



HAL
open science

Genre et psychomotricité : comprendre la disparité en psychomotricité par le prisme du genre dans l'histoire du soin

Élodie Gaspar

► **To cite this version:**

Élodie Gaspar. Genre et psychomotricité : comprendre la disparité en psychomotricité par le prisme du genre dans l'histoire du soin. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936632

HAL Id: dumas-02936632

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936632>

Submitted on 11 Sep 2020

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.



Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91 Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Genre et psychomotricité

Comprendre la disparité en psychomotricité par le prisme du genre
dans l'histoire du soin

Mémoire présenté par Elodie GASPARD
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référent de mémoire :
Mickaël COUTOLLEAU

Session juin 2020

Remerciements

Un immense merci à Mickaël Coutolleau pour sa disponibilité dans mon accompagnement sur le chemin du mémoire, pour le partage de ses propres réflexions et pour sa bienveillance.

Je tenais à remercier mes maîtres de stage, notamment de troisième année, Charlotte, Juliette, Delphine et Mickaël, de m'avoir ouvert à de multiples pratiques et d'avoir suscité mon intérêt à grande échelle. Merci pour votre écoute, vos conseils et votre créativité. Vous avez fait naître en moi des projets et une grande envie de partage clinique.

Je remercie les patients et l'ensemble des enseignants de l'Institut de Formation en Psychomotricité, témoins et agents de ma construction professionnelle. Merci particulièrement à Marion Paggetti pour ses conseils et sa relecture avisée.

Un grand merci à mes camarades de promotion, pour nos discussions animées et nos échanges de clinique, de pratiques et de points de vue. Vous avez contribué à mon enrichissement durant ce cursus qui n'aurait pas eu la même saveur sans de fidèles compagnons.

Merci enfin à ma famille et mes ami·es pour n'avoir de cesse de me faire réfléchir sur le monde qui nous entoure ainsi que pour tout le soutien et toute l'affection qu'ils et elles m'ont offert.

Table des matières

Avertissements	6
Introduction.....	7
Partie 1 : Partie théorique	9
I- L'histoire du soin.....	9
A) Le soin dans notre société française	9
1) A l'origine de l'humanité	9
2) Du Moyen-Âge à la fin du XIX ^e siècle.....	11
3) De la fin du XIXe siècle aux années 60	12
4) La psychomotricité dans ce contexte historique	13
B) Et dans les autres cultures ?	14
II- Fondements et actualité de la psychomotricité.....	16
A) Héritage de J. de Ajuriaguerra et G. Soubiran	16
B) Giselle Soubiran et Julian de Ajuriaguerra, une rencontre fructueuse	17
C) La psychomotricité aujourd'hui, entre <i>care</i> » et <i>cure</i>	18
1) Etat des lieux de la psychomotricité aujourd'hui.....	18
2) Lien entre cure et care en psychomotricité	21
III- La question du genre et de la morale dans le soin	22
A) Sociologie du corps et construction sociale du genre	22
B) L'éthique du « care », les valeurs morales du soin.....	24
1) Qu'est-ce que l'éthique du care ?.....	24
2) Influence dans les métiers de soin, exemple des puériculteurs	26
C) Le cadre thérapeutique	29
1) Fonctions thérapeutiques bisexuées	29
2) Adaptation et malléabilité des thérapeutes.....	31
IV- La faible représentation des hommes dans le domaine de la petite enfance	33
A) Dans le cadre familial.....	34
1) Fonctions parentales et interactions parents-enfant.....	34
2) Interactions précoces père-bébé	36
3) Une société en évolution sur la place du père, exemple des pères célibataires	37
B) La disparité dans les établissements de soin précoce.....	39

Partie 2 : Partie clinique	42
I- Contexte du petit Jean, entre besoin de contenance et de limite	42
A) Cadre du stage en CAMSP	42
B) Parcours de vie et de soin de Jean	43
1) Anamnèse.....	43
2) Profil psychomoteur	46
C) Intervention de la psychomotricienne auprès de Jean	49
1) Problématique du défaut de contenance.....	49
2) Engagement de la psychomotricienne en séance auprès de Jean.....	51
II- Fonctions thérapeutique dans la problématique d’interaction de Kéba	54
A) Cadre du stage en libéral	55
B) Parcours de vie et de soin de Kéba	55
C) Relation thérapeutique dans le besoin d’autonomie	60
Partie 3 : Discussion	65
I- Questionnement sur mon ressenti de la disparité en Psychomotricité	65
A) La parité dans mon histoire personnelle	65
B) La disparité en études de psychomotricité	66
1) Mes premières impressions en début de cursus	66
2) Importance accordée à la mixité en pratique	67
3) Les ressentis des étudiants masculins.....	69
II- Une disparité différente dans les services adultes	70
III- Trouver ses fonctions thérapeutiques en stage	71
A) Entre contrainte et plaisir	72
B) La question du toucher en stage	73
C) La recherche de mon autorité	74
IV- La relation thérapeutique : une rencontre entre deux personnes avant tout	76
Conclusion	78
Bibliographie	80
Annexes	I

Avertissements

Par souci de fidélité à mon sujet, il me semble nécessaire de questionner également la manière d'intégrer le genre dans l'écriture-même de mon mémoire.

Parler du genre et des disparités pour promouvoir l'égalité entre tou·tes, me force à utiliser l'écriture inclusive et à dégenrer un maximum mon écrit par des termes épiciènes. L'écriture inclusive est une attention graphique et syntaxique permettant d'assurer une égale représentation entre les femmes et les hommes. Je renoncerai donc ici au masculin générique ainsi qu'à la primauté du masculin sur le féminin dans les accords en genre. J'utiliserai également le point médian permettant l'accord en genre et en nombre afin de mettre au même niveau les deux genres.

Au vu du sujet abordé, il me semble nécessaire de préciser que toute offense faite à autrui au cours de la lecture n'est pas volontaire. Ce travail expose des faits qui remettent en cause beaucoup d'idées reçues dans notre société. Il amène à repenser notre fonctionnement social mais ne se veut pas juge de cette empreinte sociétale dont il est difficile de se séparer.

Introduction

Nous nous faisons tous une idée de ce que sont les médecins, les infirmier·es, les policier·es, les président·es. Cette première image des professions est-elle genrée ? Pensez-vous aussi spontanément à une femme qu'à un homme exerçant les métiers d'orthophoniste ou de kinésithérapeute ? Il est possible que certains corps de métier vous inspirent plutôt un côté féminin ou masculin. Ce phénomène est révélateur de la division sexuelle des milieux professionnels. Bien que ces associations soient instinctives pour beaucoup, elles ne sont pas pour autant légitimes.

Au sein de l'Institut de Formation de Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, quatre hommes sont admis aux épreuves du Diplôme d'Etat de Psychomotricien pour juin 2020. Il s'agit des 4 hommes de ma promotion de 159 étudiants. Cette faible proportion est le reflet des effectifs de la profession de manière globale. Les hommes représentent, en effet, 10,5% des psychomotricien·nes en France. Les femmes ne me paraissent pourtant pas plus aptes que les hommes pour exercer ce métier. Les qualités de thérapeute en psychomotricité résident, selon moi, ailleurs que dans son affiliation à un genre. Ces chiffres stupéfiants m'ont amené à réfléchir sur le genre et les fonctions thérapeutiques dans le soin et spécifiquement en psychomotricité.

La disparité en psychomotricité correspond-t-elle à la psychomotricité d'aujourd'hui ?

Comment l'histoire du soin a-t-elle influencée la psychomotricité dans son fondement et comment l'influence-t-elle encore actuellement ? Quelle place tient le genre en thérapie psychomotrice ? Comment expliquer la disparité homme-femme dans le domaine de la petite enfance ?

Dans la démarche heuristique de ce mémoire, j'ai recueilli des témoignages d'étudiant·es en psychomotricité, de psychomotriciens diplômés et j'ai effectué plusieurs enquêtes auprès des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ainsi que de mon Institut de Formation en Psychomotricité. Les résultats de ces investigations se sont associés à mes expériences de stagiaire auprès d'hommes et de femmes. Une recherche de concepts théoriques a évidemment sous-tendu ce cheminement.

Pour entamer ma réflexion sur le genre en psychomotricité, il me paraît essentiel de revenir à l'évolution du soin et de sa perception dans notre société sous l'angle du genre des thérapeutes. Il me faudra, par la suite, spécifier le cadre du soin en psychomotricité en exposant l'historique de la psychomotricité jusqu'à aujourd'hui. Dans un troisième temps, j'expliciterai la question du genre de manière générale puis sur le plan philosophique (éthique) dans le soin afin de comprendre les enjeux actuels de ce sujet. Ma réflexion se concentrera ensuite sur le domaine de la petite enfance afin d'aborder les fonctions parentales ainsi que la bisexualité du cadre thérapeutique et de mettre en évidence la faible représentation des hommes auprès des jeunes enfants. Des exemples viendront préciser de manière plus concrète les théories abordées. Afin de les étayer davantage, nous partirons à la rencontre de Jean et Kéba, deux jeunes patients aux problématiques différentes et que j'ai pu suivre auprès d'une psychomotricienne et d'un psychomotricien. Dans ma discussion, je questionnerai le point de départ de ma réflexion : la disparité en études de psychomotricité. Je finirai par une ouverture sur le sujet du genre dans les services adultes et par l'évolution de mes propres fonctions thérapeutiques en stage. Je conclurai ma réflexion en abordant la notion d'individualité dans la construction professionnelle au-delà du genre de la personne.

Partie 1 : Partie théorique

I- L'histoire du soin

Le soin depuis l'origine de l'humanité a longuement évolué et prend désormais des formes multiples selon les cultures. Du « prendre soin » (*care*) au « faire des soins » (*cure*) en passant par les préparations officinales et les rites funéraires, cette partie parcourt les pratiques soignantes d'ici et d'ailleurs au travers des époques. Nous comprendrons ainsi davantage la trame lointaine des enjeux actuels du soin du point de vue du genre, en particulier en psychomotricité.

A) Le soin dans notre société française

Les spécificités de l'histoire de notre société française, comme ses racines judéo-chrétiennes, ont été des facteurs importants dans l'évolution des pratiques soignantes. Le soin a notamment été influencé par la perception sociale du genre et des caractéristiques différemment attribuées aux hommes et aux femmes.

1) A l'origine de l'humanité

Dès l'apparition de la vie, le soin était nécessaire afin que la vie puisse perdurer. La survie de l'espèce humaine en milieu hostile dépend alors de divers nécessités : s'alimenter, se protéger des intempéries, défendre le territoire et préserver les ressources locales. « *L'organisation de ces tâches donne lieu à la division sexuelle du travail qui, en se précisant, marquera de façon si déterminante selon les cultures et les époques la place de l'homme et de la femme* » (Collière, 1982, p 24). Déjà à cette époque, les activités des femmes se voulaient le reflet de leur calme et leur humilité dans la cultivation des terres, tandis que les hommes devaient faire preuves de la force et de l'intelligence que nous leur attribuions pour se confronter aux animaux à la chasse.

D'un côté, les femmes se sont vues attribuer le rôle d'assurer le maintien et la continuité de la vie. A l'époque, le « prendre soin » était associé à la femme féconde et à l'expérience de l'accouchement. « *Aux femmes reviennent tous les soins qui se tissent autour de tout ce qui croît et qui se développe, et ceci jusqu'à la mort* »

(Collière, 1982, p 29). Seule la matrone, femme devenue mère, pouvait exercer les soins et transmettre son savoir générationnel. Cette première figure de la soignante pratiquait la toilette des nouveau-nés comme des morts, les soins au corps (toucher, massage) ainsi que les préparations alimentaires et officinales liés à leurs connaissances des plantes. « *La reconnaissance de la valeur sociale des pratiques de soins par les femmes se fonde sur la renommée de leur expérience [...] vécue dans leur propre corps* » (Collière, 1982, p 44). Sans accès à l'écriture, la lecture ou l'enseignement, ces savoirs matronaux, liés aux soins de la mère envers son enfant, étaient enseignés empiriquement à l'oral et par observations.

De l'autre côté, le rôle que se sont appropriés les hommes était de lutter contre la mort en protégeant le groupe de toute menace. Ils éloignaient les bêtes sauvages de leur territoire qu'ils étendaient à mesure de l'épuisement des ressources de la terre. Lors de la défense de leur habitat, les blessés étaient uniquement soignés par des hommes, utilisant la force (déplacement d'articulation, maîtrise physique des délirants) et évoluant progressivement aux professions de rebouteux puis, bien plus tard de kinésithérapeutes et de psychiatres. Un parallèle est également émis entre les outils tranchants de défense, la connaissance du corps animal dans la chasse ainsi que du corps humain blessés en guerre, et la profession de chirurgien, ses instruments techniques précis et son savoir anatomique. Ce processus évoluant entre les pratiques attribuées aux hommes et aux femmes correspond parfaitement au schéma *Genèse de la pratique des soins élaborés par les femmes et les hommes* explicité par F. Collière dans son livre (Collière, 1982, p 32-33).

L'invention de l'écriture et l'émergence des premières religions vont permettre, par la suite, d'élever les hommes à une nouvelle classe sociale, le clergé. Ce dernier détient le pouvoir par l'écriture sacrée et la loi. En effet, ce sont les membres du clergé qui inculquent la dichotomie entre le bien et le mal que les nouvelles professions du droit et de la médecine vont devoir respecter. Ainsi, dans la littérature occidentale, les premières pratiques antiques évoquées sont rattachées non pas à la matrone mais à un savoir médical détenu par les hommes et à la figure de la femme soignante consacrée. Ce modèle de la première pratique des soins par les femmes « *laisse croire qu'avant le christianisme, les femmes n'avaient aucune activité soignante* » (Collière, 1982, p 37).

2) Du Moyen-Âge à la fin du XIX^e siècle

« Outre le fait que les pratiques de soins n'ont pas été impunément le fait de l'activité des hommes, ou de celle des femmes, il semble important de prendre en compte le rôle prédominant joué par les Pères de l'Eglise. » (Collière, 1982, p 30). Le début du Moyen-Âge est témoin de l'avènement du christianisme dont la doctrine proscrit le corps devenu impur et donne la suprématie à l'esprit. La chair, notamment le ventre et bas ventre, rapporte au péché de chair qui est puni et associe la femme à cette impureté et cette tentation. La sacralisation du vœu de chasteté va alors modifier la symbolique de la relation au corps sexué et ainsi transforme la conception de l'ensemble des pratiques de soins. Les femmes, détentrices des connaissances des soins du corps et des vertus des plantes, deviennent la cible de la répression de l'Eglise qui les suspecte d'être l'incarnation de Satan. L'Eglise « s'approprie le pouvoir de discerner ce qui est bon ou mauvais pour l'âme et pour le corps » (Collière, 1982, p 51) et réorganise les pratiques des soins. La femme ne peut alors plus être soignante à moins d'entrer dans les Ordres. La figure de la femme soignante passe de la matrone, mère fécondée en son bas ventre, à la religieuse vierge qui a rejeté la chair. Elle consacre sa vie à la prière et aux soins s'occupant ainsi des corps souffrants des miséreux, à l'image de celui du christ à sa crucifixion. Le soin est fait par charité chrétienne et n'a alors aucune valeur économique. Les soignantes devaient elles-mêmes rester humbles et faire preuve de charité afin d'accéder au salut de l'âme, au détriment d'un salaire. Au cours du XIII^e siècle, l'entrée des Écoles de Médecine est interdite aux femmes laissant la religion comme seul biais à la fonction de soignante. Celles exerçant la médecine païenne par des remèdes de plantes thérapeutiques dans les villages paysans étaient désignées comme des sorcières servant le diable, chassées ensuite pendant près de quatre siècles (du XIV^e au XVII^e). Peu à peu, les religieuses, modèles de référence de la femme soignante, vont mettre de côté les soins corporels pour se consacrer aux soins spirituels et à l'intendance de l'église. « C'est l'avènement de la médicalisation et la promulgation de lois anticléricales qui annoncent le recul de l'identification de la pratique de soins à la femme consacrée » (Collière, 1982, p 63). Les soins seront confiés à des personnels laïcs. Ainsi, dès le XX^e siècle, la fonction de soignante va être associée à une nouvelle image, celle de la femme-infirmière, auxiliaire du médecin.

Au Moyen-Âge, les hommes ne délaissent pas la pratique des soins, étant chargés de soigner les blessés à la chasse ou à la guerre, particulièrement lors des croisades dans les corps d'homme-infirmiers attachés aux armées. Les registres hospitaliers des établissements parisiens révèlent qu'au XIX^{ème} siècle nous comptons autant d'hommes infirmiers que de femmes infirmières. Néanmoins, des événements du XX^e siècle comme la 1^{ère} guerre mondiale vont perturber cette répartition.

3) De la fin du XIX^e siècle aux années 60

Dès le début du XIX^e siècle, de multiples facteurs vont influencer la pratique des soins en France : l'industrialisation de masse provoquant l'émancipation du travail chez les femmes, les progrès scientifiques, ou encore la laïcisation de la société grâce à la III^e République.

A la désacralisation de la fonction soignante, la profession d'infirmière fait son apparition. Reprenant le rôle qu'assuraient les religieuses avant elles, elles pratiquent le soin sur les bases des valeurs morales et religieuses. Ce service de « prendre soin » va progressivement changer avec le développement de la médecine. A la suite des découvertes de Pasteur, les soins vont se perfectionner progressivement par l'utilisation de « *technologies de plus en plus complexe pour diagnostiquer, puis pour traiter les maladies* » (Collière, 1982, p 76). Les médecins n'ont alors d'autre choix que de confier certaines pratiques de soins à leur personnel paramédical. L'auxiliaire médicale et les premières écoles d'infirmières apparaissent alors grâce au docteur Bourneville. Ces formations s'avèrent fermement techniques, reposant sur le savoir médical. L'enseignement est alors exclusivement assuré par des hommes. La fonction soignante du « prendre soin » est ainsi délaissée au profit de celle, exclusivement technique, du « faire des soins ». Le rapport au corps dans la médecine change alors considérablement, celui-ci est mis à distance car il n'est plus qu'une menace de maladie. Les soins sont appris et exécutés de manière automatisée comme un endoctrinement technique du corps des auxiliaires de soin. Leurs mains deviennent des instruments de manipulation d'un « corps objet ». Cette approche abandonne le « corps sujet » de soin, de même que le contact empathique.

Après la seconde guerre mondiale, l'hypertechnicité de la fonction hospitalière ne cesse de croître avec le développement des antibiotiques et des techniques

d'exploration. De nouvelles professions de la santé apparaissent également : diététicien·nes, technicien·nes de laboratoire puis, plus tard, psychomotricien·nes. L'hypertechnicisation de l'hôpital va entraîner une hiérarchie de ces professions en rapport avec leurs compétences techniques. Ces compétences sont, de nos jours, associées aux années d'études et d'expérience dans les services hospitaliers. Nous retrouvons donc actuellement, du plus important au moins important : chef·fe de service, médecin, internes et professions paramédicales, externes.

4) La psychomotricité dans ce contexte historique

La psychomotricité est une profession qui inclut autant le « prendre soin » que le « faire des soins » ce qui, dans ce contexte historique du soin, peut la mettre en porte-à-faux. En effet, la psychomotricité s'inscrit dans une approche globale de la personne en travaillant avec le « corps sujet » en relation. Elle revendique un travail en contact avec le corps des patient·es. Elle veille à ne pas tomber dans des techniques automatisées ou instrumentalisées qui mettent les thérapeutes à distance du malade.

Le « prendre soin » est, à l'origine, l'ensemble des pratiques visant à stimuler les forces vitales qui étaient dévolues aux femmes d'abord à cause de leur fécondité puis par charité chrétienne. Tandis que le « faire des soins », par le biais de traitement qui sont les armes pour combattre la maladie, était associé aux hommes. Cette dichotomie a longtemps influencé la répartition des hommes et des femmes dans les professions de santé et a été à la base du tandem médecin-infirmière, deux professions très genrées parfois encore aujourd'hui. Pourtant les professions de la santé semblent avoir besoin, aujourd'hui, d'un juste équilibre entre « prendre soin » et « faire des soins » afin que les patient·es ne soient plus objets mais acteurs du soin. Les changements idéologiques de notre société, en partie sur l'égalité des sexes et la question du genre, que j'aborderais plus loin¹, et les évolutions du droit de la santé permettent de remettre en cause ces archétypes historiques de ce qu'est le soin et de qui soigne. Les réflexions actuelles sur la parité, les droits égalitaires entre hommes et femmes ainsi que les questions relatives aux genres viennent bouleverser ces idéaux stéréotypés très ancrés.

¹ Cf. *infra* IV) A) 3) Une société en évolution sur la place du père, exemple des pères célibataires, p. 37

La loi Kouchner² de 2002 soutient la façon de penser les soins et la personne soignée en psychomotricité. Ces patient-es sont acteurs du soin et possèdent de nombreux droits. Cette loi de 2002 met aussi en place la démocratie sanitaire, c'est-à-dire, l'entente de la volonté du malade sur ses propres soins et la recherche obligatoire de son consentement libre et éclairé. Le corps n'est ainsi plus objet de manipulation médicale mais corps sujet de décision de la personne auquel il appartient.

B) Et dans les autres cultures ?

Nous avons découvert que, sur d'autres continents, s'exercent d'autres formes de soin. Ces différences de coutumes avec l'Occident ne sont pas toujours basées sur la science mais parfois sur les croyances propres à la culture. Néanmoins, n'oublions pas que de nombreuses connaissances nécessaires au soin actuel ne nous viennent pas d'Occident mais d'Afrique, berceau de l'humanité, notamment les savoirs des plantes médicinales.

En Afrique, dans certaines communautés, la maladie amène à une quête de sens pour celui qu'elle touche et sa famille : « pourquoi la maladie ? » et « pourquoi moi ? ». D'après les recherches de Géza Roheim, ethnologue et psychanalyste, ces communautés conçoivent que les maux sont le reflet d'une transgression de règles et de rituels culturels ou bien d'un défaut de loyauté familiale. Les malades tentent toujours de comprendre ce qui leur arrive au travers de leur culture et de leur mode de vie spécifique. Dans ces communautés, la personne qui est sujet du groupe et non sujet individualisé, porte alors une maladie qui est l'affaire de tous, d'où l'intérêt de la guérison pour le bien de la communauté (Boussat, p 22). Dans beaucoup de villages, le soignant est un devin, un marabout ou un guérisseur, qui interroge le monde invisible pour apporter des réponses aux familles. Ces guérisseurs ou marabouts donnent le diagnostic et le pronostic avant de prescrire un traitement : cataplasme (préparation de plante pâteuse à appliquer sur la peau), scarifications, piqûres, fumigation.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Chez les Pèrè, société matrilineaire³ du Cameroun, ces soignants sont exclusivement des hommes. « *En dehors des femmes qui ne pratiquent jamais la divination, n'importe quel homme peut l'apprendre avec son père, son oncle paternel, un ami ou un étranger, peu importe* » (Pradelles de Latour, 2005, p 119). Certaines pratiques attribuées avant aux matrones comme les préparations médicinales par la connaissance des plantes, sont ici la pratique de devins masculins. La grossesse reste néanmoins l'affaire des femmes uniquement et plus précisément des matrones appelées *yaal ya guu lèngni*. Ces femmes « *ont une véritable connaissance obstétrique acquise grâce à l'expérience héritée du passé* » (Pradelles de Latour, 2005, p 66) qui leur permet, au toucher, de confirmer ou non la grossesse et de repérer le mauvais placement de l'enfant. Ces connaissances obstétriques « *se transmettent non pas de mère à fille, [...] mais de grand-mère maternelle à petite-fille* » (Pradelles de Latour, 2005, p 66). Ainsi, le développement du clan matrilineaire repose sur une science véhiculée par lignée féminine. « *En pays père comme dans beaucoup d'autres régions d'Afrique, la mort est l'affaire des hommes ; les femmes, qui donnent la vie, doivent être tenues à l'écart* » (Pradelles de Latour, 2005, p 71). Ainsi, toilettes mortuaires et rites funéraires sont le devoir des hommes du clan contrairement à l'attribution lointaine de ces pratiques à la matrone.

Dans d'autres sociétés matrilineaires encore, « *le père biologique compagnon de la mère, bien connu de l'enfant, joue plutôt le rôle de nurse* » (Huerre, 2011, p 124) prenant soin du tout petit et évoquant même un « père nourricier » tandis que l'oncle maternelle fait figure d'autorité et d'éducation.

Nous constatons ainsi que l'attribution dichotomique de « prendre soin » aux femmes et « faire des soins » aux hommes n'a pas lieux d'être dans d'autre culture. Dans certaines sociétés matrilineaires d'Afrique, certaines pratiques de « prendre soin » et de « faire des soins » sont dévolues aux hommes et d'autres aux femmes. Nous constatons ainsi à la fois des différences et des similitudes avec notre société selon les pays et civilisations.

³ Société ayant un mode de filiation et d'organisation sociale dans lequel seule l'ascendance maternelle est prise en ligne de compte pour la transmission du nom, des privilèges, de l'appartenance à un clan ou à une classe.

II- Fondements et actualité de la psychomotricité

Les métiers de la santé se créant et évoluant en fonction du contexte politique, culturel et social d'un pays, il est important de retracer brièvement l'évolution de la psychomotricité de la naissance de ses concepts à sa situation actuelle. Nous tenterons de l'étudier à travers le prisme du genre et de la répartition homme-femme dans ce domaine de santé.

A) Héritage de J. de Ajuriaguerra et G. Soubiran

En 1907, E. Dupré, neurologue et élève de J.M. Charcot décrit le syndrome de débilité motrice en reliant trois troubles moteurs : maladresse, paratonie et syncinésie. En étudiant cette clinique, il « *acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont l'expression d'une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée.* » (Hermant, 2008, p 28). Cette notion d'unité entre kinésie et psyché sera alimentée progressivement avec les apports de H. Head, P. Schilder, H. Wallon concernant les notions psychomotrices telles que le schéma corporel, l'image du corps et le tonus. H. Wallon a, plus particulièrement, étudié le rôle du contrôle progressif du tonus et des émotions dans le développement de l'enfant. Pour lui, l'émotion amène les premiers mouvements du nouveau-né, cette émotion que l'enfant va exprimer par son tonus musculaire va être vecteur de la communication son environnement. Il explicite ainsi le langage tonico-émotionnel où les variations de tonus du bébé dues à ses émotions vont agir en retour sur sa sensibilité affective et celle de son environnement. Selon H. Wallon, la motricité, l'intelligence et la vie psychique vont se construire à partir de ces premiers échanges tonico-émotionnels. Ce concept sera une base essentielle à la psychomotricité et aux notions développées par J. de Ajuriaguerra. Par la suite, E. Guilmain contribuera à la naissance des examens psychomoteurs avec un prototype de test (1931) et ses premières pratiques de rééducation par la gymnastique rythmique (1935).

B) Giselle Soubiran et Julian de Ajuriaguerra, une rencontre fructueuse

En 1947, P. Male, chargé de créer un centre de guidance infantile, sollicite J. de Ajuriaguerra afin de constituer une équipe de recherche pluridisciplinaire (dont Dr Jolivet, Pr Zazzo, G. Soubiran) à l'Hôpital Henri-Rousselle. G. Soubiran y a un rôle essentiel réunissant des équipes rééducatives devant collaborer avec les psychiatres et psychologues du service. Au moment de sa rencontre avec J. de Ajuriaguerra, leurs personnalités s'accordent très vite car elle comprend immédiatement les objectifs du service. Ses nombreuses compétences en médecine, psychologie ou encore kinésithérapie suscitent l'intérêt de J. de Ajuriaguerra. Il souhaite, en effet, mettre en lien la corporéité et la psyché dans le développement du jeune enfant par la pratique psychomotrice dans les soins. Ainsi, ils créèrent, en 1948, le Centre de rééducation psychomotrice et du langage avec la collaboration de nombreux spécialistes : « *F. Baruk pour la neurologie, R. Diatkine et S. Lebovivi pour la psychanalyse, R. Zazzo pour la psychologie génétique, M Auzias pour la latéralité, M. Stambak pour la rythmique* » (Grabot, 2010, p 35). G. Soubiran devient cheffe du service de psychomotricité et exerce une psychomotricité originale, prototype de notre psychomotricité actuelle, via l'évaluation par des bilans et le traitement de troubles psychomoteurs. Elle commence à enseigner la rééducation psychomotrice d'abord à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière auprès de J. de Ajuriaguerra et ses partenaires, puis dans son école, l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP), dès sa création en 1967. L'enseignement est agréé le 4 février 1963 par l'Etat, délivrant ainsi un certificat de capacité en rééducation psychomotrice. Après des années de batailles par la Fédération Française des Psychomotriciens (FFP), en 1974 est créé le Diplôme d'Etat de Psychomotricien⁴.

Il est considéré que les deux principaux pionniers de la psychomotricité ont toujours été J. de Ajuriaguerra et G. Soubiran, un homme et une femme.

Après des études en psychologie et kinésithérapie avec une spécialisation en relaxation et en accouchement prophylactique, G. Soubiran est donc appelée pour intégrer l'équipe de recherche de l'hôpital H. Rousselle. Dans sa pratique, elle joint déjà la psychologie aux soins corporels de rééducation fonctionnelle et construit

⁴ Décret 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme de psycho-rééducateur.

donc sa méthode de relaxation pour l'enseigner par la suite. Elle comprend rapidement que son apport à cette équipe de recherche était celui du corporel : « *mon rôle, ma mission c'était de faire rentrer le corps en psychiatrie* » (citée par Grabot, 2004, p 63). Elle est la mère de la pratique psychomotrice, pratique sur laquelle les recherches ont été faites. L'efficacité de ces premières pratiques par G. Soubiran ont tenu lieu de légitimité scientifique permettant la création d'un diplôme en psychomotricité. Elle-même affirme que « *Si nous avons obtenu le DE en 1974, c'est parce que la recherche scientifique avait été satisfaite* » (citée par Grabot, 2004, p 64).

J. De Ajuriaguerra, père de la psychomotricité, est un pilier de la théorie psychomotrice intégrant la neurologie, la psychologie génétique, la psychanalyse et la philosophie. Travailleur acharné, il avance des thèses innovantes dans de nombreux domaines. Il élabore une véritable synthèse entre les travaux de J. Piaget et de H. Wallon à laquelle il mêle les apports de Freud et Merleau-Ponty. Il opère la jonction entre les dimensions émotionnelles et cognitives et parle alors de corps en relation et de dialogue tonico-émotionnel dans la perspective de H. Wallon : « *L'émotion de l'un devient l'émotion de l'autre* » (1954, p 108).

Nous retrouvons ici un schéma hérité de l'histoire du soin : lui est l'homme-médecin, il représente la théorie et le savoir médical en lien avec la psychomotricité, elle est la femme qui figure la mise en pratique corporelle, la clinicienne qui exerce auprès des premiers malades. Cette dichotomie révèle une attribution stéréotypée du corporel aux femmes et du cognitif aux hommes.

C) La psychomotricité aujourd'hui, entre *care* » et *cure*

1) Etat des lieux de la psychomotricité aujourd'hui

En 2000, D. Grabot établit, dans un article, un profil type des psychomotricien-es en France :

C'est une femme de 36 ans qui 2 ans après avoir obtenu un bac D à 18 ans et demi, intègre un institut parisien et obtient son DE 3 ans après. Six mois de recherche d'emploi la sépare de son premier engagement professionnel qui se

fait auprès d'enfant et d'adolescent à l'hôpital public. Elle leur proposera en priorité un examen psychomoteur puis des jeux psychomoteurs et de la relaxation. (2000, p 223-224)

Ce portrait-robot, bien qu'anecdotique, a été construit sur les moyennes récoltées à l'époque. Il questionne notre identité professionnelle et me pousse à chercher s'il correspond toujours à la profession actuellement.

Par faute de manque de données pour l'année 2019, je m'intéresserais exclusivement à l'effectif total, les établissements d'exercice ainsi que la répartition homme-femme en psychomotricité de 2018. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), au 1^{er} janvier 2018, les psychomotricien-nes en France (métropolitaine + DOM TOM) représentaient un nombre de 12 770 au total. Au 1^{er} janvier 2010, la France accueillait 7 667 psychomotricien-nes. L'évolution des effectifs a donc été de +39,9 % sur la période 2010-2018. Ainsi, nous pouvons constater que les effectifs français en Psychomotricité augmentent de manière exponentielle.

Si à ses débuts, la psychomotricité s'adressait presque exclusivement aux enfants en développement, elle s'applique aujourd'hui à tous les âges de la vie, des enfants prématurés aux personnes en soins palliatifs. La psychomotricité, d'abord qualifiée de rééducation, est maintenant considérée comme une profession paramédicale, c'est-à-dire un métier d'auxiliaire de médecine. Les psychomotricien-nes exercent actuellement dans des établissements spécialisés, dans les services de rééducation, dans les hôpitaux et en libéral. Cette professions peut également intervenir auprès des autres spécialistes en école ou en crèche dans un cadre plus préventif. En 2000 selon la DREES, l'hôpital public était l'établissement où la majorité des psychomotriciens et psychomotriciennes exerçaient. Ce n'est plus le cas en 2018, la psychomotricité en hôpital public ne représentant plus que 22,4% contre 38% (majorité) pour les établissements pour personnes en situation de handicap.

Le taux de féminisation de cette profession en France est très élevé : 1 341 hommes pour 11 429 femmes, soit 10,5% d'homme. Puisque que mon cadre d'étude et de stage se situent en région parisienne, il me paraît intéressant de donner également

les statistiques de cette région. Nous notons 356 hommes et 3 121 femmes, pour un total de 3 477, soit près de 10,2% d'homme. Ainsi, la région Ile-de-France, du fait de sa densité, est une bonne représentation de l'état de la disparité homme/femme en psychomotricité en France.

Nous pouvons penser que cette faible représentation des hommes en psychomotricité a été largement influencée par l'histoire du soin ancrée dans notre société aux normes genrées. Avec l'apparition des premières écoles d'infirmière, le tandem médecin-infirmière et l'attribution genrée des fonctions de « prendre soin » aux femmes et « faire des soins » aux hommes se sont affirmés davantage, s'ancrant alors un peu plus dans les mœurs et dans le domaine professionnel. Ainsi, durant longtemps, il y a eu des métiers dits « d'homme » ou « de femme ».

Le premier enseignement des infirmières, exclusivement masculin, prônait la technique médicale. Il était le symbole de la fonction masculine de « faire des soins » enseignée par des hommes à des femmes-infirmières. Ainsi, le soin délaisse progressivement le « prendre soin » au profit du « faire des soins ». La dévalorisation du « prendre soin » est d'ailleurs une question morale très importante dans le domaine de la santé que nous aborderons un peu plus loin⁵. Néanmoins, il est important de noter que les professions paramédicales comme la psychomotricité ont longtemps été, et sont parfois encore, attribuées aux femmes à l'image du soin infirmier, alors même qu'il associe les fonctions de « prendre soin » et de « faire des soins ». Il est d'ailleurs souvent demandé aux praticien·nes, dans les institutions où la psychomotricité n'est pas encore mise en place, de prouver l'efficacité de leur technique psychomotrice. Pourtant, la légitimité de la profession semblait acquise avec l'obtention du Diplôme d'Etat en 1974. La fonction médicale semble néanmoins toujours à la recherche de cette technicité de « faire des soins » et de preuves scientifiques. Il est pourtant nécessaire de prendre en compte l'ensemble des fonctions de la profession car le « prendre soin » est aussi indispensable dans ces métiers et a besoin d'être revalorisé.

⁵ Cf. *Infra* III) B) 1) Qu'est-ce que l'éthique du *care* ?, p. 24

2) Lien entre cure et care en psychomotricité

Les professions de santé demandent d'indispensables qualités relationnelles dans la démarche thérapeutique. En effet, le ou la thérapeute est d'abord quelqu'un qui rencontre le malade et ses proches et qui s'engage dans des relations thérapeutiques de « prendre soin ». Pour que les prises en charge se déroulent au mieux, une personne a besoin d'avoir établi cette relation de confiance avec ses soignant·es afin d'accepter la partie plus technique de « faire des soins » : prescriptions médicamenteuses, examens médicaux ou bien interventions invasives.

Par ailleurs, ces capacités à établir de bonnes relations thérapeutiques semblent faire aussi l'objet d'une technique, au sens d'une compétence. Dans son étude sur les compétences demandées dans les formations et professions de la santé, P. Hébrard constate une réelle difficulté à intégrer les dimensions relationnelles et socio-affectives aux activités de soin. C'est ainsi que nous remarquons la présence quasi-exclusive de compétences de savoirs (d'un point de vue cognitif) et de savoir-faire dans les divers référentiels de compétences des professions soignantes, au détriment du savoir-être. P. Hébrard expose, par ailleurs, les théories de B. Gendron sur l'intelligence émotionnelle rassemblant les aptitudes sociales de communication, de maîtrise et conscience de soi, la gestion des relations ou bien encore l'empathie. *« Ces compétences psychosociales sont censées enrichir les conceptions traditionnelles de l'intelligence limitée aux savoirs et aux savoir-faire. »* (Hébrard, 2011, p 116).

En plus de reconnaître l'importance du *care* dans le soin, il faut également percevoir le lien intrinsèque entre le curatif et le « prendre soin ». Les soignant·es peuvent, en théorie, faire une piqûre (*cure*) sans établir une interaction de confiance (*care*). Mais ce n'est pas ce qui leur est demandé. Il est attendu des professionnel·les de santé qu'il puisse soigner en liant les compétences de *care* et de *cure*. Ce n'est qu'en les pensant ensemble, et non comme deux pôles opposés, que nous pouvons concevoir un soin respectant la déontologie et le sujet du soin. La psychomotricité, comme toute profession soignante, exercent les deux dimensions du soin au travers les interactions dans la relation thérapeutique. Ainsi, dans les pratiques soignantes, le *cure* ne peut être pensé sans *care* et inversement, pas de *care* sans *cure*.

Ainsi, le « prendre soin » et le « faire des soins » semblent liés intrinsèquement dans la pratique réelle du soin puisqu'ils forment ensemble les qualités fondamentales de la relation soignante. Concevoir ces compétences comme un ensemble indissociable permet d'appréhender les patient-es en tant que sujets pensants, nous éloignant ainsi du risque d'objectivation de la personne dans un soin exclusivement instrumental et déshumanisant, c'est d'ailleurs tout l'objet de la loi Kouchner.

III- La question du genre et de la morale dans le soin

Après avoir retracé l'histoire du genre dans le cadre du soin en général puis en psychomotricité, il est nécessaire d'étudier le soin d'un point de vue éthique et pratique en explicitant le cadre thérapeutique en psychomotricité.

A) Sociologie du corps et construction sociale du genre

L'essence du travail en psychomotricité est le corps : l'observation des manifestations corporelles, la verbalisation des vécus corporels, l'établissement de liens psycho-corporels, entre autres. Il paraît évident que ce corps est porteur d'une identité sexuelle. Nous différencions cependant le sexe biologique du genre.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le mot genre « *sert à évoquer les caractéristiques des femmes et des hommes qui sont déterminées socialement alors que le mot sexe se réfère davantage aux caractéristiques qui les différencient sur le plan biologique* » (OMS, 2002, p 7). Le genre est donc l'aspect social du sexe biologique comme le définit aussi le dictionnaire Larousse : « *Dimension identitaire, historique, culturelle et symbolique de l'appartenance biologique au sexe masculin ou féminin* ».

Le genre influence toute la sphère sociale de l'individu, ses relations interpersonnelles et ses comportements. La psychomotricité s'intéressant à ces notions sociales par le biais du corps (physique et psychique) en relation, elle doit, de toute évidence, prendre en compte l'aspect sexué du corps. Le corps est bien souvent attribué à un genre puisque celui-ci repose sur le sexe biologique, originellement distingué par les attributs génitaux visibles à la naissance.

Dans notre société occidentale, des traits structuraux sont attribués au sexe afin de définir ce qui est de l'ordre masculin et de l'ordre féminin. Ainsi l'éducation reçue peut parfois, inconsciemment, nous prédisposer à des attitudes stéréotypées masculines ou féminines en fonction de notre sexe biologique. Elle conduit à une manière d'être dans son corps, de vêtir son corps, ou bien même une forme de corps typique. Cette éducation qui conditionne le genre est d'abord « *menée par les parents, relayée ensuite par l'école maternelle ou l'école primaire, renforcée encore par les médias, les jeux ou les jouets* » (Le Breton, 1992, p 82). Il n'est ainsi pas rare d'entendre des parents s'indigner lorsqu'il découvre leur fils déguisé en princesse à la crèche ou bien, plus tard, avec du vernis aux ateliers du centre de loisirs. Dans notre société occidentale, la construction sociale du genre semble encourager d'un côté les filles à la douceur et de l'autre les garçons à la virilité, en leur assignant des traits, des comportements ou encore des activités sociales et professionnelles spécifiques. Cependant, la femme est-elle universellement douce et maternelle ? L'homme est-il autoritaire par nature ?

Dans *Mœurs et sexualité en Océanie*, M. Mead (1963) analyse les différences de caractère et de comportements entre hommes et femmes dans trois tribus de Nouvelle-Guinée. Chez les Arapeshs, les traits paraissent « maternels » et « féminins ». L'ordre social se fonde sur l'attention aux besoins et au désir d'autrui. L'altruisme, la solidarité et la douceur sont des valeurs partagées par les deux sexes. Les Mundugumors, à l'opposé, relèvent plutôt de l'agressivité, la brutalité et l'individualisme. Ces deux tribus ne montrent aucune distinction de caractères, qu'ils soient doux ou violents, entre les hommes et les femmes. Ce n'est pas le cas des Chambulis qui nous montre une image renversée de notre société occidentale. Dans cette tribu, la femme est le partenaire dominant, possédant le pouvoir économique. Les hommes y sont plus émotifs et artistiques.

De ces trois études, Mead conclut que « *Si certaines attitudes que nous considérons comme traditionnellement associés au tempérament féminin [...] peuvent aisément être typiques des hommes d'une tribu, et dans une autre, au contraire, être rejetées par la majorité des hommes comme des femmes, nous n'avons plus aucune raison de croire qu'elles soient irrévocablement déterminées par le sexe de l'individu.* » (Mead, 1963, p 251-252). Ainsi, le genre, ce qui nous dit socialement homme ou

femme, est empli de notre culture. Il n'y a pas de caractère inné selon le sexe mais des comportements typiques, résultat d'un conditionnement socio-culturel. Les tempéraments de base sont tous présents chez chaque individu mais la culture va mettre en lumière une norme, différente ou non entre les sexes, à suivre pour appartenir à la tribu et être conforme à la catégorie femme ou homme.

B) L'éthique du « care », les valeurs morales du soin

L'histoire du soin, retracée dans les premières parties de cet écrit, vient mettre en évidence que l'activité soignante se construit actuellement sur un modèle prônant le curatif (*cure*) au détriment du « prendre soin » (*care*). Il s'agit néanmoins de notion éthique à revaloriser et comprendre afin d'éclaircir la disparité homme-femme manifeste dans certains domaines du soin, notamment auprès des enfants.

1) Qu'est-ce que l'éthique du *care* ?

Le terme de *care* est, selon S. Laugier et P. Molinier, d'une part un verbe d'action qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et d'autre part un nom pouvant être traduit en français par soin, attention, sollicitude (Laugier & Molinier, 2009, p 74). Etymologiquement le substantif *care* vient de *caru*, *cearu* qui signifie soins, souffrance, douleur, chagrin. Dans le dictionnaire de l'Académie de Médecine (2020), il est défini par « *soins n.m.pl., care, en médecine, ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale* ». Ainsi, le terme « soins » ne traduit qu'une partie des aspects du *care*, à savoir agir contre ce qui nuit à la santé de chacun. Le *care* se conforme, en plus, à une éthique de bien-être et d'attention d'autrui.

Dans les années 1980, deux orientations théoriques déclinent l'éthique du *care* : l'une par C. Gilligan dans *Une voix différente* (1982), l'autre N. Noddings dans *Caring* (1984).

Celle proposée par N. Noddings se fonde sur une norme du soin pensé dans le maternage donc que le soin est « *affaire exclusivement réservée aux femmes* » (citée

par Brugère, 2017, p 10). Ce modèle laisse croire que les différentes valeurs attribuées au soin et à l'attention pour autrui sont naturellement féminines. Néanmoins, une telle thèse ramenant la femme à la figure de mère mérite discussion. De plus, N. Nodding rapporte ici la relation de soin à « *une éthique de l'amour issue des vertus supposées féminines liées au souci des autres* » (Brugère, 2017, p 12). Cette éthique exige une attention et une sensibilité considérées comme dispositions féminines. Cependant, il est nécessaire de préciser que ces qualités de soin relèvent également de pratiques « *d'exercices répétés dont le centre de gravité est une forte attention au bénéficiaire* » (Brugère, 2017, p 12). De plus, considérer que le propre des femmes est d'être voué au souci d'autrui est caricatural et suscite le doute. Comme nous avons pu le voir auparavant, les caractères attribués au genre dépendent de la construction socio-culturelle de normes sexuées.

De son côté, C. Gilligan remet en cause ces stéréotypes qui font des pratiques de souci de l'autre des pratiques sous-estimées d'un point de vue moral, car majoritairement exercées par des femmes. En effet, dans les théories du développement moral de Kohlberg, ce dernier affirme que les hommes feraient preuve « *d'une plus grande maturité morale* » (Brugère, 2017, p 17) et identifie deux normes morales : une supérieure enracinée dans le raisonnement logique de la justice généralement produit par les hommes ; et une inférieure féminine centrée sur la compréhension des rapports humains et la préoccupation de leur bien-être. Plutôt que de hiérarchiser, C. Gilligan décrit deux types d'éthique : l'éthique de la justice et l'éthique du *care*. Elle présente le *care* comme une éthique non pas basée sur les critères des lois et de l'impartialité comme l'éthique de la justice, mais s'appuyant sur l'interdépendance entre soi et l'autre et donc la recherche de son bien-être. L'éthique du *care* enrichit ainsi celle de la justice puisque le sens de la responsabilité envers autrui correspondant au *care* permet le développement de la coopération sociale au détriment de l'agressivité. La morale de la responsabilité et des besoins d'autrui vient compléter celle des droits et de la loi. De cette complémentarité des morales, C. Gilligan déploie un pluralisme des valeurs, partagées par tous.

Pendant longtemps, l'attribution des valeurs du *care* aux femmes rejoignait les fondements historiques du soin : le « prendre soin » comme affaire féminine, lié au

maternage, et le « faire des soins », technique rapportée aux hommes. Cependant, désormais nous ne pouvons plus enfermer le genre féminin dans un naturalisme de « prendre soin » accroché à la figure de la mère. En effet, pourquoi les femmes seraient plus engagées dans des relations pacifiques de soin et les hommes dans l'adversité et l'agressivité ? Nous avons démontré auparavant, par l'étude des tribus d'Océanie, que les attributions des caractères selon les genres ne dépendent que d'un conditionnement socio-culturel et il en va de même pour les valeurs morales. De plus, les valeurs du *care* sont, d'après C. Gilligan, partagées par tous et relèvent moins de l'inné que d'une pratique quotidienne afin de les développer davantage.

2) Influence dans les métiers de soin, exemple des puériculteurs

De nombreuses professions dans le domaine de la santé sont considérées comme des métiers de « prendre soin » (malgré qu'ils présentent aussi une composante de « faire des soins ») s'inscrivant dans l'éthique du *care*. C'est le cas de métiers paramédicaux comme psychomotricien·ne, orthophoniste, kinésithérapeute ou encore infirmier·e. Ces métiers sont en grande majorité féminins. Pourtant, il a été démontré par C. Gilligan que les valeurs du *care* étaient partagées par l'ensemble des individus, homme comme femme. Ainsi, ce ne serait pas la nature des individus qui influencerait cette majorité féminine mais la méprise sur l'attribution du « prendre soin » aux femmes due au conditionnement social et historique vu précédemment. Cela est flagrant dans les professions qui soignent les enfants. Nous y retrouvons une marginalisation des hommes pouvant être mis en lien avec l'attribution du « prendre soin » des premiers moments de la vie aux femmes à l'origine de l'humanité.

En 2013, F. Lointier, F. Gold et J. Hascoet ont étudié l'exemple des infirmiers-puériculteurs dans *Ethique du care et masculinité : l'exemple des hommes qui ont choisi la profession de « puéricultrice »* afin de déterminer s'il existe chez ces hommes des préoccupations et des valeurs morales qui relèvent de l'éthique du *care*. Pour cela, ils ont effectué un questionnaire sous forme d'entretien auprès d'un échantillon de onze puériculteurs exerçant dans différents établissements. A la question portant sur les qualités morales que les interviewés pensent avoir, nous retrouvons des valeurs de l'éthique du *care* autant que celle de la justice : le respect de la personne, du corps, mais aussi « être juste » et « prendre soin ». Une question consistait à faire part d'une situation vécue comme inconfortable moralement.

L'ensemble des sujets ont relaté une situation professionnelle qui s'était opposée à leurs valeurs morales. Certaines concernaient un dilemme en fin de vie sur l'acharnement thérapeutique, d'autre le non-respect d'une parole donnée par une soignante à son patient. Pour d'autres encore, le « prendre soin » n'avait pas été respecté avant le décès ou durant la toilette mortuaire. Les sujets ont affirmé, par la suite, qu'il n'y a pas de différence entre les sexes dans la pratique de ce métier seulement celle liée à la personnalité de chacun et chacune. Néanmoins, la distinction se fait par le regard de l'environnement sur eux « *“la différence ce sont les autres qui en parlent”*, [...] *“automatiquement, il y a un genre masculin et un genre féminin”* » (Loitier, Gold, Hascoet, 2013, p 88). Lorsque l'intervieweuse leur demande « *Qu'auriez-vous envie de me dire sur la situation des puériculteurs dans une profession très féminine ?* », la majorité exprime son sentiment d'être marginalisé à la fois en tant qu'homme exerçant un « métier de femme » mais aussi simplement de par cette profession de puériculture : « *“les professions qui soignent les enfants sont des professions féminines et [dont] on ne reconnaît pas les compétences pointues”*, *“en France, tout ce qui est lié à l'enfance est dévalorisé”* » (Loitier, Gold, Hascoet, 2013, p 88). En effet, le travail en puériculture nécessite de « prendre soin » et donc de faire preuve de valeurs morales conforme à l'éthique du *care*. Or, comme nous l'avons vu, en médecine le « prendre soin » a longtemps été délaissé au profit du « faire des soins » et il l'est parfois encore actuellement. Aussi, l'éthique du *care* était auparavant considérée comme inférieure. Aujourd'hui encore, ce genre d'idéologie peut être présent insidieusement dans l'inconscient collectif, dévalorisant ainsi les métiers où les professionnel·les prennent soin des autres. Au cours de la formation de ces puériculteurs, les vécus sont très divers : un se sentait catégorisé par son genre et dit qu'on « *lui demandait souvent “de penser pour les pères”* » (Loitier, Gold, Hascoet, 2013, p 88), quatre autres se sentaient privilégiés dans leur stage par l'encadrement ou bien l'exemption par les soignantes de certaines tâches exclusives aux femmes, selon elles. Encore une fois, c'est l'environnement qui crée une différence entre hommes et femmes dans cette profession. Ces puériculteurs, eux, ne se sentent pas moins capables d'effectuer ces tâches de soin, néanmoins dans cet environnement, ils peuvent avoir des difficultés à être reconnus pour leurs qualités professionnelles et leurs compétences aux mêmes titres que leurs collègues féminines. Ils ressentent donc la critique et les préjugés

de la société concernant la justesse de leur place dans ce domaine de soin en tant qu'hommes. Ce fait est un des points d'explication de la faible représentation des hommes dans ces métiers : soit la place ne leur est pas faite, soit elle n'est pas égalitaire. Il y a souvent l'idée qu'un homme « ne sait pas faire » dans le domaine de l'enfance, alors peu d'entre eux se dirigent dans un secteur où leurs compétences ne seront pas valorisées. Pourtant, nous savons que prendre soin d'un enfant s'apprend. Nous ne naissons ni mère, ni père, nous le devenons par de multiples procédés et en s'exerçant dans nos compétences parentales au quotidien.

Bien que le conditionnement socio-culturel marginalise ces hommes, les puériculteurs mettent en avant l'aspect gratifiant de leur profession. La reconnaissance et le mieux-être des enfants leurs apportent une grande satisfaction morale. De plus, d'après l'enquêtrice, ils s'agissaient de puériculteurs heureux de leur travail qu'ils ont choisi avec plaisir et sans regret. Ils disent même « *qu'ils se considéraient comme étant à leur juste place* » (Loitier, Gold, Hascoet, 2013, p 89). L'analyse des propos des sujets a démontré que ces puériculteurs présentaient bien tous des préoccupations morales caractéristiques de l'éthique du *care*. En plus de ces dernières, ils pouvaient aussi faire preuve d'autorité, de justice et d'attention pour leur ascension professionnelle vers l'accès aux postes à responsabilité. Selon C. Gilligan ces intérêts sont généralement rattachés au masculin et à l'éthique de la justice. Ainsi, d'après les auteurs, « *c'est parce que ces professionnels de santé conjuguent, de façon apparemment harmonieuse, des préoccupations morales traditionnellement rattachées aux deux sexes qu'ils constituent une catégorie heureuse et équilibrée* » (Loitier, Gold, Hascoet, 2013, p 90). Cet exemple des hommes-puériculteurs montre une fois de plus le pluralisme des valeurs morales et la complémentarité entre éthique du *care* et éthique de la justice. Cette répartition inégale entre les valeurs morales chez un même sujet quel que soit son genre n'est pas un processus totalement explicable. Cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que les valeurs ont été transmises en partie par l'éducation et la culture familiale (point abordé dans le questionnaire de F. Lointier, F. Gold et J. Hascoe, 2013, p 88) puis sont alimentées continuellement par la pratique morale de la personne.

Cet exemple des puériculteurs peut être assimilé à l'ensemble des professions paramédicales. Les professionnel·les de santé doivent pouvoir accéder à ce pluralisme des valeurs masculines et féminines afin d'être équilibrés dans leurs fonctions thérapeutiques.

C) Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique en psychomotricité comporte des spécificités de conditions qu'elles soient matérielles, humaines ou spatio-temporelles. Pour soutenir ce cadre, de grandes notions théoriques doivent être intégrées par les psychomotricien·nes telles que la contenance, la limite et la malléabilité. Certaines fonctions restent présentées comme appartenant à un genre en particulier, pourtant la profession n'est pas réservée à un genre.

1) Fonctions thérapeutiques bisexuées

La thérapie psychomotrice est avant tout une rencontre thérapeute-patient·e. Elle se fonde sur la relation thérapeutique instaurée entre les deux parties et est régie par un cadre thérapeutique. Ce cadre est à la fois spatio-temporel, verbal, corporel mais aussi matériel. Il limite et contient tout en restant souple, ce qui lui permet de résister à tout ce que le sujet peut y amener. Selon B.Golse, le dispositif thérapeutique est « *fondamentalement bisexué, avec une composante de holding qui renverrait plutôt au registre maternel, et une composante limitante et régulatrice qui renverrait plutôt au registre paternel, métaphoriquement parlant* ». (Golse, 2000, p 203)

B. Golse relie le cadre aux enveloppes cutanées et psychiques ayant des qualités semblables (Golse, 2011). Les enveloppes contiennent, limitent et sont pare-excitantes. En 1920, S. Freud présente la fonction de pare-excitation comme une fonction de protection de l'organisme contre les excitations venant de l'extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire. Elle fait barrière entre le dedans et le dehors. Cependant, le nourrisson n'a pas encore les capacités psychiques nécessaires pour traiter l'ensemble des stimuli auxquels il fait face. Dans sa conférence *La parentalité au regard de la bisexualité psychique* (juin 2019), B. Golse explique que selon Esther Bick, le bébé ne va pas tout de suite ressentir sa peau

comme suffisamment contenant et limitant. Par la suite, D. Winnicott, W. Bion et D. Anzieu ont démontré dans leurs théories que c'est dans les échanges avec son environnement (particulièrement humain) que le bébé traite les excitations, qu'elles soient internes ou externes. En effet, pour que l'enfant ressente sa peau comme suffisamment contenant et limitant, il faut qu'il soit pris dans les interactions gestuelles, vocales, visuelles, psychiques avec des adultes eux-mêmes suffisamment contenant et limitant pour qu'il puisse intérioriser ces deux aspects. S'il arrive à les intérioriser, l'enfant pourra alors sur ce modèle-là construire ses enveloppes psychiques elles-mêmes contenant et limitant (Golse, 2019). La fonction pare-excitante est associée à l'enveloppe mais peut référer au cadre thérapeutique. Ce dernier est un moyen de protection pour les personnes prises en charge et le ou la psychomotricien·ne contre les excitations internes (venant du malade) ou externes (dues à l'environnement).

L'enveloppe semble présenter deux pôles sexués : « *les qualités de solidité et de résistance de l'enveloppe psychique se [situaient] au pôle paternel, et les qualités de réceptivité et de souplesse au pôle maternel.* » (Ciccone, 2001, p 90). En ce sens, B. Golse parle de bisexualité psychique. Ce terme est ici utilisé non pas en tant qu'attraction sexuelle envers les deux sexes, mais comme disposition psychique par l'individu des composantes à la fois « féminines » et « masculines ». Ces composantes de contenance et de limite sont rattachées au sexe en fonction de repères symboliques stéréotypés que nous avons déjà questionnés auparavant. Dans notre monde symbolique, ce qui est de l'ordre de la contenance est associé plutôt au côté féminin, « *car l'utérus est un sac* » (Golse, 2019), tandis que ce qui est de la limite penche du côté du masculin. « *Il est évident qu'il y a du féminin et du masculin chez tout le monde* » (Golse, 2019), avec un dosage quantitatif différent et très singulier. Voici ce qu'est la bisexualité psychique. Néanmoins, j'emploierai ici le terme de bisexualité psychique pour exprimer cette disposition des pôles contenant et limitant de la personne, indépendamment de son sexe et de son genre. En effet, au vu du pluralisme des valeurs morales et les caractéristiques stéréotypées culturellement construites que nous avons pu remettre en question précédemment, nous ne pouvons catégoriser ainsi ces composantes en fonction des sexes. Même s'il est déjà moins risqué de parler de composantes masculines et féminines que de se référer à des objets totaux homme-femme puisqu'ils peuvent être dissociés (un homme a aussi

une composante féminine), je préférerai parler en tant que composantes contenante et limitante, deux pôles à intégrer et à équilibrer.

Dans son article *Trois niveaux d'intégration de la bisexualité psychique* (Houzel, 2002), D. Houzel insiste sur la nécessité de l'intégration de cette bisexualité primaire qui est d'abord celle de l'enveloppe psychique puis la bisexualité dans la relation d'objet partiel⁶ et enfin celle dans la relation d'objet total (homme-femme). La justesse de l'union entre aspects maternels/féminins et paternels/masculins vont offrir à l'enveloppe ses qualités plastiques afin qu'elle soit contenante et parexcitante. D. Houzel insiste beaucoup sur l'idée que quand un bébé rencontre des individus qui ont à peu près équilibré leurs composantes de contenance et de limite en eux mais aussi entre eux dans la répartition des rôles, alors le bébé va pouvoir s'en servir dans sa croissance et sa maturation psychique. Il en va de même pour le cadre thérapeutique devant être souple. Femme ou homme, les thérapeutes doivent adapter leur cadre entre « *un dosage subtil de holding et de régulation* » (Golse, 2011, p 85). Le cadre bisexué est donc fondamental afin que la personne soignée vive la malléabilité de cette enveloppe et s'y construise harmonieusement, intégrant les deux pôles. B. Golse explique également que cela vaut pour la parentalité aussi et que de ce point de vue-là, certains couples hétérosexuels sont moins bien équilibrés que des familles mono ou homoparentale.

Les psychomotricien·nes, comme tout thérapeute, doivent intégrer la bisexualité des fonctions thérapeutiques, entre contenance et limite, mais aussi exercer quotidiennement le pluralisme des valeurs morales, trouver un équilibre entre « prendre soin » et « être juste », entre éthique du *care* et éthique de la justice, afin de pouvoir s'adapter au mieux aux besoins de leurs patient·es.

2) Adaptation et malléabilité des thérapeutes

Dans la lignée de D. Winnicott et son environnement suffisamment bon, en 1952 M. Milner affirme que l'enfant utilise des jouets et des objets matériels à la manière d'un médium malléable. Ce médium, « *que le Concise Oxford Dictionary définit comme une 'substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont*

⁶ En psychanalyse, un objet partiel est un objet investi par les pulsions partielles sans que cela implique qu'une personne soit prise dans son ensemble comme objet d'amour (objet total).

transportées aux sens' » (Milner, 1979, p 862) est une matière transformable selon les besoins de l'individu et susceptible de « prendre la forme de nos propres fantasmes » (Milner, 1979, p 862).

M. Milner explique d'un jeune patient qu'« *il semblait qu'il lui devenait possible de m'utiliser avec le matériel de l'équipement de la salle de jeu, en tant qu'une telle substance intermédiaire malléable* » (Milner, 1979, p 862). En étayant sa réflexion sur ce cas clinique, elle conçoit le médium malléable comme l'utilisation du cadre matériel mais également comme une utilisation du thérapeute en relation. Elle prend alors en compte l'aspect relationnel du médium et les dimensions transférentielles de la thérapie.

Par la suite, R. Roussillon confirme la nécessité du médium malléable en thérapie autant par la médiation matérielle qu'humaine. Il définit le médium malléable par ces caractéristiques spécifiques. D'abord, le médium doit être indestructible « *c'est-à-dire que ses propriétés sensorielles incarnent une résistance aux formes habituelles de destructivité, telles qu'un enfant peut les mettre en œuvre* » (Roussillon, 2013, p 64). Il se doit d'être indéfiniment transformable mais aussi sensible et réceptif, il se plie à l'injonction de la personne qui l'utilise et accepte d'être modifié dans sa forme. Le médium malléable est aussi prévisible et ainsi « *les mêmes lois produisent les mêmes effets, le même geste la même transformation* » (Roussillon, 2013, p 68). Enfin, la dernière propriété du médium est son inconditionnelle disponibilité. Toutes ces caractéristiques, solidaires les unes des autres, permettent la malléabilité du médium.

Ce concept de malléabilité s'applique également aux thérapeutes qui doivent réaliser « *un accompagnement s'ajustant en permanence au besoin du développement de l'illusion, [...] il doit rendre une partie de lui-même 'plastique' et transformable en fonction du processus transférentiel auquel il est soumis* » (Roussillon, 2013, p 49). Les thérapeutes, tout comme leur cadre, doivent montrer une résistance à la destructivité, une sensibilité et une disponibilité aux personnes prises en soin, mais aussi une cohérence dans leurs propos et comportements immuables afin qu'ils soient prévisibles. Cette adaptabilité thérapeutique permet un développement et une organisation de l'appareil psychique de la personne soignée,

enfant ou adulte, pour, *in fine*, construire une réalité interne et externe différenciées, accéder à la symbolisation et à la représentation.

Aussi, le médium malléable participe au système de pare-excitation puisque cette substance malléable est, par définition, une substance d'interposition qui, par ses qualités indestructible et transformable, va faire intermédiaire et protéger l'organisme contre les excitations (internes ou externes).

D'un point de vue plus corporel, les psychomotricien·nes s'adaptent constamment par et dans leur corps. Un ajustement de la relation thérapeutique se joue sans cesse au travers des postures, des mimiques, de la voix, des gestes, du toucher ou encore du tonus. Cet ajustement relationnel est, certes, une fonction thérapeutique mais est aussi un enjeu pour l'enfant qui va se construire et apprendre à s'adapter dans ces interactions. L'aspect corporel de l'adaptabilité des thérapeutes n'est pas à délaissier en psychomotricité où il est proposé des expériences corporelles, provoquant des ressentis psychocorporels importants dans le suivi psychomoteur. Le corps est le premier outil de travail en psychomotricité, l'engagement corporel des psychomotricien·nes étaye celui de leurs patient·es par le dialogue corporel.

Ainsi, le ou la thérapeute en psychomotricité doit pouvoir puiser dans de nombreuses ressources internes pour aider ses patient·es à se développer dans ce cadre adapté et sécurisant. Que ce soit par les fonctions de contenance et de régulation, ou bien les différentes qualités d'adaptabilité relationnelle, les psychomotricien·nes ont une fonction de pare-excitation pour protéger leurs patient·es. Telle une enveloppe, les thérapeutes s'ajustent indéfiniment à l'ensemble des facteurs impliqués en séance et a une fonction de pare-excitation grâce au cadre thérapeutique.

IV- La faible représentation des hommes dans le domaine de la petite enfance

Afin de démontrer la faible représentation des hommes dans certaines branches du soin et de comprendre la faible proportion d'homme (10,5%) en psychomotricité, j'ai décidé de me pencher sur le domaine où cette disparité est la plus flagrante : la

petite enfance. De plus, il s'agit de la clinique de mes stages, ce qui me permettra d'aborder cette disparité à la fois dans le domaine professionnel mais aussi dans le cadre familial que je rencontre par les familles de mes patient·es.

A) Dans le cadre familial

Nous avons vu que dans le cadre thérapeutique, les professionnel·les doivent trouver une harmonie entre deux pôles symboliquement rattachés aux deux genres. B. Golse parle ainsi de bisexualité psychique bien intégrée par l'adulte offrant un équilibre bénéfique pour l'enfant et qui est valable aussi pour les parents. Dans le cadre de la parentalité, cette bisexualité remet en cause l'appellation, dans les théories psychanalytiques et éducatives, des fonctions « maternelles » et « paternelles ». De plus, les mouvements que traversent actuellement notre société comme les nouvelles formes de parentalité, les interrogations sur le genre et les séparations conjugales de plus en plus précoces, viennent offrir de nouvelle façon de penser les hommes dans leur rôle de Père et leur fonction parentale.

1) Fonctions parentales et interactions parents-enfant

Dans la continuité de la fonction de pare-excitation des enveloppes et du cadre thérapeutique, les trois fonctions maternelles que D. Winnicott développe résumant parfaitement les rôles pare-excitants attribués à l'environnement du bébé. Le *holding* désigne le portage, la manière dont l'enfant est porté, maintenu aussi bien physiquement que psychiquement. Cette fonction permet donc que l'enfant soit sécurisé. Le *handling* est « la façon dont la mère aborde le corps de son enfant, la manière dont elle s'y prend lorsqu'elle le change, lui donne son bain, l'habille » (Lefèvre, 2012, p 34-35) donc comment la mère lui procure les soins corporels. De plus, l'environnement humain de l'enfant le met « en contact avec une réalité extérieure simplifiée, répétitive, et même monotone » (Lefèvre, 2012, p 33) permettant ainsi une stabilité des repères qui est rassurante. Il s'agit de la fonction d'*object presenting*, désignant la façon dont la mère présente le monde à l'enfant. Au début, elle présente l'objet du besoin au bon moment assurant le sentiment d'omnipotence de l'enfant. Puis, dans cet environnement suffisamment bon, la réalité et l'existence de l'extérieur de la dyade mère-enfant vont être progressivement introduites et acceptées. Pour d'autres auteurs comme Bion ou

Lacan, cette dimension est plutôt reliée à la fonction paternelle. Il sera ainsi reproché à Winnicott d'avoir privilégié le lien mère-enfant et laissé dans l'ombre, le rôle du père dans l'ouverture vers le monde.

En effet, bien que la fonction du père soit très peu abordée dans les écrits sur le bébé et ses parents, quand elle l'est, elle correspond tout d'abord à la fonction de tiers du père ou substitut paternel.

S. Robert-Ouvray parle de la Mère et du Père comme personnages symboliques ne correspondant pas forcément à la mère et au père de l'enfant. « *Le Père est un symbole de cet écart absolument nécessaire qui doit s'établir entre la mère et son enfant. Le papa pourra ou non assurer cette fonction.* » (Robert-Ouvray, 2007, p 136). Il est le tiers qui va séparer la mère de l'enfant mais pour cela il faut d'abord que les deux sujets soient liés par l'attachement. « *La première fonction du Père sera d'aider l'attachement afin de favoriser le détachement.* » (Robert-Ouvray, 2007, p 139). L'attachement est la création d'un espace bio-psychique entre la mère et l'enfant, sans être dans le collage. Le père va aider à l'attachement en favorisant la différenciation entre la mère et l'enfant et crée ainsi une limite entre les deux. Il fait de la mère non pas uniquement une mère attachée au désir de son enfant, mais aussi sa femme, objet de son propre désir. La mère, objet comblant le désir de son nouveau-né, fait donc figure d'attachement. « *Le père symbolique, dépositaire de la loi, intervient alors en interdisant l'inceste à l'enfant, de même que la fusion* » (Labrell, 1995, p154). C'est ainsi que la dyade mère-bébé est ouverte symboliquement à l'extérieur.

« *La compétence paternelle qui favorise l'attachement est la régulation de l'interaction mère/enfant* » (Robert-Ouvray, 2007, p 142). S. Robert-Ouvray explique d'ailleurs que cette régulation devrait être mutuelle. L'un devrait prendre le relais de l'autre quand ce dernier se sent débordé dans ses interactions avec son enfant. Ainsi, les composantes de limite et de régulation attribuées à l'homme et au père doivent aussi être présentes chez la femme et la mère. Cela reprend l'idée de la bisexualité psychique selon B. Golse. Les compétences paternelles incluent également « les capacités d'interprétation, les soins à donner à l'enfant, la satisfaction des besoins » (Robert-Ouvray, 2007, p 143) tout comme la mère.

S. Robert-Ouvray affirme ici l'importance des compétences paternelles autant que maternelles dans le développement harmonieux de l'enfant. La faible présence d'écrits sur le sujet est donc préjudiciable et a une grande influence sur la place faite au père dans la vie du petit enfant au sein de nos sociétés.

B. Golse et S. Robert-Ouvray semblent d'accord sur un point concernant les fonctions de contenance, portage, limitation et régulation : ils sont attribués à l'homme/Père ou la femme/Mère d'un point de vue très symbolique.

2) Interactions précoces père-bébé

La théorie psychanalytique a appréhendé la fonction paternelle sur un plan symbolique, mais comment se jouent les fonctions paternelles d'un point de vue comportemental et éducatif ? D'après F. Labrell (1995), l'implication des parents dans les interactions précoces avec leur enfant comporte des composantes similaires mais aussi distinctes entre les deux parents.

F. Labrell apporte ici la thèse du « pontage » : le père joue le rôle de pont linguistique et ludique pour le jeune enfant l'obligeant à développer son autonomie. Les pères semblent témoigner d'une « *mauvaise compréhension des productions* » et des « *verbalisations des enfants* » (Labrell, 1995, p 149). Tout comme la fratrie, ils sont des « ponts linguistiques » demandant implicitement la reformulation et le développement linguistique du jeune enfant. Le domaine le plus étudié concernant les interactions père-bébé reste le jeu. Dès le plus jeune âge, nous pouvons distinguer les jeux paternels des jeux maternels. « *Si les mères réalisent des jeux visuels à distance pour maintenir l'attention visuelle de l'enfant, les pères préfèrent les jeux physiques de contact* » (Labrell, 1995, p 150). La prédominance des jeux physiques paternels (31% vs 4%) se montre surtout sous forme de jeux non conventionnels : des jeux de bagarres, de poursuite, de ballon, de déséquilibre, de lancer de l'enfant. « *Ces jeux relèvent du "partenariat" puisque chaque interactant de la dyade "en compétition" a un statut symétrique par rapport à l'autre* » (Labrell, 1995, p 151). Ainsi, durant les premières années de vie de l'enfant, le père s'engage dans des interactions physiques plus stimulantes et non médiatisées par des objets. Il favorise davantage l'autonomisation de l'enfant par la résolution de problème seul en donnant des aides indirectes. Ces aides « *ne permettent pas à*

l'enfant de dépasser immédiatement le problème d'encastrement qu'il rencontre » (Labrell, 1995, p 153). D'après F.Labrell, le père se pose en tant que conseiller et peut parfois faire des démonstrations mais refuse dans 71% des cas de résoudre la tâche à la place de l'enfant. Le père semblerait également plus taquin dans ses interactions avec son enfant, *« c'est-à-dire de déstabiliser cognitivement et émotionnellement l'interaction en cours »* (Labrell, 1995, p 152). Cela donne la possibilité à l'enfant de se restabiliser seul, de gérer la nouveauté et la frustration ponctuelle dans un cadre sécurisé et bienveillant, ce qui lui permet de se structurer cognitivement, émotionnellement et dans les interactions.

L'une des caractéristiques des interactions père-bébé est donc la mise au défi, qui *« correspond au fait que le père mette l'enfant dans des situations risquées qui nécessitent une prise en charge autonome »* (Labrell, 1995, p 156) que ce soit sur le plan linguistique, dans ses aides indirectes à la résolution de problème ou bien dans les interactions paternelles taquines. Il est important que l'enfant expérimente ces stimulations déstabilisantes.

Les contributions paternelles dans le développement du petit enfant ont longtemps été sous-estimées face aux fonctions attribuées à la Mère. Néanmoins, le Père permet, dans tous les aspects de ses interactions avec son enfant dès le plus jeune âge, la recherche de l'autonomie par des expériences nouvelles et non conventionnelles. La thèse du « pontage » de F. Labrell (1995) démontre l'apport du père dans le développement cognitif, affectif et l'autonomisation de l'enfant ainsi qu'une *« qualité d'ajustement paternel égale à l'ajustement maternel »* (p 159). Ainsi, théoriquement, les caractéristiques des interactions des deux parents avec leur enfant seraient globalement complémentaires.

3) Une société en évolution sur la place du père, exemple des pères célibataires
Des changements très importants sont intervenus depuis quelques décennies dans la distribution et la définition des rôles parentaux transformant le regard porté sur l'inscription de l'enfant au sein du système familial.

Les nouveaux systèmes familiaux suscitent l'inquiétude de certains concernant la construction des enfants, *« tandis que d'autres les rapportent à des changements*

sociétaux et culturels qui [...] n'aurait pas d'impact particulier sur le développement psychologique » (Huerre, 2011, p 119).

D'un point de vue légal, en 1970, l'autorité parentale conjointe est instituée afin que les parents s'engagent ensemble à assurer la sécurité, la santé et l'éducation de leurs enfants⁷. Avec la loi du 4 mars 2002, le besoin de relations personnelles avec ses deux parents est assuré à l'enfant⁸. La séparation des parents est maintenant sans incidence sur l'obligation d'autorité parentale conjointe grâce à l'officialisation de la garde alternée. De plus, le congé paternité est désormais accordé pour plus d'égalité entre les parents. Ces multiples changements juridiques en l'espace d'une quarantaine d'années ont bousculé la représentation que la population de nos sociétés judéo-chrétiennes pouvait se faire de la famille. Les idéologies sur la répartition des rôles parentaux ont été des repères de l'histoire familiale de beaucoup d'individus. Ces nouvelles données prennent donc du temps à être intégrées. C'est pourquoi l'autorité maternelle et les capacités des pères à s'occuper de leur jeune enfant sont encore remises en question aujourd'hui.

A titre d'exemple, la garde étant « *confiée au père pour 15% des cas de zéro à 6 ans, ce pourcentage passe à 18% pour les adolescents* » (Huerre, 2011, p 121), les pères célibataires sont près de 300 000 aujourd'hui. La majorité n'étant pas des veufs, d'autres raisons président au fait de confier la garde d'un enfant à son père. Pour la plupart, il s'agit de couples séparés dans lesquels la mère souhaite garder un lien avec son enfant sans en avoir la garde au quotidien. Et, alors même que ces pères seuls se débrouillent bien dans leur rôle parental, ils suscitent les regards suspicieux et les interrogations sur leurs capacités à s'occuper convenablement de leurs enfants et de leurs besoins affectifs. « *Françoise Dolto n'écrivait-elle pas, il n'y a pas si longtemps : Il est dans l'ordre des choses qu'un père ne s'occupe pas de son enfant bébé* » (Huerre, 2011, p 122). Cela nous montre encore l'importance des idéologies qui imprègnent toujours la population aussi bien que les professionnel·les, des idéologies qui restent en décalage avec ce que vivent ces pères en réalité. Il n'est

⁷ Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.

⁸ Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

ainsi pas rare que l'employeur d'un salarié demandant sa journée pour garder son fils malade lui réponde de demander à sa femme de le faire.

En effet, au-delà des changements juridiques sur les systèmes familiaux, « *les points de vue profonds, comme la répartition des rôles entre les sexes, demeurent relativement constants. Qu'il s'agisse des différences salariales dans l'activité professionnelle, de la grande difficulté à établir une parité ... [ou] de la répartition des tâches domestiques* » (Huerre, 2011, p 123). Ainsi, il semblerait que la question de la place du père dans le développement du petit enfant fasse aussi appel à un remaniement de ces autres idéologies plus profondes concernant l'égalité des sexes. C'est pourquoi cette égalité dans les fonctions parentales reste difficile à établir concrètement.

Actuellement, la place des pères célibataires est donc encore questionnée, alors même que l'attention devrait se porter sur l'enfant. Dans les premiers temps de sa vie, l'essentiel est qu'il puisse s'attacher à « *une figure parentale fiable, ... quel que soit son sexe* » (Huerre, 2011, p 124). Il a besoin d'équilibre et de cohérence entre ses besoins et les réponses qui lui sont apportées, entre la réalité externe et ce qu'il perçoit. Les représentations sociétales peuvent souvent entraver le rôle de parent du père seul ou la perception de l'enfant sur ce rôle : « *la réprobation, comme les discours prédictifs inquiétants, pèsent leur poids sur l'image que le parent se fait de son rôle et sur la possibilité qu'il a d'aider l'enfant à se construire* » (Huerre, 2011, p 125).

B) La disparité dans les établissements de soin précoce

Constatant les pourcentages de répartition entre hommes et femmes en psychomotricité, la question de la parité dans cette profession me paraît essentielle. Un domaine d'exercice semble encore plus touché : la petite enfance. Dans le cadre de mon stage en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), j'ai pu constater la présence exclusive des femmes dans cet établissement. En effet, le personnel du CAMSP en question ne comptait pas un seul homme que ce soit dans le domaine du soin, de l'administratif ou de l'entretien.

En reprenant l'enquête téléphonique effectuée par J. Letenneur dans son mémoire (2003), j'ai pu constater que les données récoltées en janvier 2002 par cet auteur (Voir Annexe I) et en février 2020 par moi-même ont peu évolué voire involuer en matière de parité (Voir Annexe II). Son enquête a été effectuée auprès de 18 CAMSP de la région parisienne et de la Basse Normandie, tandis que la mienne porte sur 22 CAMSP de la région parisienne. Pour que la comparaison puisse se faire, j'ai réutilisé les mêmes questions que J. Letenneur.

- 1) Combien de personnes au total travaillent dans votre institution ?
- 2) Combien d'hommes travaillent dans votre institution ?
- 3) Quelles sont leurs fonctions ?
- 4) Combien y a-t-il de psychomotricien·nes ?
- 5) Combien y a-t-il d'hommes parmi eux ?

En janvier 2002, « 4 institutions sur 18 soit 22% des institutions contactées n'ont aucun homme dans leur effectif » (Letenneur, 2002, p 12). Ce chiffre augmente à 10 institutions sur 22 donc 45,5%, en février 2020. Le personnel des CAMSP est composé en moyenne de 17,06 individus en 2002 puis 20,31 en 2020 donc les effectifs se sont accrus de +19,05%. Parmi eux, les hommes représentaient 9,66% de l'effectif total en 2002 contre 4,7% actuellement. Nous pouvons donc analyser que l'augmentation des effectifs totaux constatée entre les deux enquêtes est principalement féminine car le pourcentage d'homme salarié en CAMSP a quant à lui baissé de presque 5% alors qu'il était déjà à un taux très bas.

Dans mon enquête, parmi les 21 hommes travaillant en CAMSP nous retrouvons une majorité de médecin ou directeur médical et de kinésithérapeute représentant chacun 19% de ce groupe. Puis viennent les Agents de Service Hospitalier (ASH) et les psychomotriciens constituant chacun 14,3% des hommes en CAMSP en Ile-de-France. Les kinésithérapeutes sont présents à 9,5% de cet échantillon, de même que les directeurs administratifs. Enfin, Les psychiatres, comptables et assistants sociaux représentent respectivement 4,8% des hommes.

L'échantillon de psychomotricien·nes en CAMSP est de 71 pour 447 salarié·es au total, dont seulement 3 hommes soit 4,2%.

Ainsi, en 18 ans, malgré les évolutions idéologiques de la société sur la place faite aux hommes dans le domaine de la petite enfance, nous constatons encore trop peu d'évolution vers une parité de la répartition homme-femme.

Partie 2 : Partie clinique

I- Contexte du petit Jean, entre besoin de contenance et de limite

Le cas clinique qui va suivre est tiré d'un de mes stages d'apprentissage de troisième année d'études en psychomotricité. Mon désir d'effectuer mon stage en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est venu de mon précédent stage en Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile (SESSAD). Majorité des patient·es que j'y ai rencontré avait été d'abord pris en charge en CAMSP et je souhaitais voir les soins plus précoces avec cette population. Par ailleurs, le SESSAD a été une première approche de la guidance parentale qui a éveillé beaucoup d'intérêt pour mon futur professionnel.

A) Cadre du stage en CAMSP

Les CAMSP sont des lieux de prévention, de dépistage, de diagnostic, de suivi et d'orientation s'adressant à des enfants de la naissance à 6 ans. Ces derniers présentent ou risquent de présenter des difficultés de développement et/ou un handicap moteur, sensoriel, neuropsychologique, psychologique, cognitif ou social : retard global de développement, prématurité, épilepsie, déficience intellectuelle, polyhandicap, maladie neurodégénérative, entre autres. L'objectif des CAMSP est de mettre en place le plus précocement possible un suivi par une équipe pluridisciplinaire pour accompagner chaque enfant et sa famille afin de lui permettre de développer au mieux ses potentialités tant physiques que psychologiques. Les CAMSP favorisent donc le développement, l'autonomie et l'insertion sociale de ces enfants.

Pour cela, le CAMSP est relié à l'hôpital de secteur et en contact avec les établissements accueillants les enfants (crèche, école, ULIS, halte-garderie), les professionnel·les libéraux ainsi que les établissements spécialisés (SESSAD, IME, USEP, etc) afin d'assurer le suivi médical, psycho-éducatif mais aussi social par des orientations adéquates.

L'enfant est donc considéré dans toutes ses dimensions physique, mentale, affective, sociale et familiale. Ainsi, un des objectifs majeurs de l'équipe pluridisciplinaire est

l'accompagnement des familles et l'identification des perturbations socio-familiales. La guidance parentale est donc primordiale au sein du CAMSP. Il s'agit d'une aide apportée par les spécialistes aux parents qui rencontrent des difficultés dans leur rôle éducatif, parental et familial. La guidance parentale met en évidence les comportements et affects des parents auprès de leur enfant. Elle s'inscrit dans le cadre d'un soutien du dispositif thérapeutique et d'une compréhension plus globale de l'enfant dans son système familial. Le personnel du CAMSP peut accompagner les parents dans l'annonce d'un handicap ou d'une maladie, mais aussi dans le développement de leurs compétences de communication, de jeu avec leur enfant et d'observation des capacités de ce dernier. Un accompagnement de la fratrie est aussi proposé au sein du CAMSP par l'organisation, une fois par mois, d'un groupe fratrie.

Au vu de l'approche globale de l'enfant, le travail en CAMSP se doit d'être pluridisciplinaire et induit une prise en charge par de multiples spécialistes travaillant en collaboration. L'établissement où j'effectue mon stage compte ainsi cinq psychomotriciennes, une éducatrice spécialisée, une ergothérapeute, deux assistantes sociales, trois kinésithérapeutes, deux psychologues, une neuropédiatre, une pédopsychiatre, deux secrétaires médicales et une ASH.

B) Parcours de vie et de soin de Jean

1) Anamnèse

Jean T. est né le 02/04/2015 à terme, à 38 semaines d'aménorrhée⁹ + 7 jours après une grossesse ayant suscité des inquiétudes autour d'une clarté nucale épaisse¹⁰. Madame T n'a pas souhaité faire d'amniocentèse¹¹, par crainte de fausse couche. Elle n'avait pas de notion sur la trisomie 21 et gardait l'espoir que son fils n'ait pas de difficultés puisque les anomalies à l'échographie avaient disparu avec le

⁹ Absence de flux menstruel chez une femme en âge d'être réglée.

¹⁰ Petite zone située sur le crâne d'un fœtus humain pendant le premier trimestre de grossesse. Plus l'épaisseur de cette zone est importante plus le risque d'anomalie chromosomique et de complication augmente.

¹¹ L'amniocentèse est une procédure médicale invasive utilisée pour un diagnostic prénatal, dans laquelle 20 ml de liquide amniotique sont extraits de la cavité amniotique dans laquelle se trouve le fœtus.

développement du fœtus. A la naissance de Jean, une trisomie 21 libre est confirmée avec, néanmoins, des bilans cardiaque, sanguin, thyroïdien et auditif normaux.

Jean est le benjamin d'une fratrie de trois garçons dont un de 9 ans son aîné et l'autre de 5 ans son aîné. Ses deux frères vivants dans leur pays d'origine, le Cameroun, Madame T. ne les a pas revus depuis 5 ans au moment de la première consultation au CAMSP mais elle a des nouvelles d'eux régulièrement. La situation sociale de la famille est complexe : la maman est installée en France depuis 2010 et semble être en situation de précarité, ne lui permettant pas un logement fixe. La famille loge donc principalement en hôtel. N'obtenant pas tout de suite d'allocation, elle sera relogée d'urgence en foyer mère-enfant à partir de juillet 2015. Cet espace de vie ne donne pas une bonne possibilité d'expérimentation de sa motricité à Jean.

Dès 1 mois de vie, Jean est suivi au CAMSP afin d'être rapidement pris en charge. La neuropédiatre constate, dès les premières consultations, une hypotonie axiale importante avec une tête tournée à droite. A 2 mois, il rejoint le groupe « accueil » une fois tous les 15 jours et voit l'orthophoniste du CAMSP une fois par mois.

Le groupe a été très bien investi durant sa première année et moins régulièrement au cours de sa deuxième année. Les professionnelles ont pu y suivre les progrès de Jean dans son développement psychomoteur qui reste retardé par rapport à la norme. Les retournements commencent à 5 mois ainsi que les redressements en appui sur les mains en décubitus ventral. Il commence à tenir assis en trépied à 7 mois et s'intéresse aux jouets qu'il prend dans les mains en vocalisant. A 10 mois, il tient mieux assis mais ne s'assoit pas seul. Il joue surtout à secouer les jouets qui font du bruit. La famille est relogée dans un appartement social au 1 an de Jean. Il est alors plus mobile, se déplace sur le ventre et se met à 4 pattes sans avancer. A 13 mois il rampe, s'exprime par des petits cris et fait bravo. A 17 mois, il se met debout en passant par le chevalier servant et se déplace le long des meubles. Un mois après, il se déplace à 4 pattes et développe son relationnel étant très souriant et appétant au contact des enfants comme des adultes. En octobre 2016, il entre d'abord en halte-garderie, puis en crèche à temps plein à partir de janvier 2017. Les débuts de collectivité ont donné lieu à de la fatigue et à un comportement plus introverti ainsi qu'une fragilité par rapport aux émotions. Ainsi, à 20 mois, les professionnelles du groupe « accueil » constatent peu d'intérêt pour les jeux chez

Jean, il préfère jeter. Il fuit l'adulte, crie et pleure sans raison apparente avec un besoin des bras de sa mère. Avec la découverte de l'oralisation Jean devient « bavard » et à 21 mois, il jargonne sans bisyllabisme. Il a besoin de s'endormir dans les bras de sa mère et son lit est installé à côté du lit parental où il finit parfois ces nuits. A 2 ans, il prend des initiatives motrices : premiers pas, toboggan, se lâche pour jouer, s'accroupit, manipule plus. Cependant, il jette toujours et fait beaucoup de bêtises à la maison demandant beaucoup de surveillance. La mère signe et verbalise l'interdit en manquant de sérieux et Jean est intolérant à la frustration. Son comportement se dégrade à 2 ans et 3 mois, il jette tout ce qu'il prend, vide les tiroirs, ouvre toutes les portes du CAMSP. En fin de deuxième année de prise en charge dans le groupe, il est sur le point de s'autonomiser debout mais la mère souhaite effectuer une formation à partir d'octobre 2017 : le groupe ne sera donc pas reconduit.

En septembre 2017, le suivi orthophonique se poursuit mais au rythme d'une fois tous les 15 jours et la recherche de psychomotricienne en libéral aboutit. Madame T préfère ce suivi en psychomotricité en dehors du CAMSP, plus proche de chez elle. Au cours de ses suivis, l'orthophoniste et la psychomotricienne en libéral tentent de nouvelles approches, comme le Makaton¹² comme outil de communication.

Passé l'acquisition de la marche en octobre 2017 (à 2 ans et 6 mois), Jean a de plus en plus de mal à se poser, il est dans l'opposition sans cesse et refuse même de dormir dans son lit. La neuropédiatre souhaite augmenter l'orthophonie mais la mère refuse pour cause de difficulté d'organisation.

En septembre 2018, Jean bénéficie d'un suivi orthophonique de 30 min par semaine en co-thérapie avec sa psychomotricienne actuelle du CAMSP, à cause de ses difficultés de comportement. Il continue d'être suivi hebdomadairement par sa psychomotricienne en libéral. Jean a toujours du mal à respecter les interdits et a pu montrer une certaine agressivité envers les autres enfants à la crèche. Il ne joue pas trop avec eux et est plutôt dans un rapport physique.

¹² Le Makaton est un programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes.

En septembre 2019, il participe au groupe « Jouer ensemble » avec une autre enfant afin de continuer la socialisation dans un contexte ludique. Il commence également le groupe « Vivre l'eau » avec deux autres enfants jusqu'à janvier 2020. Une inclusion en maternelle sur des courts moments a été demandé avec AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) pour cette année. A défaut de la présence de son AVS, Jean ne commencera l'école qu'en mars 2020. Il restait jusqu'à ce jour à la maison avec sa mère qui a dû renoncer à son emploi. A sa séance de psychomotricité en libéral s'ajoute une séance avec une psychomotricienne du CAMSP dès septembre 2019. C'est dans ce cadre-là que je le rencontre pour la première fois.

Il me semble important d'ajouter que les enfants porteurs d'une trisomie sont ceux ayant normalement le plus de prise en charge, dès les premiers mois de vie, au sein des CAMSP. Nous constatons que ce ne fut pas le cas de Jean qui n'a bénéficié que de peu de séances pluridisciplinaires jusqu'à cette année, pour cause des difficultés rencontrées par la mère dans son contexte de précarité et dans l'investissement de la structure (irrégularité des venues).

2) Profil psychomoteur

Présentation générale : Physique, comportements et intérêts

Jean est un enfant de 4 ans et 10 mois avec une surcharge pondérale (Indice de Masse Corporelle à 20). Aux premiers abords, il semble gêné par son corps, sa densité et son manque de fluidité. Il est assez pataud et a des réceptions lourdes et bruyantes quand il court ou marche. Il aime d'ailleurs beaucoup faire du bruit en tapant les objets ou en criant. Il apprécie les comptines et les histoires qui l'aident à se canaliser.

Tonus et posture :

Jean présente une hypotonie de fond globale¹³, inhérente à la trisomie 21. Sa régulation tonique est extrêmement fragile. Il passe de moments d'agitation et d'impulsivité voire de désorganisation corporelle à des moments d'effondrement tonique au sol. Cette dysharmonie tonique par inadaptation aux éléments tonico-

¹³ Insuffisance de tonus de fond des muscles (état de légère tension involontaire et permanente des muscles, même au repos)

moteurs reflète sa difficulté à lâcher prise. Lors de tentatives de relaxation, il a besoin de sentir son corps sans cesse en mouvement. Nous voyons alors réapparaître son agitation et son impulsivité au travers de brefs et forts recrutements toniques. Dans les jeux faisant intervenir les coordinations dynamiques générales, Jean est rapidement débordé par son impulsivité. Ses gestes manquent de fluidité et se désorganisent.

Dans sa posture, ses difficultés toniques s'observent par un manque de dissociation surtout entre le haut et le bas du corps, entre la ceinture scapulaire et pelvienne. Il semble se mouvoir en bloc, ce qui entrave sa motricité. Il a besoin d'un arrière-fond et d'une stimulation en avant, que ce soit à table ou au tapis, afin de pouvoir manipuler convenablement.

Motricité globale : Equilibre, coordination, dissociation

L'équilibre de Jean est précaire à cause de ses difficultés de régulation tonique et posturale. Nous retrouvons ici son manque de dissociation gênant les coordinations dynamiques générales. Les échanges de balle sont sources de plaisir mais peuvent facilement le déborder. Il adresse le ballon avec peu de régulation de son tonus. Durant les jeux de coordinations globales, il a besoin de repères visuels et matériels afin de contenir son impulsivité (cerceaux, chaise, les 2 adultes). Il monte et descend seul les escaliers en alternant.

Représentations corporelles : Image du corps et schéma corporel

Les somatognosies sont difficiles pour cause du manque de compréhension et de connaissance du schéma corporel de Jean dû à sa maladie. Il peut désigner des éléments de la tête (cheveux, yeux, nez, bouche, oreilles, dent) mais pas d'élément du tronc ou des membres. Il montre un niveau de représentation corporelle inférieur à son âge, correspondant davantage à la tranche 2-3 ans.

Motricité fine :

Les coordinations oculo-manuelles et bi-manuelles s'améliorent. Les actions simples comme applaudir sont acquises mais attraper reste difficile malgré les progrès.

Dans les bacs à graines, il éparpille, rassemble et transvase sans trop d'impulsivité. Concernant sa motricité manuelle et digitale, il utilise la pince supérieure pour

mettre les graines dans un contenant, enfiler des perles et coller des gommettes. Le déliement digital est précaire et la pince inférieure est parfois utilisée avec d'autres objets de manipulation comme les feutres.

A cause de sa trisomie 21, Jean présente une hypotonie faciale (bouche souvent entre-ouverte et protrusion de la langue) qui ne facilite pas sa motricité faciale mais il ne présente pas de difficultés pour manger et est plutôt expressif du visage au travers du sourire et surtout du regard.

Graphisme :

L'activité graphique est récente. Il est en phase de gribouillage avec de moins en moins de décharge motrice mais ne présente pas de premières formes (bâtons verticaux et horizontaux, rond). La prise du feutre est palmaire.

Espace :

Sur l'espace de la feuille lors des activités graphiques, les traces débordent ou sont souvent à la limite. Jean va dans les petits coins et ne remplit pas toute la feuille. Concernant l'investissement de l'espace, dans la salle d'attente du CAMSP, il est happé par l'espace et se désorganise. Il ouvre les portes, entre dans le secrétariat et monte les escaliers alors même que nous le lui interdisons. Dans la salle de psychomotricité, il repère les espaces grâce au cadre spatio-temporel ritualisé. Il sait que vous commençons au tapis pour se dire bonjour, puis que nous allons sur la petite table. Les espaces qui ne sont pas empreints de rituel sont investis de manière anarchique comme la salle d'attente.

Temps :

Jean se repère dans le temps de la séance grâce aux rituels. Il a bien intégré le temps des comptines et sait ce que l'on fait après. Il a besoin de rituels stables et fixes pour se sécuriser et éviter la désorganisation.

Le manque de langage et de compréhension rend difficile à évaluer la perception des notions temporelles de Jean.

Les jeux de rythme l'aide à travailler la régulation tonique et le contraste entre décharge tonique et inhibition du geste. Il peut arrêter son geste par imitation lorsque j'arrête de frapper le tambour.

Communication/ relationnel :

L'attention conjointe est possible et le regard est bien présent. Il peut répéter ou dire spontanément des petits mots dans le contexte : il peut dire « chaussure » si nous demandons par quoi nous commençons, ou « toilette » s'il entend la chasse d'eau. Il fait des toutes petites phrases mal construites. Il reprend quelques gestes et mots durant les comptines mais le vocabulaire reste pauvre. Il reprend moins les signes du Makaton que l'année passée (interdit, encore) à part quelques-uns durant les comptines. La mère semble ne pas avoir trouvé dans les signes un outil de communication avec son enfant et a donc encore du mal à s'en saisir. Ainsi, les interventions de la psychomotricienne ne suffisent pas à intégrer les signes comme moyen de communication puisque son partenaire privilégié ne les utilise pas.

Symbolisme :

Il peut réaliser quelques actions sur imitation de l'adulte dans les jeux de manipulation mais a encore du mal à s'en saisir totalement. Il présente quelques gestes symboliques (bravo, au revoir) mais la reconnaissance de l'image n'est pas encore accessible. Il n'a encore que très peu d'intérêt pour les jeux symboliques avec le poupon ou la dinette.

Autonomie :

La propreté n'est pas acquise, ni diurne, ni nocturne. Le temps du repas est un moment de plaisir pour Jean. Il mange seul (sous la surveillance de l'adulte) très calmement et sans difficulté motrice.

C) Intervention de la psychomotricienne auprès de Jean

1) Problématique du défaut de contenance

En constatant les diverses problématiques pouvant être rencontrées chez Jean, que ce soit en séance ou à la maison, l'équipe pluridisciplinaire et moi-même avons pu en venir à l'hypothèse d'un défaut de contenance chez cet enfant.

La fonction contenante se construit à la fois sur un ancrage corporel qui concerne le sentiment d'enveloppe de l'enfant alimenté par l'intégration des sensations et la régulation tonique mais aussi sur un ancrage relationnel dans les interactions

précoces entre lui et son entourage. Ainsi, une défaillance de cette fonction contenante peut avoir une double origine : soit des troubles sensoriels, de l'intégration des sensations ou bien encore des troubles toniques inhérents à l'enfant, soit des troubles dans la relation précoce entre l'enfant et son entourage.

Chez Jean, cette double origine se retrouve facilement dans son histoire précoce. L'hypotonie de fond inhérente à la trisomie 21 dont il est atteint l'a mis en difficulté sur le plan de la régulation tonique dès la naissance, ce qui a pu entraver son sentiment d'enveloppe suffisamment contenante et limitante. De plus, dans la sémiologie de la trisomie 21, nous retrouvons un défaut de perception et de traitement sensoriel provoquant un défaut d'intégration des sensations et donc du schéma corporel. En plus de ce manque d'ancrage corporel, l'environnement humain de Jean a pu nous sembler défaillant. Le père, très malade déjà avant l'arrivée de Jean, fut peu présent pour son enfant jusqu'à sa mort durant sa deuxième année de vie. Le deuil et le manque du père ajouté à la déficience intellectuelle de Jean a dû le bousculer sur le plan relationnel. Du fait de ce contexte social et affectif insécure (précarité, instabilité du logement et mort du père), les portages de la mère de Jean ont pu être également insécurisants. Il y a eu des défauts de contenance dans les fonctions de holding et sûrement de handling de cette mère et donc de grosses carences pour Jean dès son plus jeune âge. Par ailleurs, sa mère a pu avoir parfois des conduites inadaptées à son petit garçon et sa pathologie en le laissant, par exemple, deux semaines chez une connaissance pour repartir au pays. La déficience intellectuelle ne permettant pas à Jean d'accéder à une compréhension suffisante, cette situation a pu être vécue comme abandonnique et a dû le perturber davantage. Des majorations des troubles sont d'ailleurs apparus à la suite de cet événement.

Ainsi, le défaut de contenance se retrouve lié à la fois aux fragilités toniques, sensorielles et psychiques inhérentes à la pathologie de Jean et aux troubles constatés dans les interactions précoces avec ses parents. Ces mêmes interactions précoces sont d'ailleurs entravées par l'incapacité de s'adapter et l'indisponibilité de Jean comme de ses parents.

Le défaut de contenance provoque chez l'enfant des angoisses importantes d'éclatement et d'explosion. L'enveloppe poreuse ne retient pas les sensations et

les affects de l'enfant et ainsi le dehors et le dedans sont peu distingués. L'enfant ne peut pas sentir son corps unifié et présente des angoisses de morcellement.

L'enfant peut donc recourir à des défenses palliatives à l'angoisse ressentie. Chez Jean, les conduites de défense sont omniprésentes. D'abord au niveau tonico-moteur, il présente une agitation permanente s'il n'y a pas d'intervention de l'adulte. B. Golse parle d'une « *enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale* » (Golse, 2001, p 53). Jean alterne ces moments de mouvements incessants avec des effondrements au sol fréquents, sans contexte d'apparition identifié. Son inadaptation tonique se ressent par un contrôle tonique constant malgré son hypotonie de fond, sans que le lâcher prise ne soit possible. Du fait de ses recrutements toniques dans le repoussé, le mouvement et la force, il semble en recherche du dur. Cela l'amène à des comportements de confrontation, que ce soit dans la recherche de l'autorité ou bien dans le refus et l'action de jeter, présente durant un long moment.

Au vu de sa problématique de contenance et de son influence sur ses comportements, Jean a besoin de thérapeute engagé-e dans un cadre faisant office d'enveloppe suffisamment contenant et limitante par divers moyens.

2) Engagement de la psychomotricienne en séance auprès de Jean

Face à ces angoisses et ces défenses mises en place par Jean, la psychomotricienne et moi-même devons faire des propositions afin de compenser ses carences et leurs répercussions sur ses conduites.

Son besoin de contenance nécessite un cadre sécurisant et prévisible qui doit donc être structuré et ritualisé. Les séances se déroulent donc dans un cadre où Jean a bien intégrer les repères spatio-temporels. La prise en charge commence toujours de la même façon : déchaussage et comptines. Ces chansons lui permettent de se poser en début de séance, il est attentif et reprend quelques mots et gestes avec nous. La voix remplit ce vide auditif qui angoisse Jean et ainsi crée une enveloppe sonore rassurante. Après cela, les manipulations et jeux se font soit à une petite table, soit dans le plancher de bois (type Bullinger). Lorsque Jean s'installe à table, il se met sur une chaise entre le coin de mur et la table. Il a conscience de son besoin de contenance et a tendance à rapprocher la table afin d'être bien entouré. Il

s'empêche lui-même de bouger. Cette disposition est nécessaire pour focaliser à minima son attention sur les jeux proposés. De manière générale, Jean a besoin de tout l'étayage de l'adulte pour enrichir ses explorations très pauvres, soutenir son attention et contenir son impulsivité.

Dans les divers jeux, Jean essaye la plupart du temps de jeter après avoir exploré succinctement les objets proposés. Afin que ce comportement devienne plus structuré et moins désorganisant, nous proposons à Jean de jeter mais dans un contenant. Tout ce qui peut venir désorganiser et éparpiller Jean dans une activité, nous venons y créer une enveloppe. Un autre exemple peut être les lancers de ballons : ils ravivent l'impulsivité de Jean ce qui désorganise son geste. Nous recréons une contenance lui donnant une position fixe dans un cerceau, ou assis sur une chaise s'il est trop désorganisé. Nous ajoutons aussi des repères visuels et humains : la psychomotricienne se place derrière lui créant un arrière-fond et je me place devant lui afin de stimuler son regard vers le but à atteindre.

En fin de séance durant le temps de relaxation au tapis, nous tentons avec la psychomotricienne de contenir Jean par le toucher. Ces temps ne sont pas aisés puisqu'il s'agit sans cesse afin de combler le vide angoissant provoqué par ce temps calme. Nous l'enveloppons de nos bras, d'un pouffe ou d'un drap pour recréer un *holding* sécurisant. Nous effectuons également des balancements car l'immobilité est intolérable pour ce patient.

Par l'environnement humain et matériel que nous mettons en place durant les séances, nous aidons Jean à récupérer une enveloppe d'abord suffisamment contenante autrement que par l'agitation et la recherche du dur. Il est donc nécessaire, en tant que thérapeute, d'avoir des ressources de *holding* suffisantes (référant à la fonction « maternelle ») afin de pouvoir le porter psychiquement et physiquement, offrant ainsi une sécurité par l'apaisement des angoisses du défaut de contenance.

Par le biais de nos interactions avec Jean et de ce que nous mettons en place pour lui, nous lui montrons de la sollicitude et une attention en vue d'un mieux-être, valeurs morales indéniables de l'éthique du *care*¹⁴. Ce « prendre soin » passe plus

¹⁴ Cf. *Supra* III) B) 1) Qu'est-ce que l'éthique du *care* ?, p. 24

concrètement par nos divers ajustements relationnels. Nous adaptons notre posture différemment auprès d'un enfant ou encore d'une personne en fauteuil ou alitée. Dans le cas de Jean, je me mets à sa hauteur de sorte qu'il soit plus simple d'entrer en communication par le regard, la parole, les signes, les mimiques, le toucher. Tous ces éléments ne sont pas sujets de compétences innées aux femmes mais d'une construction personnelle et professionnelle auprès des personnes soignées. Avec Jean, il me faut apprendre à maîtriser ma voix, échanger par le regard et le toucher, adapter mon langage afin qu'il soit compréhensible. Tous ses ajustements relationnels sont les éléments palpables de l'éthique du *care* dans cette prise en charge.

Avec le temps, Jean a développé des troubles du comportement de plus en plus importants, devenant une de ses problématiques principales. Afin de réduire ces difficultés, la contenance ne suffit pas. En effet, il en résulte aussi un besoin de limites et d'autorité. Jean connaît les interdits, que ce soit à la maison ou en séances de psychomotricité, mais sans un cadre thérapeutique limitant, ses troubles du comportement sont majorés : il vide les tiroirs, déplace les meubles, ouvre la porte et touche au matériel spécifique interdit. La limite et la contenance doivent alors être pensées comment deux aspects d'un même tout qui est le cadre thérapeutique. Ces notions doivent être conjointes dans nos interactions avec Jean.

Cette expérimentation des limites s'observe aussi dans son investissement de la trace. Cette dernière est souvent à la limite du support quel qu'il soit (tableau Velléda, feuille petite ou grande). Il peut parfois dessiner sur la table après avoir joué avec cette limite jusqu'à ce que je lui rappelle l'interdit. Jean est sensible au haussement et à l'aggravation de la voix quand on le reprend. Il a besoin de voir sur notre visage et d'entendre dans notre voix que son comportement n'est pas acceptable. Les règles établies aident Jean à ne pas se désorganiser davantage dans tout ce qu'il fait. Nous devons donc, avec la psychomotricienne, faire preuve d'autorité et de justice pour recadrer Jean et imposer des limites à ses débordements. Dans ce cadre suffisamment contenant et limitant, Jean peut explorer ses compétences et les déployer : manipuler les graines, la pâte à modeler, enfiler des perles, etc.

La mère de Jean ne semble pas assez limitante au vu des besoins spécifiques de ce petit garçon. Elle ne permet pas à Jean de mettre du sens sur l'interdit car elle n'incarne pas l'autorité dans ses rappels à l'ordre. Elle peut rire des bêtises de son fils alors même que nous lui faisons une remarque et elle prend un ton doux pour sermonner. Elle peut le laisser aller ouvrir toutes les portes, interrompant les séances des autres enfants, sans réagir physiquement ou verbalement. Ce comportement de la mère est toujours autant présent malgré des reprises régulières des professionnelles dans le cadre d'un accompagnement à la parentalité. Avec les problématiques de Jean, nous abordons également la nécessité de l'investissement des parents dans la prise en charge et de leur intérêt pour ce qui est proposé à l'enfant afin qu'eux aussi puissent s'en imprégner. Pour certains enfants, les séances ne suffisent pas si leur environnement quotidien n'est pas quelque peu modifié. De plus, le peu de prise en charge dont Jean bénéficie ne suffit pas à compenser totalement son défaut de contenance. Néanmoins, il aide à limiter l'aggravation des troubles du comportement et offre un cadre sécurisé durant la thérapie psychomotrice.

En étant suffisamment contenant et limitant dans nos interactions avec Jean, nous faisons office de fonction de pare-excitation. Nous cherchons à apaiser ses excitations internes par une nouvelle enveloppe s'ajustant en permanence. Le cadre thérapeutique devient un moyen de protection pour le patient comme pour nous contre les excitations internes de Jean et de celles venant de l'environnement.

Ce cas clinique est révélateur de la nécessité d'intégrer la bisexualité des fonctions thérapeutiques de contenance et de limite¹⁵ mais aussi d'exercer quotidiennement le pluralisme des valeurs morales, équilibre entre « prendre soin » et « être juste » afin de pouvoir s'adapter au mieux aux besoins de Jean et d'être pare-excitant.

II- Fonctions thérapeutique dans la problématique d'interaction de Kéba

Mon deuxième cas clinique provient de mon stage d'apprentissage en libéral. Malgré sa courte durée pour cause de conditions exceptionnelles, il m'a permis de me

¹⁵ Cf. Supra III) C) 1) Fonctions thérapeutiques bisexuées, p. 29

questionner sur le genre en psychomotricité auprès d'un psychomotricien au contact de jeunes enfants.

A) Cadre du stage en libéral

Le cabinet libéral où j'effectue mon stage depuis janvier 2020 est composé de cinq psychomotricien·nes. Ils reçoivent des patient·es de tous âges, même si la majorité sont des enfants, sous prescription médicale. La prise en charge de ces malades peut donc avoir été indiquée par leur médecin généraliste ou bien par le médecin d'un établissement où ils sont déjà pris en charge comme un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce ou un Centre Médico-Psychologique.

Lorsque les personnes sont orientées vers un suivi en psychomotricité au cabinet, le ou la psychomotricien·ne réalise un bilan composé d'un entretien préliminaire ainsi que de deux à trois séances d'évaluation psychomotrice suivies d'un rendez-vous de restitution. Les psychomotricien·nes demandent des examens complémentaires, font un travail de lien et de relais avec les autres spécialistes, prennent en compte les difficultés scolaires de l'enfant dans son contexte global et peuvent réorienter les familles. Ces professionnel·les peuvent aussi avoir un rôle de conseil et de guidance parentale afin de répondre aux inquiétudes des parents parfois perdus et démunis. Leur sollicitation par les familles à propos des orientations proposées par l'école ou par les établissements médico-sociaux est donc fréquente.

Pour certaines familles, des aides financières en libéral sont possibles : allocations de la Caisse d'Allocations Familiales, prise en charge complète ou partielle des honoraires par certaines mutuelles ou bien par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Néanmoins, il arrive parfois que les parents assument l'entièreté des frais. Nous remarquons donc qu'en libéral, les parents sont très investis dans la santé de leur enfant.

B) Parcours de vie et de soin de Kéba

Anamnèse

Kéba B. est le premier enfant de la famille, né dans un contexte conflictuel entre ses parents. Sa mère se disait très anxieuse pour cette première grossesse qui s'est

révélée être gémellaire. La perte du deuxième embryon autour de 8 semaines d'aménorrhée a considérablement augmenté l'anxiété de Madame B. qui s'est arrêtée de travailler. C'est dans cette situation que Kéba est né prématuré le 25/12/2015, à 34 semaines d'aménorrhée, par voix basse et sans complication. Dans les premiers instants post-natals, la mère dit ne pas avoir eu de grandes émotions. Elle décrit plutôt une sensation d'absence vis-à-vis de son bébé qui n'était pas en lien avec elle. Les troubles des interactions précoces ont été présents dès la naissance chez Kéba.

Concernant son développement psychomoteur, les acquisitions posturo-locomotrices semblent avoir eu lieu dans les tranches d'âge adaptées : assise à 9 mois, passage par le quatre-pattes avant une marche à 14 mois. Sur le plan alimentaire, la diversification a été difficile, particulièrement pour les morceaux que Kéba stockait dans ses joues. Il présente toujours une difficulté à la mastication notamment avec la viande. En ce qui concerne le sommeil, c'était un bébé qui dormait peu et pouvait beaucoup crier lorsqu'il était mis au lit. Il peut désormais dormir seul et son sommeil est de meilleure qualité. Kéba est resté à la maison, gardé par sa mère jusqu'à son entrée en petite section de maternelle l'année passée. L'école a accepté son inclusion même s'il n'était pas encore propre. La propreté est aujourd'hui acquise.

Il est orienté vers le cabinet libéral en juin 2019 pour un retard de développement psychomoteur avec un trouble des interactions par le Centre Médico-Psychologique où il consulte une fois par mois depuis. Les motifs de ses consultations sont un retard de langage, des conduites stéréotypées (comme une focalisation sur les chiffres) ainsi que de violentes crises de colère lorsqu'il est frustré. L'établissement d'un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA) est en cours.

Présentation générale : Physique et comportements

Kéba est un enfant de 4 ans lorsque je le rencontre en janvier 2020. Sa corpulence est normale et il semble plutôt inhibé sur les plans comportemental et relationnel lorsqu'il rencontre un étranger. Néanmoins, c'est un enfant d'approche aisée et doué de capacité à se lier. Il ne présente pas de difficulté de séparation. Il ne semble pas avoir de déficience intellectuelle. Il comprend les consignes simples, appelant une action directe de sa part.

Organisation sensorielle :

Concernant la sensibilité auditive, les bruits forts ou soudains ne perturbent pas spécialement Kéba, il peut même chercher leur source pour les produire lui-même. Cependant, les bruits extérieurs à la salle (passage du train) attirent anormalement son attention de manière envahissante car il en cherche la source par le regard et peut rester focalisé dessus.

La sensibilité vestibulaire de Kéba ne présente pas de particularités. Il supporte très bien les stimulations d'accélération ou de chute sans réaction tonique excessive. La vigilance et le tonus augmentent de manière cohérente avec ce type d'activité afin de se rattraper et d'éviter la chute.

Sur le plan tactile, au début de la prise en charge, le passage d'une balle à picot sur la surface du corps créait anormalement peu de réactions toniques. Kéba n'était pratiquement pas irrité comme le sont généralement les enfants de sa tranche d'âge lorsque la balle circule sur les zones plus sensibles comme les épaules ou le cou. Depuis, nous pouvons constater une évolution puisqu'il montre des réactions toniques sur les zones des cuisses et des pieds.

En ce qui concerne la sensibilité visuelle, Kéba n'est pas persécuté par le regard de l'autre et peu soutenir celui-ci, même si son regard peut être fuyant en dehors d'une interaction créée par un jeu. Il utilise les visions focale et périphérique de manière plutôt adaptée malgré des accrochages visuels parfois envahissants car perturbant son activité (train, miroir).

Tonus et posture :

Kéba présente un profil tonique disharmonieux : une hypotonie de fond avec une hyperlaxité et un tonus toujours actif qu'il ne peut résoudre. Lors des mobilisations passives, nous observons des contractions musculaires involontaires importantes pour son âge (paratonies de freinage et d'accompagnement) et des difficultés de relâchement musculaire complet des deux côtés. La sphère bucco-faciale est également touchée avec une protrusion de langue quasi constante, signe du manque de tonus qui lui permettrait de tenir son propre corps correctement. La fermeture des yeux provoque des crispations faciales importantes. Kéba présente un défaut de régulation tonique constaté notamment par un manque d'ajustement dans le portage. Il n'agit qu'à minima dans les jeux et interactions corporelles. Kéba se laisse

volontiers faire par les propositions et les situations, il ne cherche pas particulièrement à les éviter ou à les répéter.

Motricité : Equilibre, coordination, dissociation, praxies

Les coordinations dynamiques générales sont globalement fonctionnelles avec un recrutement tonique légèrement trop important. Sa motricité lui permet d'effectuer les parcours psychomoteurs proposés mais son hypotonie tend à lui faire emprunter les voies les plus aisées pour y parvenir. Il peut « tricher » pour faire moins d'effort, en s'aidant du sol lors des épreuves d'équilibre par exemple.

Il supporte la hauteur et le déséquilibre jusqu'à un certain point mais ne se trouve jamais paralysé ou bloqué par l'appréhension. L'appui d'une main tendue peut ainsi être utilisé pour stabiliser son organisation corporelle. L'équilibre souffre particulièrement du profil hypotonique et hyperlaxe de Kéba. Le déséquilibre est donc fréquent (surtout sur les activités amenant l'équilibre unipodal), même s'il sait se rattraper avant la chute. Par ailleurs, la chute est rapidement un élément de jeu pour Kéba dont le rapport au sol est encore nécessaire en tant qu'appui face à l'anxiété provoquée par les équilibres. Un effondrement presque systématique était d'ailleurs observé lorsqu'il faisait du toboggan en début de suivi.

Représentations corporelles : Image du corps et schéma corporel

Le schéma corporel est relativement bien structuré puisque Kéba peut reconstituer un puzzle du corps en identifiant correctement les différents éléments. Même s'il comprend la dénomination de certaines parties de l'hémicorps supérieur (bras, mains...), la connaissance de la partie inférieure n'est pas encore totalement intégrée. En ce qui concerne l'image du corps, nous pouvons émettre l'hypothèse que Kéba ne s'est pas encore approprié l'ensemble de son corps. Il semble persister notamment un clivage horizontal (entre le haut et le bas du corps) en défaveur de l'hémicorps inférieur, qui pourrait d'ailleurs être mis en lien avec la propreté acquise tardivement. La charnière du bassin semble en effet fragile, il lui est difficile de résoudre et de recruter de manière efficiente son tonus des jambes dans certaines positions. Cette idée reste cependant à nuancer puisqu'il arrive à sauter en ayant toute confiance en ses jambes. De plus, Kéba progresse lentement, son hémicorps inférieur se tonifiant petit à petit.

Motricité fine :

Sur le plan praxique, nous notons la possibilité de réaliser des coordinations bi-manuelles avec collaboration ou différenciation dans l'utilisation des deux mains. La motricité fine est correcte lui permettant d'effectuer des enfilages de grosses perles avec de bonnes capacités oculo-manuelles.

Espace :

La perception et la compréhension de la profondeur permettent à Kéba de reproduire un paysage avec des éléments à différents plans de profondeur sur un plateau. Les notions spatiales sont en cours d'acquisition : devant, derrière et à côté sont acquis.

Communication :

Malgré sa fuite du regard occasionnelle, il sait adresser son regard lorsque cela lui est nécessaire pour communiquer. Son langage est peu développé pour son âge et il ne s'exprime que très peu verbalement, si ce n'est que par des écholalies et les chiffres qu'il reconnaît et lit.

Jeu / symbolisme :

Lorsqu'il n'est pas sollicité, Kéba va spontanément se diriger vers les activités qu'il affectionne comme regarder des chiffres là où il peut en trouver (livres, jeux de société). Lorsqu'une activité lui est proposée, il est capable d'y rester, voire même de la relancer si elle est suspendue. Il peut ainsi relancer une balle à plusieurs reprises pour maintenir l'interaction.

Le jeu de Kéba paraît relativement pauvre, nous ne retrouvons ni jeu structuré, ni jeu spontané/imaginaire chez lui. Il s'est longtemps intéressé au bus qu'il faisait rouler, vidait et remplissait de ses personnages.

Le symbolisme s'est tardivement construit en parallèle des bases de structuration cognitive permettant ainsi à Kéba de répondre à des consignes faisant appel à une logique simple comme le classement, impossible auparavant.

Les jouets susceptibles d'être effrayants (type requin ou araignée) peuvent générer des réactions tonico-émotionnelles adaptées et non envahissantes. Certains peuvent l'amuser et lui donner envie de les manipuler alors que d'autres vont plutôt générer une crainte raisonnée et dépassable.

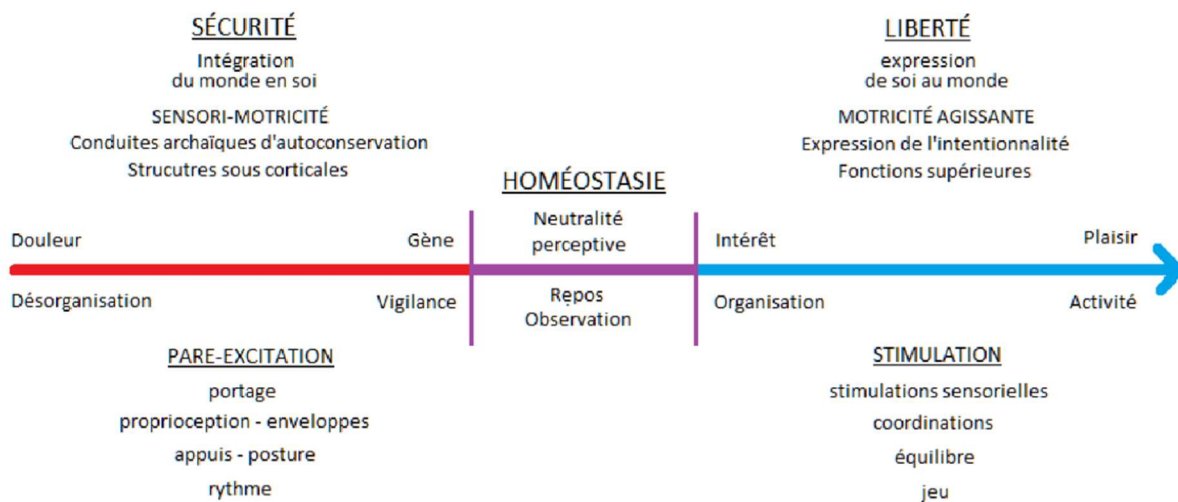
C) Relation thérapeutique dans le besoin d'autonomie

Kéba est un enfant assez intimidé par moi lorsque nous allons le chercher dans la salle d'attente, et ce même après plusieurs séances. Son aspect un peu timoré me donne l'impression qu'il n'est pas encore sécurisé dans notre relation. Cela me fait être assez précautionneuse.

Lors de la troisième séance, nous proposons, avec mon maître de stage, un travail d'équilibre avec la physioball. L'équilibre de Kéba étant précaire, c'est un item psychomoteur que nous travaillons régulièrement par des parcours moteurs ou par le biais de matériel de déséquilibre (physioball, demi-sphère). Dans un premier temps, je propose à Kéba de s'installer assis sur la physioball. Je lui fais ressentir le déséquilibre ainsi que le transfert de poids nécessaire pour se rééquilibrer en posant mes mains sur son bassin. Je verbalise ces sensations de transfert d'appui du corps pour que Kéba puisse comprendre comment retrouver son équilibre. Ne le déséquilibrant pas jusqu'à la chute, je suis là dans une démarche plutôt enveloppante et contenant qui relève de la fonction dite « maternelle » de protection. Néanmoins, Kéba reste très passif et ne cherche pas de lui-même à se rééquilibrer en jouant de son poids. Nous réitérons le même exercice sur le ventre et il reste peu investi avec peu de réactions parachutes des membres. Mon maître de stage prend ensuite la main. En provoquant des déséquilibres plus importants tout en sécurisant Kéba d'une main dans le dos, il lui permet d'être plus actif. Il bouge davantage, verbalise ses chutes et essaie de se rattraper. Sa démarche plus stimulante favorise un travail sur les réactions parachutes tout en trouvant un plaisir dans la chute attendue, ce qui donne un enjeu à l'exercice.

Ce qui est particulièrement intéressant ici est l'évolution de la relation thérapeutique. Intuitivement, je ne sentais pas que ma relation à ce patient était suffisamment solide et construite pour qu'il me fasse assez confiance et qu'il se sente en sécurité si je l'emmenais plus loin dans ses difficultés. Mon maître de stage s'est, quant à lui, permis de déséquilibrer davantage Kéba, connaissant les limites de sa sécurité interne. Si nous devons imaginer l'évolution de la relation thérapeutique en exposant les états par lesquels passe le patient, cela pourrait correspondre au schéma de M. Coutolleau présenté lors de son intervention sur les carences affectives (Coutolleau, 2019).

Carence, agitation et soin psychomoteur



Ce schéma représente le processus de construction narcissique par lequel passe l'enfant accompagné par la ou le thérapeute. Selon M. Coutolleau, cette évolution est basée sur l'intégration sensorielle et motrice afin d'aller vers l'épanouissement des capacités d'expression de soi. Les expériences proposées en séance de psychomotricité se situent, selon la capacité d'intégration sensori-motrice du sujet, sur une échelle allant de la douleur au plaisir et se traduisent par des comportements réactionnels plus ou moins organisés (entre désorganisation et activité). Le travail psychomoteur est alors orienté vers deux priorités successives en réponse aux besoins de la personne : la sécurisation et la liberté motrice.

Tout d'abord, la sécurisation par la fonction de pare-excitation¹⁶ permet de protéger l'enfant des informations trop intenses qu'il reçoit et qui peuvent saturer son système perceptif. L'adulte est alors une enveloppe suffisamment contenant, limitante et pare-excitante que l'enfant va pouvoir introjecter afin de construire ses capacités d'auto-régulation. Si l'enfant est en relation avec un adulte suffisamment sécurisant et enveloppant, il peut puiser dans cette fonction pare-excitante, cette sécurité introjectée pour organiser ses expériences irritantes et les rendre progressivement intégrables. La sécurisation va ainsi progressivement permettre le relâchement du niveau de vigilance et des conduites archaïques d'autoconservation et provoquer plus d'intérêt, voire de plaisir dans la rencontre avec les stimulations plus intenses.

Ensuite, lorsque la qualité de sécurisation est acquise, l'enfant va comprendre qu'il est en capacité d'intégrer ce que l'adulte de confiance lui propose, et ce même si c'est intense d'un point de vue de ses irritabilités sensorielles, pouvant activer parfois des angoisses. L'enfant s'autorisera alors plus d'initiatives et la liberté d'expression de soi va devenir possible dans une motricité agissante. Il expérimentera ainsi de lui-même des situations en autonomie même si elles sont irritantes. L'accompagnement en psychomotricité dans cette liberté d'expression portera plutôt du côté de la stimulation.

Si nous devons nous référer aux théories exposées précédemment sur les fonctions thérapeutiques, nous pourrions être assez dichotomique et dire que la fonction dite « maternelle » serait plutôt à gauche et la fonction dite « paternelle » plutôt à droite de ce schéma. Ainsi, la fonction « maternelle » est dans une position de prérequis par rapport à une autonomie et une liberté motrice dans laquelle la fonction « paternelle » va chercher à pousser les limites. En effectuant le parallèle entre les différentes propositions faites auprès de Kéba, nous constatons que je me trouvais dans une démarche enveloppante dite « maternelle » tandis que mon maître de stage penchait plutôt du côté de la stimulation dite « paternelle ». En effet, au vu de la sécurité déjà intégrée de Kéba dans sa relation à son psychomotricien, la réponse à ses besoins était plus de l'ordre du soutien dans l'expression de soi et l'autonomie. Il était donc nécessaire d'être dans un rapport très stimulant et ludique avec cet

¹⁶ Cf. *Supra* III) C) 1) Fonctions thérapeutiques bisexuées, p. 29

enfant, afin de lui permettre de gagner en autonomie. Nous avons pu remarquer que si nous sommes trop réactifs, nous ne laissons pas à Kéba l'espace nécessaire pour agir par lui-même et il restera donc passif. Nous retrouvons ici la théorie de F. Labrell sur les interactions précoces¹⁷ soumettant que l'engagement des parents dans des interactions physiques plus stimulantes favorise l'autonomisation. F. Labrell parle de stimulations déstabilisantes qui mettent l'enfant dans des situations « risquées » nécessitant une réaction spontanée. Les thérapeutes doivent également donner la possibilité à l'enfant de se restabiliser seul dans un cadre bienveillant. De mon côté, en cette troisième séance, je ne sentais pas que la relation avec Kéba était suffisamment construite pour être une assez bonne protection. Ma priorité était donc encore la sécurisation en passant par la fonction de pare-excitation jusqu'à être sûre de la sécurité interne de Kéba.

Même s'il est vrai que la sécurité précède la liberté dans ce schéma, il existe toujours une boucle de retour que je schématiserai ainsi :

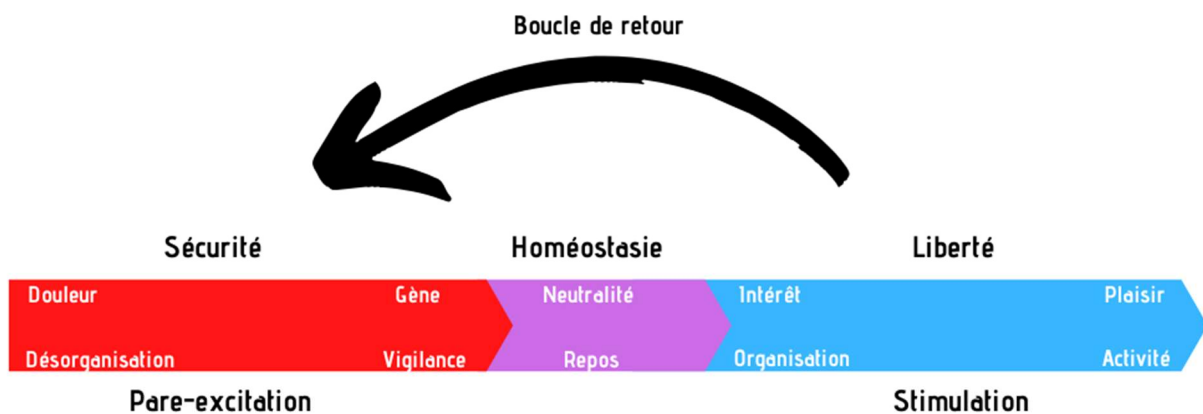


Schéma de la boucle de retour dans l'évolution de la prise en charge en psychomotricité

L'enfant, même après le processus de sécurisation, peut se sentir à un moment débordé par une expérience stimulante. Il va se retrouver en insécurité et il est alors important pour le ou la thérapeute de rétrograder et le rassurer en revenant au processus de sécurisation. Ce dernier est un prérequis qui reste toujours une base à laquelle l'enfant peut revenir. Cette boucle de retour concerne à la fois l'enfant et la posture de l'adulte. Ainsi, notre posture thérapeutique ne cesse d'osciller entre ces deux postures et ces deux réponses aux besoins fondamentaux. Nous pourrions

¹⁷ Cf. *Supra* IV) A) 2) Interactions père-bébé, p. 36

alors dire que les psychomotricien·nes s'ajustent sans arrêt au sujet en passant du pôle maternel au pôle paternel et vice versa. Ces schémas peuvent ainsi être une manière d'expliquer la malléabilité du cadre thérapeutique bisexué permettant à l'enfant d'intégrer, voire d'introjecter cet équilibre entre pôles paternel et maternel. L'ensemble de ces processus lui permet de se construire harmonieusement dans cette enveloppe malléable thérapeutique répondant à ses besoins.

L'intervention des psychomotricien·nes dans le processus de construction de l'enfant par l'épanouissement des capacités d'expression de soi ne correspond pas uniquement à la stimulation. En effet, cette dernière doit être elle-même jaugée afin de permettre la liberté du sujet. Au cours de la sixième séance, mon maître de stage me conseille d'en faire moins physiquement et verbalement afin de laisser la place à la spontanéité motrice et verbale de Kéba. A la séance suivante, j'ajuste donc ma posture et mes interventions afin d'être davantage dans l'observation de ce que Kéba exprime de lui-même quand je lui laisse l'espace nécessaire. Lors d'une activité d'enfilage, j'ai pu découvrir un enfant bien plus expressif, qui verbalisait ses actions ainsi que les éléments qu'il devait manipuler pour atteindre son but. Mon recul lui a permis également de se tromper et de pouvoir se rectifier seul ou avec indications succinctes de ma part. Nous pouvons encore une fois faire le lien avec la théorie de F. Labrell qui explique que l'autonomisation de l'enfant passe aussi par la résolution de problème seul avec des aides indirectes de son parent. L'adulte doit donc se poser comme un conseiller ou un démonstrateur mais ne doit pas effectuer les tâches à la place de l'enfant. Il doit lui permettre d'atteindre ses objectifs dans un cadre sécurisé. Ces formes d'interaction aident alors à une meilleure structuration cognitive et émotionnelle.

Partie 3 : Discussion

I- Questionnement sur mon ressenti de la disparité en Psychomotricité

Après cet exposé théorico-clinique sur le sujet du genre en psychomotricité, il me paraît intéressant de revenir sur le point de départ de ma réflexion sur le sujet. Mes interrogations étaient-elles légitimes ? Afin de répondre à cette problématique, je parlerai ici de mes prédispositions personnelles dues à mon cadre familial ainsi que de la remise en question du manque de parité que j'ai ressenti durant mes années de formation en psychomotricité. J'interrogerai également les autres étudiants pour ouvrir ma réflexion aux avis divergents.

A) La parité dans mon histoire personnelle

Unique fille de ma fratrie, je me suis imprégnée de la question de la place du genre dans la famille dès mon enfance. En effet, la parité entre mes frères et moi-même a pu souvent être source de questionnement et de discussion familiale. Parler d'égalité, c'est aussi parler de la place que nous devons faire à chacun et que chacun doit trouver en prenant en compte nos différences d'âge, de genre, d'expérience, d'idéologie, etc.

Je me suis construite dans une famille majoritairement masculine et je ne partageais des relations fraternelles qu'avec des garçons. Ainsi, quand il s'est agi de me construire professionnellement dans mes études, le contact et les apprentissages auprès de membres masculins m'a manqué. En effet, travailler le relationnel, le jeu et le contact avec un groupe 100% féminin alors même que j'avais grandi dans des relations le plus souvent masculines a, sans doute, influencé mes ressentis durant les études de psychomotricité et mon attention particulière à la disparité entre homme et femme dans ce cursus.

B) La disparité en études de psychomotricité

1) Mes premières impressions en début de cursus

Surprise par la proportion d'hommes et de femmes dans ma promotion à ma première rentrée, j'ai eu tout de suite une attention particulière à la place faite aux hommes dans nos études. Et force était de constater qu'en première année les hommes sont très effacés au sein même de nos cours théoriques. Cette année étant consacrée à l'apprentissage du développement psychomoteur de l'enfant sans pathologie, nous étudions aussi les interactions précoces et les fonctions des parents dans le développement de leur enfant. A ma grande surprise, nous parlions presque uniquement de la mère.

Cet étonnement a suscité chez moi des interrogations : pourquoi la place du père dans le développement de son enfant se résume à une diapositive dans un cours d'une année entière ? Je me suis ensuite demandée comment pouvaient se sentir les hommes de ma promotion face à ce constat. En effet, des femmes étudiant la fonction maternelle pouvaient imaginer ce que cela pouvait être et même s'identifier. Mais les hommes, comment percevaient-ils ces théories ? Délaisser la place des pères dans le développement psychomoteur de l'enfant ne pouvait-il pas être perçu comme un oubli de ces étudiants masculins également ?

Il n'était d'ailleurs pas rare que nos professeur·res fassent des lapsus en accordant les adjectifs au féminin en parlant de l'ensemble des élèves de la promotion. Ne sont-ils pas des lapsus révélateurs du manque de place faite à cette minorité d'hommes en études de psychomotricité ?

Sensible à ces questions, je me mettais souvent à la place des étudiants masculins en supposant que ce manque de reconnaissance de leur présence devait parfois être source de frustration. Néanmoins, ne pouvant pas m'appuyer sur mes uniques ressentis, je suis allée interroger d'autres élèves de ma promotion, homme comme femme, afin de m'ouvrir à d'autres perceptions, similaires ou différentes. Leurs discours seront donc introduits tout au long de cette partie sur les études en psychomotricité.

2) Importance accordée à la mixité en pratique

Durant les trois ans d'études en psychomotricité, une chose m'a donc particulièrement marqué : le manque d'étudiants masculins.

Durant son enquête en 2003, J. Letenneur a relevé la représentation des hommes et des femmes dans les études de psychomotricité à l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de la Pitié Salpêtrière de 1986 à 2003 (Voir Annexe III). En 2020, j'ai pu compléter et comparer ses données en ajoutant celles des 1^e, 2^e et 3^e années de cette même école de 2015 à 2020 (Voir Annexe IV). Dans l'enquête de J. Letenneur, nous notons une moyenne de 8,55% d'étudiants masculins en 1^e année, 8,85% en 2^e année et 8,80% en 3^e année entre 1986 et 2003. Sur les 5 dernières années, ces moyennes d'étudiants masculins ont baissé à 5,38% en 1^e année, 6,06% en 2^e année et 6,32% en 3^e année. En effet, les effectifs totaux des promotions ayant augmentés sans que la proportion d'étudiants masculins ne se soit amplifiée, les pourcentages ont baissé d'environ 2%. A l'IFP de la Pitié-Salpêtrière, la promotion de 1^e année de 1997 présente le nombre maximum d'hommes, avec 18 étudiants (les deux enquêtes confondues), tandis que le nombre minimum de 4 étudiants a été relevé dans trois promotions récentes : les 1^e et 3^e années de 2019-2020 et la 2^e année de 2018-2019. Ainsi, force est de constater que la psychomotricité attire moins d'hommes qu'avant, en tout cas dans un des IFP avec les plus gros effectifs.

Ainsi, à 9 hommes sur une promotion de 148 en première année, avoir un garçon au sein de son groupe de Travaux Dirigés (cours de pratiques psychomotrices) relevait pour moi d'une chance. Durant mes deux premières années, je n'ai pas fait partie d'un groupe mixte et cela me manquait.

Pourquoi un manque ? Outre la particularité de mon schéma familial personnel, il me semble important d'avoir un cadre d'apprentissage mixte. En tant que futur-es psychomotricien-nes, nous serons amenés à utiliser les aspects théoriques et pratiques de notre formation en tissant des liens avec la clinique. D'après le décret n°88-659 du 6 mai 1988, cette clinique est représentée par de multiples troubles du développement psychomoteur, « *des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, [...] d'origine psychique ou physique* », sans différenciation de sexe de la personne soignée. Ainsi, les psychomotricien-nes sont

amenés à exercer leurs acquis de la formation auprès de sujets de tous âges, indépendamment de leur sexe. Il paraît donc fondamental de pouvoir, durant les études, pratiquer les différents aspects corporels de notre apprentissage (toucher, relaxation, médiation par le mouvement ...) auprès d'élèves féminins et masculins afin de constater l'ajustement relationnel nécessaire selon la différence de sexe et de toutes les autres variables qui font l'unicité de chaque personne. La question du toucher, par exemple, paraît essentielle et s'est forcément posée lors de mes entretiens avec les élèves masculins de ma promotion. En effet, la manière de toucher le corps d'autrui est toujours différente en fonction de qui il est, sa personnalité mais aussi sa manière d'aborder le genre de l'autre. Il me paraît donc important de pouvoir questionner cela en cours de pratique en étant au contact d'hommes et de femmes.

Un des élèves interrogés a constaté que de ne pas avoir d'homme dans son groupe peut être un manque, même en tant qu'homme lorsqu'il est le seul du groupe. En effet, les filles de ce groupe pouvaient, dans ce cas, bénéficier d'un apprentissage du toucher avec les deux genres, ce qui n'était pas le cas de l'unique garçon. Le tout n'est donc pas juste d'accéder à la mixité mais que chacun puisse la vivre en TD. Il faudrait pour cela davantage de parité dans ces études et comme nous l'avons vu, l'orientation professionnelle est influencée par la société dans laquelle nous vivons. Il n'est donc pas simple de tendre vers cette parité.

Il est aussi important de concevoir que les différences liées au genre et à l'injonction de la société sur la manière de le vivre entrent en ligne de compte en séance de psychomotricité. Ainsi, certaines pratiques psychomotrices semblent parfois à l'opposé des stéréotypes masculins, ce qui peut venir mettre en difficulté les hommes : par exemple l'expressivité du corps porté vers la danse, les propositions de travail autour de la légèreté, le jeu de faire semblant sur les émotions. Les étudiants ont pu me révéler que caricaturer ces modulations du corps étaient parfois leurs moyens de défense contre ces pratiques trop éloignées des caractéristiques qui leur sont imposés socialement. Nous constatons alors toute l'influence des mœurs de notre société. D'ailleurs, un des élèves de la promotion m'a expliqué être persuadé, en première année, qu'il existait un tonus masculin différent du tonus féminin, celui des hommes étant plus élevé. Avec le recul et les discussions en groupe de pratique, il a remis cette pensée sur le compte de l'injonction sociale sur les

hommes et leur physique : « ils doivent être forts, musclés, plus tendus, plus rigides, plus fermes » d'après cet élève. Ne pas être dans un groupe mixte peut nous faire passer à côté de ces réflexions fondamentales.

Les stages d'apprentissage nous permettent de nous former auprès des patient·es et des professionnel·les dans leur diversité. Mais, compte tenu du nombre de praticiens hommes, il n'est pas toujours évident de pouvoir effectuer un stage auprès de l'un d'entre eux et d'ouvrir des réflexions sur le genre. Il reste donc toujours intéressant de s'exercer d'avance au sein du cadre privilégié du TD dans un groupe mixte où chacun et chacune s'exprime sur ses ressentis et récolte ainsi la richesse des vécus. Ces vécus corporels seront parfois mis en lien avec le genre du sujet et la manière dont il le vit. Ainsi, la mixité nous permet d'expérimenter, en plus des différences liées à l'unicité de chaque camarade, les enjeux des interactions corporelles, toniques et émotionnelles propres à la complexité bio-psycho-sociale du genre.

3) Les ressentis des étudiants masculins

Il est question dans cette partie des ressentis des deux hommes avec qui je me suis entretenue concernant leurs perceptions des études, que ce soit en cours théoriques, pratiques ou encore en stage. Leurs propos ne peuvent être généralisés à l'ensemble des hommes de la promotion puisqu'il s'agit de vécus très subjectifs, néanmoins leurs témoignages offrent des éléments de réflexion sur la place qui leur est faite en psychomotricité.

Les deux étudiants interrogés n'ont, aux premiers abords, pas été dérangés par la proportion majoritairement féminine. Ils s'étaient habitués à cette répartition au cours de leurs précédentes années d'études. Cependant, l'un d'eux m'explique qu'il s'est senti plus souvent que les autres mis en position de dirigeant dans les activités proposées en cours pratique. Il a pu se questionner sur ce leadership plus facilement accordé aux hommes, comme si c'était dans leur nature. Pour autant, ça ne l'était pas pour lui et les enseignant·es lui imposaient souvent cette place. Il a eu souvent la sensation d'être sélectionné pour son genre. Aussi, pour ces deux garçons, il semble y avoir une attention particulière des professeur·es sur les garçons, que ce soit dans la place physique et verbale qui leur est faite mais aussi dans le regard porté sur eux.

Comme dit dans la partie précédente, la particularité des hommes en psychomotricité est leur opposition aux archétypes masculins et à l'injonction sociale bien que ces derniers les influencent quand même. Ainsi en pratique, les remarques de la professeure sur le manque de légèreté et de fluidité d'un des élèves interviewés a pu le heurter, comme un reproche de ce qui est naturellement masculin et que les hommes ne peuvent pas changer. Les deux hommes ont pu avoir le sentiment d'un désir des enseignantes de les modifier et de les assouplir, à côté d'une plus grande valorisation de la diversité féminine sans injonction.

II- Une disparité différente dans les services adultes

Ma réflexion théorico-clinique s'est attardée sur le domaine de la petite enfance puisqu'il s'agissait de ma clinique et du domaine où la disparité homme-femme est la plus flagrante. Le pourcentage de psychomotricien homme passe, en effet, de 10,5% tout secteur compris¹⁸ à 4,2% en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce¹⁹. Néanmoins, la psychomotricité concerne l'ensemble des spécialités médicales, de la néonatalité aux soins palliatifs et de la neurologie à la psychiatrie. Parmi ces différents domaines de la médecine dans lesquels la psychomotricité peut intervenir, certains sont moins sujets à la faible représentation des hommes. Parmi ceux-là, nous retrouvons notamment les services accueillant des adultes. Mon élaboration aurait-elle été différente et en serais-je venue aux mêmes questionnements, si mon terrain clinique avait été auprès d'adultes ?

Au cours de mes entretiens et discussions auprès de camarades de ma promotion, j'ai recueilli plusieurs témoignages m'indiquant que la disparité dont je parle ici, en psychomotricité, était moindre en psychiatrie adulte en particulier. Une camarade m'explique d'ailleurs que, dans son service pour cas particulièrement difficiles, l'équipe soignante (médecin, infirmier, psychomotricien, psychologue) est majoritairement masculine. Elle observe une organisation particulièrement stéréotypée entre les femmes et les hommes selon ce qu'ils représentent

¹⁸ Cf. *Supra*, II) C) 1) Etat des lieux de la psychomotricité aujourd'hui p. 19

¹⁹ Cf. *Infra*, Annexe II p. III

symboliquement. Les soignants masculins sont spontanément associés à la force nécessaire pour la contention et le contrôle des passages à l'acte.

Il est vrai que l'idée faite des qualités thérapeutiques nécessaires en psychiatrie adulte correspond davantage aux stéréotypes masculins que féminins. Ceci expliquerait donc ce renversement de la répartition homme-femme car nous nous doutons bien que l'intériorisation de ces stéréotypes par la majorité de la population influence à la fois l'orientation scolaire et professionnelle mais aussi les possibilités d'embauche et la reconnaissance des compétences d'une personne pour le métier qu'elle exerce. En effet, à cause de ces stéréotypes, nous octroyons des rôles sociaux différents pour les hommes et les femmes auxquels il convient de se conformer. « *En découlent de mêmes distributions dans les emplois exercés constituant la division sexuelle du travail.* » (Lagabrielle, 2016, p 144) Entretenir ces idéologies sociales, c'est aussi entretenir une frontière sexuée entre des métiers qualifiés de masculins ou de féminins qui n'a pas lieu d'être. Ainsi, il serait intéressant de réfléchir à ce même sujet du genre en psychomotricité dans les services adultes qui seraient révélateurs d'autres données.

Les éléments notamment différent entre la petite enfance et la psychiatrie adulte seraient que la question du genre se pose sous une autre perspective. Dans la petite enfance, ce sujet est abordé plutôt sous l'angle de la parentalité et des fonctions psychiques qualifiées de « maternelles » et « paternelles ». En service adulte, la relation thérapeutique est décalée plutôt sur le plan de la relation homme-femme. Nous partons de ce qui est déjà intégré par le sujet, c'est-à-dire les objets totaux « homme » et « femme ». Cette ouverture du sujet du genre en psychomotricité vers une clinique adulte pourrait d'ailleurs trouver son origine dans les rapports entre élèves en psychomotricité abordés plus haut. En effet, les étudiant-es sont des adultes et partagent donc des rapports homme-femme. L'étude de la mixité dans la formation en psychomotricité en devient d'autant plus intéressante.

III- Trouver ses fonctions thérapeutiques en stage

Dans cette partie, j'évoquerai les fonctions qui m'ont questionnées ou auxquelles j'ai dû m'exercer afin de combler mes manques au cours de ma construction

professionnelle. Comme disait C. Gilligan²⁰, les qualités de soin ne relèvent pas de l'inné mais plutôt d'une pratique quotidienne de ses compétences afin de les améliorer.

A) Entre contrainte et plaisir

Comme nous avons pu l'observer dans les schémas de la partie clinique²¹, le plaisir est un état recherché en psychomotricité. Néanmoins, le plaisir n'est pas un but en soi, ni un état à solliciter à tout prix. Le travail effectué en psychomotricité, même s'il est souvent amené de manière ludique, reste du travail et peut être contraignant pour le sujet dans la mesure où il est orienté vers l'amélioration de ses difficultés. J'ai pu ainsi me retrouver dans des situations déstabilisantes, au face à face avec le refus. Comment jauger entre contrainte et plaisir en séance de psychomotricité ? Comment contraindre les patient-es sans fragiliser la relation thérapeutique établie ? Au fil de mes apprentissages, j'ai pu trouver des éléments aidant le ou la patient-e à accepter la contrainte du travail psychomoteur.

Tout d'abord, l'explication à la personne de l'intérêt de l'exercice par rapport à ses difficultés est un bon moyen de lui rappeler pourquoi elle vient. Cela permet de réévoquer le cadre thérapeutique : « je suis une personne de confiance, présente pour t'aider à surmonter tes difficultés handicapantes dans un cadre sécurisé où il faut respecter les règles et les consignes ».

Ensuite, la contrainte passe par un apprentissage du plaisir différé. En effet, accepter cette contrainte et lutter contre ses difficultés dans le cadre d'un travail jusqu'à réussir donne un sentiment de satisfaction provoquant du plaisir. Différer le plaisir par des épreuves à franchir afin d'atteindre un but favorise le développement d'autres sentiments (intellectuels par exemple) à la manière de la sublimation des pulsions. Des difficultés dépassées vont donc sublimer le plaisir qui, sans les obstacles, est un simple plaisir immédiat.

²⁰ Cf. *Supra* III) B) 1) Qu'est-ce que l'éthique du *care*, p. 24

²¹ Cf. *Supra* II) C) Relation thérapeutique dans le besoin d'autonomie p. 61 et 63

Une dernière chose m'a aidée à accompagner mes patient·es dans la contrainte de ce que je proposais : la notion de récompense et de levier thérapeutique. Certains enfants sont fixés sur un objet, un jeu ou une certaine activité et ne veulent faire que ça, ce qui n'est pas possible pour avancer dans le suivi. Après investissement de ces activités pour comprendre l'intérêt de l'enfant, il m'a semblé nécessaire de les relayer à un second plan, comme des leviers d'intérêt de l'enfant. Ce seront des activités ressources permettant de le soulager après une activité plus contraignante. Par ailleurs, ces mêmes exercices difficiles pourront devenir des activités ressources, une fois maîtrisés grâce au travail effectué. Elles seront alors de bons appuis pour prouver à l'enfant qu'il peut réussir en persévérant.

B) La question du toucher en stage

Dans notre société, en tant qu'adulte, le toucher est associé à l'affection et semble avoir, pour beaucoup, un aspect érotique voire sexuel. Pourtant, la valeur thérapeutique du toucher n'est plus à prouver et ce dernier reste une dimension essentiel du soin. Le toucher peut être mal interprété et devenir alors une problématique pour les soignant·es et leurs patient·es.

Il est évident que les psychomotricien·nes doivent prêter attention à l'identité sexuée du corps, s'intéressant au corps de la personne dans sa globalité. La question se pose peut-être moins dans la prise en charge des enfants non puberts, pourtant ces réflexions me sont venues également dans ma clinique majoritairement infantile. Le corps comporte toujours une part d'intime à respecter quel que soit l'âge du sujet. Le toucher du corps n'est pas anodin, il est nécessaire de s'assurer du consentement de la personne. Sans qu'il soit sexualisé chez les jeunes enfants, il peut être perçu comme une intrusion de l'intimité voire même être érogène. Ainsi, considérant le toucher de certaines zones du corps (bassin, fesse) comme intrusif, je me contentais du contact des autres parties du corps. Il me semble aussi important d'écouter ce qui était, selon moi, la limite à l'intrusion dans la sphère intime de mes patient·es, bien que ce n'était peut-être pas leur impression. Néanmoins, je trouvais d'autres moyens de mobiliser ces zones que je ne touchais pas directement, en

favorisant les auto-massages ou bien les déplacements sur des ballons mous imprégnant toutes les formes du corps.

Il s'avère que le toucher peut-être plus ou moins bien perçu en fonction de notre genre par rapport à celui des malades. Certain·es accepteront plus facilement le contact d'un soignant et d'autres d'une soignante. Ces faits sont propres à la perception du toucher due à l'histoire de la personne, son orientation sexuelle et bien d'autres facteurs individuels. Il est essentiel d'en tenir compte car les patient·es restent sujets de la prise en charge et leur corps leur appartient. Le toucher, du fait de tout ce qu'il vient mettre en jeu, doit être amené à leur rythme. J'en reviens ici au processus de construction narcissique dans la relation thérapeutique commençant toujours par la sécurisation. La relation thérapeutique doit d'abord se former sur des bases de confiance, d'alliance thérapeutique et de sécurité.

C) La recherche de mon autorité

Au contact des patient·es durant mes stages, j'ai rapidement compris que mes facilités se portaient vers la douceur et la contenance. En effet, imposer un cadre limitant était une compétence à apprivoiser pour moi. J'ai donc dû pratiquer davantage ces compétences au sein de mon apprentissage. J'ai observé et pris exemple sur mes maîtres de stage, j'ai expérimenté durant les séances mais rares furent les fois où j'ai appris sur ces qualités du soin en cours pratiques et théoriques.

Les simples rappels de nos professeur·es sur l'importance du cadre ont pu certes susciter l'intérêt des élèves mais ils n'ont pas suffi pour que j'y trouve les ressources nécessaires à mon autorité. Je me suis longtemps questionnée sur la manière d'imposer les limites aux plus jeunes sans rompre l'alliance thérapeutique et aux adultes sans les infantiliser. Cette recherche de mon autorité sur mes différents terrains de stage a donc été une question importante au cours de cette dernière année d'études.

En stage, les maîtres de stage restent les garants principaux du cadre puisqu'ils sont les psychomotricien·nes en charge du patient. Ainsi, dans mon cas, ils imposaient

davantage les limites au début de la prise en charge puis laissent par la suite de plus en plus de place à mon autorité de stagiaire. C'était alors à moi de savoir à quel moment il était nécessaire de laisser faire ou de restaurer le cadre.

Par ailleurs, mon statut de stagiaire apporte des particularités à la figure d'autorité que j'incarne. Je suis étudiante, j'ai donc une posture de « non-sachant » qui est, certes, bénéfique pour l'établissement d'une relation de confiance mais moins pour imposer son autorité. De plus, je suis moi-même sous l'autorité de mon référent de stage et ainsi, son autorité primera toujours sur la mienne. Comme les autres corps de métier, j'incarne aussi un rôle d'autorité institutionnalisée. J'ai le devoir de faire respecter mes propres règles en séance tout comme le règlement intérieur de l'établissement.

J'ai particulièrement constaté le besoin de m'exercer pour gagner en autorité en deuxième année d'études de psychomotricité durant mon stage long d'apprentissage en SESSAD. Certains adolescents atteints de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité pouvaient être très agités et provocateurs en testant sans cesse les limites. Ces situations étaient très déstabilisantes mais m'ont permis de réfléchir sur ma posture. Néanmoins, il a fallu que j'apprenne à exercer mon autorité avec une autre population avant d'être à l'aise avec des adolescent·es testant beaucoup le cadre. Mon stage en CAMSP cette année, notamment auprès de Jean, m'a aidé à prendre progressivement de bonnes marques en matière d'autorité. J'ai pu comprendre que cette autorité devait aussi parfois être souple car nous ne pouvons exiger d'une personne très jeune ou atteinte de déficience intellectuelle importante qu'elle comprenne et applique toutes les règles sans écarts.

Il est désormais plus facile pour moi de trouver une autorité juste avec les différentes populations, notamment avec le groupe d'adolescent·es que j'accompagne à l'Institut Médico-Educatif depuis le début de l'année scolaire. J'ai pratiqué les différents outils à ma disposition pour limiter l'excitation que ce soit d'une personne du groupe thérapeutique ou bien celle du groupe entier. Ces réactions palliatives à l'excitation ont pu être l'isolement de l'individu submergé par l'excitation afin de lui permettre de se calmer mais aussi l'explication de pourquoi il ne pouvait pas avoir ce comportement. Dévier des exercices prévus pour amener des activités

obligeant la concentration, comme des jeux d'équilibre avec bâton, a pu aussi être une bonne stratégie face à une effervescence trop importante.

Dans toutes les situations, j'ai surtout appris qu'il faut remettre la personne comme sujet de la prise en charge, lui rappeler le motif de sa participation pour réanimer son investissement en respectant le cadre qui lui est imposé. L'idée est de créer une envie et une motivation dans ses séances. Pour le ou la thérapeute, il faut aussi accepter les oscillations des patient·es selon les spécificités de leur maladie et les aléas de leur vie personnelle.

IV- La relation thérapeutique : une rencontre entre deux personnes avant tout

Comme nous l'avons vu tout au long de cet écrit, il semble que la vision naturaliste prédomine dans l'attribution des qualités humaines aux femmes et aux hommes. En effet, les attributs octroyés de manière innée aux genres prennent le pas sur la vision constructiviste des compétences issues de l'apprentissage et de la formation. Dans les professions de soin, au fil de l'histoire de notre société, la place donnée aux compétences qui transforment une personne genrée par la société en professionnel·le de santé n'a pas été pas suffisante. C'est là tout l'impact de ce conditionnement socio-culturel sur la manière de voir le soin et les soignant·es au travers du genre.

Qu'est-ce qui, dans le soin, reste indépendant du genre ? Quels sont les principes organisateurs de la pratique psychomotrice communs aux femmes et aux hommes ?

L'ajustement relationnel en thérapie prend en compte l'individu dans sa globalité, comprenant certes le genre mais également tout un ensemble d'autres variables sur la sensibilité, la spécificité pathologique et l'histoire de la personne, entre autres. L'ajustement relationnel, l'indissociation du *care* et du *cure*, comme du corps et de l'esprit, ainsi que le respect de l'individualité de la personne semblent les principes organisateurs de la psychomotricité. L'ensemble des notions abordées auparavant et que nous savons dépendantes d'une pratique quotidienne accessible à tous doivent donc être perçues comme un tout. Le soin intègre toutes ces composantes de « prendre soin », de « faire des soins », de justice, de contenance, de limite, plutôt

que de les opposer en pôles. Les pratiques soignantes ne doivent jamais être réduites à une partie de ce qui fait le soin.

La place du genre en psychomotricité doit être un sujet d'étude, particulièrement pour remettre en question la notion même de genre dans le soin, c'est-à-dire le fait d'attribuer naturellement une partie des fonctions soignantes à un sexe. Dans une période où les réflexions autour des genres, des orientations sexuelles et de la transsexualité gagnent en notoriété, il paraît essentiel de ramener la relation thérapeutique à l'individualité de chacun et chacune, homme, femme, soignant·e, patient·e.

Conclusion

Historiquement, la division sexuée des rôles sociaux et du travail s'est révélée présente dès l'origine de l'humanité par l'attribution du « prendre soin » aux femmes et du « faire des soins » aux hommes influençant les pratiques soignantes tout au long de l'histoire. Dans ce contexte socialement biaisé du soin, la psychomotricité est fondée en 1974 par un homme et une femme, image d'une apparente parité qui n'est pas d'actualité. Le genre, selon qu'il soit féminin ou masculin, semble continuer à tenir une place précise dans le soin. Nous avons démontré, tout au long de cet écrit, que plutôt que d'alimenter l'opposition des pôles « féminin » et « masculin », il semble nécessaire de les penser comme un ensemble indissociable en intégrant le pluralisme des valeurs et la bisexualité psychique.

Afin de préciser les enjeux actuels des représentations genrées dans le soin, nous nous sommes attardés sur le domaine de la petite enfance. Aujourd'hui encore, la place des hommes auprès des jeunes enfants, que ce soit dans le cadre familial ou soignant, n'est pas dignement faite. Pourtant, grâce aux présentations cliniques de deux jeunes patients, nous avons démontré que nous présentons tous et toutes l'ensemble des ressources nécessaires pour être une personne harmonieusement équilibrée entre les composantes qualifiées (à tort) de « féminines » et « masculines ». Néanmoins, la population, toujours empreinte de ses idéologies parfois rétrogrades, a des difficultés à reconnaître les compétences masculines en petite enfance, domaine de disparité flagrante en psychomotricité.

Ces nouvelles manières de penser la division sexuée dans le soin remettent en question les attributs stéréotypés selon le genre. Dans notre société actuelle, il n'est plus concevable de soutenir ce conditionnement social du genre causant encore trop d'inégalités et de discriminations socio-professionnelles. Dans ce sens, la disparité manifeste entre les hommes et les femmes en psychomotricité ne peut correspondre aux nouvelles contestations sur le genre dans lesquelles la psychomotricité d'aujourd'hui et de demain doivent s'inscrire.

Cette étude du genre en psychomotricité doit pousser les portes d'autres secteurs d'activité comme la psychiatrie, la neurologie adulte ou encore les soins palliatifs, que ce soit en psychomotricité ou dans d'autres corps de métiers. Au-delà de la question de genre, il serait également intéressant de réfléchir à la place de l'individualité en tant que professionnel·le et d'exposer, plus largement que je ne l'ai fait, la construction des compétences professionnelles.

Bibliographie

- ❖ Bouszat, S. (2005). Psychiatries « transes-culturelles ». *Perspectives Psy*, 44(1), 14-30. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-1-page-14.htm>.
- ❖ Brugère, F. (2017). Le thème du care la voix des femmes. In *L'éthique du « care »* (p. 7-46). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- ❖ Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. doi:10.3917/cpc.017.0081.
- ❖ Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris : Interéditions.
- ❖ Coutolleau, M. (2019). *De la pouponnière à la famille d'accueil : Agitation réactionnelle aux carences affectives chez des enfants de 0 à 8 ans placés par l'Aide Sociale à l'Enfance* [Conférence]. 10^e Colloque de psychomotricité, Montesson.
- ❖ Département Genre, femmes et santé de l'OMS (2002). *Politique de l'OMS en matière de genre. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre sexes*. Consulté en décembre 2019 sur <https://www.who.int/gender/documents/policy/fr/>
- ❖ *Dictionnaire médicale de l'Académie de Médecine-version 2020*. Consulté le 4 janvier 2020 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=soin>
- ❖ Golse, B. (2000). La guerre du trois n'aura pas lieu. In M. Maury & M. Lamour, *Alliances autour du bébé. De la recherche à la clinique* (p. 201-210). Paris : PUF
- ❖ Golse, B. (2001). L'enfant excitable : Système pare-excitation, système pare-incipitation. *Enfances & Psy*, 14(2), 49-56. doi:10.3917/ep.014.0049.
- ❖ Golse, B. (2011). Les enjeux de la psychanalyse de l'enfant au regard de la théorie de l'après-coup. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1(1), 67-89. doi:10.3917/jpe.001.0067.

- ❖ Golse, B. (2019). *La parentalité au regard de la bisexualité psychique. Communication* [Conférence]. Colloque Parentalités contemporaines, Université Toulouse Jean Jaurès. https://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/la_parentalite_au_regard_de_la_bisexualite_psychique_bernard_golse.52859
- ❖ Grabot, D. (2000). Professionnalisation et état des lieux des psychomotriciens en France en 1999. *Evolutions psychomotrices*, 50(12), 218-224.
- ❖ Grabot, D. (2010). Deux cents ans d'histoire. In C. Potel, *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 19-42). 2015, X^e éd. Toulouse : Erès
- ❖ Guilmain, (1931). *Essai de tests moteurs pour enfants d'âge scolaire*. Paris
- ❖ Guilmain, (1935). *Fonctions psychomotrices et troubles du comportement : étude de tests psychomoteurs pour enfants d'âge scolaire*. Auxerre : impr. l'Universelle
- ❖ Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44(2), 103-121. doi:10.3917/lsdle.442.0103.
- ❖ Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, 28-29(1), 27-40. doi:10.3917/cont.028.0027.
- ❖ Houzel, D. (2002). Trois niveaux d'intégration de la bisexualité psychique. In *L'aube de la vie psychique*. Issy-les-Moulineaux : ESF
- ❖ Huerre, P. (2011). Les pères sont-ils des mères comme les autres ?. *Enfances & psy*, 50(1), 119-126. doi:10.3917/ep.050.0119.
- ❖ Labrell, F. (1995). Interactions père-bébé et incidences sur le développement cognitif précoce. In M. Robin, M., I. Casati, I. & D. Candilis-Huisman. *La construction des liens familiaux pendant la première enfance* (p. 147-166). Paris : PUF

- ❖ Lagabrielle, C. (2016). Promouvoir l'égalité hommes-femmes en milieux professionnels. In J-L. Bernaud. *Psychologie de la bientraitance professionnelle : Concepts, modèles et dispositifs* (p. 141-151). Paris : Dunod.
- ❖ Laugier, S., & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 37-38(2), 74-75. doi:10.3917/mult.037.0074.
- ❖ Le Breton, D. (1992). Domaines de recherches, 2 : Les imaginaires sociaux du corps. In *La sociologie du corps* (p. 75-95). 2016, IX^e éd. Paris : PUF
- ❖ Lefèvre, A. (2012). *100% Winnicott*. Paris : Eyrolles
- ❖ Letenneur, J. (2003). *La relation psychomotrice mise à mal. Engagement émotionnel du psychomotricien auprès des jeunes enfants handicapés en CAMSP*. Mémoire de Psychomotricité. Université Pierre et Marie Curie. Paris.
- ❖ Lointier, F., Gold, F., & Hascoet, J. (2013). Ethique du care et masculinité : l'exemple des hommes qui ont choisi la profession de « puéricultrice ». *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 85-91. doi:10.3917/rsi.115.0085.
- ❖ Mead, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*. 1991, Paris : Librairie Plon.
- ❖ Milner, M. (1977). Rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, 1979, 5-6, 841-874.
- ❖ Noël-Hureau, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17. doi:10.3917/rsi.122.0007.
- ❖ Pradelles de Latour, C-H. (2005). *Rites thérapeutiques dans une société matrilineaire : le gèrem des Père, Cameroun*. Paris : Karthala
- ❖ Robert-Ouvray, S. B. (2007). Les compétences paternelles. In *L'enfant tonique et sa mère* (p. 135-144). Paris : Desclée de Brouwer
- ❖ Rousillon, R. (2013). Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In Brun A. Chouvier B. Rousillon R. *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 41-69). Paris : Dunod

- ❖ Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 56, 148-151
- ❖ Wallon, H. (1954). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : PUF.

Annexes

Annexe I : « Résultats d'une enquête téléphonique effectuée les 20 et 21 janvier 2002, auprès de 18 CAMSP de la région parisienne et de Basse-Normandie »

(Letenneur, 2003, p 84)

Institution :	effectif			fonction du personnel masculin	nombre de psychomotriciens		
	total	H	F		total	H	F
A	17	2	15	ergothérapeute kinésithérapeute	2	0	2
B	18	1	17	psychologue	3	0	3
C	15	2	13	agent de service agent de service	0	0	0
D	23	5	18	directeur administratif directeur médical pédiatre psychothérapeute orthophoniste	3	0	3
E	9	1	8	pédiatre	2	0	2
F	12	2	10	pédopsychiatre directeur médical	2	0	2
G	18	0	18		4	0	4
H	13	3	10	pédiatre psychologue éducateur spécialisé	3	0	3
I	20	4	16	directeur administratif médecin psychologue agent de service	1	0	1
J	26	1	25	directeur médical	3	0	3
K	24	0	24		4	0	4
L	17	0	17		2	0	2
M	14	0	14		2	0	2
N	8	2	6	directeur médical directeur administratif	1	0	1
O	12	1	11	médecin ORL	1	0	1
P	16	3	13	directeur médical neuropédiatre psychomotricien	3	1	2
Q	10	2	8	médecin ORL directeur administratif	1	0	1
R	35	1	34	psychomotricien	1	1	0
total	307	30	277		38	2	36
moyenne	17,06	1,67	15,39		2,11	0,11	2,00

Ce tableau présente les résultats de l'enquête téléphonique réalisée par l'auteur, J. Letenneur, le 20 et 21 janvier 2002, auprès de 18 CAMSP de la région Parisienne et de Basse-Normandie afin de recueillir les effectifs masculins et féminins des personnels de CAMSP. Les questions posées auprès du secrétariat ou du responsable du personnel de l'institution étaient les suivantes :

- 1) Combien de personnes au total travaillent dans votre institution ?
- 2) Combien d'hommes travaillent dans votre institution ?
- 3) Quelles sont leurs fonctions ?
- 4) Combien y a-t-il de psychomotriciens ou psychomotriciennes ?
- 5) Combien y a-t-il d'hommes parmi eux ?

Annexe II : Résultats d'enquête téléphonique auprès de 22 CAMSP de la région
Parisienne sur les effectifs masculins et féminins en 2020

	Nombre total du personnel	Nombre d'hommes (pourcentage)	Professions des hommes en CAMSP	Nombre de psychomotricien (ne)s	Nombre de psychomotriciens hommes (pourcentage)
CAMSP 1	21	0 (0%)	/	5	0 (0%)
CAMSP 2	17	0 (0%)	/	3	0 (0%)
CAMSP 3	13	0 (0%)	/	3	0 (0%)
CAMSP 4	17	2 (11,7%)	Psychiatre et psychomotricien	4	1 (25%)
CAMSP 5	13	1 (7,7%)	Directeur	3	0 (0%)
CAMSP 6	14	0 (0%)	/	1	0 (0%)
CAMSP 7	19	0 (0%)	/	4	0 (0%)
CAMSP 8	20	0 (0%)	/	4	0 (0%)
CAMSP 9	13	1 (7,7%)	Psychologue	2	0 (0%)
CAMSP 10	20	2 (10%)	Psychomotricien et médecin	3	1 (33,3%)
CAMSP 11	24	1 (4,1%)	Psychologue	2	0 (0%)
CAMSP 12	20	0 (0%)	/	4	0 (0%)
CAMSP 13	28	2 (7,1%)	ASH, médecin directeur	5	0 (0%)
CAMSP 14	14	1 (7,1%)	Psychomotricien	2	1 (50%)
CAMSP 15	17	0 (0%)	/	4	0 (0%)
CAMSP 16	46	3 (6,5%)	2 ASH, un psychologue	3	0 (0%)
CAMSP 17	28	3 (10,7%)	Directeur, comptable, kinésithérapeute	3	0 (0%)
CAMSP 18	19	0 (0%)	/	4	0 (0%)
CAMSP 19	19	0 (0%)	/	3	0 (0%)
CAMSP 20	18	1 (5,5%)	Kinésithérapeute	3	0 (0%)
CAMSP 21	33	3 (9,1%)	Médecin directeur, médecin rééducateur fonctionnel, assistant social	4	0 (0%)
CAMSP 22	14	1 (7,1%)	Psychologue	2	0 (0%)
TOTAL	447	21 (4,7%)		71	3 (4,2%)
MOYENNE	20,31	0,95		3,22	0,13

Ce tableau présente les résultats de l'enquête téléphonique que j'ai réalisé en février 2020, auprès de 22 CAMSP de la région Parisienne. Les effectifs masculins et féminins du personnel en CAMSP y ont été récupéré grâce aux questions suivantes posées auprès du secrétariat ou du responsable du personnel de l'institution :

- 1) Combien de personnes au total travaillent dans votre institution ?
- 2) Combien d'hommes travaillent dans votre institution ?
- 3) Quelles sont leurs fonctions ?
- 4) Combien y a-t-il de psychomotricien(ne)s ?
- 5) Combien y a-t-il d'hommes parmi eux ?

Annexe III : « Effectifs masculins et féminins des étudiants suivant ou ayant suivi la formation de psychomotricité à la Pitié-Salpêtrière depuis 1986 » (Letenneur, 2003, p 83)

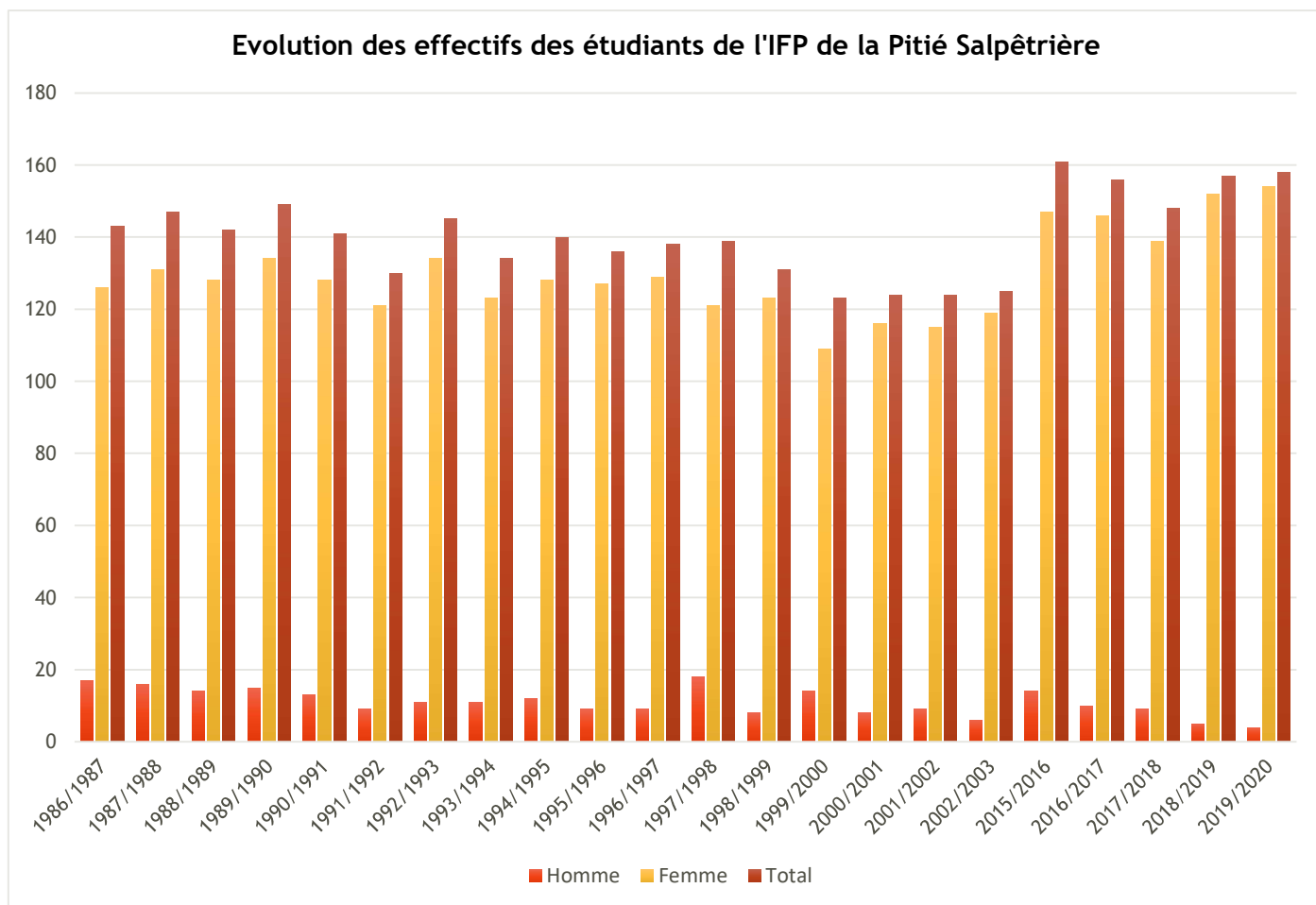
ANNEE UNIVERSITAIRE	1ère année				2ème année				3ème année			
	hommes	femmes	Total	%hommes	hommes	femmes	Total	%hommes	hommes	femmes	Total	%hommes
1986/1987	17	126	143	11,89%	11	85	96	11,46%	11	86	97	11,34%
1987/1988	16	131	147	10,88%	13	89	102	12,75%	12	94	106	11,32%
1988/1989	14	128	142	9,86%	9	88	97	9,28%	8	79	87	9,20%
1989/1990	15	134	149	10,07%	11	94	105	10,48%	8	92	100	8,00%
1990/1991	13	128	141	9,22%	11	104	115	9,57%	12	106	118	10,17%
1991/1992	9	121	130	6,92%	7	94	101	6,93%	9	95	104	8,65%
1992/1993	11	134	145	7,59%	9	110	119	7,56%	8	117	125	6,40%
1993/1994	11	123	134	8,21%	10	105	115	8,70%	11	105	116	9,48%
1994/1995	12	128	140	8,57%	12	112	124	9,68%	12	113	125	9,60%
1995/1996	9	127	136	6,62%	8	113	121	6,61%	9	114	123	7,32%
1996/1997	9	129	138	6,52%	6	107	113	5,31%	7	114	121	5,79%
1997/1998	18	121	139	12,95%	15	111	126	11,90%	15	111	126	11,90%
1998/1999	8	123	131	6,11%	8	116	124	6,45%	7	116	123	5,69%
1999/2000	14	109	123	11,38%	13	100	113	11,50%	12	103	115	10,43%
2000/2001	8	116	124	6,45%	8	116	124	6,45%	8	111	119	6,72%
2001/2002	9	115	124	7,26%	9	119	128	7,03%				
2002/2003	6	119	125	4,80%								
moyenne				8,55%				8,85%				8,80%

Annexe IV : Effectifs masculins et féminins des étudiants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière de 2015 à 2020.

Année universitaire 2019-2020			
	1ère Année	2ème Année	3ème Année
Nombre d'hommes	4/158	8/164	4/159
Nombre de Femmes	154/158	156/164	155/159
Pourcentage homme	2,53%	4,88%	2,52%
Pourcentage de femme	97,47%	95,12%	97,48%
Année universitaire 2018-2019			
	1ère Année	2ème Année	3ème Année
Nombre d'hommes	5/157	4/154	9/156
Nombre de Femmes	152/157	150/154	147/156
Pourcentage homme	3,18%	2,60%	5,77%
Pourcentage de femme	96,82%	97,40%	94,23%
Année universitaire 2017-2018			
	1ère Année	2ème Année	3ème Année
Nombre d'hommes	9/148	8/158	16/176
Nombre de Femmes	139/148	150/158	160/176
Pourcentage homme	6,08%	5,06%	9,09%
Pourcentage de femme	93,92%	94,94%	90,91%
Année universitaire 2016-2017			
	1ère Année	2ème Année	3ème Année
Nombre d'hommes	10/156	13/163	16/175
Nombre de Femmes	146/156	150/163	159/175
Pourcentage homme	6,41%	7,98%	9,14%
Pourcentage de femme	93,59%	92,02%	90,86%
Année universitaire 2015-2016			
	1ère Année	2ème Année	3ème Année
Nombre d'hommes	14/161	16/164	8/157
Nombre de Femmes	147/161	148/164	149/157
Pourcentage homme	8,70%	9,76%	5,10%
Pourcentage de femme	91,30%	90,24%	94,90%

Informations provenant du service scolarité de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Annexe V : Evolution graphique des effectifs des étudiants masculins et féminins de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière de 186 à 2003 et de 2015 à 2020.



Résumé

En retraçant l'histoire du soin depuis l'origine de l'humanité du point de vue de la division sexuée des rôles sociaux, ce mémoire questionne la faible représentation des hommes en psychomotricité. Au travers de différents exemples dans le domaine de la petite enfance, ce mémoire aborde la question du genre sous l'angle de la parentalité en discutant les attributs des pôles qualifiés de « maternel » et de « paternel ». Considérant que les adultes doivent intégrer une certaine bisexualité psychique et un pluralisme des valeurs éthiques entre deux polarités longtemps genrées, cet écrit amène à une différente manière de penser les fonctions des parents et des thérapeutes en tant qu'individu en construction.

Mots-clés : psychomotricité, genre, petite enfance, parentalité, limite, contenance

Abstract

By tracing the history of care since the origin of humanity from the point of view of the sexual division between social roles, this research calls the low representation of men in psychomotricity. Through various examples in early childhood, this research paper approaches the issue of gender from the angle of parenthood by discussing the attributes of the poles called “maternal” and “paternal”. Considering that adults must integrate a certain psychic bisexuality and a pluralism of ethical values between two polarities gendered for a long time, this study leads to a different way of thinking about the functions of parents and therapists as a person under construction.

Key Words : psychomotricity, gender, early childhood, parenthood, framing function, containment function