire et le comportement adapté pour réagir à la situation (se déplacer et manger).

L'amygdale étant proche de l'hypothalamus, zone très importante pour la mémoire comme nous l'avons déjà précisé, cela va permettre plus tard à la personne de reconnaître une situation similaire et d'y réagir plus vite (j'ai déjà eu faim, je sais que pour y remédier je dois me nourrir). En effet, les émotions sont stockées, traitées et analysées dans le système limbique, qui est : « L'ensemble des structures cérébrales situées au centre du cerveau, sous le néocortex. Il est constitué du thalamus, de l'hippocampe, de l'amygdale, du fornix, du septum, de l'hypothalamus et de l'hypophyse. »[1]: Comme nous l'avons vu, ces structures sont liées les unes aux autres afin de permettre le bon fonctionnement neurologique des émotions.

Selon certaines situations nous n'allons pas tous réagir de la même façon.

C'est ce qui est nommé en psychologie la grille de perception individuelle comprenant les données culturelles, les valeurs et le passé de chacun. Il existe aussi des moments où nous ressentons une surcharge de messages. Si l'intensité de la stimulation est trop forte (en cas de stress par exemple), le thalamus est alors débordé et ne parvient plus à traduire ni transmettre les informations. Dans ce cas, il va bloquer la transmission vers le

1 https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-systeme-limbique-4675/

cortex et empêcher l'émotion de devenir consciente. C'est certainement ce qui se passe quand nous nous sentons « vide d'émotions ». Cependant, la charge énergétique de l'émotion est toujours présente et va être traitée de manière inconsciente afin de soulager la tension. Malgré tout, lorsqu'il n'y a pas assez d'émotions (par manque de stimulations) ou bien lorsqu'il y en a trop (par excès de stimulations ou d'intensité trop forte), notre faculté à raisonner clairement et à utiliser notre cerveau de manière optimale est altéré.

Pour résumer[2], l'émotion survient face à un événement ou un besoin (physiologique, de sécurité, d'appartenance...) qui déclenche une émotion positive ou négative en fonction de notre grille de perception individuelle. Cette émotion va être alimentée de pensées positives ou négatives, ce qui peut alors la transformer.

D. Le Dialogue tonico-émotionnel

L'émotion se traduit par le corps, leur lien est indéniable.

Les émotions et leurs expressions sont différentes selon les personnes et leurs histoires de vie. Pour autant, selon les scientifiques, le corps réagit similairement chez tout le monde face aux émotions.[3]

Le corps est notre premier langage, il permet à l'enfant qui vient de naître de se faire comprendre et de s'accorder avec son entourage proche. Ainsi, lorsqu'il va se crisper ou au contraire se détendre, la figure maternelle (caregiver) pourra s'ajuster. Nous rejoignons ici la notion de tonus musculaire, toile de fond de nos activités motrices mais aussi émotionnelles comme l'écrit Wallon (1942) dans *"les origines du caractère chez l'enfant"*.

Pour revenir à son étymologie, nous retrouvons le mot « tonos » en grec qui signifie «tension», en définition c'est : la stimulation continue et réflexe du nerf moteur. C'est une tension active, permanente et involontaire qui se décline sous trois formes :

– Le tonus basal, se caractérisant par l'état de légère tension isométrique des muscles permanente et involontaire qui ne disparaît pas même lors du sommeil. C'est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions.

2 Cf. infra Annexe n°1 p.76
3 Cf. infra Annexe n°2 p.76

– Le tonus postural, activité tonique minimale qui permet de maintenir la posture.
– Le tonus d'action, ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et soutenir le mouvement

Le développement du tonus est lié au développement neurologique, influencé par des facteurs génétiques et environnementaux. Il existe de nombreux troubles du tonus comme l'hypertonie, l'hypotonie, le bégaiement ou les tics. Ces troubles qualifiés de tonico-émotionnels peuvent être majorés par l'anxiété ce qui dénonce encore une fois le lien corps-émotion.

Certains scientifiques ont démontré le fait que ce tonus lui-même peut influencer nos émotions. Par exemple, si l'on sourit nous allons sécréter instantanément de la dopamine et de la sérotonine amenant un sentiment de bien-être. Pour W. James :
« la formule la plus rationnelle consiste à dire : nous sommes affligés parce que nous pleurons, irrités par ce que nous frappons, effrayés parce que nous tremblons et non pas nous pleurons, frappons ou tremblons parce que nous sommes affligés, irrités ou effrayés suivant les cas. » (1902, p.394)
Pour cet auteur ainsi nous ne pleurons pas car nous sommes triste mais, on serait triste en conséquence de nos larmes.

Au final, il s'agirait d'une relation réciproque au sein d'une relation continue entre notre corps et nos émotions.

Cela nous amène de part cette union au concept de dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit là d'une notion fondamentale en psychomotricité. Elle fut d'abord ébauchée dans les travaux de Wallon (1930) avant d'être élaborée par J. de Ajuriaguerra (1977). Ce dernier s'inspire de la notion de holding et handling décrit par Winnicott (1971) faisant référence au maternage, et plus particulièrement au portage psychique et physique. De part ce portage va se former une communication par le corps, permettant à la mère de s'ajuster en fonction du sens qu'elle donnera aux réactions et comportements corporels de son enfant. De là, naîtra une réciprocité de l'échange entre le vécu corporel de l'un et de l'autre. C'est le premier dialogue mis en place dès le début de la vie, une communication infra-verbale agissant sur un mode vibratoire à la fois conscient et inconscient. La vibration remue l'intérieur de notre être se chargeant d'affect et de représentations différentes selon les rencontres. « La tonicité se sent, se ressent et se transmet ». (Albaret et al., 2015,

p.177) Cet état peut se percevoir par les sens, notamment la proprioception, la vue et le toucher dans les oscillations de tension et de détente. Ce dialogue tonico-émotionnel est ainsi un véritable outil thérapeutique pour le psychomotricien et fait partie des éléments importants qualitatifs et quantitatifs du bilan psychomoteur.

II. Spécificité du psychomotricien

A. Posture d'un soignant dans nos sociétés

Il m'est important de revenir sur la représentation sociale du métier de soignant puis plus spécifiquement celle du métier de psychomotricien. La représentation est une perception imagée (objet, concept…) que l'on a dans notre esprit qui nous permet d'en avoir une description et d'agir en conséquence. Lorsqu'on utilise le terme « représentation sociale » nous dénonçons le fait que cette perception est commune à une collectivité humaine ou du moins admise par le plus grand nombre. Ces représentations ont une fonction identitaire autant que de division.
Pour Denise Jodelet (1989) : « la représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». (2003, p.53)

Nous pouvons aussi parler de « préjugés », c'est à dire un jugement de valeur envers un groupe ou une personne. Le préjugé est une opinion personnelle souvent influencée par les médias, nos pairs ou notre histoire. Cette notion est à distinguer du « stéréotype » où l'idée est admise par un plus grand nombre de personne .

Le soignant à longtemps été vu dans l'Histoire comme un être supérieur. Encore aujourd'hui, les étudiants et professionnels faisant partie du milieu médical ou paramédical sont souvent associés à une élite : des personnes ayant le "pouvoir" de soigner les maux des autres par les mots, le toucher ou encore les prescriptions. Il y a alors un certain statut de pouvoir et de dominance sur l'Autre, de part la connaissance des mécanismes de la maladie et la façon de les guérir. Le soigné est souvent représenté dans une position de faiblesse, fragilisé par la maladie et dans l'espoir d'une guérison toujours plus rapide et efficace. Ce mécanisme est renforcé par la société (bouche à oreille, prescription spectaculaire…) Dans la salle où il patiente, le futur soigné a deux types d'attentes: celle

du temps, en attendant son tour, mais aussi celle de l'espoir. Ainsi lorsque le soignant ouvre la porte, on lui confère une certaine responsabilité et puissance vis à vis de ces attentes. Le soignant lui-même peut renforcer cette image. Nous pouvons faire référence au « syndrome de Zorro », c'est à dire le fait de vouloir sauver toute personne en souffrance et de ressentir un sentiment d'invincibilité et de surpuissance.

Malgré tout, ce sentiment n'est qu'une image véhiculée pouvant parfois faire pression sur le soignant lui-même, face à son devoir et son engagement d'agir pour soulager l'Autre. Il existe une communication infra-verbale: le dialogue tonico-émotionnel, apparaissant au cours des rencontres. Nos émotions vis-à-vis de ces rencontres se retranscrivent dans notre corps. Ainsi, face à certaines situations, voir la fragilité d'une personne peut aussi nous renvoyer à la nôtre. L'Humanité du soignant refait surface et, cela peut être déstabilisant mais il s'agit d'un phénomène incontrôlable. Le psychomotricien peut être conscient de ces phénomènes. Travaillant avec son corps mais aussi avec toute la théorie qu'il a pu accumuler au cours des années.
Catherine Mercadier dans son livre *"Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital"* (2002, p.255-259) va émettre la distinction entre rôle et identité plurielle du soignant, c'est ici notre propos. Le soignant va avoir le rôle et la volonté de soigner l'Autre mais il ne peut nier son identité plurielle d'être humain avec ses facilités mais aussi ses difficultés.

L'identité du psychomotricien est une question actuelle. Ce métier reste encore peu connu de la population malgré qu'il soit plus reconnu qu'à ses débuts. L'identité du métier, ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur, est mise à mal.

La frontière, dans les représentations sociales, reste floue avec d'autres paramédicaux (comme les ergothérapeutes, kinésithérapeutes...) ce qui semble fausser ou préjudiciable au métier du psychomotricien. Au sein même des psychomotriciens, les représentations du métier parfois divergent entre rééducation et thérapie. Par conséquent, la définition du métier n'est pas immuable, changeant dans la bouche de chaque professionnel ou apprenti. Face à ces représentations instables, il peut naître des préjugés et rendre difficile la relation soignant-soigné. Avant de rencontrer la psychomotricité, le soigné va rencontrer son psychomotricien.

B. La relation soignant-soigné

Le concept de relation induit un échange bidirectionnel entre deux personnes.

Le préalable de la relation est la rencontre. Le premier contact est souvent visuel mais peut passer par d'autres canaux sensoriels (auditif, tactile...). Cette première rencontre va donner «le ton», la crédibilité du thérapeute sera mis en jeu, en premier lieu par son apparence (vêtement, physique), sa posture ou encore son langage.

Comme dans toute relation, cette rencontre va être décisive pour la suite du suivi et il serait regrettable de faire abstraction de son importance. Soulignons tout de même que cela peut s'apparenter à la notion de préjugé énoncé auparavant[4] et que la relation reste un processus évolutif par le biais d'autres enjeux (l'efficacité du soin, le cadre, la répétition...) tant pour le thérapeute que le patient. Nous nous exprimons aussi par le corps, cette communication infra-verbale est autant importante (si ce n'est plus) que la communication verbale. En effet, 80% de l'information émise est transmise par notre “corps-d'émotion”. (Albaret et al., 2015, p.341) Le corps peut sécuriser l'Autre en donnant un cadre, de par sa distance, ses ajustements, ses mimiques ou encore ses attitudes.

“Les corps sans cesse engagés dans la communication se rapprochent, s’éloignent, se rejoignent et se séparent au cours de la prise en charge.” (Moritz, 1990, p.30)

En psychomotricité, la relation entre soignant et soigné est qualifiée de relation thérapeutique c'est à dire relatif à un traitement. La rencontre est alors particulière, car elle est induite et prescrite face à un besoin.

Dans la relation thérapeutique, il s'agit en quelque sorte d'un contrat entre le soignant et le soigné, engageant les deux parties à s'investir dans cet échange ayant pour but le soin. Le soigné va alors se donner, se livrer, au cours du processus thérapeutique pour recevoir les soins. Le soignant mettra en jeu tout son savoir-faire ainsi que son savoir-être construit grâce aux éléments de son histoire personnelle et de sa formation. C. Rogers (1968), psychopédagogue et initiateur de l'approche centrée sur la personne plutôt que sur sa pathologie, a développé quelques concepts clefs de cette relation particulière comme par

4 Cf. supra. P.13 Posture d'un soignant dans nos sociétés

exemple la congruence, la compréhension empathique de l'aidant et la vulnérabilité de l'aidé.

Le soignant est un être authentique qui devra apprendre à s'écouter soi-même pour venir ensuite écouter l'autre. Lors de la formation en psychomotricité, nous apprenons en première année à ressentir notre personne par différentes expériences corporelles (travaux dirigés de relaxation, conscience corporelle, expressivité corporelle). Ces dernières ont pour but de conscientiser nos ressentis (ce qui nous est déplaisant, rassurant, irritant ou plaisant) afin de potentiellement présenter des médiations inspirées de ces pratiques à l'Autre au moment venu en ayant conscience de notre propre vécu. Dans la relation il est important d'accepter l'Autre, ses réactions et émotions qui peuvent être différentes des nôtres, et de s'y ajuster. C'est ce qu'on appelle l'écoute active (des maux et des mots psychomoteurs). Un autre élément clef de la relation thérapeutique auprès de certaines populations est le fait qu'elle soit basée sur un échange répété sur plusieurs mois ou années. Cette régularité ainsi que les préceptes vus précédemment (adhésion et investissement bi-directionnels, communication et écoute) vont permettre d'aboutir à l'alliance thérapeutique, c'est à dire à une bonne collaboration. Malgré tout ce n’est pas forcément la règle dans toutes les pratiques professionnelles, parfois nous ne verrons un patient qu’une seule fois, il tiendra à nous de trouver comment créer la relation dans ces conditions.

C. Spécificités du psychomotricien

Le psychomotricien est un acteur de soin du paramédical oscillant entre rééducation et thérapie. Malgré le fait que chaque psychomotricien détient sa propre vision du métier, nous retrouvons des spécificités qui différencient le psychomotricien des autres soignants et permet de souligner l’identité propre au métier.

1. La vision holistique

La psycho-motricité se retrouve dans un carrefour rassemblant la psyché et le corps moteur, symbolisé par ce trait d’union. Il ne s’agit pas comme en psychanalyse d’immobiliser le corps au profit de la parole ni d'osciller vers son contraire. Le concept de psychomotricité penche au profit d’une vision globale de l’Autre. Il ne s’agit pas de soigner uniquement les maux du corps mais de recevoir la personne dans son intégrité

comprenant le physique, la psyché mais aussi ses émotions.

2. Le travail du corps

Le discours des personnes que nous rencontrons et le nôtre en tant que psychomotricien s'inscrit dans le corps (Dialogue tonico-émotionnel). Il est le cœur même de toute action psychomotrice. Ce corps qui inscrit nos émois, nos symptômes et écrit la relation dans un a-corps. La corporéité est une notion qui peut être intime, personnelle, se référant à notre identité personnelle, ce que l'on renvoie dans notre apparence ou posture: c'est le corps parlant. Il peut être difficile à approcher, parfois mal-aimé il est aussi le corps regardé. Le corps contenant, limitant qui protège aussi du dehors et de l'inconnu. Le corps en psychomotricité est souvent touchant-touché car lieu d'inscription de toutes expériences (sensorielles, motrice…) permettant de se construire, de se tenir. C'est sur cet axiome que se pose le travail du psychomotricien dans tous les aspects de notre corporéité.

3. L'adaptabilité

Chaque personne est unique ayant sa propre histoire, personnalité, difficultés, facilités. Le psychomotricien doit faire preuve de capacité d'adaptation dans ses prises en charge. Parfois, l'état du jour de nos patients peut ne pas correspondre à la projection mentale que nous avions en réalisant la construction de nos séances. Certains professionnels choisissent de ne pas construire de séance au préalable pour s'ajuster au temps présent. Pour autant, il ne s'agit pas de ne pas avoir d'axes thérapeutique en jeu dans le suivi. Le psychomotricien accueille et va se réguler à l'Autre par sa posture, ses gestes et/ou sa distance à chaque séance.

4. Le jeu, les médiations, la créativité

L'implication du corps du thérapeute va passer par une médiation. Cette dernière est par définition un intermédiaire pouvant faciliter notamment la communication.[5] C'est un tiers qui lors de relation duelle comme la relation soignant-soigné, peut prendre la forme de jeu, d'activité physique ou créative (danse, théâtre, cirque…). Lors de ses prises en charge, le

5 https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/médiation/50103

psychomotricien va de par son adaptabilité pouvoir proposer des séances redoublant de créativité afin de travailler sur les problématiques du patient de façon ludique. Les professionnels parlent souvent de “trousse à outils” comprenant les expériences qu’ils ont pu vivre au cours de leurs formations en enseignements pratiques (relaxation, expression corporelle…) mais aussi de leurs bagages personnels (stage, pratique extérieure…).
Isabelle Marcos s’appuie sur les écrits de Winnicott pour définir la créativité :
« La création représente le produit achevé du processus créateur. La créativité est quant à elle un mode de perception. Une manière de recevoir un vécu et une manière de se l'approprier. Elle se caractérise par une attitude positive, active dans le sens où elle prend en compte la réalité en permettant au sujet de s'y sentir vivant, de s'y sentir être dans une rencontre de sa réalité subjective et de la réalité objective du monde » (2002, p.2-3)

5. Empathie, humanitude et disponibilité

Ces qualités personnelles peuvent se retrouver chez d’autres professionnels de santé, or il me semble important pour moi de les nommer ici faisant écho à ma vision de la psychomotricité.

L’empathie, mot traduit littéralement du grec, signifie sentir. Cela implique l’imagination et la prise de perspective des ressentis d’autrui. Elle est à différencier de la sympathie, qui se réfère plutôt au fait de compatir. Selon l’auteur Peter Vermeulen (2015, p.62), trois éléments sont nécessaires pour être empathique :

1. Reconnaître l’expression des sentiments des autres
2. Pouvoir comprendre la vision ou le point de vue des autres
3. Pouvoir réagir de manière adaptée aux émotions

Le psychomotricien accueille les émotions sans pour autant y prendre part. C’est sa capacité d’écoute, sa disponibilité et sa propre humanitude qui va alors être mis en jeu.

“L’humanitude c’est ce trésor de compréhension, d’émotions, et surtout d’exigences éthiques pour soi et pour les autres…Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites”. (Vermeulen, 2015, p.13)
La disponibilité est le fait d’être présent dans l’ici et maintenant, ancré et engagé consciemment dans la rencontre avec l’autre.

Toutes ces spécificités du psychomotricien seront mises en jeu au sein du cadre thérapeutique. Elles vont notamment servir à la recherche de la juste distance.

D. Le cadre thérapeutique: à la recherche de la juste distance

Le cadre est décrit dans nos dictionnaires par de multiples définitions. J'en retiendrai quelques-unes[6] :

- Bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau, un objet d'art.
- Limites d'un espace ; l'espace ainsi cerné : Une maison avec son cadre de verdure.
- Entourage, milieu, contexte : Habiter dans un cadre agréable.
- Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose ; ce qui circonscrit un sujet : Sortir du cadre de ses fonctions.

Le cadre fait ainsi référence aux limites permettant de structurer un espace ou encore une action. Le cadre thérapeutique dans le soin fait lien avec cette définition, étant constitué de règles et normes permettant de structurer et de sécuriser la rencontre soignant-soigné. Il s'agit de règles qui concernent le respect de soi, de l'Autre et de l'environnement qui les entourent (matériel, salle, temps) mais également des consignes qui régissent un suivi en psychomotricité (respect, secret professionnel...). Pour appuyer cette définition, je citerai Catherine Potel :
«Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. » (2012, p.321-345)

Les éléments sont ainsi fixes mais non rigidifiés, s'adaptant à chaque patient et soignant.

1. Les fonctions du cadre thérapeutique

- La fonction de contenance

6 https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054

Par analogie, le cadre thérapeutique peut être compris comme relevant d'une seconde peau qui vient pallier celle du patient qui demeure défaillante.
La présence du cadre thérapeutique permet à l'usager (enfant ou adulte) de venir y déposer ses angoisses et sa problématique, tout en prenant en lui les bons éléments. Ces derniers proviennent de la qualité du dialogue tonico-émotionnel, de holding, d'écoute et d'attention du psychomotricien.
L'immuabilité du cadre offre au patient un espace externe rassurant et sécurisé. En ayant la possibilité de constater la permanence et la solidité du cadre par la répétition, un sentiment de sécurité externe va émerger. C'est sur cette sécurité que les patients vont s'appuyer pour construire lentement leur sécurité interne et la confiance avec le psychomotricien, créant l'alliance thérapeutique. Le cadre thérapeutique va alors encourager la communication entre le patient et son psychomotricien. Il garantit un espace d'échange au sein duquel le patient peut se livrer corporellement et psychiquement.

- La fonction limitante

Le cadre permet également l'instauration de limites pour le patient grâce aux règles et aux contraintes de temps et d'espace. C'est-à-dire qu'il existe un avant et un après séance, un dedans et un dehors. D'un point de vue psychanalytique, la fonction limitante donne au cadre thérapeutique une fonction paternelle représentant la loi, l'ordre, l'interdiction et les limites. Cette fonction vient faire tiers, permettant à l'enfant de se séparer et de s'individualiser.

- La fonction symbolisante

Enfin, le cadre permet d'engager un processus de symbolisation, et donc d'accéder aux représentations. En séance, il s'agira de par la verbalisation ou d'autres procédés, de donner du sens aux différentes actions et comportements du patient.

2. La juste distance

Ce cadre induit aussi la notion de la juste distance dans l'espace. Dans toutes les relations sociales, la contrainte spatiale existe tant dans sa composante relationnelle que

socio-culturelle. Où me placer vis à vis de l'Autre pour que nous soyons tous deux confortable ? Edward T.Hall, Anthropologue américain, a conceptualisé la notion de proxémie (1963), c'est à dire l'étude de la perception et d'occupation de l'espace par l'homme.

Ainsi la notion d'espace dans les relations dépend de la culture mais aussi de la nature de la relation (professionnelle, familiale...). D'après Hall, la distance entre les individus régule aussi leurs comportements et j'élargirai ce concept en incluant aussi la régulation des émotions.

Il distingue alors quatre types de distances :

- La distance intime (de 0 à 40 cm) : relation d'engagement proche, voire envahissant, avec un autre corps. La présence de l'autre est alors imposée dans notre sphère intime et notre système perceptif s'en trouve modifié (vision déformée, odeur et chaleur du corps de l'autre ressenties). Cette distance se caractérise par un contact physique très présent et par le peu de paroles prononcées.
- La distance personnelle (de 45 à 125 cm) : sphère ou bulle protectrice permettant de s'isoler des autres. C'est une distance fixe séparant les individus, dans laquelle peu de surface corporelle est mise en contact. La relation passe essentiellement par le verbal.
- La distance sociale (de 1,20 à 3,30 m) : instance plutôt impersonnelle, dans laquelle les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus et les contacts corporels sont éphémères et ritualisés. Le corps devient essentiellement un soutien conversationnel.
- La distance publique (de 3,60 à plus) : le contact corporel n'intervient plus et il n'y a pas forcément d'interaction recherchée.

En séance de psychomotricité, nous travaillons avec le corps ce qui nous engage facilement dans la sphère intime de la personne. Le système perceptif et sensoriel ainsi que les émotions se voient modifiés en comparaison à une distance personnelle ou sociale (chaleur, odeurs, vision partielle...). De plus, en élargissant à tous types de population, le psychomotricien se retrouve souvent à jongler entre les différentes distances (tutoiement, vouvoiement, soin corporel, cadre...) notamment à domicile.

« L'espace qu'on s'approprie plus ou moins (au travail comme chez soi ou encore dans

d'autres situations) prend une valeur affective. » (Albaret et al., 2015, p.271)

3. La spécificité du cadre thérapeutique à domicile

Au sein de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ou en libéral, le psychomotricien peut travailler à domicile. La question d'intimité va alors faire surface dans le cadre thérapeutique. En effet, l'intimité ne se limite pas au corps. Elle touche également les objets personnels, familiers, quotidiens de la personne, et à fortiori le lieu de vie dans lequel elle évolue, qu'elle a construit, qui lui ressemble, qui représente en quelque sorte une part d'elle-même.

D'autre part, pénétrer dans l'espace intime et privé du patient entraîne également la présence de la famille lors des soins quotidiens. Les proches du patient peuvent alors s'avérer soit un réel soutien (aide à l'installation du patient, préparation du matériel...), soit une contrainte (refus d'accepter la maladie du patient, intrusion dans les soins...). Le psychomotricien pourra alors également travailler sur le lien familial, les relations précoces avec de jeunes enfants ou l'acceptation du handicap. N'oublions pas qu'en se déplaçant jusqu'au domicile pour effectuer un soin, le thérapeute va aussi souligner le handicap, ce qui peut être difficile pour les familles.

« Il n'y a pas de relation thérapeutique sans symptôme […] elle n'existe que parce que quelqu'un souffre et qu'il souffre effectivement, sur un mode précis »
(Bonnet, 2011, p.36)

Parfois les familles sont alors très reconnaissantes. De plus, si la prise en charge est longue, la relation soignant-soigné se renforcera, créant aussi des affinités. Il faut faire alors la part des choses pour que le cadre professionnel ne déborde pas, le soignant pouvant être sollicité pour des demandes «hors soins» comme par exemple de l'aide administrative. Les réponses à ces demandes dépendront de la disponibilité du psychomotricien, de sa vision mais aussi de sa capacité à tenir la juste distance professionnelle.

En définitive, encore plus que dans les autres lieux d'exercice, la relation soignant-soigné à domicile doit trouver son équilibre entre implication relationnelle et distance professionnelle.

III. **Les Limites du psychomotricien**

Les limites que je vais aborder ici se réfèrent à des notions pouvant faire écho à d'autres corps de métier du soin. Ici, nous essayerons de nous concentrer et d'affiner notre point de vue au sein de la clinique psychomotrice. Il va s'agir de difficultés émotionnelles qui peuvent imposer des limites au sein de la relation en psychomotricité, car ce qu'on donne dans cet échange c'est aussi le témoignage de son corps.

A. Le sentiment d'impuissance, la frustration et la remise en question

En psychomotricité, nous oscillons lors de nos séances entre espoir et déception, entre la joie que nous pouvons ressentir lors de l'avancée de nos patients et le questionnement lorsqu'il n'y en a pas. Catherine Mercadier (2002), relève différentes expériences émotionnelles des soignants au cours de la relation soignant-soigné (colère, tristesse, fierté, gêne...). Au cours de ces ressentis il peut surgir de nombreux questionnements sur sa capacité à être psychomotricien. Nous parlons alors de remise en question de l'identité professionnelle. Odile Gaucher-Hamoudi (2010) propose l'image du psychomotricien trapéziste. Impliqué dans la rencontre, il accepte durant un temps de lâcher ses repères afin de se rendre disponible dans la relation. Le soignant reste cependant présent à lui-même, sans se laisser envahir par ses éprouvés lors de la situation :

« Parce que emportés par la rencontre de l'Autre dans sa dimension tonico-émotionnelle, nous devons parfois accepter de lâcher nos propres repères pour les retrouver plus loin. Tout comme le trapéziste, nous sommes alors concentrés sur notre ajustement tonique, notre souffle et notre objectif pour que notre élan vital dans ce saut contrôlé ne nous mette pas trop en danger.» (Gaucher-Hamoudi, 2010,p.136)

Cet auteur souligne alors le rôle de la régulation des émotions dans le cadre professionnel. Ce processus n'est pas aisé et se heurte parfois à quelques difficultés, étudiées en tant que concepts théoriques que nous allons citer maintenant.

B. Attachement et projection

L'attachement est un phénomène instinctif et universel chez l'Homme. Il désigne souvent une relation affective privilégiée qui lie deux personnes. Ce sentiment, proche de la sympathie, fait basculer la relation soignant-soigné. La relation que nous entretenons avec nos patients n'est pas établie pour être une relation durable telle que l'on peut créer avec un proche (amie, collègue de travail.). Elle est par définition relative à un traitement[7], elle durera donc le temps du soin. Il est alors nécessaire de trouver cette juste distance entre contenance et place du thérapeute. Pour autant, il peut être difficile de trouver ce juste milieu notamment avec certaines populations. Le psychomotricien ayant un champ de prescriptions larges, il peut se retrouver à travailler avec des enfants, adultes ou personnes âgées. Certaines rencontres nous touchent plus que d'autres. Le phénomène d'attachement peut s'expliquer parfois par des projections ou des identifications. Notre histoire est ancrée dans notre pratique, au cœur de notre identité même, et nous ne pouvons pas en faire abstraction. La projection est l'action de déplacer quelque-chose dans un autre espace. En psychologie, il existe un mécanisme de défense que l'on peut attribuer au soignant: il s'agit de l'identification projective. Le sujet attribue parfois alors certains traits de lui-même à l'Autre. Ce phénomène peut être renforcé par certaines conditions comme l'âge ou encore la profession du soigné, faisant écho à la propre histoire du soignant.

C. Transfert

Le terme de transfert désigne une notion psychanalytique énoncé par S. Freud dans les années 1900, pouvant se retrouver dans la relation soignant-soigné. Il s'agit plus particulièrement de ce que le soigné transfère sur son soignant. L'action de transférer désigne un déplacement, ici il s'agit particulièrement d'affects (originels et infantiles). La régression face à la situation de dépendance, plus ou moins bien acceptée, ferait resurgir les émois passés. Il peut s'agir d'un transfert positif ou négatif, qui pourra entraver la relation. Catherine Potel (2015) met en lumière la notion de transfert corporel. En effet lors du toucher, nous allons réactiver certaines émotions qui peuvent se référer à l'histoire corporelle du patient (interactions précoces, violence...) pouvant alors influer le regard (intérieur et extérieur) du patient vis à vis de son psychomotricien.

7 Cf. supra. Page 15 : Relation soignant-soigné

D. Contre-transfert

Le contre-transfert est la seconde notion de S. Freud (1910), elle est l'opposé du transfert parce qu'il va s'agir cette fois-ci, des émotions du soignant vis-à-vis de son patient. Elle apparaît la première fois dans le texte *« Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique »*. Dans la relation thérapeutique, le soignant peut se sentir animé d'émotions, en fonction de ce qu'il voit ou ressent de l'Autre. De part ce contre-transfert, le thérapeute peut émettre des hypothèses et parfois mieux comprendre le patient, quand il arrive à en prendre conscience. Même si en tant que psychomotricien nous n'avons pas les clés pour analyser ces notions transférentielles appartenant à la psychanalyse, elles peuvent apporter des renseignements sur nous-même et notre patient.

O. Moyano l'écrit : « la notion de transfert a largement franchi la limite de la situation qu'est l'analyse pour imprégner le champ de la thérapie psychomotrice. (...) Même si l'on parle de relation transférentielle, d'aspects transférentiels, tentant ainsi de tempérer le discours, ce qui sous-tend n'est pas moins historiquement cette notion freudienne du transfert. » (1994, p.686).

Pour autant, les auteurs ne sont pas tous d'accord : dans un article, J-P Allais exprime son point de vue : « On peut dire que la question du transfert traverse tout le corps social dès qu'on commence à écouter un sujet » (2000, p.30). Il élargit alors ce concept à d'autres professions mettant en jeu la relation: médicales, paramédicales, sociales..

Pour S. Robert-Ouvray (2002), il existe un contre-transfert émotionnel en relation avec la notion de dialogue tonique.[8] L'écoute des corps qui berce le métier de psychomotricien implique un engagement émotionnel et corporel. Les sensations que nous pouvons ressentir vis-à-vis de nos patients nécessitent de s'appuyer sur notre propre étayage psychique, physique et affectif. La mémoire sensorielle du corps et les émotions qui en émanent vont influencer la relation pour permettre une réorganisation psychomotrice, un ajustement et hypothétiquement une symbolisation.

« Le thérapeute est "inspiré" - au sens presque respiratoire du terme- dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient. » C. Potel (2015, p.115).

8 Cf. supra. Page 7 : Le dialogue tonico-émotionnel

E. Quand les émotions débordent

Face à ces concepts de transfert et d'attachement, le psychomotricien peut arriver à une « inondation émotionnelle ». Le terme de stress est souvent utilisé pour désigner un ensemble de difficultés émotionnelles qui peuvent affecter l'individu, que ce soit dans sa vie personnelle ou dans son travail. Il peut arriver à terme à un burn out.

Aussi appelé syndrome d'épuisement du soignant, on y retrouve le terme « brûlé », faisant référence au fait d'être consumé au travail. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[9], définit cette notion comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». Il s'agit d'un syndrome, c'est à dire un ensemble de symptômes psychique et physique. Son installation se fait en quatre étapes : enthousiasme, stagnation, désillusion/frustration et apathie. La durée des différentes phases est variable selon les individus. Ces périodes s'accompagnant souvent de troubles psychosomatiques tels que des troubles du sommeil, des tensions corporelles (céphalée, dorsalgie) ou encore d'une fatigue chronique. Elles peuvent par la suite aboutir à une dépression.

Lorsqu'on vit une submersion émotionnelle, c'est la partie la plus instinctive de notre cerveau, le cerveau reptilien, qui est aux commandes de ce mécanisme. Le cortex préfrontal, où se jouent les capacités d'analyses, de prises de décisions et de raisonnement logique reste déconnecté. Toutes nos émotions vont très vite et peuvent se confondre sans que l'on ne puisse reprendre la commande gérée par l'amygdale, qui est le centre des émotions.

Il est donc important de recadrer la situation et d'extérioriser afin de mieux accueillir nos émotions.

9 https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/fr/

IV. L'enfant polyhandicapé

A. L'enfant

Selon l'article 1 de la Convention de l'ONU sur les droits de l'enfant, datant de 1989 un enfant est : « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plutôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

Un enfant est souvent synonyme de joie, nous entendons les fameuses « félicitations » qui acclament les parents à l'annonce de la grossesse. Son arrivée se prépare avec impatience : aménagement de l'espace, achats.... L'enfant se construit dans le ventre de sa mère mais aussi dans la pensée de son entourage. La représentation de ce futur être se construit ("comment sera-t-il ?") et avec, les premières inquiétudes et les premières attentes projetées : ("seras-t-il intelligent ?"). Ce bébé imaginé reflète les fantasmes, désirs conscient et inconscient des parents (sexe, aspect, caractère...). Pourtant, il est souvent en décalage avec celui qui sera pris dans les bras à la naissance. Il s'agit alors pour toute figure maternelle, de faire le deuil de cet enfant imaginaire, pour accueillir celui qui se présente. Cette étape de deuil est indispensable, elle peut être bien accueilli ou non, parfois culpabilisante pour les parents. Il s'agit d'une étape importante pour les interactions précoces. Selon T. Berry Brazelton, « Ils sont affligés d'avoir perdu l'enfant parfait qu'ils espéraient et ils sont désolés des défauts de celui-ci qu'ils ont mis au monde. » (2009, p.123).

Ce moment peut être difficile notamment quand l'image du bébé réel est loin de celle imaginée. C'est notamment ce qui peut se passer avec les enfants handicapés.

B. La notion de handicap

Le mot handicap trouve son origine dans le vocabulaire anglais « hand in cap » qui signifie la main dans le chapeau, en rapport avec un jeu populaire du XVIIIème siècle. Ce terme évolue dans le domaine des courses hippiques pour faire référence à un poids dont ont été doté certains chevaux afin d'égaliser les chances à l'arrivée. Enfin, ce nom apparaît dans le domaine social afin de désigner les manques, les entraves, les gênes et

les infériorités. Aujourd'hui encore il n'y a pas une définition qui prime. Pour en retenir une, j'ai choisi de garder celle de La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (2006) [10]:

« Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »

Le mot « handicapé » a souvent une connotation péjorative : un handicapé souffre d'incapacités, il n'a donc pas les mêmes possibilités. Au cours de l'Histoire les personnes en situation d'handicap ont pu être nommés d'aliénés ou encore de débiles. Or, un enfant tout comme un adulte atteint d'un handicap peut progresser et démontrer des capacités auxquelles on ne s'attendait pas toujours.

C. Le polyhandicap

Le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations) rassemble trois grands groupes de handicaps associés et les distingue (1984) :

- Le pluri handicap, association de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles, dont la prévalence est de 0,5/1000 naissances.
- Le sur handicap, surcharge de troubles du comportement sur un handicap grave préexistant, dont la prévalence est estimée à 3/1000 naissances.
- Le polyhandicap, handicap grave à expressions multiples avec déficience mentale profonde qui entraîne une restriction extrême de l'autonomie, des possibilités de perception, d'expression et de relation. La prévalence est évaluée à 2/1000 naissances. On recense 19 600 personnes polyhandicapées de 0 à 20 ans en France.

L'association G.P.F (Groupe Polyhandicap France) 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'efficience motrice, perceptive,

10https://www.humanium.org/fr/texte-convention2006/

cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain » (2002).[11]

Cette définition démontre la vulnérabilité de la personne polyhandicapé tant sur le plan physique, psychique et social (relationnel, émotionnel). Il est important de préciser que le polyhandicap n'est pas considéré comme une maladie à part entière et n'apparaît pas dans les classifications, il est ainsi plus juste de parler de situation de polyhandicap.

D. Étiologie

Si le polyhandicap est toujours rapporté à une atteinte cérébrale précoce comme précisé dans sa définition, la cause précise reste inconnue dans près d'un tiers des cas.

Pour autant nous pouvons en citer quelques-unes :

- Causes prénatales : génétique, vasculaire, toxique, malformative...
- Causes périnatales : arrêt cardiaque, souffrance foetale…
- Situation de polyhandicap acquis des suites de : traumatismes, intoxication, méningite...

E. Sémiologie générale et psychomotrice

Nous allons présenter ici une classification des différents troubles liés à la situation de polyhandicap avec les surhandicaps qui peuvent s'y ajouter. Il est important de préciser que ces symptômes s'intriquent les uns aux autres et que leurs expressions divergent d'une personne à une autre (personnalité, zones cérébrales lésée...).

● Déficience motrice

La déficience motrice s'exprime de part des troubles de la motricité globale (déplacement, coordinations...) et motricité fine (préhension...). Elle rend difficile l'interaction avec l'environnement et les autres. La déficience motrice peut avoir différents degrés d'atteinte, certaines personnes garderont la possibilité de marcher et de se mettre debout, pour d'autres cela restera impossible.

11 http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/

Pour citer quelques troubles moteurs pouvant être retrouvé dans le polyhandicap nous nommerons :

- Apraxie, Dyspraxie : Incapacité ou difficulté pour la personne d'organiser son geste
- Parésie : Diminution de la contractibilité d'un ou de plusieurs muscles du corps.
- Paralysie (monoplégie, hémiplégie, tétraplégie...) : Perte de la fonction motrice pouvant être localisé sur un ou plusieurs membres.

Les troubles moteurs sont souvent sous-tendus par des troubles au niveau du tonus (toile de fond des activités motrices). Ces difficultés pouvant pencher du côté de l'hypotonie (diminution de la résistance du muscle à son allongement passif) ou de son contraire, l'hypertonie peuvent aussi engendrer des déformations corporelles de par les postures qu'elles influent sur les corps. Ainsi, nous retrouvons souvent des appareillages (corset, attelles...) afin de pallier à ce risque de déformations et des douleurs qui peuvent s'y joindre.

- Déficience intellectuelle

Pour parler de situation de polyhandicap, la déficience intellectuelle doit être sévère (QI compris entre 20-25 à 35-40) ou profonde (QI inférieur à 20-25) comme le spécifie l'annexe XXIV ter[12]. La déficience intellectuelle se définit par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, compétences domestiques, habiletés et aptitude scolaire fonctionnelle qui débute durant la période de développement. Ainsi, le trouble intellectuel va toucher plusieurs aspects de la vie quotidienne et influer sur certaines compétences psychomotrices tel que : la représentation de son corps et des troubles au niveau spatio-temporels tel que le repérage. Cette déficience peut aussi limiter dans certains cas le langage verbal de par la complexité de la symbolisation, des moyens de communications adaptés peuvent être mis en place (Makaton, pictogrammes....).

- Troubles sensoriels

Ils peuvent concernés différents canaux et se déclinent de l'hypersensibilité à l'hyposensibilité. Le trouble visuel touche 40% des personnes polyhandicapées. Les

12 http://dcalin.fr/textoff/annexe24ter_technique_polyhandicaps.html

autres troubles sensoriels sont plus rares, pour autant il convient de préciser qu'il est difficile de les évaluer dans la situation de polyhandicap.

● La communication et la relation

Face à ces troubles moteurs, cognitifs et sensoriels, la personne polyhandicapée va passer par d'autres modalités de communication. Comme dit précédemment, le langage verbal peut être difficile d'accès voire inexistant, de plus certains troubles sensoriels peuvent accentuer la difficulté de communication. Il faudra alors une lecture corporelle attentive sur tous les plans pour créer une relation car la communication est possible, ce ne sont pas des personnes en états végétatifs chroniques ou pauci-relationnels.

● Troubles secondaires associés :

- Épilepsie : Elle touche environ 40 à 50% des personnes en situation de polyhandicap. C'est une activité paroxystique et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones qui s'activent de manière anarchique. L'épilepsie a différentes formes d'apparition (partielle ou générale) dont les symptômes cliniques sont variables: absence, crise myoclonique…Le traitement implique des médicaments antiépileptiques.
- Troubles du comportement : Ils peuvent intervenir face à une difficulté dans les interactions. Il peut s'agir de comportement d'agressivité ou de repli.
- Troubles somatiques : Ces troubles peuvent comprendre des difficultés respiratoires, alimentaires ou encore de sommeil.

Pour conclure cette partie théorique, nous retiendrons que les émotions ont un réel impact sur chaque être humain. Le psychomotricien par ces spécificités et la notion de dialogue tonico-émotionel va porter une attention particulière à ses ressentis dans la relation thérapeutique. Les émotions aux lourdes intensités peuvent avoir des répercussions sur le soignant et le soigné. L'abord en théorie du polyhandicap indique qu'il s'agit d'une population singulière aux facettes multiples.

Je vais maintenant vous aborder l'aspect clinique de mon mémoire en apportant une attention particulière au suivi des enfants que j'ai pris en charge : Mayssa et Hamis.

CLINIQUE

I. L'institution

A. Spécificités

Je suis accueillie dans un SESSAD (service d'éducation spéciale et de soin à domicile) géré par l'association CESAP (Comité d'Étude et de Soins auprès des personnes Polyhandicapées). Cette association a été créée en 1965 par des parents et des professionnels et compte aujourd'hui environ une vingtaine d'établissements au sein de la région Ile de France.

Le SESSAD peut suivre jusqu'à 42 enfants dès leurs premiers jours de vie jusqu'à leurs 12 ans. Il intervient dans les lieux de vie de l'enfant (domicile, école...) et détient plusieurs rôles :

- Accueillir, accompagner et soutenir l'enfant et sa famille
- Évaluer les besoins et mettre en place un accompagnement éducatif, paramédical et médical pour aider à développer les compétences motrices, cognitives et relationnelles de l'enfant
- Favoriser la socialisation
- Accompagner et aider les familles dans les démarches d'orientation de l'enfant vers une structure spécialisée correspondant au mieux à leurs demandes et aux besoins de l'enfant.

B. Les professionnels

C'est un service pluridisciplinaire, les différents membres actifs travaillent en collaboration. Malgré tout, à part quelques prises en charge groupales et séances particulières où il y a un intérêt pensé en équipe, les prises en charge se font majoritairement en séance individuelle. Le personnel qui intervient à domicile travaille sur

un terrain d'intervention sectorisé. On retrouve plusieurs « services » au sein du SESSAD :

- Le Service administratif:

1 Directrice du pôle SESSAD

1 Directeur Adjoint de la structure

1 Chef de Service Éducatif

1 Assistante Sociale

- Le Service médical et paramédical :

1 secrétaire médicale

1 médecin de rééducation fonctionnelle

1 médecin pédiatre

2 kinésithérapeutes

3 psychomotriciens

1 psychologue

- Le Service éducatif:

5 éducateurs spécialisés

C. Projet de soin individualisé

Il existe plusieurs étapes à la concrétisation du projet de soin. Au préalable, Il y a un rendez vous médical avec une psychologue pour savoir si l'enfant relève ou non du service. Si l'entretien se révèle positif, l'enfant est placé sur liste d'attente jusqu'à ce qu'une place se libère. Par la suite, les séances commencent avec une première période d'observation indispensable. Cette étape permet à l'équipe et notamment à la psychomotricienne de faire connaissance avec la famille et l'enfant pour tisser un premier lien. L'équipe va ensuite réaliser une évaluation globale afin de pouvoir proposer au patient un projet adapté visant à optimiser ses potentialités. La présentation du projet à la famille se fera par la chef de service et un autre professionnel qui interviendra auprès de l'enfant (psychomotricien, éducateurs spécialisé...). Ce projet est réactualisé une fois par an lors d'une réunion pluridisciplinaire. Mais dans des cas spécifiques, il peut se ré-

évaluer plus précocement face à une demande des parents ou du service.

D. La place de la psychomotricité

La psychomotricité est présentée comme un métier aidant l'enfant à découvrir et utiliser son corps dans toutes les étapes de son développement, ainsi qu'à le mettre en jeu lors d'activités motrices, corporelles et d'expériences sensorielles et ludiques. La profession est ainsi reconnu pour aborder le patient dans sa globalité et dans sa complémentarité avec les autres corps de métier. Au niveau des indications, la psychomotricité est un métier du paramédical nécessitant une ordonnance médicale pour exercer. L'indication peut être posée par l'hôpital pour certains enfants ou directement par le médecin pédiatre du service. Il s'agit toujours de séance individuelle au départ mais il peut y avoir des indication groupale suite à l'élaboration d'un projet en équipe. Les prises en charge s'établissent sur du long terme jusqu'à l'orientation dans un établissement spécialisé. Un bilan psychomoteur est systématiquement prescrit pour établir un projet thérapeutique adapté. Il n'existe pas à ce jour de test standardisé adapté aux personnes en situation de polyhandicap, que ce soit pour des adultes ou des enfants. Il s'agira d'effectuer une évaluation spécifique basée sur l'observation psychomotrice, portant sur différents items psychomoteurs (motricité, tonus, communication...).

II. Les enfants :

A. MAYSSA[13]

1. Histoire de l'enfant

Mayssa est née le 9 février 2014, elle a aujourd'hui cinq ans. Elle est issue d'une famille maroco-algérienne. Elle détient une sœur cadette âgée de trois ans. Ils vivent tous ensemble au domicile familial.

- Renseignements médicaux

La grossesse se déroula normalement, les échographies ne montraient rien de particulier. Elle est née à 39 semaines et deux jours. À son douzième jour de vie, Mayssa présente un état de mal convulsif (grave crise d'épilepsie). Au cours de ces différents examens, les médecins se prononceront sur une épilepsie, un syndrome pyramidal, une microcéphalie et une hypertonie avec leucodystrophie nécrosante (maladie génétique orpheline détruisant le système nerveux central). Mayssa souffre aussi de problèmes respiratoires, l'encombrant et la fragilisant toujours à ce jour malgré le traitement.

- Suivi médical

Mayssa est exclusivement alimentée par gastrostomie aujourd'hui. Auparavant, elle avait une alimentation mixée et buvait de l'eau gélifiée pour éviter les fausses routes. Elle dispose d'appareillages tels qu'un lit médicalisé, un corset-siège, une poussette adaptée ainsi qu'un tumble form (siège de maintien permettant à l'enfant de tenir assis).

- Parcours institutionnel

Mayssa a d'abord été suivie en kinésithérapie motrice au sein d'un Centre action médico-social précoce (CAMSP) pour un retard global de développement. Elle est ensuite

13Le prénom à été changé pour garantir l'anonymat

orientée au SESSAD, où elle entrera le 4 mai 2015.

- Prise en charge

Les prises en charges actuelles de Mayssa sont :

- Kinésithérapie motrice en libéral, deux fois par semaine
- Kinésithérapie respiratoire en libéral
- Neuropédiatrie à l'hôpital
- Groupe sensoriel avec la psychomotricienne et une éducatrice spécialisée
- Psychomotricité à raison d'une fois par semaine durant une heure en séance individuelle

Auparavant elle avait des prises en charge en orthoptie et en orthophonie en libéral, qui sont arrêtées aujourd'hui.

- L'indication en psychomotricité

Mayssa est une enfant hypertonique au niveau des quatre membres, un travail sur le tonus par les mobilisations passives est prescrit. L'indication en psychomotricité vise aussi à lui permettre une détente corporelle, pour qu'elle puisse investir et prendre conscience de son corps pour aller explorer son environnement.

2. Première rencontre :

Je rencontre Mayssa dans une situation particulière. Ma maître de stage m'annonce que nous ne la verrons pas chez elle mais chez sa grand-mère. La veille, sa mère avait dû se rendre aux urgences suite à un accident domestique. Sa mère était tout de même présente avec nous lors de cette séance, et semblait aller bien. Malgré tout, ce contexte assez flou rend la situation étrange pour une première rencontre. Je ne savais pas comment me placer vis à vis de ce cadre unique. Sa mère nous ouvre la porte et se dirige vers le salon, ma maître de stage prend le temps de se déchausser dans le couloir avant

de la rejoindre. Mayssa est sur le canapé qui borde le coin gauche devant la télévision, sa grand-mère est sur une table à sa droite et sa mère est au centre, debout. La psychomotricienne se place à côté de Mayssa sur le canapé. Ne me sentant pas très à l'aise et ne savant pas où me placer, je m'assois sur l'autre extrémité du divan. La psychomotricienne demande des nouvelles de la maman, qui se plaint de ses douleurs et semble physiquement fatiguée. Je me souviens que la psychomotricienne a allongé Mayssa pour l'aider à se retourner et tenter de la stimuler, par divers médiateurs que je lui apportais. Mayssa étant allongée sur le canapé, j'ai dû me lever du bord du canapé pour lui laisser plus de place, je me retrouvais debout. De plus, je remarquais alors que je n'avais pas enlevé mes chaussures. Je me sentais gênée, et je me suis excusée avant d'aller me déchausser. Était-ce dû au cadre ou à la fatigue ? Peut-être les deux. La mère et la grand-mère semblaient pourtant vouloir me mettre à l'aise, banalisant mon oubli pour les chaussures et me proposant à boire. Mayssa ne semble pas avoir remarqué ma présence, je me sens décontenancée. Sa grand-mère se met à tousser, et cela provoque chez Mayssa une crise d'épilepsie sous la forme d'un sursaut et d'une absence. Elle m'évoque à ce moment le handicap grave et lourd tant physique que psychique avec une grande fragilité. Je n'ai pas pris beaucoup de notes suite à cette séance, emprise par mes émotions, comme sidérée. En sortant, la psychomotricienne me demande ce que j'ai pensé de cette première journée de stage. Je verbalise les difficultés de cette séance avant de partir, épuisée physiquement et psychiquement. Ma réflexion pour ce mémoire est en chemin.

3. Bilan psychomoteur

J'ai rédigé cette évaluation psychomotrice en me basant sur mes observations personnelles ainsi que les échanges verbaux que j'ai pu avoir avec mon maître de stage durant la période d'Octobre à Novembre 2018.

- Comportement

Mayssa est une jeune fille souriante. Elle montre des réactions tonico-émotionnelles, notamment grâce à ses diverses mimiques (sourire, rire, lèvre qui se plisse…). Mayssa est volontaire à chaque séance malgré sa fatigabilité. Elle apprécie les étirements, les

balancements et les enroulements. Elle le manifeste par son visage expressif mais aussi par des vocalises et des réactions tonico-posturales (tremblement, extension).

- Sensoriel

Dès la première rencontre Mayssa ne semblait pas me voir. Aucun diagnostic médical n'a été posé, mais la question d'une cécité corticale (oeil intact mais lésion cérébrale situé au niveau de la zone occipitale responsable de la vue) se pose aujourd'hui. Son regard semble fixe, absent. Néanmoins, quelques stimulations ont semé le doute. Nous remarquons une réponse légère de poursuite face à une cible contrastée et la lumière de la fenêtre.

Mayssa réagit bien au niveau auditif, appréciant les comptines et pouvant s'orienter vers une voix connue. Pour autant, certains bruits peuvent lui provoquer des crises épileptiques se manifestant par des sursauts (toux, claquement de porte, rire…).

Au niveau gustatif, Mayssa a un réflexe nauséeux très proche de la bouche qui fait qu'elle peut avoir des rejets lorsqu'elle est en contact au niveau du tapis par exemple. La position en décubitus ventral nécessite d'être vigilant sur ce point.

Au niveau tactile, Mayssa est réceptive au toucher qui semble lui être agréable au même titre que les stimulations auditives: si elles ne sont pas verbalisées, elles peuvent lui provoquer une crise.

Mayssa semble apprécier les stimulations vestibulaires de type bercement ou vibrations. Elle répond à celles-ci par des réactions tonico-émotionnelles et des vocalises, où elle semble parfois chanter.

- Tonus et posture

Au niveau de sa posture Mayssa, a le visage orienté vers la droite en raison d'une position préférentielle, qui a fait empreinte sur son corps. Pour autant, il lui est possible après quelques mobilisations d'arriver à une détente corporelle suffisamment importante pour qu'elle puisse la tourner vers la gauche ou la repositionner dans l'axe.

Au niveau de l'axe, son hypotonie provoque une cyphose. Pour autant, elle peut avoir régulièrement des schèmes en extension face à diverses sollicitations. Concernant ses membres inférieurs et supérieurs, ils sont au contraire hypertoniques. Tenir sa tête reste encore difficile pour Mayssa. Cependant, elle peut la tenir quelques secondes, notamment lorsqu'elle est confortable (assise, en appuis sur un support) et sollicitée sensoriellement, notamment au niveau auditif. Mayssa accepte la position en décubitus dorsal et ventral.

- Motricité globale

Mayssa détient peu de mouvements volontaires. Il est nécessaire de passer par des mobilisations pour réguler son tonus et accéder à une détente corporelle lui permettant de mouvoir plus aisément son corps. Elle peut participer à ses mobilisations notamment lorsqu'il s'agit de "dérouler" le bras ou la jambe pour finir le mouvement. Suite à cela, Mayssa peut tourner sa tête de droite à gauche et travailler sur les retournements. L'ouverture de ses bras et de ses mains lui permettent de nouveaux mouvements et appuis.

- Motricité fine

Mayssa peut saisir un objet de la main par préhension palmaire au contact. Il n'existe pas réellement de motricité fine volontaire, ses mains sont régulièrement fermées.

- Schéma corporel

Au cours des différentes séances, Mayssa réalise une extension globale du corps face à certaines stimulations corporelles. Est-ce le signe qu'elle peut avoir accès à une perception unifiée et globale de son corps ? Je ne peux en être sûre à l'heure actuelle. Il peut aussi s'agir d'une réaction permettant de savoir qu'elle a ressenti cette stimulation sans pouvoir la localiser, puisque cela entraîne une réaction de tout son corps. Si aujourd'hui je ne peux pas me positionner face à ces acquisitions, mes observations m'indiquent qu'il existe un certain cheminement.

- Espace et Temps

Les séances de Mayssa sont ritualisées. Elles commencent toujours par la chanson du bonjour et des mobilisations. Les prises en charge finissent par un temps de bercement dans une position en enroulement. Une sonnerie annonce la fin de séance, afin de lui proposer des repères temporels contenants dans la prise en charge.

- Compétences cognitives

Mayssa reconnaît son prénom et les voix de son entourage.

- Communication et relation

Mayssa est dans la relation. Elle peut se montrer expressive notamment grâce à son faciès et l'émergence de sa voix.

Elle peut ainsi se faire comprendre par l'Autre malgré l'inexistence d'un langage verbal articulé.

4. Le travail en psychomotricité

Le travail en psychomotricité se situe au niveau du corps plaisir, grâce à la relation et aux diverses expériences sensori-motrices. Les séances sont ritualisées, comme décrit précédemment. Les mobilisations se concentrent au début sur les membres supérieurs réalisant une flexion et une extension. Mayssa va alors toucher son épaule avec sa main, puis dérouler son bras jusqu'à toucher ses jambes en détendant ses épaules. Il est important de s'adapter à son rythme et de faire attention aux articulations qui sont fragiles. En effet, les rigidités peuvent créer des douleurs et bloquer le mouvement. Il va s'agir alors d'un véritable dialogue tonique par le biais de ces stimulations tactiles. Ensuite vient la mise en mouvement des membres inférieurs avant d'effectuer un toucher globalisant sur le corps, toujours dans une idée de détente et d'intégration de son corps. Le temps de ces mobilisations peut être très variable. Parfois, la séance entière sera dédiée à des mobilisations et du toucher thérapeutique. D'autres séances où ce temps sera plus court vont permettre d'effectuer un travail sur la motricité globale, notamment les retournements, la station assise, trouver et tenir son axe corporel. Ce travail sera facilité par des stimulations multi-sensorielles : souffle, chant, vibrations. Mayssa apprécie

particulièrement les chansons, il peut lui être proposé un temps de comptine pour la relation mais aussi en soutien dans ses efforts. Il sera aussi primordial de veiller à une bonne installation de Mayssa. Des adaptations peuvent être mise en place, comme poser un rouleau sous ses genoux pour caler les hanches en décubitus dorsal, ou encore mettre une serviette entre le tapis et sa bouche en décubitus ventral pour son réflexe nauséeux. En fin de séance, il peut être proposé à Mayssa diverses positions de bercement accompagné ou non de chanson : hamac, enroulement avec les jambes sur le ventre ou en se mettant sur les genoux...

5. Mes émotions avec Mayssa au cours de l'année

Après ma première rencontre avec Mayssa, je m'interroge. Pourquoi étais-je aussi abasourdie ? Les prochaines rencontres se font chez elle. Je découvre alors les lieux, la prise en charge se fait dans sa chambre. Un grand lit médicalisé borde tout un coin de la chambre et semble prendre quasiment la moitié de l'espace. Un autre lit, celui de sa petite soeur, borde une autre extrémité. Une grande étagère occupe le troisième mur, et une table finit par encadrer le dernier mur. Au centre de la pièce se trouve un tapis de sol, dédié à la prise en charge. Mayssa est installée en décubitus dorsal sur ce tapis. Sa mère nous laisse auprès de Mayssa et va dans la chambre à côté, prévenant qu'elle est là en cas de besoin. Cette mère fait confiance à ma maître de stage qui suit Mayssa depuis son entrée au SESSAD. Je ressens un lien fort et une grande gratitude de cette mère face à la psychomotricienne. Dans la chambre, nous nous installons auprès de Mayssa. Je dois avouer qu'au début je n'étais pas très confortable. Il y avait peu de place, et je ne me permettais pas de me réajuster afin d'être plus confortable face à cette proximité. Mon malaise était physique mais aussi psychique, toujours aussi décontenancée par la fragilité que j'imagine de cet enfant. Les vocalises qui émanent d'elle me questionnent : était-ce du plaisir ou de la douleur ? Ce corps si rigide déjà visuellement dans un premier temps m'inspirait plus facilement de la douleur que du plaisir lorsque nous la mobilisions. Pourtant, avec le temps je comprenais qu'il s'agissait plutôt de moi et non de Mayssa. Il était dur de se concentrer sur ce qu'elle émettait tant j'étais figée par mes projections. Le travail fut long et périlleux, souvent coupé par des absences répétées dues à ses problèmes respiratoires ou d'autres impératifs. De plus, avec les vacances scolaires, nous ne nous voyons pas souvent. La relation déjà difficile en rapport à mes émotions l'était

d’autant plus face aux restrictions temporelles mais pour autant elle fut possible. Poussée dans mes retranchements, je voulais montrer que je pouvais prendre du recul. Le sentiment d’impuissance et la peur de lui faire mal est restée un moment. Malgré tout, ma maître de stage me poussait à effectuer les mobilisations (de début de séance) qui nécessitent un certain savoir-faire et à verbaliser, étant d’autant plus consciente de mes difficultés avec Mayssa. Les rôles de la voix et du toucher furent cruciaux dans cette prise en charge. Le regard n’étant pas une modalité réellement efficace pour entrer en communication, il m’a fallu trouver une autre façon d’entrer en relation avec elle. Pour comprendre Mayssa j’ai dû ouvrir mon champ de perception. Me concentrant les premiers mois sur son corps et sa rigidité, j’en oubliais les autres modalités communicationnelles qui se prêtent notamment au visage. Ses nombreuses mimiques m’ont ainsi permis de mieux comprendre ses émotions. Ses vocalises signifiaient finalement un relâchement et un retour à la mobilité. Ce fut un long chemin d’accordage qui a permis de connaître un nouvel enfant, mais aussi de mieux me connaître. En fin de stage, je peux être active en séance auprès de Mayssa et faire des propositions. Je me concentre notamment sur le toucher thérapeutique, avec ou sans médiateurs, pour accéder à une détente et favoriser sa conscience corporelle. Accompagnées de stimulations telles que la voix ou des vibrations qui la soutiennent pour se mouvoir, nous testons de nouvelles postures (assise, allongé, asymétrique ou non). Je me positionne mieux et m’accorde du temps, prenant plus conscience aujourd’hui de ce dialogue infra-verbal qui est le cœur de cette prise en charge. Au fil des séances mon regard se modifie auprès de cet enfant. J'apprends finalement en fin de stage que Mayssa est acceptée dans une nouvelle institution. En effet, sa mère avait fait une demande il y a déjà un an pour un Institut Médico-Éducatif (IME) accompagné par les professionnels du SESSAD. La famille est ravie d'avoir une place à temps plein au sein de cet institution non loin de leur résidence. Ainsi, la prise en charge à domicile va bientôt se terminer, c’est l’aboutissement d’un accompagnement.

B. HAMIS[14]

1. Histoire de l'enfant

- Renseignement administratifs

Hamis est un jeune garçon né le 1er août 2017. Issu d'une famille d'origine tunisienne, il est le dernier d'une fratrie de quatre enfants (deux frères et une sœur). Ils vivent tous au sein du foyer familial.

- Renseignements médicaux

Antécédents médicaux, diagnostic médical, étiologie :

Hamis fut hospitalisé en service de néonatologie dès sa naissance pour une hydrocéphalie (accumulation en quantité trop importante du liquide céphalo-rachidien à l'intérieur de la boîte crânienne) de découverte anténatale. Sa naissance a eu lieu à 36 semaines et 6 jours de grossesse. Il est pris en charge en neurochirurgie pour des signes d'hypertension intracrânienne avec des apnées et une majoration du périmètre crânien. Il subit une dérivation ventriculo-péritonéale pour son hydrocéphalie. Hamis est un bébé avec une hypotonie axiale, qui détient une faible motricité spontanée et peu de contact oculaire. On lui diagnostique un syndrome de Bickers Adams (Hydrocéphalie lié au chromosome X). Hamis passe régulièrement des examens, une évaluation orthopédique révèle qu'il n'y a pas de déformation particulière. Une consultation avec une professionnelle spécialiste en ophtalmologie en juin 2018 retrouve des « signes de malvoyance » et une « surdité », mais ce diagnostic fut contredit récemment par d'autres examens. Les électroencéphalogrammes réalisés durant ces examens ne montrent pas de trace d'épilepsie à ce jour.

Il n'existe pas d'antécédents familiaux particuliers.

- Parcours institutionnel

Hamis fut d'abord pris en charge en service de néonatologie dans un hôpital suite à l'accouchement. Il est suivi par une psychomotricienne dans le service de neurologie en

14Le prénom à été changé pour garantir l'anonymat

attendant de rentrer au SESSAD.

Il y entre le 25 janvier 2018. Il est pris en charge par une psychomotricienne, une kinésithérapeute et une éducatrice à domicile.

- Prise en charge

Hamis a actuellement au niveau de ses prises en charge :

- Kinésithérapie à raison de deux fois par semaine de type kiné-motrice
- Éducatrice spécialisée, une fois par semaine
- Psychomotricité, une fois par semaine en prise en charge individuelle d'une heure
- Consultation pédiatrique, une fois par trimestre

- L'indication en psychomotricité :

L'indication en psychomotricité est proposée dès sa naissance par le pédiatre de l'hôpital, face à l'hypotonie et le peu de motricité spontanée qu'il montrait.

2. La première rencontre

Je rencontre Hamis début octobre 2018, il a alors quatorze mois. La psychomotricienne et moi-même sommes accueillis par sa mère qui nous ouvre la porte. Elle nous mène au salon, Hamis est allongé sur le canapé, c'est la première fois où je le vois. Ma première image est celle d'un enfant très petit et je remarque son faciès particulier qui m'interroge, son visage n'est pas symétrique, il a une plagiocéphalie. Lors de notre présentation, je me tiens à genoux aux côtés de sa psychomotricienne référente. Nous entamons ce qui sera le rituel des séances : la chanson du bonjour. Nous signons et chantons afin de signaler notre présence et dire officiellement bonjour à toutes les personnes présente à cette séance (Hamis, sa mère, la psychomotricienne et moi-même). Je remarque que Hamis est très attentif lors de ce moment, il m'observe de temps en temps. Pour autant, durant le reste de la séance il ne montrera pas d'attention particulière concernant ma présence. La séance commence, Hamis est maintenant allongé en décubitus dorsal grâce à la psychomotricienne. Il est sur le tapis de jeu, qui définit à mon sens le cadre spatial des

prises en charge. Hamis est sollicité au niveau moteur et plus précisément des N.E.M (niveaux d'évolution motrice), me montrant ainsi son potentiel moteur. Je l'observe et vois ce jeune enfant tenter de bouger en y mettant toutes ses forces. Au fil de la séance, il partagera aussi son pouvoir d'expression en manifestant plusieurs de ses émotions (colère, fatigue, curiosité) me laissant alors assez surprise de ses capacités.

3. Bilan psychomoteur :

Mon évaluation est basée sur une observation psychomotrice. Ce travail est le fruit de mon observation personnelle, des échanges avec mon maître de stage et/ou la mère de Hamis au cours des séances, ainsi que des informations médicales communiquées dans son dossier. Une séance d'observation ne suffisant pas à observer l'ensemble des domaines psychomoteurs, il s'agit ici d'un travail synthétique retraçant les potentialités et difficultés de l'enfant sur les premiers mois de stage (Octobre à Novembre 2018).

- Comportement

Dès la première rencontre, Hamis s'est montré attentif et vigilant. Ma nouvelle entrée dans la relation au sein de ses prises en charge n'ont pas semblé l'impacter. Il démontre des réactions tonico-émotionnelles nombreuses : sourire, crispations, cris. Les balancements (au sol ou dans un hamac) semblent être un moyen de l'apaiser, lui permettant de se rassembler lorsqu'il ne se sent pas bien. Hamis se montre curieux et volontaire face aux différentes propositions psychomotrices, il est persévérant lorsqu'il se retrouve en difficulté.

Pour autant, il peut se montrer facilement fatigable, le manifestant notamment par un réflexe de succion. On doit alors s'adapter et respecter le rythme qui correspond à son état du jour.

- Sensoriel

Au niveau visuel, Hamis semble plutôt bien voir avec une poursuite oculaire et une

fixation du regard acquise malgré son nystagmus[15].

Au niveau auditif, Hamis semble réagir malgré son diagnostic de surdité, même si à son âge nous ne pouvons pas savoir s'il comprend les mots. Hamis est très attentif aux sons (voix, musique), ayant parfois un moment de “suspension corporelle” lors de l'arrivée d'un nouveau son. Il peut signifier qu’il entend par des vocalises, en fixant visuellement ou en se retournant vers la source sonore. Cette question de l'audition reste en suspens malgré le fait que même s'il existe une surdité, Hamis a la possibilité d’être très réceptif aux vibrations qui émergent des différents sons. Ainsi, il reste difficile de se positionner pour savoir ce qu’il entend vraiment (vibrations, mots).

Au niveau tactile, récemment la main droite de Hamis semble être plus hypersensible qu'auparavant. Cela s'observe notamment par des gestes de retraits rapides de sa part ou des réactions toniques: sursaut, redressement. Ses mimiques montrent que cela semble être désagréable pour lui. La main droite est celle dont il se sert pour attraper les objets. Au moment de la préhension, il ne semble pas avoir cette hypersensibilité. Le contact tactile avec la main gauche est plus aisé, il ne semble pas avoir d'hypersensibilité. Mise à part cette main droite, le contact tactile avec Hamis n'est pas quelque chose qui semble le déranger.

Au niveau vestibulaire, on peut remarquer un début de réaction parachute latérale, et noter qu’il apprécie les balancements (hamac).

- Tonus et posture

On retrouve une tendance à l'hypotonie au niveau de l'axe, même si cela semble être d'ores et déjà sur le point d'évoluer favorablement. Hamis possède quelques rigidités notamment sur les membres inférieurs et ses mains, qui restent fermées.

Au niveau de la posture, Hamis sait tenir sa tête de façon volontaire et l'orienter dans les deux sens. Il peut tenir assis, notamment en trépied, pendant quelques secondes avant de chercher un appui au niveau du dos. Les autres positions assises restent possibles (petite sirène, en tailleur) mais nécessitent un soutien au niveau du bassin. La position à quatre pattes n'est pas encore accessible.

Positionné en décubitus ventral, Hamis cherche à se redresser au niveau du buste grâce à ses avant-bras. La position en décubitus dorsal est celle de référence.

15Le nystagmus est un mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire causé par une perturbation de la coordination des muscles de l'œil.

● Motricité globale

Hamis possède une motricité globale volontaire qui s'enrichit au cours des séances. Installé en décubitus dorsal, il initie des mouvements de flexion/extension au niveau des membres inférieurs. Il peut aussi initier le retournement du décubitus dorsal au décubitus ventral grâce à des mouvements d'impulsion partant des membres inférieurs. Il a maintenant compris le fonctionnement des retournements et peut revenir du décubitus ventral au décubitus dorsal seul.

Au niveau des déplacements, lorsqu'Hamis est dans la position « petit lapin », il pousse de lui-même sur ses pieds. De plus, avec l'aide de la psychomotricienne au niveau des appuis plantaires et un étayage notamment verbal de sa maman il peut sortir du tapis de jeu. Il s'agit avant tout d'une stimulation motrice ne lui permettant pas réellement de se déplacer car trop coûteuse, Hamis manquant encore de tonicité.

● Coordinations fines et occulo-manuelles

Hamis détient une préhension volontaire de type palmaire. Au fil des séances, Hamis affirme quelques préférences pour certains objets (tissus, jouet contrasté...). Parfois, il peut sembler craintif face à la présentation de nouveaux objets. Récemment, des gestes plus fins de type pince au niveau de la main droite ont été observés.

Au niveau des coordinations, il peut passer les objets d'une main à une autre, lâcher et appuyer de manière volontaire.

Il a la possibilité de croiser son axe : quand un objet lui est proposé du côté droit, il peut le saisir avec sa main gauche, et inversement.

● Schéma corporel

Lors du bain, sa mère relate des moments où Hamis cherche à explorer tactilement son corps avec ses mains. En séance aussi, Hamis cherche à l'explorer : après avoir vécu une expérience avec une brosse sensorielle que la psychomotricienne lui a passé sur son corps, Hamis va de lui-même l'attraper pour la passer sur sa main et son bras gauche.

Il est capable de s'ajuster au niveau de sa position lorsqu'il n'est pas droit afin de retrouver son axe. Cela se retrouve aussi dans sa recherche d'équilibre dans certaines positions assises. Il démontre aussi la capacité de localiser une stimulation en bougeant la partie mobilisée après un temps d'intégration.

- Espace et Temps

Les séances d'Hamis commencent toujours par une chanson. La fin de la séance s'annonce avec une sonnerie qui amorce le temps de bercement et de retournement, dans une couverture portée par sa mère et la psychomotricienne qui chante "bateau sur l'eau". Ces temps structurent la séance et permettent à Hamis de se repérer dans un cadre temporel.

- Compétences cognitives

Il peut reconnaître et être motivé dans sa motricité par des objets.
Il réagit à son prénom et aux voix connues.
Hamis est capable d'anticiper un mouvement comme par exemple, se tourner vers une source sonore répété et de se réajuster lorsqu'il s'est tourné du mauvais côté.

- Communication et relation

Hamis ne possède pas de langage oral, il peut émettre quelques rares vocalises. Il communique par un langage infra-verbal avec des réactions tonico-émotionnelles. Ainsi au niveau relationnel, Hamis sait se faire comprendre. Il est dans la relation avec l'Autre et nous le fait sentir avec des sourires, regards ou vocalises de contentement ou au contraire des pleurs ou des cris de mécontentement lors des séances.

- Le projet thérapeutique

La prise en charge avec Hamis tourne autour de plusieurs axes:
- Renforcer sa motricité volontaire et accompagner son développement psychomoteur, favoriser le corps explorateur

- Stimuler sa conscience corporelle grâce à diverses expériences sensorielles et motrices
- Accompagner Hamis vers de nouvelles postures grâce aux Niveau d'évolution Motrice (N.E.M) en soutenant son développement psychomoteur

4. Le travail en psychomotricité

Les séances avec Hamis sont ritualisées. Nous initions toujours la séance par une chanson permettant de se dire bonjour, en la signant notamment avec quelques mots de makaton. La fin de séance est annoncée par une sonnerie qui amorce les balancements dans une couverture comme dit précédemment. Le cœur de la séance se constitue de stimulations, en partant de ce que Hamis va nous montrer de son état du jour. Les NEM, et en particulier les retournements, sont travaillés. Je vois d'ailleurs Hamis faire des progrès assez rapidement en cours d'année, les retournements qui étaient difficiles en octobre deviennent de plus en plus autonomes. Ce temps de la séance qui peut être coûteux au niveau de l'énergie qu'il y met, peut être plus ou moins long et apprécié par Hamis. D'autres propositions actives autour de la découverte et de l'expérimentation dans sa motricité globale sont proposées. Hamis répond en adéquation avec les demandes de la psychomotricienne, il semble comprendre ce qu'il doit faire en fonction de la position ou de l'impulsion qu'on lui donne (appui du pied, flexion du genou lui permettant de tourner la tête pour amorcer un retournement). Hamis a parfois besoin d'être motivé grâce à un objet ou aux encouragements.

5. Mes émotions avec Hamis au cours de l'année

Hamis m'impressionne au fil de la prise en charge, et cela même quand il n'est pas au mieux de sa forme. J'imagine toute la force qu'il doit mettre en jeu pour faire ces exercices. Malgré sa pathologie, il possède une force intérieure et extérieure qui m'impressionne. De plus cela été accentué par ses progressions, avec son jeune âge il évolue constamment. Quand j'ai écrit son bilan je me sentais déconcertée: comment figer le temps tout en étant conforme à la réalité ? Hamis évolue, gagne en tonicité et montre de nouveaux comportements encourageants pour plus tard. Pour autant son apparence

n'allait pas dans ce sens. Même s'il a une taille correspondant la moyenne de son âge, Hamis est souvent en sous-poids. Cela inquiète beaucoup son entourage, sa mère a d'ailleurs réadapté son alimentation en la rendant plus riche. En rentrant chez moi après les séances, j'écris dans le métro afin de me rendre compte de ce qu'il s'est passé, malgré ce que le patient m'a fait oublier durant la séance. J'entends par là que parfois, en séance, l'enfant va effectuer des actions surprenantes qui peuvent nous en faire oublier d'autres. Parfois, je rencontre d'autres enfants dans leur poussette ou jouant avec des adultes, je ne pouvais pas m'empêcher de les comparer a Hamis. Les enfants font-il tous autant d'effort ? Tenir sa tête est un effort considérable à cet âge pour tout enfant, mais pour Hamis avec sa tonicité et son handicap le poids n'est-il pas doublé, l'effort plus conséquent? Le handicap le rendait fragile physiquement, mais le dotaît d'une force et d'une témérité psychique. Du moins, c'est ce que mes émotions ou mes projections contre-transférentielles m'indiquaient. En écrivant ce mémoire, je me rendais compte de ces enjeux dans ma relation avec Hamis. Je n'étais pas forcément très active en séance. Ma présence était signifiée au début et j'intervenais parfois en collaboration avec ma maître de stage, mais je n'ai à présent pas fait preuve d'initiative de moi-même. Pourquoi ? Je pense que je comprenais suffisamment l'intérêt des exercices proposés, ne voyant pas quoi proposer d'autre. Cette prise en charge me semblait adaptée et je ne voulais pas m'immiscer dans la relation. Hamis est un patient que ma maître de stage suit depuis le début, elle-même me parle de ses progrès et comprend les difficultés à rédiger sur lui face à son évolution constante et à trouver ma place. C'est un patient et une famille qu'elle apprécie, sans pour autant que la distance thérapeutique soit entravée. Mais moi, quelle position prendre dans une telle relation ? Je suis stagiaire, c'est-à-dire là pour un moment donné même si le stage s'étale sur plusieurs mois il faut parfois plus de temps pour créer une relation. Je n'ai pas ressenti cela dans tous mes stages, avec ces enfants, la relation fut particulièrement difficile à installer. Peut être qu'il y a trop de phénomènes contre-transférentiels déjà à cette distance, et que le risque est de basculer sur un autre versant que celui de la thérapie, en me rapprochant trop. La place que j'ai trouvé me convient, et je pense qu'il en est de même pour Hamis. On se regarde, on se sourit, chacun conscient de la présence de l'autre. On peut avoir des interactions, je peux le toucher, lui parler sans qu'il n'y est d'émotions négatives. Je lui fait une pression sur la partie du corps à mobiliser pour lui en donner conscience, je peux lui impulser le mouvement ou encore l'attirer grâce à une cible contrastée. Notre prise en charge à trois permet qu'il y ait un tiers et une contenance à la fois. Nous pouvons donner à Hamis un

appui dos pour qu'il puisse se relâcher lorsqu'il reste longtemps assis et ainsi le sécuriser, tout en le stimulant par des chansons, un jeux à deux en face de lui. Mais si j'étais sa psychomotricienne référente ? Le cadre aurait changé, je ne me serais pas installée de la même façon dès la première rencontre. Le retrait dont j'ai fait preuve en étant observatrice sur le début de l'année m'a permis de me créer une bulle où je pouvais contempler les prises en charge, analyser un savoir-faire au dépit d'une réelle expérimentation relationnelle. J'ai pu m'en rendre compte, analyser, conscientiser, prendre du recul et m'adapter. Le cadre à domicile m'impressionne aussi. Pour autant, le contact avec la mère d'Hamis est plutôt agréable et contenant, je la qualifierai de chaleureuse. Cette mère semble s'intéresser à moi et à la psychomotricité, cela permet d'être à l'aise. Nous avons de la place, je suis libre des mouvements et de me déplacer pour permettre différents points d'observations.

III. Le temps de se trouver, mon placement de stagiaire

- Mon entrée : Octobre 2018

Le début de ce stage est difficile, car fort en émotion. Je me sens mal à l'aise, sans pouvoir mettre le doigt sur ce qui m'interroge. Les séances s'enchaînent et je suis le rythme. Je suis impressionnée par l'image du handicap que portent ces enfants. Les premières journées sont très fatigantes, je rentre chez moi dans un état second, ne pouvant rien faire. Pour autant, je suis heureuse d'avoir ce stage. Le cadre à domicile et le travail auprès des enfants polyhandicapés attirent ma curiosité. Je ressens un décalage entre mon envie et la réalité.

Le cadre à domicile m'inhibe sans que j'en prenne réellement conscience. Je rentre dans le foyer familial des enfants et j'ose à peine parler, comme une intruse. Parfois j'ai l'impression de donner le change lorsque je ne comprends pas ce que l'on me dit ou que je ne sais pas répondre aux interrogations de la psychomotricienne sur les cours théoriques de notre formation. Le sentiment d'impuissance fait son apparition sans que je puisse avoir la main dessus.

- Novembre-Décembre 2018

Je me sens fragile avec des doutes importants concernant ma future identité de psychomotricienne. Pourrais-je être une bonne professionnelle alors que je n'ose pas m'affirmer en stage ? Je réalise peu à peu mes émotions. Une discussion avec ma maître de stage a lieu, je verbalise mes difficultés, mes incompréhensions et tente de communiquer. Je me sens honteuse face à mon impuissance, mon manque d'initiative, mon inhibition, ma sidération dans les prises en charge de ces enfants. Pour autant, je ne me sens pas mal lorsque je suis avec eux. Je ne comprends pas ce qu'il y a de si différent avec les autres stages que j'ai pu effectuer. Grâce aux mots et l'écriture, je prends plus conscience de la situation : c'est à ce moment-là que j'ai pu prendre un nouveau souffle. Je commence à chercher de nouveaux outils et les appuis nécessaires pour continuer afin de ne pas abandonner le stage.

- Janvier-Février 2019

Plus d'initiatives apparaissent, je me concentre davantage sur les prises en charge. Je signifie plus ma présence grâce à ma voix et ma posture, je tente de créer un nouveau positionnement. Je prends le temps et tente de faire abstraction du cadre extérieur, notamment les regards qui peuvent me freiner. Je me concentre sur l'enfant uniquement et ce que je peux lui proposer, pour l'aider à mon niveau en me basant sur mes observations. Je mènerai certaines propositions, sans guider seule une séance entière. Je relâche mon corps et respire, ça y est je peux enfin « être mieux ». Le temps est long et le chemin n'est pas fini, mais la marche est relancée. Ces quelques adaptations me permettront de me sentir plus sereine en arrivant en stage. Malgré tout, cette période est aussi entrecoupé des vacances scolaires entre le retour de Noël, les vacances de février et les arrêts maladies. Les enfants sont souvent malades à cette période, car l'hiver les fragilisent d'autant plus. Cela influe sur la relation thérapeutique.

- Mars 2019

Suite aux vacances d'hiver, je me sens plus en confiance avec moi-même. L'avancée que j'ai pu ressentir avant cette pause m'a encouragée. J'imagine plus aisément ce que je pourrais proposer pour chaque enfant. Pour autant, je ressens toujours une certaine inhibition. Je n'arrive pas à aller réellement au bout de mes propositions. Je me sens sous tension à l'approche des examens, de la fin de la formation mais aussi face à ces difficultés toujours présentes. Il est toujours difficile de m'affirmer avec mon statut d'étudiante - stagiaire. Je me rends compte que les initiatives que j'avais pu prendre entrent dans le cadre de ce que fait ma maître de stage. Était-ce aussi ma façon de faire, ou est-ce que je n'osais pas montrer mon identité professionnelle ? Malgré mes idées, je n'ose pas en faire part et reste dans mon coin, à exécuter une façon de faire qui ne me correspond pas forcément, même si j'en comprends la logique et l'utilité. Je retrouve ce sentiment envahissant, je suis de nouveau en difficulté et mal à l'aise. Pour autant, cette fois-ci j'en prend conscience plus rapidement, je reprends mes notes, me questionne. Et finalement, je décide d'arrêter le stage. Cette décision est difficile à prendre car il s'agit quelque part d'accepter qu'on ne peut pas toujours tout réussir et qu'il faut parfois dire

non. Malgré tout, je ressens un sentiment de sérénité et une confiance envers ce choix. Nous discutons une nouvelle fois avec ma maître de stage, nous effectuons le bilan de cette année. Cet échange permet d'élargir encore une fois mon champs de réflexion, d'ouvrir sur un autre point de vue. A la fin, je me sens libérée d'avoir pu mieux comprendre et cerner les difficultés qui ont rythmé ce stage, mais aussi de les avoir communiquées. Il est temps de clôturer les dernières séances, remercier et dire au revoir aux enfants et familles qui m'ont accueillie. Ces ultimes prises en charge se passent dans une réelle collaboration, un échange ajusté entre les enfants, ma maître de stage et moi-même. Je découvre ma réelle place dans ce stage grâce à ce nouveau lâcher prise. Différentes émotions se mélangent mais règnent en moi surtout des émotions positives. Cette dernière journée est marquée par la gratitude vis à vis de ces mois riches en émotions et en apprentissages.

Discussion

I. Apprentissage émotionnel

Nombreux sont les experts qui ont démontré le rôle des émotions dans notre apprentissage, notamment grâce à leurs impacts sur la mémoire. Pour autant, deux visions se confrontent. La première déclare que lorsqu'une émotion est trop forte, elle en devient forcément négative : « si tu te laisses gagner par l'émotion, tu ne pourras pas apprendre ». La seconde, à contrario, va promouvoir le rôle de l'émotion : « pour apprendre, il faut savoir s'impliquer émotionnellement ». Il semblerait qu'encore ici, nous retrouvons les notions de limite et de régulation émotionnelle.

Apprendre est un développement mais aussi une remise en cause des anciennes certitudes. L'apprentissage est un ensemble de mécanismes menant à l'acquisition de savoirs ou de connaissances. Depuis Darwin (1872), nous savons que les émotions sont universelles, présentes dans toutes les cultures, et qu'elles ont une finalité adaptative. Au cours de la vie, elles vont impacter nos réactions et il en est de même professionnellement. Il est d'ailleurs possible de susciter des émotions positives pour motiver les apprenants, notamment à l'aide de stratégies pour : stimuler l'intérêt de l'individu sur un sujet, lui montrer qu'il peut atteindre des objectifs fixés, abaisser la concurrence entre les apprenants et utiliser des exemples concrets ou illustrés. Les émotions négatives peuvent aussi motiver et pousser à apprendre en déclenchant un but à atteindre. C'est notamment ce que j'ai pu vivre lors de ces derniers mois. L'émotion qui a joué en moi avant même que je puisse la comprendre m'a sidérée, ce qui rendait la verbalisation impossible. Une fois conscientisées et régulées, les émotions négatives ont pu se transformer, ce qui m'a permis d'avancer.

Le terrain professionnel est un lieu d'apprentissage émotionnel où nous pouvons être confrontés à des situations difficiles, notamment dans le milieu du soin.

Je vais maintenant aborder avec mon expérience personnelle et subjective, ce qui à joué lors de mon stage. J'annoncerai dans une première partie les éléments que j'ai pu analyser, puis comment j'ai pu me réadapter et trouver des moyens de réguler mes émotions.

II. **Conscientiser différents éléments**

A. Le handicap physique

L'image du handicap peut nous impacter, notamment quand il s'agit d'enfants. Certaines civilisations ont une vision du handicap synonyme de mauvais présage, de malédiction, de sorcellerie, cela varie selon les cultures. Nombreux sont les théoriciens ayant associé le handicap à la « monstruosité », entre la fascination et la peur qu'il peut créer. Ces dernières années nous pouvons voir une médiatisation qui n'existait pas auparavant face au handicap. Malgré tout, les personnes handicapés sont-ils réellement intégrés dans nos sociétés ? Les regards sont fuyants, rares sont ceux que nous croisons dans la rue, nombreux sont à temps plein en institution. L'isolement est encore plus grand, face à un handicap pluriel tel que le polyhandicap. Comme on a pu le voir dans la sémiologie : Physique, psychique, sensoriel, affectifs, nombreuses sont les sphères qui peuvent être atteintes.[16]

Lorsque je rencontre Mayssa, je suis dans un premier temps saisie par son apparence, notamment sa rigidité. Quant à Hamis, c'est son asymétrie qui me questionne mais, par ses compétences psychomotrices et relationnelles, ce jeune garçon m'a aidé à faire abstraction de son apparence troublante. Mayssa, elle, m'a interrogée davantage. Il me semble que je peux rapprocher ou associer ce sentiment à une notion théorique psychanalytique conceptualisée par Freud (1919). Il s'agit de l': « *unheimlich* » dont la traduction française est « *l'inquiétante étrangeté* ». Ce concept désigne un sentiment particulier mêlant de façon bouleversante le connu et l'inconnu car finalement au-delà de leur image, ces personnes restent humaines, comme nous.

L'identification que nous pouvons ressentir lorsque nous rencontrons d'autres personnes est difficile avec des personnes atteintes de polyhandicap. Loin, est l'idée de se retrouver prochainement porteur d'un handicap, cela reste pourtant possible, bien que le concevoir ne soit pas confortable. Le handicap grave et lourd tel que le polyhandicap peut aussi faire penser à la mort, qui guette tout un chacun. L'identité personnelle des personnes polyhandicapées est alors masquée et marquée par cette image mortifère. Pour autant, l'identité est une notion large qui marque la singularité et le caractère unique de chacun,

16 Cf. supra. Page 29 : sémiologie générale et psychomotrice du polyhandicap

un handicap n'est que la partie émergée de l'iceberg.

Ainsi, même si l'image peut sidérer, dégoûter ou faire peur, il ne faut pas réduire une personne à son apparence car la vision psychomotrice, comme le concept d'identité personnelle, implique une approche multiple de l'humain.

B. Les émotions de l'enfant polyhandicapé

Les difficultés des personnes polyhandicapées sont multiples. Comme nous avons déjà pu le voir dans la sémiologie, elles engendrent des difficultés relationnelles.[17]

Lorsqu'un enfant va bien, il peut communiquer avec autrui dès sa naissance, notamment par la notion de dialogue tonico-émotionnel théorisée précédemment[18] les mouvements du corps, les postures, les sons, les expressions ou encore les vocalises résonnent en nous. C 'est un dialogue symétrique entre les deux partenaires.

On peut penser qu'avec un enfant polyhandicapé, les modalités communicatives sont restreintes. Il n'est pas erroné de dire que les émotions peuvent être difficiles à distinguer chez ces enfants. J'en ai moi-même fait l'expérience auprès de Mayssa, lorsqu'elle criait pendant les mobilisations. Cris de douleurs ou cris de plaisir ? Il m'a fallu du temps pour le déceler.

L'émotion crée avant tout des liens intuitifs sur un système réciproque entre deux personnes : celui qui ressent, la montre et celui qui la voit et qui la réfère à son propre état. Il faut néanmoins pouvoir faire la part des choses, entre notre propre état subjectif et celui que nous transfère l'autre.

La projection est l'un des principaux risques, quand l'autre ne peut pas nous exprimer clairement ce qu'il ressent. La confusion peut parfois faire irruption et ainsi contrer la personnalité de l'Autre. Cela peut s'apparenter à un jeu d'équilibre entre l'incompréhension qui menace la relation mais aussi la recherche d'une nouvelle expressivité, qui peut créer le lien.

---

17 Cf. supra. Page 31 : La communication et la relation
18 Cf. supra. Page 11 : Le dialogue tonico-émotionnel

Auprès des enfants polyhandicapés, le corps est le principal moyen d'expression. Cela peut faire penser aux premiers moments de vie des nouveaux nés, qui ne parlent pas encore. L'enfant pleure pour signifier une émotion, le parent va intuitivement aller vers lui pour répondre à son besoin. Même si son bébé ne pourra pas lui répondre par un langage clair et précis, la figure maternelle tentera de donner du sens à son action, notamment en lui prêtant sa parole ou en lui posant des questions (faim, change...).

Durant les séances où nous mobilisons Mayssa, nous lui parlions: « ça te fait du bien les mobilisations ? Je sens qu'aujourd'hui tu es plus tendue que d'habitude ». Cela permet de donner du sens à nos actions et d'entrer en relation par différents moyens (tonus, parole…). Certes, il n'y avait pas forcément de réponses claires et précises dans cette relation. Néanmoins, par ce biais, le lien se tisse. Pour autant, la communication non verbale est parfois éloignée de ce que l'on connaît, et l'on peut se sentir incapable de décrypter les signaux ou même de ressentir une sensation en écho. Il faut aussi pouvoir accepter que chacun puisse garder une part de mystère, nous ne pouvons pas tout décrypter.

N'oublions pas qu'il suffit parfois de faire preuve de bon sens pour mieux comprendre : ce qui peut nous être agréable ou désagréable le sera potentiellement aussi pour l'enfant polyhandicapé. Lorsque je suis tendue j'aime m'étirer pour pouvoir retrouver une certaine mobilité. Cette approche-là m'a permis de mieux comprendre Mayssa, même si chaque personne reste unique.

C. Incurabilité

En 2016, une étude est menée par Marie Christine Rousseau sur les soignants de patients présentant un polyhandicap, elle recense un taux important d'épuisement professionnel (42%). Cela peut être mis en lien avec la notion d'incurabilité. Comment continuer à soigner lorsque le sentiment d'être inopérant ou inefficace est bien présent ? Le narcissisme du soignant est mis en jeu et au-delà, la personnalité de l'être humain.

L'incurabilité est une conception large et plutôt subjective. Elle est à distinguer de la notion de létalité, ici nous ne parlerons pas de mort. L'incurabilité est le fait de ne pas

pouvoir guérir la pathologie d'une personne. La personne polyhandicapée le restera toute sa vie, malgré de potentielles évolutions. Cependant, ce qui est incurable aujourd'hui ne le sera pas forcément demain. La recherche est en cours (lésion, reproduction de cellules, greffes cérébrales...) et grâce aux évolutions de ces derniers siècles, nous pouvons espérer des avancées prochaines.

Lors de mon stage, je me sens régulièrement inefficace et dans une position d'impuissance. Que puis-je faire ? L'envie d'agir, d'aider est présente. Mais les premiers mois, je suis envahie par mes émotions. En psychomotricité, il existe différents champs disciplinaires et diverses approches, comme nous avons pu le voir dans la partie théorique[19]. Face aux autres stages que j'ai pu effectuer je m'interroge, cette population-là désarçonne. L'apparence, la difficulté de compréhension que j'ai pu développer plus tôt sont des éléments qui m'ont frappée assez rapidement. L'incurabilité fut plus difficile à conceptualiser. Je ressens le besoin de voir des progrès, de me rendre compte que par mon futur métier je peux aider. Or ce ne fut pas mon premier ressenti, les réponses n'étaient pas présentes, et malgré le temps elles ne se montreront pas à la hauteur de mes espérances. Certains acquis ne se feront peut-être jamais.

Quel avenir pour ces enfants malgré les soins ?

Cette confrontation face aux difficultés vécues en stage m'a incitée à modifier ma vision et aller au-delà du « savoir-faire » pour aborder ces patients régressés, sans langage mais dans une relation certaine et un contexte émotionnel bien singulier. Bien évidemment, les soins englobent corps et psychisme dans notre profession et la douleur est aussi parfois présente. La rééducation psychomotrice n'est pas en première ligne pour ces enfants, il s'agit avant tout d'un accompagnement. L'importance d'une bonne installation, permettre un confort pour viser à une qualité de vie meilleure. Savoir être là, présente dans le moment avec eux : l'ici et maintenant est un concept clef pour moi dans cette relation. Cela m'a permis d'ouvrir mon champ disciplinaire au-delà de la théorie, et de vivre une nouvelle approche du métier de psychomotricien(ne).

19 Cf. supra. Page 13 : La posture d'un soignant dans nos sociétés

D. Le cadre à domicile

L'espace de la prise en charge se déroule pour ces deux enfants à domicile. Étant la spécificité du SESSAD c'est ce qui m'a le plus attiré lorsque j'ai obtenu ce stage. Ici, on intervient au cœur du lieu de vie. Ce ne sont plus les patients qui viennent dans un cadre qui leur est étranger. Cette fois-ci, c'est nous, les professionnels, qui nous retrouvons dans leur espace. Nous ne pouvons pas établir un cadre codifié car c'est à nous de nous adapter. Ce cocon familial devient aussi un lieu d'action. La relation de soin en devient unique. Je pense que le cadre à domicile peut aussi alimenter les relations contre-transférentielles, de part cette intimité. De plus, nous partageons cet espace avec les habitants de ce lieu. Dans la plupart des prises en charge à domicile les mères ont été présentes. La mère de Mayssa, nous a souvent laissées seules avec sa fille, contrairement à la mère de Hamis qui a participé à toutes les prises en charge.

L'une de mes difficultés face à ce nouveau cadre est mon placement vis à vis de ce nouvel espace. Est-ce à moi de faire, ou dois-je laisser la place à la mère ? Quelle place pour la collaboration ? Comment être trois autour de cet enfant avec moi qui ne suis que de passage ? Et le regard des parents face à mon inhibition ?

Je pense aussi que ce cadre a pu jouer sur ma relation vis à vis des familles. Chez Mayssa, je ne me sentais pas très à l'aise, mais ai-je pu connaître et mieux cerner son environnement ? Les interactions étaient pour la plupart de courtoisie : pour dire Bonjour et revoir, ou évoquer un besoin matériel...Pour autant, lorsque nous avons pu échanger durant une séance, nous avons pu entrer dans une véritable relation et j'ai pu me sentir plus à l'aise et entreprenante vis à vis de Mayssa.

La mère d'Hamis étant toujours présente je pouvais, même si nous n'avions pas nécessairement de grandes conversations, échanger quelques mots, quelques appréciations. Je pouvais l'écouter mais aussi la voir. J'ai pu me sentir plus en lien avec cette famille dès le début du stage par cette présence et ainsi être plus active. J'ai notamment pu grâce à mon stage auprès d'enfants sourds partagé mon expérience sur la communication gestuelle.

Ce cadre spécifique à beaucoup joué dans mes émotions envers les enfants. Les ressentis négatifs ou positifs que j'ai pu avoir pour chacun d'eux venaient aussi du contexte qui nous entoure. La relation prenant en compte différents éléments: physique (handicap,sexe,distance), psychique (personnalité, émotions), environnemental (cadre, territoire, culture, langage commun…) qui agissent tous consciemment ou non sur nos émois.

E. L'évolution de l'enfant

L'enjeu auprès de ces enfants est-il vraiment l'évolution ?

Parfois, cela arrive nous voyons les enfants progresser et cela valorise notre métier. Hamis en est l'exemple même. Ce jeune enfant qui a été pris en charge dès sa naissance, nous montre un développement psychomoteur auquel on pouvait ne pas s'attendre face au pronostic médical. Tout au long de la prise en charge, il a pu m'impressionner montrant de nouvelles compétences. Par exemple, lors de la dernière séance, il a pu tenir debout sur ses jambes quelques secondes. Je le trouvais aussi plus ouvert, riant beaucoup plus qu'en octobre. Il comprenait les indications pour les retournements, qui ont d'ailleurs pu être acquis cette année. De nombreux exemples pourraient être évoqués à propos de ce jeune garçon. Son évolution affecte mon regard et mes émotions vis à vis de lui-même, mais aussi du polyhandicap et du métier de psychomotricien. Il illumine cette vision parfois morbide et montre l'utilité que nous pouvons avoir auprès de ces personnes, même si évidemment il ne s'agit pas uniquement des séances de psychomotricité. La mère est très à l'écoute et travaille avec lui quotidiennement. Il a aussi de nombreux professionnels autour de lui, mais avant toute chose: son avancée, il la doit à lui-même et à ses efforts.

Malgré tout, le tableau n'est pas toujours aussi encourageant. Les enfants polyhandicapés peuvent stagner ou même régresser. Dans ce cas, où se place-t-on ? Émotionnellement cela peut être difficile à vivre. Le psychomotricien est soignant, mais ne guérit pas. Par définition, guérir est « l'acte de délivrer quelqu'un d'un mal physique »[20]. Cela ne nous appartient pas en tant que soignant du milieu paramédical. Notre rôle est de délivrer des soins adéquats. L'acte de soigner est de « procurer les soins nécessaires à la

20 https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/guérir/38510

guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal. »[21] En effet, nos actions peuvent parfois contribuer à la guérison, mais ce n’est pas toujours le cas. Malgré tout, notre aide vise à permettre à la personne de se sentir mieux. Lorsque nous mobilisons Mayssa, nous ne la guérissons pas de sa spasticité, qui reviendra sous peu après notre action. Nous contribuons cependant à ce que cette hypertonie ne prenne pas plus d’ampleur, et nous améliorons son quotidien. Il est question une nouvelle fois ici de la vision de notre métier et de quelle façon nous nous plaçons en fonction de celle-ci pour former notre identité professionnelle, tout en s'adaptant à chaque patient.

21 https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230?q=soigner#72400

III. **Réguler ses émotions pour s'adapter**

A. Communiquer

1. La relecture

Lors de mes stages, je prends des notes en fin de journée. La mise sur papier fait trace de toute l'histoire. Les notes peuvent concerner les activités proposées, mes émotions, les paroles échangées ou tout ce qui peut me rester en tête. Se relire permet, au-delà d'un travail cognitif de rappel, d'agrémenter notre réflexion. Pourquoi ai-je utilisé tel mot, telle expression ? Tous les mots ont un sens et une histoire, il n'y a pas de réel hasard. Cette relecture permet aussi de voir notre évolution au travers de l'année. Face à mon vécu d'impuissance, j'avais souvent l'impression de stagner, de ne pas progresser. Or, en me relisant, j'ai pu prendre conscience de mon évolution ainsi que de celle des enfants. Les notes se faisant la mémoire des regards et des actions depuis le début de l'année, elles permettent de prendre du recul pour parfois mieux avancer. Mon regard a pu changer en relisant mes notes vis à vis des enfants, avec Mayssa notamment : je la vois aujourd'hui plus compétente.

2. La verbalisation

Au sein de la formation pour devenir psychomotricien, il nous est régulièrement demandé de verbaliser oralement, notamment face aux vécus corporels. La verbalisation peut être un outil afin d'exprimer nos émotions, pour les comprendre et les conscientiser. On entend et surtout on s'écoute.

La verbalisation n'est pas facile, la personne en face a un rôle crucial de receveur. Neutralité et non jugement sont de mise face à la personne qui se livre.

Les bienfaits d'exprimer ses émotions sont prouvés scientifiquement, ce qui a permis ces dernières années l'essor de diverses thérapies (écoute active, gestalt thérapie...) en lien notamment avec les pathologies psychosomatiques.

Verbaliser n'implique pas de ruminer ses émotions. Il est important d'envisager toutes les options qui sont à notre disposition, y compris celle de ne pas parler. Pour moi, il fut difficile durant les premiers mois de verbaliser. Je me suis confrontée à l'obstacle des mots. Puis finalement ma parole a pu se libérer, pour mieux objectiver la situation dans laquelle je me trouvais. Peut-être que ce temps de silence a permis la maturation nécessaire à la recherche de mots.

3. Le travail en équipe

« *Collaborer c'est travailler ensemble, mettre en commun les compétences, mixer les savoirs. C'est accepter que l'autre puisse avoir un regard différent, une approche spécifique, c'est être convaincu que chaque membre de l'équipe est détenteur d'une partie du savoir »*

(Arnoux et al, 2017,p.522)

Malgré que ce soit une partie que je n'ai pas réellement pu entrevoir dans mon stage il me semble important de pouvoir la notifier. Le travail en équipe pluridisciplinaire permet une complémentarité et, encore une fois, un regard croisé. Chaque personne de l'équipe voyant un même enfant n'aura pas forcément le même point de vue. Il s'agit alors d'un partenariat participant à une vision la plus globale possible de l'enfant. De plus, chaque professionnel ne peut s'occuper de tout, il détient sa propre spécificité. Le travail avec différents corps de métier permet de mieux réorienter un enfant selon son besoin. Cela nécessite tout de même de pouvoir situer ses limites et de bien connaître les autres métiers. Si ce système fonctionne bien, cela permet une approche diversifiée et une richesse dans les relations humaines au travail. Malgré tout, le travail en équipe implique une bonne régulation. Comme dans toutes relations, il peut subsister des conflits, des tensions, qui peuvent mettre en péril cette collaboration.

4. La supervision, les groupes d'analyses des pratiques

Ces outils sont destinés aux formations initiales ou continues. Ils permettent notamment d'améliorer la compréhension de certaines situations et de ce qui peut s'y jouer: ce sont

des espaces de réflexion. Il s'agit aussi de permettre l'entrée d'un tiers dans cette relation. Le cadre doit être bienveillant et non jugeant pour permettre de libérer la parole sur des situations difficiles. Ces outils permettent aussi de continuer à se former et à se remettre en question, grâce au regard extérieur. C'est un soutien au déploiement professionnel.

Pour permettre de faire une légère distinction entre les groupes d'analyses des pratiques et la supervision, nous dirons que :

- Les groupes d'analyses des pratiques sont des lieux où différentes personnes se retrouvent pour verbaliser sur les actes et gestes de leurs métiers. Ces groupes permettent ainsi de réunir différentes personnes d'un groupe pair dans un lieu bienveillant, pour libérer la parole mais aussi se soutenir et échanger dans leur pratique commune. Ce n'est pas un groupe thérapeutique ni un groupe de parole, c'est un espace collaboratif qui est soumis au secret.

- La supervision est un travail sur le positionnement, l'implication, l'interdépendance avec le terrain à partir de construction actives et collectives d'hypothèse de travail et de vérification. C'est une aide psychanalytique qui se réalise avec l'aide d'un professionnel aidant dans un projet nécessitant un accompagnement spécifique. C'est un outil qui se réalise préférentiellement en relation binaire avec l'analyste.

B. Nouvelle présence psycho-corporelle

Pour introduire cette partie j'aimerais revenir sur la notion de Tonus : « L'état de tension des muscles au repos ». Ce dernier en adéquation avec nos émotions va se moduler reliant le dedans (émois interne) et le dehors (apparence du corps). J'ai pu dans la clinique de ce stage l'expérimenter. Face à mes émotions j'ai ressenti un impact corporel. Une tension qui me rigidifiée dans tout le corps et qui impactée mon positionnement professionnel, ma disponibilité et ainsi mon identité de psychomotricienne. Ma respiration, mon positionnement, mon toucher et mes mouvements sont ainsi modifiés et réduits.

1. La respiration

Benoit Lesage évoque ainsi la respiration: « Amener un patient ou un élève à respirer calmement, librement et consciemment est déjà en soi un travail de régulation tonique qui l'amène à se considérer, à se rassembler. De plus cet éprouvé de soi s'inscrit dans un cadre d'échange: quelque chose entre, me remplit, me nourrit, et sort. J'existe dans ce flux qui anime et unifie mon corps. » (2012, p.75). La respiration est une fonction vitale automatique, c'est le symbole de la vie. Elle est étroitement en lien avec nos émotions. Parfois nous avons le souffle court lorsque nous sommes surpris, ou encore notre respiration peut s'accélérer lors de vives émotions telles que la colère. Il est possible de ne pas s'en rendre compte, étant donné que la respiration est un geste automatique : nous n'avons pas besoin de penser pour respirer. De plus, la respiration met en jeu tout notre corps et permet de mieux le conscientiser et de le mouvoir. En ce qui me concerne, face à ma sidération et mon sentiment d'impuissance, je me mettais en retrait : retrait physique et psychique qui amène ainsi à une respiration réduite, voir étouffée. Si je ne respire pas, je n'existe pas. Face à mon cheminement, je reprends un second souffle et j'ose accentuer ma respiration lorsque je sens que celle-ci s'atténue face à une situation donnée. En amplifiant ma respiration, j'éveille mes sens et ma disponibilité. Cette respiration est le début de ma nouvelle présence psycho-corporelle. Grâce à elle, je reprends un axe, je régule mes gestes et mes émotions.

2. La posture

Lors de mes verbalisations, je me rends compte de ma posture au cours du stage. Observatrice en retrait, je dirais que je suis plutôt spectatrice des scènes comme un personnage omniprésent en littérature qui voit tout, entend tout, mais pour autant n'est pas acteur. La posture fait référence au positionnement de notre corps dans l'espace. L'environnement entraînait aussi une certaine posture : dans la chambre de Mayssa je me sentais déjà réduite par l'espace. Je n'osais pas bouger une fois installée, par peur de faire tomber quelque chose. Je pense même qu'au début, je n'osai pas bouger de peur de la toucher et de lui faire mal par mon simple contact. Il m'arrivait même de garder une posture tellement longtemps qu'un inconfort s'installait, avec des crampes ou des fourmillements, ce qui accentuait mon mal-être. Ce n'est que lorsque j'ai pu verbaliser

avec une tierce personne, extérieure au stage, que la notion d'inconfort dans ma posture m'a frappée. J'ai alors tentée d'en changer en trouvant d'autres positionnements dans l'espace, en apportant un certain confort grâce à des coussins par exemple. Ces améliorations physiques favorisent un apaisement psychique. Je prenais aussi plus conscience de l'importance de l'installation des patients grâce à cette expérience.

3. Le toucher

Le contact tactile fut introduit plutôt tardivement. Il était assez furtif comme une pression, un effleurement, toucher un membre pour que l'enfant en prenne conscience dans une action, notamment avec Hamis. Le toucher était discontinu, c'est à dire que durant les prises en charges, il restait assez rare. Pour autant ma maître de stage travaille beaucoup par le corps et avec peu de médiateurs. Ainsi, je la vois entrer pleinement en contact avec les enfants, les prendre à bout de bras. Moi, je m'en sentais incapable. L'introduction des mobilisations à permis d'avoir un contact tactile plus répétitif et présent en séance. Pour autant, cette idée ne venait pas de moi en première intention. Les mobilisations sont des techniques plutôt pointues. Voulant acquérir ce savoir-faire que ma maître de stage souhaitait me transmettre, je m'y suis essayé. Au début, mon toucher était plutôt maladroit : peu sûre de moi, je pouvais trembler. Je me souviens de la mise en garde de ma maître de stage me disant que si j'effectuais mal une des mobilisations, je pouvais lui « déboîter l'épaule ». Je pouvais ressentir une intense responsabilité lors des premières mobilisations. Et si, avec ma propre tension, j'allais finalement la rigidifier davantage ? La notion de la prise en charge m'apparaissait avec le poids physique mais aussi psychique que je peux avoir lorsque je porte l'enfant dans le soin. La notion de poids n'en était que plus grande face aux différents paramètres : mon positionnement, celui de Mayssa, l'endroit du contact, la technique en elle-même, le rythme... J'en oubliais l'essence même du toucher que nous effectuons en thérapie : le ressenti. Le toucher est assez intuitif dans notre profession : au-delà d'un savoir-faire, il concerne surtout le dialogue corporel que nous pouvons avoir avec l'Autre. La relation ça ne se joue pas, ça concerne notre propre sensibilité et ainsi notre identité même.

4. Mouvement

La respiration, la posture, le toucher puis vient le mouvement. Crescendo, mon corps

prend plus de place, ou reprend la place qu'il aurait dû avoir. Au fil du temps, en mentalisant mes émotions, je me sens me débloquer corporellement et je retrouve une régulation tonico-émotionelle. Le dialogue corporel parle de lui-même. N'oublions pas que l'étymologie du mot "émotion" fait référence à l'idée du mouvement "movere"[22]. Le tonus fait le lien, il est à la fois support de nos émotions mais aussi de notre posture (tonus postural) et de nos mouvements (tonus d'action). Tous ces éléments s'entremêlent car ils sont indissociables. Ainsi, tant que je ne pouvais pas me sentir détachée de ce mal-être, je ne pouvais pas bouger. Le dernier jour de stage en a été l'exemple même. Une fois que j'ai pu dialoguer avec ma maître de stage et prendre une décision, j'ai pu me positionner en tant que future psychomotricienne. Je suis devenue libre de mes mouvements et pu avoir une réelle collaboration avec ma maître de stage et les enfants. Dans toutes mes adaptations, il fallait finalement: oser. L'émotion a le rôle primaire de permettre de nous adapter à une situation donnée, en fonction de la signification qu'on lui donne. Face à la sidération, mon corps ne répondait pas, c'était l'inondation émotionnelle. C'est seulement une fois que je me suis sentie dans un contexte sécurisant que j'ai pu devenir active.

Avant de conclure, j'aimerais élargir le champ de ce mémoire aux autres composantes qui permettent à l'étudiant de trouver son identité professionnelle.

22 Cf. supra. Page 7 : Définition de l'émotion

IV. La construction identitaire du psychomotricien

A. Identité personnelle

Avant le psychomotricien, il y a la personne.

L'identité personnelle amène à l'identité professionnelle. L'identité personnelle résulte d'une construction progressive qui commence dans les toutes premières années de la vie. Le choix de devenir psychomotricien(ne) implique une sensibilité particulière, elle-même liée à nos expériences vécues. Chaque personne doit ainsi être considérée individuellement, selon sa sensibilité : il est nécessaire de prendre en compte les particularités émotionnelles de chaque individu. Comme nous l'avons vu, chaque personne réagira différemment à une situation donnée. Ce que je présente ici dans ce mémoire reste une conception subjective face à mon expérience clinique personnelle, toute personne n'aurais pas eu le même cheminement ni les mêmes difficultés face à ce stage. Pour autant, l'identité professionnelle est un concept qui rassemble socialement. Travailler permet de s'intégrer à la société et de faire partie d'un groupe. La racine du mot « identité » est le terme « idem », qui signifie « le même ». Nous faisons partie du cercle des paramédicaux qui, comme nous l'avons vu plus haut, a une identité ou plutôt une représentation sociale bien marquée dans la société.[23] Selon certains théoriciens, l'identité se construit autour de trois pôles : le moi, le nous et les autres. Pour être plus précise, l'identité est donc dans un premier temps une image que l'on se construit soi-même, mais aussi l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. Malgré tout, notre identité se construit aussi à travers l'image que les autres nous renvoient. Il est important de souligner que l'identité professionnelle n'est pas celle qui nous définit par excellence, même si une étude[24] note que 40% des personnes interrogées et 54% des actifs jugent que le travail est l'un des éléments qui les définit le mieux. Cette identité évolue, elle est un processus continu. Pour donner un exemple concret, nous ne sortons pas avec une identité de psychomotricien figée à la fin de notre formation. Il existe des formations continues, des spécialisations qui en plus des expériences vécues viennent nourrir notre identité professionnelle.

23 Cf. supra. Page 13 : La posture d'un soignant dans nos sociétés
24 https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm

B. La formation

La formation en psychomotricité permet d'établir les bases de la construction de notre identité professionnelle. Entre apprentissage théorique et pratique, nous établissons au cours de ces trois années un certain savoir-faire et savoir-être, propre à chacun malgré l'expérience commune.

Catherine Potel évoque la formation en psychomotricité dans son livre "Etre psychomotricien" :

« L'identité professionnelle du psychomotricien est plurielle et singulière à la fois. Plurielle dans ses apprentissages, singulière dans son vécu. »

(2012, p.444)

1. L'apprentissage théorique

L'étudiant en psychomotricité reçoit dès sa première année un large enseignement théorique : psychomotricité, santé publique, neurologie, pédagogie et bien d'autres. Cet enseignement a pour but de nous démontrer encore une fois les multiples facettes de la psychomotricité. Cela va de l'abord des pathologies de l'enfant aux personnes âgées, des différentes institutions ou encore les lois de santé. L'apport des enseignements tel que la psychologie ou la neurologie permet d'apprécier les versants de la psychomotricité dans un esprit de complémentarité. Ces apprentissages théoriques visent aussi à nous donner un aperçu de la clinique avant de s'y plonger. Ils peuvent donner à l'étudiant l'envie de découvrir une pathologie plus qu'une autre avant de se lancer dans les recherches de stages. Personnellement, l'envie de découvrir le polyhandicap m'est venu suite à la découverte de cette pathologie en cours théorique.

2. L'enseignement pratique

Dans les institutions de formation en psychomotricité (IFP), les étudiants expérimentent aussi par le corps. L'abord du corps peut être difficile, puisqu'auparavant rare sont les personnes qui ont pu l'explorer dans un champ de formation. Il est peu commun d'avoir des cours de relaxation, d'expressivité ou encore de conscience corporelle. En psychomotricité, c'est pourtant un enjeu primordial pour la construction du futur soignant.

L'étudiant va pouvoir expérimenter en portant une conscience particulière dans des situations singulières. Ces espaces de pratiques permettent aussi l'acquisition d'un savoir-faire, en permettant de s'essayer à différentes méthodes. En relaxation, nous explorons les protocoles de Jacobson, Feldenkrais, Wintrebert ou encore Schultz. Cela nous permet de voir avec quelle(s) méthode(s) nous nous sentons confortable, avec quelle(s) clinique(s) nous pourrions l'envisager mais aussi ce qu'elles peuvent faire ressentir, en passant simultanément des rôles du guidant au guidé. De plus, ces pratiques peuvent alimenter notre créativité de futurs professionnels en s'ajoutant à notre « trousse à outils ». Notre œil de psychomotricien(ne) peut aussi s'affiner dans ces espaces, en observant et partageant ces pratiques en groupe.

3. Les stages

Les stages tissent le lien dans l'enseignement théorico-pratique. Ils sont présents dès la première année. Les stages peuvent durer trente heures et être répartis sur une courte durée, ou être présents sur toute l'année. Ils permettent de découvrir différentes pathologies, institutions, médiations et visions du métier. Ces lieux permettent aux étudiants de découvrir la pratique psychomotrice. De nouveaux enjeux apparaissent alors dans la formation, notamment le rôle des émotions et la posture professionnelle. Chaque stage permet une expérience singulière et notre positionnement se voit modifié à chaque nouvelle rencontre. Mon positionnement dans ce stage est différent de celui que j'ai pu avoir lors de mon stage en école spécialisé en surdité, en libéral ou encore en voyage solidaire avec une association étudiante. Ils permettent de confirmer ou non les préférences de chacun sur de multiples aspects (pathologie, institution, orientation...).

La capacité personnelle de chacun à pouvoir articuler tous les éléments ensemble (théorie-pratique-clinique) permettra de construire l'identité du futur psychomotricien.

C. Le temps

Le temps est pour moi l'élément clef dans ma réflexion autour de mes émotions. C'est une notion vague et abstraite qui joue entre la succession des événements (avant-après), la durée, le renouvellement (répétition des prises en charge) et son caractère irréversible (on ne peut pas revenir dans le passé).

1. Le temps de l'émotion

L'émotion est brutale et directe, comme sa définition l'indique. Mes premières émotions étaient vives et certaines, et malgré leur régulation, elles ont perduré et se sont transformé en sentiment, si l'on reprend la définition de Damasio[25]. Mes émotions influaient ma représentation du temps. Souvent lorsqu'on passe de bons moments, on dit que le temps passe à toute allure. Cela est confirmé grâce à des travaux dans les années 1950[26] sur la perception du temps, qui montrent que le rythme de notre horloge interne varie avec nos émotions. Notamment les émotions dites négatives comme la tristesse entraîneraient un ralentissement physiologique. A mon sens, le temps varie aussi selon notre degré d'action, le fait que nous soyons actifs ou passifs. En tant qu'observatrice, le temps me paraissait plus long que lorsque j'ai pu être active en séance auprès des enfants.

2. Du temps au rythme de stage

Concernant le stage en lui-même, le temps est une réelle composante qui a pu jouer dans mes émotions. Lors de ce stage, nous alternons entre espace du domicile familial et la voiture. Nous courons souvent pour ne pas être en retard. Nous prenons le temps lors de la séance, pour les enfants et leurs familles, ce qui nécessite parfois de dépasser la durée prévue de la séance. Concernant les verbalisations, la voiture est le lieu privilégié. Or, pour ma part je ne me sentais pas confortable pour parler dans ce lieu. La voiture ne permet pas d'avoir cet échange posé qui joint les regards, et cela ne facilite pas la communication. Catherine Potel écrit : «Notre parole se construit dans l'appui et le regard que nous trouvons chez l'autre.» (2012, p.447). Le regard ne peut pas être présent lorsque nous roulons sur la route. Dans mon cas et dans ce cadre, mes mots ne sortaient pas. De plus, face à l'impact de la perception du temps due à mes émotions, je vivais dans un rythme ralenti. Lorsque nous finissions une séance et que nous arrivions dans la voiture pour partir, il arrivait que je sois encore psychiquement préoccupée par la séance précédente. Mon fonctionnement cognitif n'allait pas assez vite car mes émotions prenaient encore trop de place. Le temps est un facteur qui a aussi permis la réflexion sur ces émotions. Si j'avais pu conscientiser plus vite les différents éléments qui me

25 Cf. supra. Page 8 : Définition de l'émotion
26 https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01961307/document

bousculaient, l'évolution du stage aurait pu être différente.

3. Temps et transformation des représentations du polyhandicap

Grâce au temps, nous nous transformons, de même que les enfants qui peuvent nous montrer de nouveaux éléments au fil de la répétition des séances. Lors des premières séances, les émotions sont brutes. Je me suis sentie déstabilisée, notamment avec Mayssa, ce qui a pu rendre la relation difficile. Mais lors des dernières séances, j'ai pu la redécouvrir. Mes ressentis (sidération, peur, frustration) se sont transformées au fil du temps, ce qui a pu moduler ma représentation du polyhandicap. Les enfants sont en plein développement de leurs potentialités, Hamis a su me montrer à chaque séance de nouvelles capacités. Le temps est une dimension essentielle dans l'accompagnement que nous effectuons auprès des personnes (poly)handicapées.

4. Temps et processus identitaire

La temporalité m'a aussi aidée à me trouver en tant que professionnelle. Cette recherche vers l'identité propre est un processus qui mérite maturation. Je sais qu'il me faudra encore du temps pour pratiquer, pour apprendre, pour affiner mon regard et mon identité professionnelle. Comme définie plus haut, l'identité professionnelle n'est pas figée. Malgré tout, je sens un processus qui a déjà pu être débuté, lorsque je repense à mon entrée en formation en psychomotricité. On ne se rend pas forcément compte du changement, mais le temps et l'expérience laissent des traces tout au long de notre pratique. La supervision ainsi que les autres outils vus précédemment[27] (verbalisation, travail d'équipe) peuvent aider tout au long de la pratique professionnelle du psychomotricien.

D. La singularité, savoir se différencier

L'identité, c'est avant tout le droit à la différence.

Au cours de notre chemin, nous croisons différents praticiens qui peuvent nous inspirer. Parfois, nous aimerions leur ressembler car ils correspondent ou se rapprochent de l'idée que nous projetons sur notre propre identité. Ils peuvent nous servir de référence. Au sein de mon stage, j'ai eu du mal à trouver ma voie de psychomotricienne. Les difficultés

27 Cf. supra. P.58 : Réguler ses émotions pour s'adapter

auxquelles j’étais confrontée m’inhibaient cognitivement et physiquement.

Chaque être humain est différent d'un autre. Dans un premier temps, du point de vue des combinaisons génétiques, puis par son histoire qui le construit en tant qu'individu. L'identité permet ainsi de séparer le soi du non-soi.

Damasio appelle cela le niveau de conscience de base, la conscience-noyau. Cette notion permet de faire comprendre à la personne qu’il est un sujet individuel dans la relation. Pour autant, je ne trouvais pas ma place dans la relation ou dans mon positionnement de stagiaire.

Le déclic a eu lieu lorsqu'un jour, hors du stage, je me suis mise à penser à des médiations que je pouvais utiliser avec Hamis. Finalement, les idées me sont venues. Or elles étaient très différentes de ce que je pouvais voir au cours du stage. Comment l'amener ? Le jour venu, mon inhibition continuait, je me suis sentie coincée par le cadre qui s'est instauré au fil du temps. Même si verbalement ma maître de stage me laissait entendre que j'étais libre de faire des propositions, ce n'était pas mon ressenti devant les enfants. Ma façon de faire était-elle moins bonne ? Je ne pense pas qu'il y ait de bonne ou de mauvaise manière face à la pluralité de la psychomotricité.

Le temps a fait encore une fois son chemin dans ma réflexion. Ne trouvant pas ma place malgré le temps et les adaptations mises en place, j'ai décidé de me positionner sur l'arrêt de mon stage. Ce choix est encore une fois personnel mais lorsque la décision a été prise j'ai vu finalement cela comme mon positionnement professionnel de future psychomotricienne. Parfois des choix s'offrent à nous et cela contribue aussi à notre identité.

Pour finir et amorcer la conclusion de ce mémoire, je citerai Catherine Potel à propos de l'identité professionnelle du psychomotricien, et de l'importance de trouver « sa » psychomotricité :
« Accéder à sa propre singularité, suivre ses élans et ses intuitions, ouvrir les portes de sa pensée est important, quand on a choisi dans sa vie d'aider l'autre à se construire. » (2012, p.447)

Conclusion

En choisissant d'orienter ma réflexion autour du rôle des émotions dans la construction professionnelle, mon mémoire a engagé un réel travail personnel sur la route de mon identité de psychomotricienne.

Les émotions sont communes à tout être humain. Pour autant elles font appel à notre sensibilité personnelle. Ma sensibilité est sûrement une des composantes qui a fait que la psychomotricité a croisé mon chemin. Sur cette route qui mène à la construction du professionnel de soin, j'ai croisé de nombreuses personnes qui ont apporté une pierre à cet édifice. Notamment, Hamis et Mayssa qui sont des enfants m'ayant permis de grandir professionnellement et personnellement.

Mayssa me renvoie à la peur et à l'incompréhension, un sentiment d'inquiétante étrangeté qui me bouleverse au point de me sentir figée cognitivement et corporellement. Avec le temps et l'expérimentation du dialogue tonico-émotionnel, j'ai réussi à élargir ma vision au sens propre (diverses communications infra-verbales), mais aussi celle de mon futur métier.

Hamis, lui, m'a montré que malgré un handicap qui peut être saisissant visuellement, il peut exister des potentialités surprenantes qui tendent à changer le regard mortifère du handicap et valoriser notre métier.

Les difficultés que j'ai pu ressentir se réduisent avec le temps sans jamais vraiment disparaître. La recherche de mon identité professionnelle à travers mes émotions m'a permis d'avancer. Cependant, le chemin reste en perpétuel remaniement, la notion de construction professionnelle est en évolution. Elle sera nourrie à chaque nouvelles rencontres, questionnements et expériences émotionnelles.

Le parcours vers l'identité professionnelle du psychomotricien nécessite maturation, dans la chrysalide du futur papillon.

Puis finalement, le papillon émerge et s'envole vers de nouveaux horizons.

BIBLIOGRAPHIE :

- Livres :

- ALBARET, J.-M. et al (2015). “Manuel d’enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux.” Paris : De Boeck-Solal.
- ARNOUX, M. et al (2017). “La personne polyhandicapée. La connaître, l’accompagner, la soigner”. Malakoff : Dunod
- BONNET, G. (2011) “Les mots pour guérir.”. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- BRAZELTON, TB. (2009) “La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens”. Paris : Points.
- BREDART S., VAN DER LINDEN, M. (2012). “ Identité et cognition”. Paris : De boeck
- CRUNELLE D. et al (2010). “Vivre et grandir polyhandicapé”. Paris : Dunod
- DAMASIO, A. (1995) “L’erreur de Descartes”. Paris: Odile Jacob.
- DAMASIO,A (2001) “Le sentiment même de soi”. Paris: Odile Jacob.
- DARWIN, C. (1872) «L'expression des émotions chez l'homme et les animaux ». Paris : Ed . Complexe (1981)
- Dr RAPOPORT-HUBSCHMAN, N (2002). “Apprivoiser l’esprit, guérir le corps. Stress, émotions, santé”. Paris:Odile Jacob.
- FREUD, S. (1910) « Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique », Paris : PUF
- GOLEMAN, D. (1998) “L’intelligence émotionnelle, comment transformer ses émotions en intelligence”. Paris: Robert Laffont.
- GUEDENEY, N. GUEDENEY, A. (2016) “L’attachement : approche clinique et thérapeuthique”. Paris: Elsevier Masson
- JODELET, D. (1989). “Les représentations sociales”. Paris: Presses Universitaires de France (2003).
- KORFF-SAUSSE S., (1996), “Le miroir brisé, l’enfant handicapé, sa famille et le Psychanalyste”. Paris : Calmann-Lévy
- LESAGE B. (2014) «Intentionnalité du geste : quelle adresse ? » Intervention au congrès “Les gestes qui soignent”, Milan
- LESAGE, B (2012), “Jalons pour une pratique psychocorporelle”,érès
- LONG PHAM QUANG (2017), “Émotions et apprentissages”. Paris : L’Harmattan
- MERCADIER, C (2002), “ le travail émotionnel des soignants à l’hôpital”. Paris: Ed.

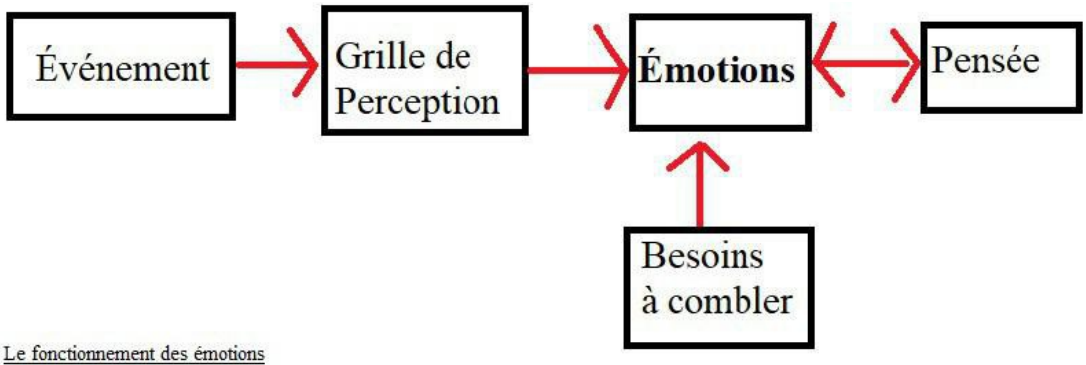
SELI ARSLAN
- POTEL, C. (2012). “Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d’avenir”, érès.
- POTEL, C. (2015). “Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapique du corps”, érès.
- SALOME, J. (2004). “Minuscules aperçus sur la difficulté de soigné” Paris: Broché.
- VERMUELEN Peter, (2015) “Autisme et émotions”. Paris : De boeck.
- WALLON, H (1993), “ les origines du caractère chez l’enfant”. Paris : PUF.
- WALLON, H (2006) “l’évolution psychologique de l’enfant”. Paris : Armand Colin
- WILLIAM J. (1902). « La théorie de l'émotion » - 1vol. in-18. Paris : Alcan

● Articles :
- ALLAIS, J-P (2000), “Therapie psychomotrice et transfert” in Thérapie psychomotrice et recherches n°123, p.24 à 30.
- BACHOLLET, M. & MARCELLI, D. (2010). « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements » in Enfances & Psy, n°49, 14-19.
- BIDE, A. & MACE, M. (2011).” S'individuer, s'émanciper, risquer un style”. Revue du MAUSS, n°38, 397 à 412.
- FRAY, A. & PICOULEAU, S. (2010).” Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail.” Management & Avenir, n°38, p.72 à 88.
- GAUCHER-HAMOUDI O. (2010) « Tonus et émotions en soins palliatifs » in Thérapie psychomotrice et Recherches n° 162 p. 136-145.
- JEANNEROD, M. (2010). “De l'image du corps à l'image de soi.” in Revue de neuropsychologie, volume 2(3), 185 à 194.
- LESAGE, B. (2005). “le corps de l’enfant polyhandicapé” in ACTIF, http://www.irpecor.com/articles-formations-danse-therapie-psychomotricite-structuration-psychocorporelle/12-article-corps-et-polyhandicap.html
- MERCADIER, I (2002) « Créativité et fin de vie » in « Alliance : Soulager toujours, épanouir la vie jusqu'à la mort » n°23, p.2 à 3
- MOYANO, O. (1994) “ la relation psychomotrice : une autre idée du transfert” in “l’information psychiatrique” n°8, p.686 à 693
- ROBERT-OUVRAY, S. (2002), “le contre-transfert émotionnel dans la thérapie

psychomotrice” in “ Thérapie psychomotrice et recherches” n°132, p.62 à 67
- ROGERS, C. & PRIELS, J. (2008). « Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. Approche Centrée sur la Personne » in Pratique et recherche, n°8, 50-52.

- Mémoires :
- DOS SANTOS, E. (2004) “ Psychomotricité et émotion : la question des limites professionnelles”, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière.
- GUERIN I. (1994) “Un travail de créativité pour être puis pour grandir”, Mémoire en vue de l’obtention du diplôme d’état de psychomotricien, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière.
- MORITZ, C. (1990) “ le corps du psychomotricien dans la relation soignant-soigné”, Mémoire en vue de l’obtention du diplôme d’état de psychomotricien, Institut supérieur de rééducation psychomotrice
- ROLLAND, P. (2016) “ Quand la relation ne va pas de soi dans l’accompagnement du polyhandicap : la psychomotricité comme guide pour construire un espace de rencontre infra-verbal.” Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière.

Annexe 1 : Le fonctionnement des émotions

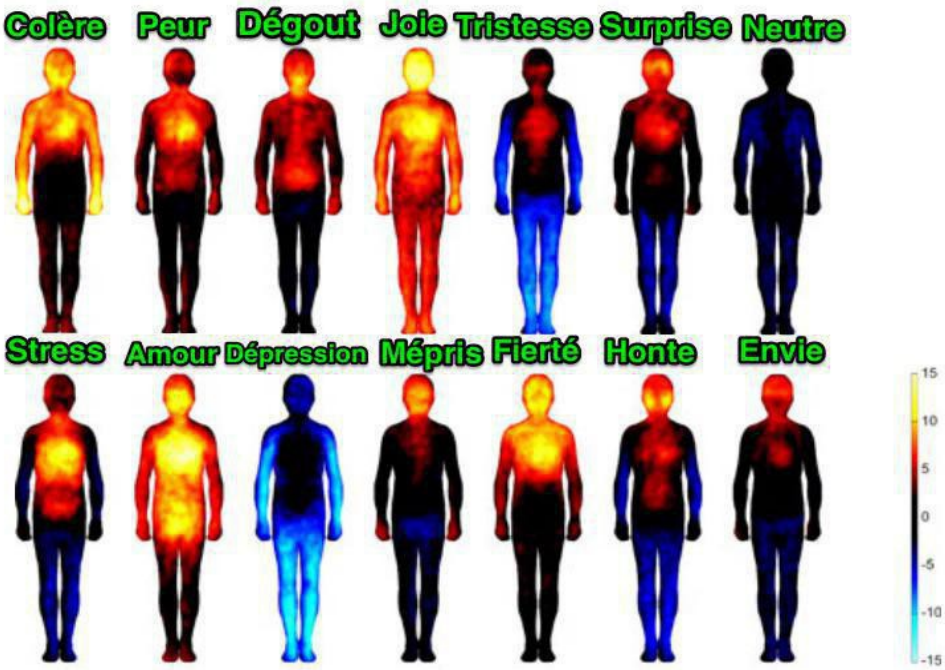


Le fonctionnement des émotions

Annexe 2 : Cartographie des émotions[28]

Les couleurs chaudes = zones du corps suractivées par l'émotion

Les couleurs froides = zones du corps affaiblies ou ralenties par l'émotion



28http://www.psy94.net/documents/emotions%20Sante_LeFigaro.pdf

“La Chrysalide” :
Réflexion sur les émotions d'une future psychomotricienne

auprès d'enfants polyhandicapés à domicile

Ce mémoire relate de mon expérience auprès d'enfants polyhandicapés que j’accompagnais à domicile dans le cadre d’un stage en SESSAD. La réflexion de cet écrit se construit autour des émotions et de leur rôle sur le chemin du diplôme. Lors de la troisième année, nous sommes confrontés à ce tournant dans notre identité professionnelle : se sentir prêt à devenir psychomotricien. A travers l'exposé de mon vécu, j'expose les difficultés émotionnelles auxquelles j'ai pu me confronter et comment ces dernières ont contribué à ma construction identitaire.

Mots clés: Emotion, Identité, Polyhandicap, Contre-transfert, Dialogue tonico émotionnel

"The Chrysalis” :
a reflection on the emotions of a future psychomotrician with

children with disabilities at home

My dissertation tells my experience towards children suffering from multiple disabilities whom I followed during my internship in a home service of education and care. My thoughts were mainly about emotions and their role in my journey to the diploma. Our third year of studies confronts us to a shift in our professional identity: we have to be ready to become a psychomotrician. Through the exposure of my own experience, I wanted to show the emotional difficulties I have been through and how they built my own professional identity.

Keywords: Emotions, Identity, Multi-disabilities, Countertransference, Tonic and emotional dialogue