



HAL
open science

Suis-je mon propre outil de travail? : enquête sur les traces de l'engagement psychocorporel des psychomotricien-ne-s, pendant et après les séances

Pauline Poiré

► To cite this version:

Pauline Poiré. Suis-je mon propre outil de travail? : enquête sur les traces de l'engagement psychocorporel des psychomotricien-ne-s, pendant et après les séances. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944030

HAL Id: dumas-02944030

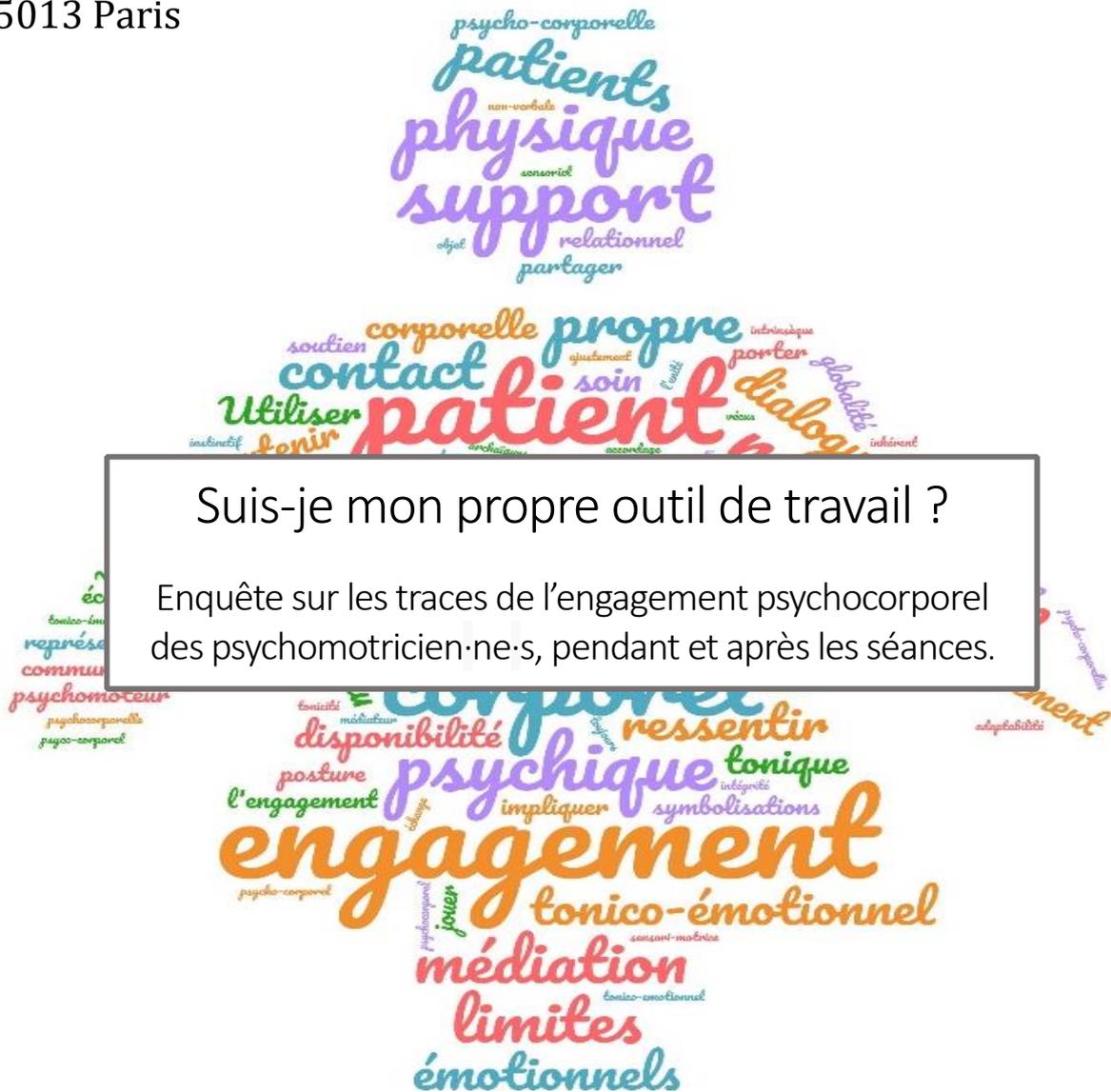
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944030>

Submitted on 21 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
75013 Paris



Mémoire présenté par Pauline Poiré
pour le Diplôme d'Etat de Psychomotricien·ne

Référentes de mémoire :

Alizée Lamouline et Audrey Poulet

Session Juin 2020

Remerciements

Je tiens à remercier

..... Les membres de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière. Merci pour votre accueil dans le monde de la psychomotricité, avec la volonté de transmission du savoir, savoir-faire et surtout savoir-être. J'adresse toute ma reconnaissance à l'IFP, pour m'avoir donné la précieuse chance de partir en échange universitaire pendant un an, au Canada.

..... L'Université de Montréal, au Québec. Un grand merci à l'ensemble des enseignant-e-s passionné-e-s. Mes remerciements s'adressent particulièrement à Marc Lemieux et Sophie Maffolini, dont les interventions incarnées ont inspiré le sujet de ce mémoire.

..... Ma famille, pour m'avoir soutenue dans ces « nouveaux départs ». Un merci particulier à ma mère, pour sa relecture attentive.

..... Le groupe 5 de ma première promotion, pour cette année si riche en belles rencontres. Une mention particulière à Marion et Mélody, pour nos révisions délicieuses. Un nouveau merci à Marion, pour tes relectures commentées !

..... Florian, pour le soutien imprévu et indispensable.

..... Louise. Merci pour ton accueil contenant dans ces conditions particulières, et pour ta présence pétillante.

..... Clémence, ma binôme d'aventures canadiennes et parisiennes. Merci pour tout.

..... Les équipes des structures qui m'ont accueillie, et surtout chacun et chacune de mes référent-e-s de stage. Merci de m'avoir transmis votre passion ! Avec des remerciements particuliers à ma maitre de stage actuelle, dans ce contexte singulier.

..... Les adultes et les enfants suivis en psychomotricité, rencontrés au cours de mes stages. Merci à vous, qui m'avez permis de tant apprendre.

..... Mes référentes de stage puis de mémoire : Alizée et Audrey. Un grand Merci pour les échanges si enrichissants, pour votre soutien, vos conseils et votre disponibilité.

..... Toutes et tous les psychomotricien-ne-s ayant répondu à cette enquête. Je vous remercie de m'avoir accordée votre temps. Vos réponses, partages et témoignages constituent le cœur de cette étude. Je les garde précieusement... en mémoire.

Table des matières

Introduction.....	10
Partie I – Le contexte de questionnement	12
A) Ma rencontre avec la psychomotricité	12
B) La naissance du questionnement, sur un autre continent	13
C) Le développement de ma réflexion.....	14
D) L’adolescence et la maturation de la problématique.....	15
Partie II – Les notions issues de la théorie	16
A) Les principes de base de la psychomotricité	16
1) Le développement psychomoteur.....	16
2) La thérapie psychomotrice	17
3) La subjectivité.....	17
B) Les outils théoriques de la réflexion clinique et les fonctions des psychomotricien·ne·s	18
1) Les notions théoriques issus de la psychanalyse	18
2) Les fonctions des psychomotricien·ne·s : de la « <i>préoccupation maternelle</i> » à la « <i>préoccupation soignante</i> »	22
3) Le schéma corporel et les images du corps	25
C) Les corps des psychomotricien·ne·s en fonction des cadres spatio-temporels : de la sphère professionnelle à la sphère personnelle ?	28
1) Espaces et identités : la séance de psychomotricité... et après ?.....	28
2) La notion de réciprocité transformatrice : l’hypothèse d’une continuité	29
3) L’engagement corporel en psychomotricité	30
4) Les corps des psychomotricien·ne·s : des « corps-outils » ?	34
Partie III – La méthodologie de recherche.....	36
A) Une enquête exploratoire	36
1) Les critères de participation.....	36
B) Les outils méthodologiques.....	37

1)	Une enquête, sous quelle forme ?.....	37
2)	Structure générale des deux outils méthodologiques.....	38
3)	Les types de questions.....	38
4)	Le pré-test.....	39
5)	La diffusion.....	39
C)	« L'impossible neutralité » d'un questionnaire.....	40
D)	La composition du sondage.....	40
E)	La composition du questionnaire.....	41
1)	Présentation générale du questionnaire.....	41
2)	Justifications et précisions méthodologiques.....	42
Partie IV - L'analyse des résultats.....		45
A)	Analyse générale des résultats du sondage et du questionnaire.....	45
1)	Les influences du temps de réponse et de l'intérêt pour le sujet, dans le choix de la modalité d'enquête.....	45
2)	La représentativité de cette recherche.....	45
3)	Les commentaires des répondant-e-s.....	46
B)	Les résultats et l'analyse du sondage.....	47
1)	Résultats et analyse synthétique du sondage.....	47
2)	Conclusion quant aux résultats du sondage.....	49
C)	Les résultats du questionnaire et leur analyse.....	50
1)	L'analyse des résultats du premier volet – Le profil des participant-e-s.....	50
2)	L'analyse du second volet - Le temps institutionnel.....	52
3)	L'analyse du troisième volet – Hors de l'espace-temps institutionnel.....	64
4)	L'analyse du quatrième volet - L'engagement dans la thérapie psychomotrice 68	
D)	Conclusion générale quant aux résultats du questionnaire.....	78
Partie V – Discussion.....		80
A)	Les difficultés et limites de cette enquête.....	80
1)	La critique du questionnaire après l'analyse des résultats.....	80
2)	La temporalité du mémoire de recherche.....	82
3)	La psychomotricité : une profession complexe à définir.....	83

B)	Le Corps-outil des psychomotricien·ne-s	85
1)	Retour sur la notion de « corps-outil » à la lumière des résultats du questionnaire	85
2)	Le corps des psychomotricien·ne-s : un corps médiateur ?	85
3)	L'analyse de ses propres ressentis : un outil spécifique à la psychomotricité	86
4)	Les psychomotricien·ne-s : au-delà d'un Corps comme instrument thérapeutique	87
C)	« Qui prend soin de qui prend soin ? »	88
1)	Pourquoi « prendre soin » des psychomotricien·ne s ?	88
2)	Comment les psychomotricien·ne-s prennent soin d'elles et eux-mêmes ?	90
	Conclusion	92
	Bibliographie	94
	Sitographie	99
	Annexes	I
I.	L'écriture inclusive	I
II.	Les commentaires des participant·e-s	II
III.	Les résultats du sondage	IV
III.	Les résultats du questionnaire	XIII
	Partie I – Votre profil	XIII
	Partie II - Le temps institutionnel : lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes enfants.	XV
	Partie III - En dehors du temps institutionnel	XXVI
	Partie IV – L'engagement de soi dans la thérapie psychomotrice	XXIX
IV.	Les trames du sondage et du questionnaire	XLII
A.	Le sondage	XLIII
B.	Le questionnaire	XLV
	Partie I – Profil	XLV
	Partie II - Le temps institutionnel : lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes enfants.	XLVII

Partie III – En dehors du temps institutionnel.	LIV
Partie IV – L’engagement de soi dans la thérapie psychomotrice	LV

Avant-propos

*« J'ai fait de plus loin que moi un voyage abracadabrant
il y a longtemps que je ne m'étais pas revu
me voici en moi comme un homme dans une maison
qui s'est faite en mon absence
je te salue, silence*

*je ne suis pas revenu pour revenir
je suis arrivé à ce qui commence »*

Gaston Miron, *L'homme rapaillé*.

(Citation inscrite sur un mur d'une rue de Montréal)

Précaution de lecture

Ce mémoire présente une enquête menée grâce à deux questionnaires. Les résultats de cette recherche sont illustrés en annexe, sous la forme de diagrammes et de tableaux.

Pour le confort des lecteurs et lectrices, il est conseillé d'enregistrer ce document numérique sous deux noms différents. Cela facilitera l'accès aux annexes en parallèle de la lecture.

Introduction

D'après Anne Gatecel et Françoise Giromini¹ (2015a), « *l'étudiant [en psychomotricité] utilise un objet singulier : son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre.* » (p. 442). La formulation « objet singulier » m'a interpellée. Elle fait écho à un principe souvent lu ou entendu, indiquant que le premier outil des psychomotricien·ne·s² est leur corps. Cette notion de « corps-outil » en psychomotricité est peu développée dans les écrits. Plus précisément, les effets de cette relation corporelle sont surtout analysés du côté des patient·e·s. D'autres publications concernent les différentes manières d'engager son corps en psychomotricité. La focalisation se fait plus rarement sur la façon dont les psychomotricien·ne·s vivent le fait de se servir d'elles et eux-mêmes, dans la relation thérapeutique.

Au cours de mes recherches théoriques, j'ai relevé trois périodes dans l'historique de certains écrits en psychomotricité. Les plus anciennes publications des revues *Thérapies psychomotrices et recherches* et *Evolutions psychomotrices* développent parfois ce sujet. Des articles sont consacrés à l'engagement corporel, du côté des psychomotricien·ne·s. Au fil du temps, les sujets de ces revues, et plus largement les ouvrages publiés, se tournent vers la clinique. Ils concernent alors, principalement, la sémiologie psychomotrice des patient·e·s ou l'emploi de médiations corporelles. Le vécu des psychomotricien·ne·s quant à leur engagement corporel n'est plus qu'effleuré. Quelques lignes ou paragraphes y sont consacrés.

Plus récemment, des mémoires rédigés par des étudiant·e·s en psychomotricité abordent à nouveau ce thème. Des ouvrages plus récents abordent plus longuement ce sujet, au cours de plusieurs chapitres ou de l'ensemble du livre. Par des conceptions théoriques, ces écrits abordent les ressentis des psychomotricien·ne·s, au sein de la pratique clinique.

¹ Jusqu'en 2010, Françoise Giromini était la directrice de l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de la Pitié-Salpêtrière. Anne Gatecel est l'actuelle directrice de cet IFP.

² Cf. *infra*, Annexe I - L'écriture inclusive, p. I. Ce mémoire est rédigé selon les règles de l'écriture inclusive. Le point médian permet d'accorder un mot selon les deux genres. Les raisons de ce choix sont détaillées en annexe.

Les effets de l'engagement corporel chez les psychomotricien·ne·s, hors du champ thérapeutique, sont très rarement abordés. Ce « manque » dans la littérature psychomotrice constitue un espace d'exploration et de théorisation à ce sujet. Ce mémoire de recherche propose d'aborder ce thème.

Les psychomotricien·ne·s engagent leur propre corps au quotidien, dans le faire-avec et l'être-avec les patient·e·s. L'engagement corporel est multiforme. Il est possible que ses effets chez les psychomotricien·ne·s le soient également. Afin de traiter ce sujet, un sondage et un questionnaire ont été élaborés. Ils ont été diffusés en janvier et février 2020. Ils sont destinés aux psychomotricien·ne·s Diplômé·e·s d'Etat exerçant en petite enfance, dans le champ de la thérapie psychomotrice. Le sondage propose une première exploration, générale, sur un large échantillon. Le questionnaire propose une enquête plus détaillée, explorant l'implication corporelle des psychomotricien·ne·s en séance, au regard de la notion de « corps-outil ». Ce mémoire est ainsi nourri par la participation de celles et ceux qui sont au cœur du sujet.

Cette recherche a pour objectif d'apporter des éléments de réflexions, quant aux retentissements de l'engagement corporel sur les psychomotricien·ne·s. Cette étude est guidée par la question suivante :

Lorsque le corps des professionnel·le·s est le principal instrument de travail : quelle(s) influence(s) sur l'organisation psychomotrice des psychomotricien·ne·s ?

Plusieurs questions sont sous-jacentes.

Quelles sont les caractéristiques du corps-outil en psychomotricité ?

Au sein des séances, qu'implique pour les psychomotricien·ne·s l'utilisation de leur propre corps, en tant qu'outil thérapeutique ?

En quoi cet engagement peut-il impacter les Sujets psychomotricien·ne·s, hors du cadre institutionnel ?

Un premier temps sera nécessaire, pour présenter le contexte de questionnement conduisant au choix de ce sujet. Les apports théoriques étayant ce mémoire seront présentés, avant de détailler la construction des deux outils méthodologiques. L'analyse des résultats sera suivie d'une discussion, reprenant les interrogations initiales à la lumière des réponses obtenues.

Partie I – Le contexte de questionnement

A) Ma rencontre avec la psychomotricité

Je commencerai par préciser le contexte d'élaboration de ce mémoire. A travers ces premières pages, je résumerai de manière chronologique les éléments qui ont déclenché et alimenté ma réflexion. Je reviendrai quelque peu en arrière pour en dérouler le fil. Je suis entrée à l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) avec curiosité, enthousiasme mais aussi interrogations. Au cours de mes trois années de formation, entrecoupées de neuf mois d'échange universitaire au Canada, mon cheminement a évolué. Une grande partie des rencontres et expériences de ces quatre dernières années a contribué à la réalisation de cette enquête.

Il m'a toujours semblé « normal » de porter attention aux autres. Je n'avais jamais réellement réfléchi aux raisons de cela. Je pense que j'y associais alors simplement des valeurs et des qualités qui me tenaient à cœur. Il s'agissait d'une sorte d'évidence. Il en a naturellement découlé le souhait d'exercer une profession dans le milieu du soin, avec la volonté de tenter d'aider les personnes en souffrance. Au fil de mes recherches, j'ai découvert une profession qui faisait écho à mes aspirations. « Prendre soin des autres », voilà l'un des élans internes conduisant à ma rencontre avec la psychomotricité. C'était une motivation logique, forte, mais aussi superficielle, au sens propre du terme. J'en ai interrogé la profondeur, les implications et les limites au cours de ma formation. Dans ce cadre professionnalisant et structuré, j'ai beaucoup appris : sur la psychomotricité, sur les autres, et sur moi-même.

Un travail écrit collectif mené en deuxième année a tracé les prémices de ce mémoire de recherche. Le sujet s'intitulait : « Qu'est-ce que la psychomotricité ? ». Au sein de mon groupe, nous ne savions jamais vraiment quoi répondre lorsque notre entourage nous posait cette question. Comment en raconter l'essence en quelques mots ? Lesquels choisir ? Nos définitions étaient constamment en mouvement, voire en déséquilibre. Nous avons proposé un questionnaire aux étudiant-e-s en psychomotricité des IFP français, afin d'interroger leurs propres définitions. De nombreuses réponses témoignaient de la difficulté à s'accorder sur une même explication, qui prendrait en compte la pluralité de la profession.

B) La naissance du questionnement, sur un autre continent

Au cours de l'année 2018-2019, j'ai effectué un échange universitaire au Canada. Celui-ci est possible grâce à un accord entre l'IFP de la Pitié-Salpêtrière et l'Université de Montréal (UdeM). Ce séjour québécois a multiplié mes réflexions : il n'y a actuellement pas d'école de psychomotricité au Canada. Les enseignements proposés à l'UdeM n'avaient donc pas de relation directe avec la psychomotricité. J'ai eu la chance de pouvoir choisir les cours que je souhaitais suivre. J'ai sélectionné des domaines variés, qui m'intéressaient et me permettaient de faire des liens avec la psychomotricité.

Un cours en particulier m'a marquée. C'est là qu'a débuté ma réflexion autour de ce sujet de mémoire. Cet enseignement, nommé *L'intervenant et la relation d'aide*, était proposé dans le cadre d'un Certificat. Il s'agit d'une formation d'un an qui peut être rapprochée du Diplôme Universitaire (D.U) français, en terme d'équivalence. Ce cours nous invitait à réfléchir à nos motivations profondes de devenir thérapeutes, ainsi qu'aux liens entre notre vie personnelle et notre vie professionnelle. Les propos du chargé de cours entraient en résonance avec mes propres questionnements. L'un des thèmes abordés, « Qui prend soin de qui prend soin ? », a été un élément déclencheur à l'élaboration de ce mémoire.

Le co-fondateur de ce cours, Christophe Gagnon, a écrit en 2005 un ouvrage intitulé *De la relation d'aide à la relation d'êtres : la réciprocité transformatrice*. La lecture de ce livre a apporté un cadre à ma pensée. L'auteur y développe ce qui, finalement, cristallisait toutes mes interrogations depuis le début de ces études. Il s'agit de l'éventuelle présence d'une porosité entre l'identité professionnelle et personnelle. Il me semblait particulièrement pertinent de la questionner dans le cadre de ma future profession, compte tenu de l'engagement corporel des psychomotricien-ne-s.

Une semaine avant mon retour en France, j'ai eu la chance de rencontrer Sophie Maffolini. Cette médecin de famille dans le Grand Nord, en Arctique, proposait une conférence inspirante sur le thème « Prendre soin de soi en tant que soignant ». J'ai alors eu la certitude d'avoir trouvé le sujet que je souhaitais approfondir, au cours de ma troisième année à l'Institut de Formation en Psychomotricité.

Au fil de cette formation et de mon cheminement personnel, j'ai dénoué certaines interrogations. D'autres semblaient hiérarchisées : une problématique très générale (Qu'est-ce que la psychomotricité ?) sous-tendait un ensemble de questionnements de plus en plus concrets et précis. L'une de ces grande questions s'est démarquée. Je me suis aperçue qu'elle résonnait depuis mon premier stage clinique, où j'avais pu suivre deux psychomotriciennes présentes sur la même unité. Je me suis rapidement aperçue que chacune exerçait d'une façon qui lui était personnelle. Lors de mes autres stages, j'avais souvent été étonnée par les multiples facettes de la pratique psychomotrice. Chaque personne que je rencontrais était « différente, mais pareille », dans l'exercice du métier auquel je me formais. Il ne s'agissait plus seulement de me demander « Comment prendre soin ? ». Je m'interrogeai aussi sur « Qui prend soin ? », « Qui sont les psychomotricien-ne-s ? ».

C) Le développement de ma réflexion

En avançant dans ma réflexion, je me suis souvenue de certains moments observés ou vécus lors de mes stages de première et deuxième année. La perspective de ce mémoire, avec les questionnements soulevés, leur a donné un nouvel éclairage. L'approche concrète, clinique et personnelle permise par les stages a été d'une grande richesse pour mon cheminement d'étudiante et de future professionnelle. De retour en France, j'ai effectué deux stages courts en juillet et en août 2019. Je ressentais le besoin de reprendre contact avec la pratique psychomotrice, avant de débiter ma troisième année de formation.

J'ai ainsi pu faire certains liens entre la clinique et les apprentissages issus de cette riche année québécoise. Une séance en particulier m'a marquée. Elle a suscité un échange avec l'une de mes référentes de stage, quant aux limites que l'on pose aux patient-e-s, particulièrement lorsque ce sont des enfants. Nous avons également évoqué l'engagement corporel lors des séances, ainsi que la notion de corps-outil. Cette discussion a considérablement nourri ma réflexion. J'ai pu lier mon cheminement, qui restait encore théorique et abstrait, à un exemple clinique concret. Ces questionnements s'étendent également à l'ensemble de la pratique psychomotrice.

D) L'adolescence et la maturation de la problématique

De manière générale, les stages que j'ai effectués ont représenté une partie fondamentale de ma formation en psychomotricité. L'enquête présentée ici est colorée par ces temps cliniques. Elle s'inspire de mes observations puis de mon implication corporelle, étayées par l'apprentissage auprès de mes référent·e·s de stage ainsi que par nos échanges. Ainsi, il m'a paru logique d'élaborer ce mémoire sur la base d'informations fournies par des psychomotricien·ne·s diplômé·e·s.

Mes réflexions me menaient régulièrement à une phrase souvent lue ou entendue dans le champ de la psychomotricité. Sous différentes formes lexicales, cet énoncé déclare que le corps des psychomotricien·ne·s est leur premier outil de travail. Cela m'avait longtemps paru évident. Mais en y portant plus attention, je me suis aperçue que cette notion m'interpellait, notamment au regard de la conception holistique de la psychomotricité. Je me suis également rendue compte qu'il m'était difficile de définir clairement ce qu'est l'engagement corporel. J'en avais une compréhension en quelque sorte instinctive, presque « corporelle », de ce qu'il en était dans la pratique. Cependant, dès que j'essayais de la mettre en mots, l'idée m'échappait et semblait devenir floue. L'engagement corporel étant pour moi une spécificité de la psychomotricité, cela participait à ma difficulté de définir mon futur métier. Plus j'y pensais, plus cela m'interrogeait. Selon les vers de Nicolas Boileau (1674) : « *Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément.* » (p.6). Il m'a alors paru logique de partir à la recherche de ce que je n'arrivais pas à expliquer, de ce qui semble tellement évident qu'on ne le questionne pas. Mes questionnements me semblaient aussi brièvement formulés que vastes : « Qu'est-ce que la psychomotricité ? » ; « Qui prend soin de qui prend soin ? ». Le mémoire de recherche constituait une modalité logique permettant la poursuite de ces réflexions, autour de notions inhérentes à la psychomotricité.

Il est d'abord nécessaire de formuler ces nombreuses interrogations, de prendre le temps de les explorer, de les manipuler. L'élaboration d'outils méthodologiques permet ensuite d'adresser ces questionnements à des psychomotricien·ne·s diplômé·e·s. Pour cela, la problématique doit être (dé)limitée, afin d'être traitée selon les modalités du mémoire et la temporalité de la troisième année de psychomotricité.

Partie II – Les notions issues de la théorie

Dans cette partie, je préciserai les concepts théoriques qui étayent cette recherche. Je définirai également les notions issues des résultats de l'enquête. Leur analyse sera effectuée dans une prochaine partie³. Tout comme dans la suite de ce mémoire, il a parfois été nécessaire d'isoler certains éléments, dans le but de les questionner. J'ai conscience que cette division est artificielle. Je ne pourrai retracer ici l'évolution historique de chaque concept, ni préciser ses différentes acceptions selon les auteurs. Les éléments développés ci-dessous serviront mon propos de la manière la plus directe possible.

A) Les principes de base de la psychomotricité

1) Le développement psychomoteur

La psychomotricité, comme son nom l'indique, prône une conception holistique de chaque être humain. Cette pensée moniste s'oppose à la philosophie dualiste, qui établit une distinction claire entre le corps et l'esprit. Le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (S.N.U.P) définit ainsi le développement psychomoteur :

[II] résulte des fonctions neurophysiologiques et de leur maturation en interaction avec le vécu affectif et le développement cognitif. Ainsi l'enfant chemine à chaque âge vers un équilibre psychomoteur sous l'effet des stimulations de son entourage affectif et social. Il s'agit là des fondements d'un développement qui ne cesse de se poursuivre et de se réajuster avec les expériences qui accompagnent l'adolescence, l'âge adulte et la sénescence. (SNUP, s.d.).

Dans un fonctionnement non pathologique, le développement n'est pas figé. Toute expérience vécue suppose un potentiel évolutif pour le sujet, à chaque instant de sa vie. Appréhendé dans son entièreté, le développement est multifactoriel. Les éléments sont reliés et s'influencent les uns et les autres. Ainsi, selon le psychomotricien, psychologue et psychanalyste Fabien Joly (dans Rodriguez, 2012) : « *La psychomotricité renvoie toujours, en dernière analyse, à l'expérience du corps en relation, du bon fonctionnement des fonctions instrumentales dans leurs colorations affectives, historiques et relationnelles.* » (p. 22).

³ Cf. *infra*, Partie IV – L'analyse des résultats, p. 45.

2) La thérapie psychomotrice

On retiendra donc le postulat suivant : le développement psychomoteur d'un individu est nourri et influencé, en continu, par toute expérience sensorimotrice, émotionnelle, relationnelle. C'est sur cette base que se construit la thérapie psychomotrice, en proposant une (re)mise en mouvement des personnes prises en soin. Selon Fabien Joly (2008), indépendamment de l'approche théorique ou du positionnement d'intervention, les thérapeutiques psychomotrices concernent :

la mise en jeu ludique et dans la relation du corps et de ses enjeux narcissiques et identificatoires, du corps dans sa globalité relationnelle et dans son lien à la vie psychique, comme dans l'exercice de ses fonctions instrumentales et cognitives, dans son rapport au monde autant affectif que cognitif et praxique, à la fois équipemental, intra-psychique et nécessairement inter-subjectif (p. 28).

La relation thérapeutique entre les psychomotricien-ne-s et les patient-e-s est au cœur de la psychomotricité. Il semble alors difficile d'envisager qu'un suivi psychomoteur puisse exclusivement influencer les destinataires de ce soin. Cela supposerait que les professionnel-le-s restent indifférent-e-s face à la rencontre ou la non-rencontre, lors des échanges ou des tentatives d'interactions avec les patient-e-s. Or « *la relation patient-thérapeute est tout sauf neutre, [elle] comporte une part d'implication non négligeable, même si elle se veut codifiée.* » (Boutinaud, Joly, Moyano & Rodriguez, 2014, p. 22-23).

3) La subjectivité

En psychomotricité, cette implication corporelle est active. Les psychomotricien-ne-s prennent part à ce qu'il se passe lors des séances, et en sont aussi imprégné-e-s. Elles et ils rééquilibrent constamment leur implication personnelle pour qu'elle reste professionnelle. Selon Catherine Potel (2015a), les psychomotricien-ne-s s'appuient sur leur « *propre expressivité corporelle et [leur] sensorialité* » (p. 59-60). De même, l'observation psychomotrice est colorée par la sensibilité des thérapeutes. L'évaluation psychomotrice peut parfois s'effectuer selon des critères ou des grilles pré-établies. La connaissance théorique apporte des éléments de compréhension sur la clinique. Mais surtout, les psychomotricien-ne-s sont impliqué-e-s par leurs regards sur la situation, et ce qu'elles et ils en ressentent. L'observation active des patient-e-s n'est pas neutre, elle engage la « *réceptivité polysensorielle* » (Potel, 2015, p. 62) des psychomotricien-ne-s.

A première vue, cette subjectivité va à l'encontre des critères scientifiques actuels. Cependant, le psychanalyste, anthropologue et membre fondateur de l'ethnopsychiatrie Georges Devereux (2012) exprime l'impossible neutralité dans les sciences du comportement. La présence et la position, même immobile, de l'observateur est impossible à neutraliser. Elle influence nécessairement le milieu. De plus, l'être humain ne peut rester neutre en observant d'autres êtres humains, qui plus est en interagissant avec eux. On peut se demander si le fait de s'engager corporellement et émotionnellement, lors des séances de psychomotricité, marque la façon dont les psychomotricien·ne·s investissent et se représentent leur propre corps. Inversement, cet engagement est-il, au moins en partie, tributaire de la question de la « *subjectivation, autrement dit de la manière dont nous nous approprions notre corps au regard de notre histoire* » ? (Rodriguez, 2016, p. 57).

B) Les outils théoriques de la réflexion clinique et les fonctions des psychomotricien·ne·s

1) Les notions théoriques issus de la psychanalyse

a) Le transfert et le contre-transfert

Accepter que l'émotion fasse partie de la relation psychomotrice appelle à se laisser « *questionner par les effets de la relation* » (Gaignon, 2005, p.143). Il est ainsi nécessaire de définir les notions de transfert et de contre-transfert, issues de la psychanalyse, tout en les adaptant au contexte du soin en psychomotricité.

Selon le Vocabulaire de la psychanalyse (1997) de Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, le transfert est défini ainsi :

Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué (p. 24).

Il s'agit donc des projections inconscientes d'un affect, autrefois vécu par l'analysant·e, sur le ou la psychanalyste.

Par analogie, le contre-transfert désigne les réactions inconscientes des psychanalystes en présence des patient-e-s, notamment en réponse à leur transfert.

Les éléments transféro-contre-transférentiels ne se manifestent pas uniquement dans le contexte de la thérapie psychanalytique. Cependant, il s'agit du seul cadre « *pensé pour favoriser et majorer leur émergence afin de les interpréter* » (Boutinaud, Joly, Moyano & Rodriguez, 2014, p. 26). Ces éléments existent ainsi lors des séances de psychomotricité, mais ne sont pas la source d'un travail spécifique. La psychiatre et psychanalyste Paula Heimann (1987) considère que « *la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient au sein de la situation analytique constitue son outil de travail le plus important.* » (p. 24). Ainsi, certaines de ces manifestations émotionnelles conscientes peuvent fournir des indications aux psychomotricien-ne-s.

b) Les identifications projectives et introjectives

Selon la psychanalyste Mélanie Klein (dans Bolgert, 2003), le conflit entre les pulsions de vie et de mort est déjà présent chez le bébé. Pour y survivre, il effectue un clivage. Il sépare le « bon » et le « mauvais » en lui et rejette les mauvaises parties dans l'objet, lui aussi clivé. C'est le processus d'identification projective. Ce dernier induit une déformation dans la manière dont les patient-e-s perçoivent les thérapeutes. Ceux-ci doivent alors être capables de recevoir ces projections. Je préciserai plus loin cette fonction de réceptacle.

Le contre-transfert des thérapeutes peut fournir des indices sur ce que vivent les patient-e-s, par l'identification introjective concordante. Ce terme désigne l'identification de l'analyste avec la manière dont le ou la patient-e se représente, à un temps précis (Bolgert, 2003, p.142). On peut effectuer un parallèle avec la psychomotricité. Pour adapter leur posture thérapeutique, les psychomotricien-ne-s utilisent leurs propres ressentis corporels. Une partie de ces derniers correspond à ce que les patient-e-s projettent en elles et eux. Par cette identification introjective concordante, les psychomotricien-ne-s se ressentent en partie « comme » l'enfant se ressent lui-même, en cet instant de la séance. La conscience et l'analyse de ces ressentis permet de s'approcher d'une compréhension du vécu des patient-e-s et de la situations clinique.

c) Le contre-transfert en psychomotricité : un contre-transfert corporel ?

Dans son ouvrage intitulé *Du contre-transfert corporel* (2015b), Catherine Potel développe l'hypothèse selon laquelle « *ce phénomène d'écho corporel et sensoriel qui se développe en nous constitue l'une des clés de compréhension du travail clinique* » (p. 21). On peut se questionner sur les effets que ces relations de proximités, d'échanges corporels et émotionnels produisent chez les psychomotricien-ne-s.

Catherine Potel (2015b) évoque le transfert des patient-e-s sur le psychomotricien: « *Le retour des affects originaires transférés sur sa personne produit en lui des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient « en propre » et dont l'autre part revient au patient.* » (p.115). On retrouve ici la notion d'identification introjective concordante. Pour Catherine Potel (2015b), le contre-transfert corporel « *associe, aux éprouvés « empathiques » émotionnels, les éprouvés sensoriels [du] thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient.* » (p. 36-37). Ceci évoque à nouveau la fonction alpha de Wilfred Bion, développé plus loin. Catherine Potel souligne l'importance d'une réflexivité sur cette part émotionnelle qui provient de soi-même, afin de la différencier des affects du patient.

Une part des éléments contre-transférentiels peut devenir accessible aux thérapeutes. La réflexion à posteriori permet d'élaborer sur ce qui a eu lieu et ce qui a été ressenti, en présence de la ou du patient-e. Il ne s'agit pas des affects du jour ou des préoccupations personnelles quotidiennes des psychomotricien-ne-s. Ce sont des sentiments qui n'auraient pas été ressentis en dehors de cette relation thérapeutique spécifique. C'est celle-ci qui suscite ces émotions contre-transférentielles. Pour Catherine Potel (2015b), « *le contre-transfert corporel n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute* » (p. 115) à la suite de ces ressentis. Ces derniers peuvent faire appel à la mémoire corporelle des thérapeutes, car ces éléments issus des interactions thérapeutiques ne sont pas sans résonances avec l'histoire personnelle des psychomotricien-ne-s.

Des composantes archaïques se développent dans la relation corporelle. Pour les intégrer, les psychomotricien-ne-s peuvent faire appel à des éléments tiers, comme l'apprentissage de techniques (Potel, 2015b). Une connaissance de soi-même est également nécessaire. Celle-ci concerne évidemment le plan corporel, « *mais, presque plus important encore, [le psychomotricien] doit s'intéresser à ses propres cheminements internes* » (Potel, 2015b, p. 38). Une attention doit être portée à la façon

dont les thérapeutes élaborent, à partir du vécu brut corporel, des représentations communicables par la parole. Le psychologue et psychomotricien Christian Ballouard (2006) écrit que « *cette analyse de l'activité prend des allures d'auto-observation avec toutes les difficultés que cela suppose* » (p. 29). Certains éléments ne seront pas accessibles, malgré une connaissance de soi-même et des intrications de son passé, et une lucidité sur ses propres forces et fragilités. De même que tout ce que renvoie le patient au thérapeute ne sera pas compris ou perçu, « *il existera toujours des points aveugles dans le domaine si sensible de la relation à un autre* » (Potel, 2015b, p. 115).

d) Du contre-transfert corporel au contre-transfert émotionnel

Pour la psychomotricienne et psychologue Susanne Robert-Ouvray, la relation thérapeutique et les processus transférentiels et contre-transférentiels « *exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs* » (2019). A propos de la notion de contre-transfert corporel (Potel, 2015b), elle souligne que ce « *contre-transfert tonique et sensoriel est un contre-transfert émotionnel.* » (Susanne Robert-Ouvray, 2019). D'après elle, les psychomotricien·ne·s prennent en considération ces notions psychanalytiques, mais interviennent à ce niveau selon leurs compétences. Celles-ci se situent dans la compréhension de leur propres ressentis et émotions en lien avec la situation thérapeutique.

La psychomotricité est issue de différentes disciplines, dont chacune fournit des éléments d'analyse intéressants et importants à réactualiser, pour alimenter la pratique clinique. Cependant, ces théories ne peuvent pas être appliquées telles hors de leur champ d'action initial, ni au sein d'une profession possédant des caractéristiques et des compétences propres. Ces modèles théoriques doivent être considérés avec une certaine distance, si l'on souhaite s'en inspirer dans un autre cadre. Le psychomotricien et psychologue Christian Ballouard (2008) souligne l'importance de « *questionner les modalités de transposition des concepts analytiques dans le champ de la psychomotricité* » (p. 25). Il rappelle que la psychomotricité « *favorise l'activité motrice, la sollicite* » (Ballouard, 2008, p.26), et que c'est en cela qu'elle est thérapeutique. La psychanalyse, cependant, « *se développe sur fond de suspension* » (Ballouard, 2008, p.26) de cette mise en mouvement des corps. Centrée sur la part inconsciente du psychisme, la parole y est centrale. Les compétences thérapeutiques des psychomotricien·ne·s se situent plutôt dans la communication corporelle, infraverbale.

2) Les fonctions des psychomotricien·ne·s : de la « *préoccupation maternelle* » à la « *préoccupation soignante* »

Sous le terme de « préoccupation maternelle primaire », le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott (1956) désigne l'attention extrême mais non-pathologique de la mère envers son bébé. Cet état nécessaire au développement psychique du bébé est transitoire.

Reprenant cette notion, le psychologue et psychanalyste Albert Ciccone (2014) évoque la « *préoccupation soignante primaire* » (p. 58). Le thérapeute doit « *assumer cette préoccupation tout en se dégageant de son attrait fusionnel* » (Potel, 2015a, p.123). Il s'agit d'éviter l'écueil du passage à l'acte. Ce dernier est défini par la Société Psychanalytique de Paris (Balier, s.d) comme la réalisation d'un acte pour remplacer le travail de mentalisation. Il est ainsi impulsif, irréfléchi, et n'est pas thérapeutique.

Dans la suite de cette partie, le terme objet est utilisé pour désigner autrui. L'objet externe désigne la personne réelle, l'objet interne en est la représentation psychique qu'un individu s'en fait. Le terme « mère » est employé en tant que synonyme de *caregiver*, défini par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby. La fonction de *caregiving* (c'est-à-dire « de prendre soin ») peut être assumée par le(s) parent(s) de l'enfant, ou d'autres membres de la famille. Les professionnel·le·s exerçant dans le milieu du soin ont un rôle de « *caregiver alternatif auprès de l'enfant, en lui apportant les soins nécessaires en complément ou en alternance avec un autre donneur de soin* » (Boyer-Vidal & Tereno, 2015, p. 88). Les termes « maternelle » ou « paternelle » ne sont pas liés au genre (masculin ou féminin). Ils sont utilisés au sens de « fonction maternelle » ou de « fonction paternelle ».

a) Les apports du holding et du handling de Donald Winnicott et du Moi-Peau de Didier Anzieu

En 1953, Donald W. Winnicott développe le concept de « mère suffisamment bonne » (« *good enough mother* »). Ce terme désigne l'ajustement maternel aux besoins de son bébé, de manière équilibrée : « *elle n'est ni trop longtemps absente, ni envahissante.* » (PrévotEAU, 2017, p.12). Pédiatre de formation, Donald Winnicott a longtemps observé les relations au sein de la dyade mère-enfant. Il a décrit les enchainements complexes d'ajustements corporels et psychiques de ce duo, à travers les concepts de *holding* et de *handling*.

Le terme *holding* (Winnicott, 1969) peut être traduit en français par « maintien » ou « portage ». Il désigne les soins maternels procurés à l'enfant.

Le *holding* concerne d'abord le plan physique : porter l'enfant dans les bras, le bercer. Des ajustements posturaux et des jeux de tensions sont nécessaires dans ce corps-à-corps, pour garantir la qualité du soutien et du confort de l'enfant. Un dialogue tonico-émotionnel peut alors s'installer.

Le *holding* a également une composante psychique. Celle-ci fait appel à la capacité d'attention et de présence de la mère, pour contenir les angoisses, interpréter et nommer les émotions de son enfant. Ceci fait écho à la fonction alpha théorisée par Wilfred Bion, définie dans la sous-partie suivante. La fonction de support psychique est exercée dans un premier temps de manière externe par le *caregiver* lors du *holding*. Ces contacts en peau-à-peau et les stimulations sensorielles participent au développement physique et psychique, ainsi qu'à l'individualisation de l'enfant.

Le *handling* concerne une dimension plus concrète et dynamique. Il concerne les soins corporels prodigués à l'enfant : le laver, le changer, l'habiller... (Winnicott, 1992). Ceux-ci impliquent des mobilisations du corps du nouveau-né, ainsi que des stimulations de la surface de sa peau. Celles-ci permettent au bébé de développer la conscience de ses limites corporelles ainsi que de son enveloppe.

S'il est « suffisamment bon », le *holding* participe à la constitution des repères corporels de l'enfant, ainsi qu'à son Moi-Peau. Théorisé par Didier Anzieu en 1985, le Moi-Peau est une représentation constituée par l'enfant au début de son développement, pour « se représenter lui-même, à partir de sa propre expérience de la surface de son corps » (Kaës, 2007, p. 16). Le Moi-Peau « fournit une fonction contenante au psychisme » (Cupa, 2006, p. 19). Cette représentation s'établit selon les trois fonctions de la peau. D'abord, elle est un « sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein » intégrés lors des expériences sensori-motrices et relationnelles du bébé. Deuxièmement, la peau est une « surface de séparation (interface) ». Elle délimite l'intérieur et l'extérieur, maintient les éléments externes au dehors et protège des intrusions. Enfin, la peau est un « lieu et un moyen majeur de communication » (Anzieu, 1985, p. 236), qui garde les traces des interactions.

Le toucher est ainsi nécessaire au développement psychomoteur du bébé. Les psychomotricien-ne-s sont souvent au contact de l'enfant, le sollicitant sur le plan tactile. Elles et ils lui fournissent un *holding* « suffisamment bon », par un ajustement tonique constant, pour le sécuriser et favoriser les interactions. La parole peut accompagner ces échanges, mais la dimension corporelle est centrale.

b) La fonction alpha de Wilfred Bion

Le psychanalyste et psychiatre Wilfred R. Bion (dans Bolgert, 2003) développe la notion d'identification projective exposée plus haut. Celle-ci suppose que l'objet dans lequel est projeté les éléments « mauvais » deviennent un contenant actif, permettant de transformer ces éléments reçus. Ces affects parfois agressifs ou violents sont nommés éléments bêta. Ces derniers vont être renvoyés à l'enfant sous une forme alpha, plus assimilables, grâce à la « *capacité de rêverie* » (Bolgert, 2003, p.142), aussi appelée fonction α . La mère « prête » ainsi son psychisme à son enfant, qui développera par la suite son propre « appareil à penser ». Les psychanalystes assument également cette fonction auprès des patient·e·s. Les éléments β sont acceptés par les thérapeutes à condition que ce qu'elles et ils ressentent, en recevant ces affects, soit tolérable. Autrement-dit, leurs contre-transferts doivent être supportables pour leur permettre d'assurer cette fonction d'accueil, de transformation et de retransmission. Les psychomotricien·ne·s sont susceptibles d'assurer cette fonction de contenance sur un plan plus corporel.

Le terme de « *corps réceptacle* » (Bergès, dans Utrilla, 1980, p.21) fait écho à la fonction contenante maternelle. Comme l'écrit Catherine Potel (2015a), « *tout comme la mère prête son corps en réponse aux besoins du bébé, le thérapeute va occuper la fonction de miroir, d'échoïsation ou de double* » (p. 123). Le corps des psychomotricien·ne·s semble ainsi se modeler en fonction des besoins de l'enfant.

c) Les psychomotricien·ne·s, des médiums malléables ?

D'après la psychomotricienne Denise Liotard (2010), « *avant d'être un technicien du corps, il importe que le psychomotricien soit un objet-thérapeute suffisamment souple, « malléable », confiant dans sa capacité à accompagner l'autre.* » (p. 61). Elle fait référence ici au concept de « médium malléable », que je définirai brièvement.

En 1955, la psychanalyste Marion Milner donne au mot « médium » la définition suivante : il s'agit d'une « *substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens* ». A la suite de ce terme, elle définit ce qu'est le « médium malléable ». Celui-ci peut concerner des objets concrets, « *la matérialité du cadre* » (Brun, 2010, p. 10). Il se rapporte également aux thérapeutes, par la modalité transférentielle.

A la suite de ces travaux, le psychanalyste René Roussillon (1991) décrit cinq caractéristiques de ce médium malléable : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et vie propre.

On peut s'interroger sur la façon dont les psychomotricien-ne-s vivent cette modalité d'engagement de leur propre corps, au service de la relation thérapeutique.

3) Le schéma corporel et les images du corps

Je résumerai ici le concept psychanalytique d'image du corps, qui connaît une pluralité des déclinaisons. Je commencerai d'abord par définir le schéma corporel, une notion distincte mais étroitement liée à l'image du corps.

a) Le schéma corporel

« *Le schéma corporel, dont le statut est d'ordre neurologique, peut être défini comme la représentation mentale, la connaissance au niveau spatial du corps en tant que matière organique dans son ensemble.* » (Boscaini, 2003, p. 120). Il est ainsi enrichi par l'apprentissage. Il est la base des repères spatio-temporels de l'individu, permet de s'orienter et rend possible les activités fonctionnelles. Le schéma corporel concerne la connaissance basale de l'anatomie et des fonctions corporelles, faisant abstraction du vécu. Pour la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto (1984), il est donc « *en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine* ». L'image du corps, en revanche, est plus personnelle.

b) L'image du corps selon Françoise Dolto

Selon Françoise Dolto (1984), l'image du corps est la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel. Elle « *concerne les fonctions corporelles dans leurs modalités expressives et communicatives* » (Boscaini, 2003, p. 120). Elle est donc éminemment individuelle, dépendante du vécu personnel. Lorsque l'environnement du sujet a été « *suffisamment bon* » (Winnicott, 1992), « *l'image du corps peut être « portée par » (ou « croisée au ») schéma corporel* » (Caut, 2000, p. 45). L'image du corps est en effet constituée de trois modalités, selon Françoise Dolto (1984).

L'image de base est la plus fragile, toute insécurité ou atteinte pouvant être fatale. Elle est reliée à la sensation d'exister et permet une « *mêmeté d'être* », autrement dit « *de se ressentir [...] dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui s'étoffe à partir de la naissance* » (Schauder, 2002, p. 62). Cela fait écho à la notion de « *sentiment de continuité d'existence* » de Donald Winnicott. L'auteur en développe les fondements en 1952 dans l'article *L'angoisse associée à l'insécurité*. Il y évoque la sensation du nourrisson de ne pas être « *suffisamment tenu* ». Donald Winnicott fait l'hypothèse que les soins précoces procurés au nourrisson, principalement le *holding*, « *permettent à l'enfant d'intégrer en un tout cohérent ses expériences et ainsi avoir un sentiment continu d'exister* » (Winnicott, dans Houzel, 2016).

Ensuite, l'image fonctionnelle correspond pour Françoise Dolto à l'identité. Elle est reliée au sentiment d'appartenance. L'image fonctionnelle « *vise à l'accomplissement du désir, ce qui passe par le fonctionnement du schéma corporel* » (Caut, 2000, p. 45).

Enfin, l'image érogène focalise les « *plaisirs ou déplaisirs* » (Caut, 2000, p. 45) dans la relation. Pour Françoise Dolto, elle représente l'identité sexuée. Elle est liée aux représentations affectives du corps et est associée à l'image fonctionnelle.

c) Les images du corps, selon Eric Pireyre

Dans l'ouvrage *Clinique de l'image du corps* (2015), Eric Pireyre reprend la définition de Françoise Dolto comme point de départ de sa réflexion. Il estime en revanche que certains aspects de l'image du corps sont peu développés, ou absents. Selon lui, l'image du corps « *ne peut être monolithique, c'est-à-dire faite d'un seul tenant* » (p. 47). Il la qualifie d'image « *composite* ». Il retient les trois sous-composantes théorisées par Françoise Dolto, sous le nom de continuité d'existence, identité, et identité sexuée. Il en considère six autres, qui sont : la peau (physique et psychique), la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale (ou la sensorialité), les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. Cette multi-dimension de l'image du corps actualise les connaissances théoriques sur cette notion complexe, au regard de l'expérience clinique d'Eric Pireyre en tant que psychomotricien.

Ces composantes peuvent être plus ou moins directement sollicitées chez les patient·e·s au cours de la thérapie psychomotrice, à travers les échanges relationnels, les propositions sensorielles, le toucher, le mouvement. On peut faire l'hypothèse que ces représentations affectives du corps, inconscientes, peuvent également être sollicitées chez les psychomotricien·ne·s, dans une moindre mesure. De façon générale les psychomotricien·ne·s sont investi·e·s sur le plan relationnel, lors de leurs temps de travail. Les composantes de l'image du corps sont mouvantes dans la relation. Les psychomotricien·ne·s s'impliquent par le biais du corps, dans une modalité tactile et une communication en partie infra-verbale. Par l'engagement corporel, l'empathie tonique, l'imitation, les psychomotricien·ne·s peuvent approcher à minima les éprouvés psychocorporels des personnes prises en soin. Les (dés)organisations psychomotrices de ces dernières peuvent-elles venir solliciter la structuration psychocorporelle des thérapeutes ? Si oui, quels impacts peuvent avoir ces ressentis, parfois inhabituels, chez les psychomotricien·ne·s ?

Catherine Potel (2015b) évoque le potentiel émotif de certaines expériences « *réactivant les traces contenues dans la mémoire du corps* » (p. 113). La mémoire corporelle représente la somme des vécus corporels, sensoriels, perceptifs, gardés inconsciemment en mémoire. Une expérience entraîne des sensations physiologiques internes, une émotion à laquelle est attribuée un sens particulier. Elle est ainsi interprétée, une croyance et un ressenti lui sont associés et mémorisés. Le corps psychomoteur est-il un vecteur des ressentis, un porteur de traces, du vécu en séance jusqu'à la vie personnelle ?

Cette recherche ne questionnera pas directement les psychomotricien·ne·s sur leurs images du corps, par définition inconscientes. Cependant, elles et ils pourront fournir des informations quant aux représentations de leur corps qui leurs sont accessibles. Par exemple, leur rapport à leur corps en situation professionnelle et personnelle pourra être interrogé.

C) Les corps des psychomotricien·ne·s en fonction des cadres spatio-temporels : de la sphère professionnelle à la sphère personnelle ?

1) Espaces et identités : la séance de psychomotricité... et après ?

L'espace et le temps sont des données incontournables de l'expérience humaine. Le dictionnaire Larousse définit l'espace comme une « *étendue infinie qui contient et entoure tous les objets.* » (s.d). Il s'agit également d'un « *domaine localisé dans lequel s'exercent certaines activités* » (Larousse en ligne, s.d). Les comportements des individus sont variables, en fonction des lieux et des caractéristiques qui leur sont attribués. Par exemple, le lieu de travail fait partie de l'espace professionnel, le domicile constitue un espace personnel.

Selon le Larousse, le temps est « *une notion fondamentale conçue dans un milieu infini, dans lequel se succèdent les évènements* » (s.d). Il est constitué de trois composantes majeures : l'ordre, la succession et la durée. Les activités quotidiennes d'une durée variables ont lieu dans un ordre défini et peuvent se succéder dans plusieurs espaces, selon différents rythmes. Dans chaque lieu, des évènements peuvent se dérouler. Le vécu d'un individu n'est pas clivé en fonction des espaces.

On peut s'interroger sur une éventuelle continuité du vécu au sein des séances sur l'espace personnel des psychomotricien·ne·s, une fois à domicile par exemple. Ceci évoque les notions d'identités personnelle et professionnelle. La pédopsychiatre Marie-Françoise Livoir-Petersen (2011) définit l'identité en ces termes :

C'est l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'une personne se considère comme une entité spécifique perçue comme telle par les autres. Subjectivement, l'identité est la conscience d'être soi et de rester le même individu tout au long de sa vie. [...] l'identité tend à désigner dans ce flux mouvant les éléments les plus stables et les plus intégrés de la conscience de soi [...]. C'est aussi un produit de la socialisation car elle naît des interactions.

Le terme d'identité peut également désigner des rôles que chacun incarne au cours de sa vie. Ainsi, « *l'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession* » (Gentili, 2005, p. 17).

D'après le psychologue Phillipe Claudon, « *la motricité corporelle, le processus de développement et les interactions (sociales, émotionnelles et affectives) [...] sont trois aspects d'une même entité que l'on résume sous le terme d'identité.* » (Boutinaud, 2016, p. 165). Cette triade est sollicitée au cours de la pratique psychomotrice. Les interactions, et leurs composantes émotionnelles, sont très présentes. Elles varient en fonction de chaque patient-e-s, au sein des séances qui se succèdent. La mise en mouvement du corps à également une grande place. Cette dernière définition suppose que l'identité puisse être interrogée en psychomotricité. L'engagement corporel des thérapeutes sollicite-il le corps des professionnel-le-s et, au moins en partie, le corps individuel ? On retrouve ici la question de la porosité entre l'identité de psychomotricien-ne et l'identité de non-clinicien-ne.

2) La notion de réciprocité transformatrice : l'hypothèse d'une continuité

Le cadre de la relation thérapeutique peut constituer un « rempart », contre un partage émotionnel potentiellement envahissant ou débordant. La recherche d'une distance thérapeutique pourrait être un moyen d'en modérer les effets et l'intensité. Une distance trop importante peut empêcher tout échange. Certains auteurs prennent le parti d'accepter cette composante relationnelle et émotionnelle, de l'étudier et de la théoriser. Ainsi, la psychologue Françoise Calicis (2017) indique que « *le soi du thérapeute est la somme du soi professionnel et du soi privé.* » (p. 143). Christophe Gagnon (2005), éducateur et titulaire d'une maîtrise en pratiques psychosociales, développe le concept de réciprocité transformatrice. L'auteur alerte contre les dangers d'une apparente neutralité, ou d'une recherche de stratégies pour éviter ou nier la possibilité d'être touché par l'Autre. Il considère que le thérapeute peut être amené à changer au cours de la relation avec les patient-e-s, grâce à la relation co-créée. Avec précaution, il intègre cette composante comme partie intégrante de l'accompagnement thérapeutique. Sa pratique clinique entrant en « conflit » avec ses connaissances théoriques, il a recherché une nouvelle façon de s'impliquer dans la relation d'aide : « *de l'importance de la bonne distance que l'on m'avait apprise à l'école, je me suis petit à petit tourné vers la recherche de la bonne proximité.* » (Gagnon, 2005, p.150).

Mireille Lauze (2000), psychomotricienne et psychanalyste, écrit que « *la rencontre contient l'acceptation du risque d'être changé par l'autre* » (p. 65). Est-ce que cette implication de soi-même pourrait provoquer des changements chez les psychomotricien-ne-s, en tant que thérapeutes mais également individus existant à part entière en dehors de cette profession ? Selon P. Bruxant (1988), « *parce qu'il met en jeu toutes les modalités de l'articulation psychosomatique, l'engagement corporel*

constitue à la fois le fondement, le pivot et aussi la principale difficulté de la formation personnelle » (p. 21). Et si, à chaque rencontre, les psychomotricien-ne-s sont susceptibles de « changer », comment accueillir ces mouvements, les accepter, les intégrer, sans se sentir désorienté ?

Les psychomotricien-ne-s sont ainsi impliqué-e-s à tous les niveaux, dans des interactions multimodales avec les patient-e-s. Cette implication corporelle suppose de travailler avec qui elles et ils sont. Selon Denise Liotard, « *dans notre pratique professionnelle où la relation à l'autre au niveau psychique et somatique est au premier plan, nous ne pouvons faire abstraction de notre personnalité, de nos émotions et donc de notre subjectivité* » (2010, p. 75).

3) L'engagement corporel en psychomotricité

a) Qu'est-ce que l'engagement corporel ?

En psychomotricité, cette implication se retrouve notamment dans la mise en mouvement du corps des thérapeutes. Elle a pour but de solliciter les patient-e-s sur le plan psychocorporel. Selon les mots de Denise Liotard (2010), « *la spécificité de l'approche en psychomotricité va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien.* » (p. 56). Les psychomotricien-ne-s sont impliqué-e-s dans une boucle relationnelle réciproque et accompagnent les patient-e-s dans les propositions. Pour Fabien Joly (2014), il s'agit d'une « *motricité ludique en relation* » ((Boutinaud, Joly, Moyano & Rodriguez, p. 234). Dans le même ouvrage, le terme « *d'implication conjointe* » (p. 26) est également employé.

Il est cependant difficile de trouver une définition plus précise ou concrète de l'engagement corporel. Il s'agit d'un allant de soi majeur de la profession. Autrement-dit, le terme d'engagement corporel est employé de manière implicite. Il peut être compréhensible par les psychomotricien-ne-s l'ayant expérimenté, vécu, au cours de leur pratique clinique. Il est moins aisé pour les non-psychomotricien-ne-s d'en saisir le sens.

Les modalités d'engagement corporel sont très variables en fonction des patient-e-s rencontré-e-s. Les pathologies, l'âge, les capacités motrices, pour ne citer que quelques exemples, sont des facteurs de variabilité. Il est complexe de déterminer une définition généraliste d'une notion multiforme comme le sont l'engagement corporel, et plus généralement, la psychomotricité.

Les écrits évoquant l'engagement corporel ne montrent pas, ou peu, les effets sur les psychomotricien-ne-s de cette implication particulière du corps, dans la relation. La psychomotricienne Mireille Gauberti (1993) exprime l'ambivalence de cette compréhension presque « intuitive » de l'implication corporelle : « *L'analyse de l'engagement corporel du psychomotricien est l'élément clef de sa pratique, engagement qu'il faudrait encore théoriser.* » (p. 150).

Des émotions, ressentis et affects émergeant de cette relation, certains auteurs parlent d'engagement psychocorporel. L'ajout du préfixe *psycho-* n'est pas généralisé, les deux termes sont employés. Cela soulève les questions suivantes : est-ce que le terme « corporel » sous-entend l'unité psychocorporelle des psychomotricien-ne-s, et plus largement des individus ? Il ne serait alors pas nécessaire de préciser à nouveau ce lien avec le psychisme. Dans ce cas, pourquoi retrouver ces deux écritures ? Le mot « corporel » désigne-t-il alors, au moins dans un premier temps, la mise en action du corps organique des psychomotricien-ne-s ? Dans ce cas, qu'en est-il du « non somatique », du ressenti, de l'émotion ? Interviennent-ils uniquement dans l'après-coup ? Ceci soulève des interrogations, au regard de la conception holistique de la psychomotricité.

En psychomotricité, l'objectif n'est pas de « *recréer des expériences archaïques défailtantes, ni faire revivre de bonnes expériences réparatrices, mais plutôt que l'enfant et le thérapeute découvrent ensemble, s'étonnent ensemble par un nouveau mode relationnel, un échange corporel inédit.* » (Courberand & Morin, 1998, p. 6). L'engagement corporel semble ainsi multiforme et personnel. Ainsi, nous pouvons supposer que les participant-e-s à cette recherche n'ont pas la même définition de cette notion. C'est pourquoi j'ai songé à donner quelques précisions sur ce terme, au sein du questionnaire. Cette étude concerne les temps de contact physique entre le corps du ou de la psychomotricien-ne et celui de l'enfant, sans objet médiateur. Ceci introduit la notion de corps-à-corps.

b) Le corps-à-corps

Le dictionnaire Larousse apporte deux définitions du corps-à-corps. La première utilise un vocabulaire d'affrontement et renvoie à l'agressivité, à la « lutte ». La définition suivante est également à nuancer. Elle évoque la « *situation où les adversaires [d'un sport de combat] se trouvent très près l'un de l'autre* ». Ainsi, j'emploierai ce terme pour désigner les moments de proximité physique entre les psychomotricien-ne-s et les patient-e-s. Il s'agit d'un temps plus ou moins court

pendant lequel une ou plusieurs parties du corps de l'un-e sont en contact avec une ou plusieurs parties du corps de l'autre. Lors de ce « corps-accord », les psychomotricien-ne-s veilleront à respecter l'intimité et le consentement du ou de la patient-e. Dans cette proximité, le « *corps est le vecteur privilégié des échanges* » (Potel, 2015a, p. 36). Denise Liotard (2010) décrit les modalités d'échange et de communications sollicitées dans cette proximité des corps :

Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités du regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un et /ou l'autre des protagonistes, les paroles souvent métaphoriques, induisent une influence... une relation implicite à l'autre. (p. 57).

c) L'empathie en psychomotricité : une empathie tonique

Selon le dictionnaire Le Larousse, l'étymologie latine du mot « émotion », *emovere* signifie « *mettre en mouvement* » (s.d). Ce terme possède de multiples définitions. Une approche biologique ou physiologique sont différenciées. Succinctement, l'émotion est « *un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de signes physiologiques* » (Claudon & Weber, 2009, p.62).

L'émotion évoque l'image d'un mouvement du corps. Elle est en lien avec des manifestations intra-corporelles. Selon Henri Wallon (1942), « *les émotions sont une formation d'origine posturale qui a pour étoffe le tonus musculaire* » (p.174). Le tonus est « *l'état de légère tension des muscles, résultant d'une stimulation continue réflexe de leurs nerfs moteurs. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire.* » (Jover, 2000, p. 17).

Pour le psychologue humaniste Carl Rogers (dans Decety, 2004) :

Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » (p. 59).

La psychomotricienne Véronique Defiolles-Pelletier (2000) souligne la corrélation entre l'empathie psychologique et le tonus. Il s'agit de « *l'empathie tonique* ». Jacques Cosnier (1992) décrit ainsi le processus empathique : « *une identification motrice basée sur une échoïsation corporelle suscite chez le receveur des affects correspondants à la configuration kinésique adaptée, et donc donne un accès « direct » par « identification introjective » aux affects d'autrui.* » (p.17).

Ainsi, la relation corporelle et l'imitation de l'enfant engendre chez la ou le psychomotricien-ne un vécu émotionnel correspondant à celui de l'enfant, selon le processus d'identification introjective développé plus haut. Le corps des psychomotricien-ne-s est ainsi un « *instrument d'écoute* » (Vigne, 2001) qui leur permet d'analyser les indices de leur propres corps, pour tenter de comprendre ce que ressentent les patient-e-s. Elles et ils sont ainsi impliqués de manière tonique et affective dans la relation thérapeutique. Véronique Defiolles-Pelletier considère l'empathie tonique comme « *un outil, certes difficile à manier, mais très performant pour évaluer la distance relationnelle* » (2000, p. 139). S'appuyant sur le « *vécu corporel et sensible du thérapeute* » (Liotard, 2010, p. 58), l'empathie tonique permet « *une sensibilité plus aiguë aux modifications tonico-émotionnelles* » (Aucouturier, Darrault & Empinet, 1984).

d) Le dialogue tonico-émotionnel

Cette réceptivité corporelle permet aux psychomotricien-ne-s d'affiner leurs ajustements posturaux, lors du dialogue tonique. Ce dernier est défini par Julian de Ajuriaguerra (1977) à la suite des travaux de Wallon (1930) sur les phénomènes émotionnels. Le terme « dialogue », antonyme de « monologue », suggère une relation réciproque entre deux partenaires. Le dialogue tonico-émotionnel évoque la possibilité d'une transmission des états émotionnels. La dimension corporelle implique ainsi l'ensemble des modalités de communication infra-verbale : la qualité du portage et du toucher, le contact visuel, les modulations toniques liées aux manifestations émotionnelles. Les deux acteurs de ce dialogue sont donc affectés. Pour Wilfred Bion (dans Durey, 2000) « *toute signification prend naissance dans un vécu émotionnel, l'émotion est relationnelle par nature. Elle est un vécu intense qui se répercute sur toute l'organisation somato-psychique et qui permet de dépasser le clivage corps/psychisme, d'où l'importance de l'émotion dans la thérapie.* » (p. 56).

La place centrale des émotions dans la relation thérapeutique en psychomotricité semble s'opposer à la « neutralité » de la distance professionnelle. La psychologue Florence Calicis (2017) évoque la censure de la sphère privée dans la relation thérapeutique : « *S'amputer d'une bonne part de soi-même me semble regrettable car, dans notre métier, nous sommes notre propre outil de travail* » (p. 143).

4) Les corps des psychomotricien·ne·s : des « corps-outils » ?

L'importance du corps en psychomotricité conduit à en préciser la définition ici. La discipline psychomotrice « *considère que le corps ne se réduit pas à l'organisme qui ne constitue qu'un objet matériel du milieu.* » (Rodriguez, 2016, p. 59). Selon Boutinaud (2016), le corps du point de vue psychomoteur est un « *kaléidoscope pluridimensionnel* » (p. 210). Il considère à la fois l'organicité du corps (la matière, les systèmes, les éléments physiques qui le composent), le corps formé et marqué par les relations (enveloppe, organisation tonique...), et les représentations psychiques liées au corps, telles les images du corps. Ces composantes sont influencées par les règles et les normes sociales constituant le monde dans lequel l'individu évolue.

Selon les mots de Julian De Ajuriaguerra (1962), reconnu comme le père de la psychomotricité, le corps n'est pas isolé. Il est un « *corps-en-relation* ». Dans la suite de ce mémoire, j'emploierai le terme « corps » en référence à cette définition.

D'après Marc Rodriguez (2012), en psychomotricité, « *notre lecture du corps [du patient] est orientée également par les modalités d'engagement de notre propre corporéité.* » (p. 25). Les diverses manières dont les psychomotricien·ne·s s'impliquent dans les séances fournissent donc des analyses variables. Cela suppose une réflexion quant au type d'engagement corporel qui sera privilégié, ainsi que l'influence qui en résultera sur la manière d'appréhender les patient·e·s. Les corps des psychomotricien·ne·s seraient ainsi des outils pour la compréhension clinique ?

La notion de « corps-outil » m'interpelle. Je m'interroge surtout sur sa pertinence lorsqu'elle est associée à la psychomotricité. Selon le dictionnaire Larousse, l'étymologie du mot « outil » est *ustensilia*, qui signifie « ustensile ». Il est défini ainsi : « *objet fabriqué, utilisé manuellement ou sur une machine pour réaliser une opération déterminée* » (s.d). Il a pour synonyme les termes « *engin* », « *appareil* ». Cette définition concerne un objet matériel. Elle entraîne l'utilisation d'un champ lexical évoquant la mécanique, le travail « à la chaîne ». Les synonymes sont également

parlants, en ce sens. Si l'on tente de l'appliquer ainsi au milieu du soin, en particulier à la psychomotricité : le soignant serait un objet qui utilise un outil (son corps ?) pour agir sur une machine (le patient ?) dans un but précis (un projet thérapeutique ?).

L'expression « corps-outil » me semble ici prendre une coloration péjorative. Le corps paraît réduit à sa composante organique, purement physique. De l'ensemble des définitions du corps proposées par le Larousse, je retiendrais les trois premières. D'abord, le corps est défini comme étant une « *partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur* » (s.d). Cette explication est suivie des termes considérés comme antonymes : il s'agit de « l'âme », de « l'esprit ». La définition suivante précise que le corps est « *la partie matérielle de quelqu'un considérée en particulier du point de vue de son fonctionnement interne* » (s.d). Le fonctionnement est sous-entendu ici comme physiologique, puisque l'exemple donné à la suite est « *avoir mal dans tout le corps* ». La troisième définition est « *la partie matérielle de quelqu'un après la mort.* » (s.d). Les synonymes indiqués sont « *la dépouille* », « *le cadavre* ».

La juxtaposition « corps-outil » semble objectifier le corps. Les verbes employés pour construire des phrases autour de cette notion sont parlants : utiliser, au service de... Cela peut sous-entendre que les psychomotricien-ne-s se servent de leur corps pour *faire* quelque chose. Cette idée d'une dissociation corps-esprit s'oppose à la conception voulue holistique de l'être humain, dans la discipline psychomotrice.

Pour Christophe Gagnon (2005), « *le premier outil de l'intervenant est sa personne. Dès lors, nous pouvons considérer que vie personnelle et vie professionnelle résonnent intimement l'une et l'autre* » (p. 145). L'auteur reprend ici cette notion « d'outil » concernant la profession d'éducateur. Il souligne la porosité de l'identité personnelle et professionnelle. Les psychomotricien-ne-s sont pleinement impliqué-e-s dans la relation thérapeutique, par le mouvement, le contact corporel, les échanges tonico-émotionnels. On peut se demander ce qu'il en est de cette continuité pour les psychomotricien-ne-s, des vécus en tant que thérapeute au sein des séances aux sujets non-clinicien-ne-s. Quels peuvent être les impacts lorsque l'outil utilisé dans le cadre professionnel n'est pas un objet matériel, que l'on dépose en quittant le lieu de travail, mais qu'il s'agit de son propre corps, de soi-même ?

Ces questions ont été posées à des psychomotricien-ne-s au sein de l'enquête effectuée dans le cadre de ce mémoire. J'en présente la méthodologie dans la partie suivante.

Partie III – La méthodologie de recherche

A) Une enquête exploratoire

Cette enquête formule des questionnements concernant un sujet rarement développé dans les écrits et publications : le(s) corps des psychomotricien·ne·s, lors des séances... et après ? Cette recherche est l'occasion d'effectuer un « état des lieux » des représentations à ce sujet, en recueillant les éléments directement auprès des psychomotricien·ne·s.

1) Les critères de participation

Considérant la temporalité de la dernière année de formation en psychomotricité, j'ai choisi de mener une étude monocentrique, qui cible un faible nombre de participants. Elle n'a donc pas vocation à être généralisée à l'ensemble de la population. Pour des raisons méthodologiques, il était nécessaire d'encadrer cette recherche par des critères de participation. Le champ de questionnement étant vaste, il était préférable de restreindre la population interrogée.

a) Premier critère : « La psychomotricité, pour qui ? »

J'ai choisi de questionner exclusivement les psychomotricien·ne·s exerçant en petite enfance. C'est un choix subjectif, puisque je souhaite exercer en tant que psychomotricienne auprès des tout-petits et leurs familles. J'ai effectué des stages dans diverses structures accueillant des enfants, notamment en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) lors de ma troisième année. Il me semblait possible de retirer de ces expériences des éléments me permettant d'enrichir la méthodologie de recherche.

b) Second critère : « Dans quels espaces ? »

Afin de préciser les critères de recherche, j'ai choisi de ne pas interroger les psychomotricien-ne-s exerçant dans des structures qui ne sont pas reconnues comme étant des lieux de soins, comme les écoles ou les crèches. Cette décision est en lien avec mes stage effectués dans des écoles, en première et troisième année. Les objectifs préventifs, les moyens et cadres d'interventions en collectivité me paraissaient sensiblement différents de ceux, déjà nombreux et variables, de la thérapie psychomotrice.

c) Troisième critère : « Dans quelle temporalité ? »

Il m'a semblé indispensable que les répondant-e-s exercent actuellement dans le champ de la thérapie psychomotrice en petite enfance. Certaines questions portent sur des modalités précises d'engagement corporel, d'autres sur les émotions et sensations éprouvées. Il est plus difficile de répondre à ce type de questions d'après les souvenirs que l'on garde d'une pratique plus ou moins lointaine. Avec ce critère, les psychomotricien-ne-s peuvent répondre aux questions en se référant à leur pratique actuelle, avec des exemples cliniques récents.

B) Les outils méthodologiques

1) Une enquête, sous quelle forme ?

Cette recherche s'articule autour du questionnaire « auto-administré ». Les participant-e-s répondent par elles-mêmes et eux-mêmes aux questions. Le questionnaire auto-rapporté permet la collecte rapide de données.

Deux outils méthodologiques ont été élaborés et diffusés en ligne. Ils sont par la suite désignés sous le nom de « sondage » et de « questionnaire ». Le sondage, très court et général, a été proposé à un large échantillon. Les résultats ont permis d'étayer la construction d'un questionnaire plus long et détaillé, avec un panel plus restreint.

2) Structure générale des deux outils méthodologiques

Le sondage et le questionnaire débutent par un texte d'introduction. Celui-ci présente le contexte et l'objectif de l'enquête, précise l'anonymat de la participation et indique le temps moyen de réponse. Un encadré final laisse la possibilité aux répondant-e-s de donner leur avis sur l'enquête, ou d'ajouter des commentaires.

3) Les types de questions

Un questionnaire permet d'obtenir nombre important de données, essentiellement quantitatives. Ces informations numériques sont analysées sous forme de statistiques. Elles indiquent les résultats de l'étude de manière globale.

a) Les questions fermées

Les questions fermées imposent des réponses, uniques ou à choix multiples. La question fermée à choix unique permet une réponse dichotomique (de type « oui ou non »). Les questions multichotomiques permettent de cocher plusieurs réponses.

b) Les questions ouvertes

Les rares questions ouvertes proposées dans cette enquête permettent de recueillir des données qualitatives. Les répondant-e-s peuvent s'exprimer librement et préciser leur pensée, en quelques mots ou plusieurs phrases. Ceci permet d'apporter des détails et de nuancer les chiffres obtenus.

c) Les questions mixtes

La question mixte permet d'associer une question ouverte et une question fermée à choix multiples. Grâce à la case « Autres », les répondant-e-s peuvent compléter la liste de réponses imposées, ajouter des indications ou préciser une réponse.

d) Un outil psychométrique : l'échelle de Likert

Les outils psychométriques permettent de mesurer l'intensité des points de vue du panel sur une question. L'échelle de Likert propose un continuum entre deux pôles opposés, ainsi qu'une position de neutralité. Elle a pour avantage de nuancer les points de vue, par rapport à une réponse binaire. Dans ce mémoire, ce type d'échelle est utilisé pour étudier l'accord ou le désaccord du panel et indiquer une fréquence. Deux exemples issus du questionnaire sont donnés ci-dessous.

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4		
Pas du tout d'accord.	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord.	Jamais	<input type="radio"/>	Toujours								

4) Le pré-test

Les réactions et réponses des participant-e-s dépend également de la structuration de l'enquête. Le pré-test permet d'essayer la fonctionnalité du questionnaire. Avant d'être diffusés, le sondage et le questionnaire ont été testés par deux psychomotriciennes diplômées et une personne exerçant une autre profession.

5) La diffusion

Le sondage ainsi que le questionnaire ont été proposés à partir d'un document Google Form. Ils ont été diffusés de plusieurs manières.

Je les ai d'abord proposés aux psychomotricien-ne-s qui m'ont accueillie en stage au cours de mes trois années de formation. Mes référentes de mémoire les ont diffusés à leur réseau professionnel. Dans un second temps, j'ai sollicité mes camarades de mon ancienne promotion et des étudiants d'autres écoles de psychomotricité, diplômé-e-s en juillet 2019. La diffusion à un nombre important de jeunes diplômé-e-s peut favoriser leur prévalence dans l'échantillon.

J'ai également diffusé mon enquête sur le réseau social Facebook. Le sondage a d'abord été diffusé seul, le 21 janvier 2020, sur le groupe « Psychomot, étudiants et pros, mémoire D.E ». Ce groupe était alors composé de 1 375 psychomotricien-ne-s exerçant auprès de diverses populations, dans structures variées. Peu de réponses ayant été obtenues, il a été diffusé une seconde fois le 21 février 2020, en même

temps que le questionnaire, sur un autre groupe Facebook. Les 7 300 professionnel-le-s du groupe « Psychomotriciens, psychomotriciennes » exercent là aussi selon des modalités variables, auprès de cliniques différentes. A ce jour, je n'ai pas connaissance de l'existence d'un groupe spécifique à la thérapie psychomotrice en petite enfance. Ce partage en ligne a permis de recruter un échantillon plus large. Il cible cependant un certain profil de répondant-e-s, possédant un profil sur Facebook et étant membre d'un ou des deux groupes sur lequel l'enquête a été diffusée.

C) « L'impossible neutralité » d'un questionnaire

Ces deux outils méthodologiques ont été proposés à celles et ceux qui sont au cœur de la pratique psychomotrice. Les réponses obtenues ont une composante subjective. Il s'agit en effet d'interroger les répondant-e-s sur leurs façons d'exercer, mais surtout sur leurs vécus.

Georges Devereux (2012) exprime l'impossible neutralité dans les sciences du comportement. Il évoque la fausse impression selon laquelle « *nous devons, pour réduire les déformations subjectives, interposer entre nous-mêmes et nos sujets des écrans filtrants de plus en plus nombreux - des tests, des techniques d'enquête* » (p.17). Ces filtres « *produisent des déformations qui leur sont propres* » (p. 17). L'élaboration de cette étude a pris en compte ces effets, inhérents à tout type de questionnaire. Ils ont été atténués, dans la mesure du possible.

D) La composition du sondage

Le sondage a pour avantage d'être court. Le temps de réponse est estimé à trois minutes environs. Il a recueilli 168 participations. Il se compose de six courtes questions, dont quatre binaires (oui/non), une question selon l'échelle de Likert, et une question à choix multiples. J'effectue ici certaines justifications quant à la formulation de ces questions. La trame du sondage est reproduite intégralement en annexe⁴.

⁴ Cf. *infra*, Annexe V- Les trames du sondage et du questionnaire, Partie A – Le sondage, p. XLIII.

La première question expose d'emblée l'interrogation centrale du sondage. Elle permet d'estimer si le panel est plutôt favorable ou défavorable à cette formulation.

La seconde question elle explore la fréquence d'interactions corporelles directes. Elle ne permet pas de justifier ce choix. De nombreuses raisons intrinsèques à la population accueillie par exemple, peuvent avoir une incidence sur les contacts corporels. J'ai conscience de l'importance de ces variables, mais elles sont trop nombreuses et complexe pour être détaillées ici.

La troisième question vise à objectiver la présence du corps-à-corps lors des séances. La question quatre permet d'en préciser les modalités les plus fréquentes.

La question cinq, plus personnelle, est placée à la fin du sondage. Elle propose de comparer le rapport que chaque répondant-e entretient avec son corps, dans le contexte professionnel et personnel.

La dernière question cherche à recueillir le ressenti des répondant-e-s quant à l'influence de l'engagement corporel, au-delà du contexte professionnel. Un espace de réponse facultatif est proposé ensuite, pour recueillir une précision ou un exemple.

E) La composition du questionnaire

1) Présentation générale du questionnaire

Le questionnaire cherche à approfondir les éléments obtenus grâce au sondage. L'échantillon est moins conséquent mais permet de recueillir des informations plus précises et détaillées. Le temps de réponse est estimé à une quinzaine de minutes. Ce questionnaire, divisé en quatre parties, comprend trente-neuf questions. Il s'agit principalement de questions fermées et mixtes, ainsi que de questions utilisant l'échelle de Likert. Le faible nombre de questions ouvertes s'explique par le temps important de traitement et de synthèse de ces réponses, libres et rédactionnelles.

Ce questionnaire auto-rapporté est proposé à distance de l'activité professionnelle. Il ne porte pas sur une séance en particulier, mais interroge de manière générale l'ensemble de la pratique des répondant-e-s. Il est possible que ces dernier-e-s répondent selon une idée globale, plutôt qu'en fonction de la réalité de leur activité. Une approximation dans la réponse est ainsi envisagée.

2) Justifications et précisions méthodologiques

Dans cette partie, je présenterai la structure du questionnaire. Pour faciliter la lecture, je détaillerai uniquement les questions faisant l'objet de justifications ou de précisions. La trame du questionnaire, comprenant l'ensemble des questions, est reproduite intégralement en annexe⁵.

Ce questionnaire est divisé en quatre parties. La première est très générale et non spécifique au sujet. Les deux suivantes, établies selon les réponses obtenues au sondage, structurent le questionnaire en deux temps. Elles prennent en compte le l'espace professionnel puis la sphère personnelle. La dernière partie propose des interrogations plus globales quant à la pratique psychomotrice.

a) Premier volet : le profil des répondant·e·s

L'objectif premier de ce volet est de vérifier que le panel de répondant·e·s correspond aux critères de recherche. Le temps de remplissage est rapide, cinq questions sont à choix unique. Une fois cette vérification effectuée, un deuxième niveau de lecture permettra de collecter des informations quant aux caractéristiques sociales des participant·e·s. Il n'y a pas de questions concernant l'intervention psychomotrice avec d'autre publics, ni sur un éventuel parcours professionnel antérieur. Le questionnaire comprenant un nombre déjà important de questions, une sélection était nécessaire. Les questions concernant le parcours professionnel se limitent à l'exercice du métier de psychomotricien·ne·s, auprès des jeunes enfants.

b) Deuxième volet. Le temps institutionnel : lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes enfants

Cette partie porte sur l'engagement corporel, ses modalités et modes d'expression lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes patient·e·s. Elle pose les bases de réflexions sur la notion de « corps-outil ». Ce volet comporte vingt-et-une questions. Elles sont réparties entre huit questions à choix multiples et treize questions selon l'échelle de Likert.

⁵ Cf. *infra*, Annexe V – La trame du sondage et du questionnaire, Partie B – Le questionnaire, p. XLV.

Les questions sont concises, les mots utilisés ont ainsi une grande importance. Si leurs définitions ne sont pas universelles, chaque participant-e répondra selon le sens qu'elle ou il attribue à ces termes. Afin de fournir une base de réflexion commune, l'introduction de cette partie précise que la recherche est orientée sur les types de corps-à-corps. Il s'agit des temps de contacts physiques direct entre les psychomotricien-ne-s et des patient-e-s. Les facteurs de variabilité impliquant le choix d'un objet médiateur étaient trop conséquents pour être inclus dans cette étude.

La première question permet d'obtenir des informations sur les enfants pris en soin par les psychomotricien-ne-s du panel. J'ai fait le choix de ne pas parler d'âge. Les problématiques développementales, les pathologies diagnostiquées ou suspectées rendent la catégorisation par âge complexe, voire non souhaitable. Différentes appellations existent (âge chronologique, développemental, corrigé), ce qui peut entretenir une confusion. J'ai donc orienté les choix de réponses en prenant en compte l'acquisition des Niveaux d'Evolution Motrice⁶ (N.E.M). Les capacités motrices de l'enfant ont un impact important sur la fréquence, la qualité et les objectifs du corps-à-corps et du contact corporel.

Les questions quatre, cinq et six cherchent à spécifier les mécanismes conduisant à l'initiative motrice. Ces trois questions utilisent l'échelle de Likert. Elles sont séparées afin de permettre une nuance et vérifier la constance des réponses.

c) Troisième volet : Hors de l'espace-temps institutionnel

Ce volet comporte cinq questions. Il porte sur les éventuelles traces des situations vécues en séance, sur l'individu exerçant le métier de psychomotricien-ne. Il interroge les représentations corporelles des répondant-e-s, ainsi que la porosité entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle.

La deuxième question interroge les traces que peuvent laisser les interactions avec les enfants lors des séances. Les choix de réponses permettent d'associer un ressenti à une qualité subjective (« positive » ou « négative ») et d'en exprimer sa durée, au-delà du temps de travail.

⁶ Décrits par M. Le Métayer (1993), les N.E.M. forment une suite de redressements, de postures, de déplacements et d'enchaînements qui conduiront l'enfant de la position en décubitus à la station debout, à la verticalité et à la marche.

d) Quatrième volet – L'engagement de soi dans la thérapie psychomotrice

Les questions de ce volet final proposent une réflexion générale sur l'engagement corporel dans la pratique psychomotrice. Elles interrogent la définition personnelle de l'engagement corporel, la spécificité de la psychomotricité ainsi que la notion explicite de « corps-outil ». La fin du questionnaire porte sur la façon dont les répondant·e·s se représentent leur corps, dans l'exercice professionnel comparativement à la sphère privée.

La troisième question est ouverte. Elle permet d'interroger chaque psychomotricien·ne sur sa définition personnelle de l'engagement corporel. Cette question est posée dans la partie finale pour s'assurer de la correspondance des réponses de l'échantillon sur une même définition. Jusqu'à présent, on peut supposer que les réponses ont été orientées selon l'explication faite en début de questionnaire. Pour rappel, celle-ci concerne le type d'engagement corporel étudié dans cette recherche, c'est-à-dire le corps-à-corps. Il n'est pas exclu que cette distribution puisse influencer le choix des mots des psychomotricien·ne·s, qui ont réfléchi et répondu aux questions précédentes.

La sixième question porte spécifiquement sur l'influence unilatérale du vécu en séances sur l'organisation psychomotrice des professionnel·le·s. Elle reprend en d'autres termes la question six du sondage, en utilisant cette fois l'échelle de Likert.

Avec l'ultime question du questionnaire, les répondant·e·s peuvent préciser les raisons de leur accord par une réponse libre. Il s'agit du même procédé que pour le sondage.

Les résultats de cette enquête, concernant le sondage et le questionnaire, sont analysés dans la partie suivante.

Partie IV - L'analyse des résultats

A) Analyse générale des résultats du sondage et du questionnaire

Les dernières réponses ont été collectées le 23 mars 2020. Le sondage a rassemblé 168 participations. 58 psychomotricien-ne-s ont répondu au questionnaire.

- 1) Les influences du temps de réponse et de l'intérêt pour le sujet, dans le choix de la modalité d'enquête

La composante temporelle a influencé le choix du type d'outil méthodologique. On observe un taux de participation différent entre les deux modalités proposées. Celle qui nécessite le temps de réponse le plus court a largement été favorisée. On peut faire l'hypothèse qu'une forte motivation peut orienter le choix en direction du questionnaire, même s'il demande plus d'engagement de la part des répondant-e-s. L'intérêt personnel des psychomotricien-ne-s pour le sujet influence positivement leur implication, dans la participation à cette enquête.

- 2) La représentativité de cette recherche

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 13 600 psychomotricien-ne-s exercent en France en 2019⁷. Les hommes représentent 8,7% des diplômé-e-s, ce qui témoigne d'une profession majoritairement féminine.

168 psychomotricien-ne-s ont répondu au sondage, ce qui représente 1,24 % des psychomotricien-ne-s exerçant en France. Le genre des répondant-e-s n'a pas été renseigné pour la participation au sondage.

Les participant-e-s au questionnaire représentent 0,43 % de la population de psychomotricien-ne-s exerçant actuellement en France. Six hommes y ont répondu, ce qui représente 10,34 % de l'échantillon total. Ils sont donc en légère sur-représentation dans ce questionnaire, par rapport à la fréquence d'hommes dans la population générale des psychomotricien-ne-s.

⁷ Cf. *infra*, Annexe I – L'écriture inclusive, p. I.

Concernant le nombre de psychomotricien-ne-s en France, l'échantillon n'est pas représentatif. Cependant, cette enquête concerne celles et ceux qui exercent actuellement dans le champ thérapeutique en petite enfance. La proportion de psychomotricien-ne-s correspondant à ces critères est inconnue. Aucun indice ne permet d'évaluer la représentativité de cette étude au sein de la population ciblée. Cette enquête est effectuée dans le cadre de la dernière année de formation en psychomotricité. Elle n'a pas pour objectif d'interroger la majorité des psychomotricien-ne-s concerné-e-s. Cependant, elle pourrait être modifiée et complétée pour mener une étude à plus grande échelle, ou conduire une recherche sur un sujet similaire.

3) Les commentaires des répondant·e·s

Je résumerai ici les commentaires concernant le sujet de cette recherche. Ils sont intégralement reproduits en annexe⁸. Certains retours proviennent des publications diffusant les liens de l'enquête, sur le réseau social Facebook. La majorité provient des espaces proposés à cet effet à la fin du sondage et du questionnaire. Quarante-deux psychomotricien-ne-s se sont exprimé-e-s.

Certains commentaires indiquent que ce sujet soulève des questionnements peu abordés, mais néanmoins importants. Une partie de ces réponses témoigne de cheminements de pensée déjà présents chez les participant·e·s. Pour presque un tiers de ces psychomotricien-ne-s, les questions posées ont contribué à leur réflexion clinique et personnelle. De nouvelles réflexions vont peut-être trouver une continuité, au-delà de la participation à l'enquête. Dans un tiers des commentaires, le sujet de cette étude est décrit comme « intéressant » ou « très intéressant ». Des expressions d'encouragement sont retrouvées à huit reprises. Huit psychomotricien-ne-s ont demandé à être informé-e-s du résultat de l'enquête, ou d'avoir la possibilité de lire ce mémoire. Six participant·e·s ont souhaité me remercier pour avoir exploré ce sujet.

⁸ Cf. infra, Annexe II, p. II.

B) Les résultats et l'analyse du sondage

168 psychomotricien-ne-s ont répondu à ce sondage. Les diagrammes de ces résultats sont reproduits en annexe⁹. Pour alléger l'analyse, le terme générique « les psychomotricien-ne-s » sera employé. Cette formulation fait implicitement et exclusivement référence aux participant-e-s de cette enquête. Pour plus de lisibilité, la conclusion de chaque question est indiquée en gras.

1) Résultats et analyse synthétique du sondage

94 % des psychomotricien-ne-s considèrent que leur premier outil de travail est leur corps. On peut faire deux hypothèses concernant les dix réponses négatives. Ces répondant-e-s peuvent considérer qu'un autre outil est plus spécifique ou plus représentatif de la profession. La réponse négative peut également exprimer un désaccord avec le terme « outil » employé.

Le contact physique sans recours à un objet médiateur a une grande importance dans la pratique clinique des psychomotricien-ne-s. Les fréquences varient. Plus de la moitié des interrogé-e-s répondent « souvent ». La fréquence « parfois » regroupe presque un quart des réponses. 13,1% de l'échantillon entrent « toujours » en relation par le toucher, sans objet tiers. Seul-e-s deux répondant-e-s déclarent ne jamais toucher directement les patient-e-s. Les modalités de réponses ne permettent pas d'en connaître les raisons. On peut faire l'hypothèse que le toucher thérapeutique est adapté à chaque enfant suivi en psychomotricité. Les capacités motrices de l'enfant, sa sémiologie psychomotrice ou encore l'environnement de travail vont en eux-mêmes solliciter une posture thérapeutique spécifique.

Le corps-à-corps¹⁰ est très présent lors de séances de psychomotricité avec de jeunes patient-e-s. La quasi-totalité des répondant-e-s (94%) s'impliquent dans au moins une forme de corps-à-corps avec les enfants pris en soin. Il s'agit de la même proportion de réponse affirmative que pour la première question. Les cinq modalités de proximité corporelle proposées sont très populaires parmi l'échantillon. Le taux le plus bas regroupe malgré tout plus de la moitié du panel. Il concerne la proposition « massage ». Ce terme peut être associé à une pratique non thérapeutique. Certain-e-s répondant-e-s peuvent avoir exclu cette proposition pour

⁹ Cf. infra, Annexe III, p. IV.

¹⁰ Cf. supra, Partie III – Théorie, p. 31.

cette raison. D'autres peuvent l'inclure dans l'item « Toucher thérapeutique », qui regroupe d'ailleurs le plus fort taux de réponses. Les quatre autres propositions concernent chacune plus des trois quarts de l'échantillon. Les propositions de bercement et de portage sont des modalités de corps-à-corps associés à une fonction « maternelle ». Elles font référence à la notion de *holding*¹¹ développée par Donald Winnicott. Ces propositions sont presque aussi populaires que le choix « Jeux de contacts ou d'opposition », associé à une fonction plus « paternelle ». De nombreuses réponses ont été ajoutées par les participant-e-s¹². On y retrouve des médiations (principalement la relaxation et la danse) et des objectifs thérapeutiques (majoritairement la contenance et l'aide ou le support physique).

La majorité de l'échantillon (67,7%) effectue une distinction entre leur « corps de psychomotricien-ne » et leurs corps de « non-clinicien-ne ». Pour le reste du panel (près d'un tiers des répondant-e-s), ces représentations corporelles¹³ ne varient pas selon le contexte. Ceci confirme l'hypothèse que le cadre spatio-temporel du lieu de travail, ainsi que l'identité professionnelle, peuvent influencer le rapport au corps. Le questionnaire tentera d'apporter des précisions quant aux façons dont les psychomotricien-ne-s considèrent leurs corps, se considèrent elles et eux-mêmes, dans la sphère professionnelle et privée.

83, 3% des répondant-e-s confirment la corrélation linéaire entre le vécu au sein des séances de psychomotricité et l'influence sur leur propre organisation psychomotrice. Pour le reste de l'échantillon, l'engagement corporel n'a pas d'influence particulière. L'analyse des réponses libres montre un découpage temporel en trois parties : le moment de la séance, le laps de temps suivant la séance, puis la sphère personnelle. **La majorité des réponses reflète l'influence du dialogue tonico-émotionnel¹⁴ sur l'organisation psychomotrice des thérapeutes** dans l'exercice professionnel et dans le domaine personnel. Les autres thèmes, retrouvés à une fréquence importante, sont regroupés ainsi : respiration, modifications tonico-posturales, douleur, toucher et interactions avec autrui, conscience corporelle, rapport au sol, transfert et contre-transfert. D'autres éléments sont cités, plus rarement, comme une amélioration des capacités praxiques, de la qualité du toucher ou encore de la créativité.

¹¹ Cf. *supra*, Partie III – Théorie, p. 22.

¹² Cf. *infra*, Annexe III, p. IV.

¹³ Cf. *supra*, Partie III – Théorie, p. 25.

¹⁴ Cf. *supra*, Partie III – Théorie, p. 33.

2) Conclusion quant aux résultats du sondage

Ce sondage valide de manière globale les hypothèses émises. Le taux de participation ainsi que le nombre de réponses aux questions ouvertes facultatives confirment l'intérêt des professionnel-le-s pour ce sujet.

Ces résultats attestent de l'importance du cadre spatio-temporel quant à l'étude des effets de l'engagement psychocorporel des psychomotricien·ne·s. Ils soutiennent l'idée initiale de débiter le questionnaire par une partie concernant le vécu au sein des séances, puis une seconde partie s'ouvrant sur la sphère personnelle. Le contact corporel et le dialogue tonico-émotionnel sont prépondérants dans la pratique psychomotrice. Il est ainsi justifié d'interroger la notion d'engagement corporel à travers le corps-à-corps.

Le corps est majoritairement considéré comme l'outil principal en psychomotricité. L'échantillon est partagé quant à la question des représentations corporelles selon le contexte personnel ou professionnel. Plus de la moitié des répondant-e-s effectue une distinction. Il sera intéressant de questionner plus en profondeur cette notion de « corps-outil ».

Les réponses montrent que la sphère professionnelle n'est pas isolée de la sphère personnelle. Au contraire, elles soulignent une continuité, voire une relation circulaire, entre ces deux contextes. Les vécus au sein des séances ainsi que les compétences sollicitées colorent et à la fois dépendent de la vie personnelle.

Après cette première enquête de surface, le questionnaire va permettre d'orienter la réflexion sur les points précédemment cités.

C) Les résultats du questionnaire et leur analyse

58 psychomotricien·ne·s ont répondu à ce questionnaire. Les diagrammes ainsi que le détail de ces résultats sont reproduits en annexe¹⁵. Le terme générique « les psychomotricien·ne·s » est là encore employé en référence aux participant·e·s de cette enquête.

1) L'analyse des résultats du premier volet – Le profil des participant·e·s

Question 1 – Le genre

L'échantillon de répondant·e·s est composé de cinquante-deux psychomotriciennes et de six psychomotriciens. Ce résultat est corrélé au sexe-ratio de la population générale de psychomotricien·ne·s.

Question 2 – L'âge

Les professionnel·le·s entre 20 et 30 ans constituent presque la moitié de l'échantillon. Plus d'un tiers ont entre 31 et 40 ans. La tranche d'âge 41-50 ans est la moins représentée, avec 4 réponses. Six psychomotricien·ne·s de l'échantillon ont plus de cinquante ans.

Toutes les tranches d'âge sont représentées, principalement les moins de trente ans et les moins de quarante ans. Cette répartition peut être corrélée avec la fréquentation des réseaux sociaux en fonction de l'âge. L'échantillon est majoritairement constitué de « jeunes » diplômé·e·s (moins de dix ans d'exercice). Les plus expérimenté·e·s, en tant que psychomotricien·ne et spécifiquement en petite enfance, sont également représentés.

Question 3 – L'année de diplôme

Plus de la moitié des psychomotricien·ne·s (63,8%) sont diplômé·e·s depuis moins de dix ans. 25 répondant·e·s ont obtenu leur diplôme il y a cinq ans ou moins. 12 participant·e·s ont entre 6 et 10 ans d'expérience. 14 psychomotricien·ne·s sont diplômé·e·s depuis 11 à 20 ans. 2 psychomotricien·ne·s ont obtenu leur diplôme il y a 21 à 25 ans. Cinq répondant·e·s sont diplômé·e·s depuis plus de trente ans.

¹⁵ Cf. infra, Annexe p. XII.

Question 4 – L'école de formation

La moitié des écoles de psychomotricité en France sont représentées, selon des proportions variables. La majorité des répondant-e-s sont issu-e-s de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière (24 réponses). Ceci peut être en lien avec les modalités de diffusion de l'enquête. L'ISRP Paris est la deuxième école la plus représentée, avec 13 réponses. Les autres écoles sont, par ordre décroissant : Lille (6), Bordeaux (4), Lyon (3), Toulouse (2), ISRP Marseille (2) et Rouen (1). Trois répondant-e-s viennent d'une autre école, non citée parmi les quinze propositions.

Question 5 – L'expérience en petite enfance

Neuf psychomotricien-ne-s viennent de débiter leur premier poste en petite enfance. Plus de la moitié du panel (32 réponses) a moins de dix ans d'expérience en petite enfance. Plus d'un quart (17 réponses) ont plus de dix ans d'expérience.

Question 6 – Le lieu actuel d'exercice

Leur exercice peut être à temps plein ou complété par un autre poste, en petite enfance mais aussi auprès d'un autre public. Les répondant-e-s exercent majoritairement dans un cabinet libéral, dans plusieurs milieux d'interventions (SESSAD) et en institutions extra-hospitalières (CAMSP notamment). Les autres institutions et secteurs sont représentés au moins une fois, à l'exception du service de néonatalogie.

Conclusion de la première partie

Ce volet permet de rassembler des informations concernant le profil des répondant-e-s. L'analyse des résultats confirme la correspondance de l'échantillon aux critères de recherche. Les répondant-e-s sont bien des psychomotricien-ne-s exerçant actuellement en petite enfance, dans le champ de la thérapie psychomotrice. Le panel est hétérogène, permettant ainsi une certaine représentativité. L'analyse des réponses peut être poursuivie.

2) L'analyse du second volet- Le temps institutionnel

Les premières questions portent sur les modalités d'entrée en relation corporelle entre les psychomotricien·ne·s et les enfants pris en soin.

Question 1 – Les acquisitions motrices des enfants suivis en psychomotricité

La première question porte sur les capacités motrices des enfants pris en soin par les psychomotricien·ne·s. Les deux propositions les plus populaires ont chacune un taux de réponse de 79%. Elles concernent l'accueil d'enfants « ayant acquis la marche », et ceux « ayant une motricité globale élaborée, leur permettant l'autonomie et le développement d'autres compétences ». On peut supposer que ces deux propositions sont en lien. 40 réponses concernent l'accueil d'enfants ayant acquis les N.E.M précédant la marche. Plus de la moitié des réponses concernent la recherche de la verticalisation. Le taux de réponse le plus faible rassemble un tiers du panel, pour l'accompagnement psychomoteur des nouveaux-nés.

Les psychomotricien·ne·s accueillent les enfants tout au long de leur développement psychomoteur. Les acquisitions motrices et le niveau d'autonomie vont influencer la posture thérapeutique et les modalités de contact. Pour un nourrisson ou un enfant n'ayant pas acquis la verticalisation, le travail au sol sera fréquent. Le contact corporel pourra prendre un caractère nécessaire, par exemple porter l'enfant lors des déplacements. La proximité corporelle peut alors être plus importante qu'avec des enfants ayant acquis une autonomie sur le plan de la motricité globale.

Question 2 – La fréquence du contact corporel direct, sans objet médiateur

Le contact corporel direct entre les psychomotricien·ne·s et les patient·e·s est fréquent. La fréquence « souvent » regroupe plus de la moitié des répondant·e·s. Un tiers de l'échantillon, soit 18 psychomotricien·ne·s, ont répondu « parfois ». Trois réponses concernent la réponse « toujours ».

Cette question reprend la seconde question du sondage. De façon logique, les psychomotricien·ne·s ayant indiqué ne pas entrer en contact corporel direct n'ont pas répondu au questionnaire. Les pourcentages de réponses aux fréquences « souvent » et « parfois » sont sensiblement identiques. Cependant, les personnes ayant répondu « toujours » sont plus représentées dans le questionnaire.

Question 3 - Les modalités de corps-à-corps

La réponse « portage » est la plus populaire (49 réponses). La réponse « toucher thérapeutique » comporte 46 réponses. La réponse « massage » est également très représentée, avec 42 réponses. Les « jeux de contacts et d'opposition » ainsi que « l'utilisation du corps des psychomotricien-ne-s comme lieu d'exploration » regroupent le même nombre de réponses (39). La réponse « danse » est la moins choisie, mais concerne tout de même plus de la moitié de l'échantillon (31 réponse). Dans l'analyse des réponses libres, le corps des psychomotricien-ne-s comme modèle d'imitation est cité cinq fois. Le corps du thérapeute comme support, appui ou guide des mouvements des patient-e-s revient six fois. L'objectif de contenance et de réassurance est cité trois fois. Les autres réponses sont détaillées en annexe¹⁶.

Le corps des psychomotricien-ne-s est le support principal d'interactions en séances. La popularité des réponses montre la grande implication corporelle des psychomotricien-ne-s pour rassurer et contenir l'enfant face à des émotions ou des angoisses intenses ; ou mener une activité débordante vers un jeu d'opposition. Le corps physique a également un rôle de soutien. On retrouve ici les références théoriques déjà citées dans l'analyse de cette question dans le sondage, à savoir les fonctions maternelles et paternelles, le *holding* et le dialogue tonico-émotionnel.

Les questions suivantes cherchent à spécifier les mécanismes conduisant à l'initiative motrice des psychomotricien-ne-s.

Question 4 - L'action motrice est spontanée, les raisons sont analysées plus tard.

Le panel est plutôt partagé quant à cette question. La moitié de l'échantillon choisit le degré neutre. Cela peut signifier qu'elles et ils n'ont pas souhaité se prononcer, ou que les modalités sont très variables d'une séance à l'autre. L'accord partiel comptabilise 17 réponses (29,3 % de l'échantillon). Le désaccord partiel comptabilise 8 réponses (13,8% de l'échantillon). Pour deux répondant-e-s, cette action n'est jamais uniquement spontanée. Au contraire, deux participant-e-s agissent spontanément lors des séances. L'analyse réflexive de la situation est effectuée à postériori. Mais cela ne signifie pas que cette action est impulsive.

¹⁶ Cf. infra, Annexe partie IV – Résultats du questionnaire, p. XV.

Question 5 – Le contact tactile avec les patient·e·s est toujours pensé en amont.

Le taux de réponses à chaque gradient est presque identique aux résultats de la question quatre. La moitié de l'échantillon indiquait être « ni en accord ni en désaccord » avec l'action exclusivement spontanée. Il est logique que cette neutralité soit retrouvée ici dans les mêmes proportions, face à l'affirmation inverse. Ainsi, il semble que les propositions de contact corporel sont à la fois, ou tout autant, spontanées que motivées par une intention préalable au mouvement.

Question 6 – La variabilité et l'alternance des modalités d'engagement corporel

L'hypothèse précédente est confirmée par les réponses à cette question. 84,5% du panel est en accord total ou relatif avec l'alternance des actions spontanées et envisagée en amont. 8 réponses concernent la position neutre (degré 2). Une réponse exprime un désaccord relatif. Aucune réponse n'exprime de désaccord total.

Ces réponses suggèrent que les psychomotricien·ne·s peuvent avoir une compréhension immédiate de la situation par un ou d'autres moyen(s) que l'intellectualisation. La mise en action fait appel à l'expérience ainsi qu'aux ressentis des psychomotricien·ne·s. Suzanne Robert-Ouvray (2019) précise ainsi : « *Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ... : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations et images pour répondre à l'enfant sur son terrain.* »

Question 7 – Les objectifs thérapeutiques du toucher en psychomotricité

Cette question explore certains objectifs thérapeutiques du toucher en psychomotricité. Les réponses sont très populaires pour l'ensemble du panel.

L'ensemble des participant·e·s ont recours au contact corporel pour contenir l'enfant. Ceci fait écho à la fonction contenante, cherchant à rassurer lors des situations inquiétantes, à apaiser et rassembler lors d'émotions débordantes ou d'angoisses intenses.

La quasi-totalité des répondant·e·s (94,8%) entrent en contact corporel avec les patient·e·s afin de les accompagner physiquement lors d'une action. 52 psychomotricien·ne·s (89,7%) proposent leurs corps comme support ou appui physique pour l'enfant. Un taux de réponse identique est retrouvé pour la réponse

« fournir des informations sensorielles ». Il peut s'agir ici de stimuler les appuis, d'enrichir le schéma corporel¹⁷, l'enveloppe et les représentations corporelles. 41 réponses (70,7%) concernent l'accompagnement de l'enfant lors des transferts. Le taux de participation le plus bas correspond à 67,2% de l'échantillon. Il concerne le choix d'une médiation corporelle.

Les réponses libres permettent de compléter les réponses. Le contact corporel est proposé pour entrer en relation : selon les particularités sensorielles de l'enfant, pour étayer la communication verbale ou rechercher un accordage tonico-émotionnel. La dépendance due au polyhandicap, favoriser la prise de conscience de son corps à l'enfant et les propositions ludiques sont également citées.

Le contact corporel n'est pas anodin ni effectué au hasard. Les psychomotricien-ne-s s'impliquent pour accompagner et soutenir l'enfant dans son développement sensori-moteur et psycho-affectif. La proximité corporelle est évaluée et réadaptée en fonction de chaque enfant, mais aussi de chaque situation.

La seconde partie de ce volet questionne implicitement la notion de « corps-outil ». Elle interroge les conditions et limites mises en place pour assurer la malléabilité¹⁸ du thérapeute, en garantissant son intégrité. Les interrogations prennent en compte la « composante » vivante de cet « outil psychomoteur », à la fois objet de soin et humain, clinicien et sujet.

Question 8 – Les interdits posés aux patient·e-s dans les temps de corps-à-corps

Les réponses les plus populaires concernent l'imposition d'interdits aux patient·e-s. 65,5% du panel pose des limites. 20 réponses (34,5%) concernent l'accord total. 18 réponses (31%) concernent un accord plus mesuré. Cependant, l'échantillon est partagé. 13 répondant·e-s (22,4 %) utilisent la réponse neutre. 6 psychomotricien-ne-s (10,3%) sont plutôt en désaccord avec cette affirmation. Un·e répondant·e ne pose pas d'interdits lors des temps de contacts corporels.

La situation thérapeutique suppose un cadre et certains interdits. D'autres règles sont propres à chaque thérapeute. On peut faire l'hypothèse qu'elles permettent de garantir l'intégrité psychocorporelle des psychomotricien-ne-s, chacun·e déterminant ce qui lui est possible ou non de vivre en séance.

¹⁷ Cf. supra, Partie III – Théorie, p. 16.

¹⁸ Cf. supra, Partie III – Théorie, p. 15.

Question 9 – Correspondance des limites personnelles et professionnelle

Les réponses sont en faveur d'une correspondance des limites personnelles et professionnelles, mais l'échantillon est partagé. Plus de la moitié de l'échantillon confirme cette correspondance : un tiers du panel est en total accord ; un quart du panel est plutôt d'accord. La réponse neutre comptabilise 12 réponses (21,4%). 8 répondant-e-s (14,3%) sont légèrement en désaccord avec cette concordance. Pour trois personnes, les limites entre personnel et professionnel sont distinctes.

Cette question fait référence au rapport aux corps, en référence à des zones précises du corps des psychomotricien-ne-s. La question suivante concerne plus largement les situations vécues.

Question 10 – Variation des limites dans le cadre personnel et professionnel

Cette question effectue une comparaison entre des situations vécues avec des enfants dans la sphère personnelle et les patient-e-s dans le cadre professionnel. Les réponses sont plus nuancées. 26,8 % de l'échantillon est en accord relatif, 30,4% en total accord. Le désaccord total est plus important pour cette question que pour la précédente. 10 psychomotricien-ne-s n'autorisent pas dans le champ professionnel des contacts corporels qu'elles ou ils n'accepteraient pas dans leurs vies personnelle. 6 répondant-e-s indiquent un désaccord moins marqué. La position neutre comporte huit réponses.

Pour une partie de l'échantillon, la distinction de l'identité personnelle et professionnelle entraîne des limites spécifiques selon le contexte. Ces psychomotricien-ne-s peuvent supporter ou autoriser des situations dans le contexte thérapeutique qu'elles ou ils n'accepteraient pas dans leurs vies personnelles.

Question 11 – Lorsque le patient sollicite le contact corporel

La majorité des psychomotricien-ne-s expriment la même aisance dans l'initiative du contact que lorsque ce sont les patient-e-s qui les sollicitent sur le plan corporel. 25 réponses (43,1%) concernent l'accord total. L'accord partiel regroupe 31% du panel. 11 réponses (19%) sont neutres. 4 réponses (6,9%) expriment un désaccord moyen. Aucune réponse n'est relevée pour le désaccord total.

Question 12 – Prendre du recul lorsque le corps est mis à mal

Après des situations difficiles vécues en séances, les psychomotricien·ne·s arrivent en majorité à prendre du recul. La réponse la plus populaire est le degré d'accord relatif, pour 60,3% de l'échantillon. Pour un quart du panel, cela dépend des situations. 7 psychomotricien·ne·s arrivent à prendre du recul dans toutes circonstances. Une personne indique une difficulté à prendre du recul. Ceci peut dépendre en partie des limites évoquées plus tôt, dans les questions 9 et 10 de cette partie. L'impact de ces situations, selon d'éventuelles résonances avec la vie personnelle des psychomotricien·ne·s, peut également jouer un rôle.

Question 13 – Fréquence de certains ressentis au cours des séances

Cette question interroge les manifestations psychocorporelles émergeant dans le contact avec les enfants. Pour faciliter l'analyse, ces résultats sont catégorisés selon leur qualité « positive » ou « négative ». Les réponses sont détaillées en annexe¹⁹. Seuls les plus significatives sont développées ici.

Les ressentis « négatifs »

Une brusque fatigue, un sentiment d'accablement ou une baisse du tonus ne sont jamais ressentis pour 11 psychomotricien·ne·s. Presque la moitié de l'échantillon répond le ressentir « rarement ». Cependant, un tiers du panel répond à la fréquence « souvent ».

L'impression d'être détaché de son corps suscite la réponse la plus catégorique. La fréquence « jamais » est choisie par plus des trois quart du panel. 10 personnes ont répondu « rarement », deux réponses concernent la fréquence « souvent ».

L'item suivant est le ressenti d'un corps comme objet matériel et instrument de découverte pour le patient. Il rassemble le plus haut taux de réponses à la fréquence « souvent », mobilisant la moitié de l'échantillon. L'item « très souvent » rassemble 7 réponses. 15 réponses concernent la fréquence « rarement ». 7 réponses sont relevées pour la fréquence « jamais ».

¹⁹ Cf. infra, Annexe IV, p. XIX.

Un sentiment de dissociation temporelle ou d'absence n'est jamais ressenti par 65% du panel. Un sentiment de désorganisation n'est jamais ressenti par 60% de l'échantillon. Il s'agit des plus hauts taux pour cette fréquence, sur l'ensemble des ressentis « négatifs ».

De façon générale, les sensations et impressions « négatives » interrogées ici sont rarement ressenties, voire jamais. Cependant, les sensations associées à une brusque fatigue sont souvent ressenties par un tiers du panel. Le sentiment « d'être utilisé » par le patient, comme un objet ou un instrument de découverte, est fréquent pour plus de la moitié de l'échantillon.

Ressentis « positifs »

Concernant le ressenti d'un brusque dynamisme ou une hypervigilance, le panel est partagé. Les réponses sont réparties presque également entre la fréquence « souvent » (27 réponses, 46,5%) et « rarement » (24 réponses, 41,3%). Les deux pôles, « jamais » et « souvent », rassemblent respectivement 4 et 3 réponses.

L'item suivant concerne l'impression d'une grande présence à soi-même. Il s'agit du plus fort taux de mobilisation pour la fréquence « très souvent », avec un quart du panel. La fréquence « souvent » rassemble la moitié du panel. 3 réponses sont obtenues à la fréquence « toujours ». Neuf réponses sont obtenues à la fréquence « rarement », et 3 réponses sont attribuées à la fréquence « jamais ».

L'item plus précis « impression d'une hyperconscience de la ou des partie(s) du corps spécifiquement impliqué(e)s avec les patient-e-s » partage le panel. Si l'on regroupe les fréquences « jamais » avec « rarement », on obtient 29 réponses. Le même nombre est obtenu en rassemblant les trois autres fréquences. Pour plus d'un quart de l'échantillon, elle est « souvent » ressentie. Elle est « très souvent » ressentie pour 10 psychomotricien-ne-s. Trois réponses concernent la fréquence « toujours ». Pour un tiers de l'échantillon, cette sensation est rare. 9 répondant-e-s ne la ressentent jamais.

Ainsi, le panel est divisé pour deux de ces items. Cependant, la sensation d'une conscience corporelle intense, d'une grande présence à leur corps, est « souvent » et « très souvent » ressentie par la majorité des psychomotricien-ne-s.

Question 14 – Attention des psychomotricien·ne·s envers leurs propres ressentis

Cette question porte sur l'attention qu'accordent les répondant·e·s à leurs propres sensations, lors des séances. La réponse la plus populaire concerne la fréquence « souvent » (43,1% de l'échantillon). Les fréquences « toujours » et « parfois » rassemblent chacune environ un quart du panel. Aucune réponse n'a été enregistrée pour la fréquence « jamais ». Les psychomotricien·ne·s portent ainsi fréquemment attention à leurs ressentis et sensations propres. Presque un tiers des répondant·e·s souhaiterait y porter plus d'attention.

Question 15 – Les indices et signaux auxquels les psychomotricien·ne·s portent attention

L'indice le plus populaire (87,9%) est la prise de conscience de leur propre état émotionnel. La conscience de l'état tonique rassemble plus des trois quarts de l'échantillon. Cette dyade tonico-émotionnelle influence l'organisation posturale. L'attention à la posture constitue une autre indication majeure, pour 69% du panel. Les signaux douloureux sont des indices pour 56,9% du panel. La moitié de l'échantillon portent leur attention sur leur respiration. La fatigue est un signal important pour 48,3% du panel. Les réponses libres des psychomotricien·ne·s ajoutent la diminution de l'attention aux patient·e·s, l'émergence de représentations ainsi que les variations de leur propre implication au sein de la séance. L'orientation de l'attention vers ces signaux corporels permet de prendre conscience d'une diminution de la vigilance ou de la qualité de présence aux patient·e·s.

Question 16 – Les intérêts de l'attention à son propre corps, en tant que psychomotricien·ne

Pour 74% du panel, la conscience corporelle, c'est-à-dire l'attention portée aux sensations internes, permet d'ajuster leur implication envers les patient·e·s. Pour 67,2% des psychomotricien·ne·s, cette présence à soi-même permet d'adapter leur posture ou leur confort. La diminution ou la suppression de paramètres indésirables permet de se rendre plus disponible à la relation. La réponse la moins populaire concernant tout de même la moitié de l'échantillon. Elle concerne la communication des ressentis des psychomotricien·ne·s aux patient·e·s. Les réponses ajoutées par les participant·e·s précisent que ces ressentis ne sont pas nécessairement communiqués aux jeunes patient·e·s par la parole. Ils le sont surtout de façon infra-verbale, par le biais du dialogue tonique.

Dans les réponses libres, les psychomotricien·ne·s font implicitement référence à l'empathie tonique²⁰. L'attention à leur propre vécu corporel les aide à comprendre ce que les patient·e·s peuvent ressentir. L'analyse de cette échoïsation et de ce contre-transfert²¹ corporel favorise la recherche d'une posture thérapeutique adaptée, d'une « bonne proximité »²². Pour deux psychomotricien·ne·s, la conscience de leurs ressentis permet un dialogue tonique optimal avec les patient·e·s. Enfin, pour deux autres psychomotricien·ne·s, cette conscience de soi-même permet une analyse de leur contre-transfert.

Cette partie envisage également la disponibilité des psychomotricien·ne·s et son évolution au fil des séances.

Question 17 – La sensation de disponibilité ressentie avant une nouvelle séance

Cette question porte sur l'impression générale de disponibilité, après une séance et avant la suivante. L'échantillon est partagé en deux.

Un tiers des psychomotricien·ne·s se sent relativement disponible pour accueillir la ou le patient·e suivant·e. Pour un tiers du panel également, cette disponibilité est variable. Sept psychomotricien·ne·s (12,1%) se sentent tout à fait disponibles pour la prochaine séance. Six psychomotricien·ne·s, soit presque la même proportion, ne se sentent peu disponibles pour la séance suivante. Enfin, un·e psychomotricien·ne ne se sent généralement pas disponible pour recevoir la ou le prochain patient.

D'après les résultats des réponses précédentes, on peut évoquer certains facteurs. Par exemple, des situations vécues comme difficiles dans la séance précédente, les émotions ressenties ou le degré d'implication corporelle peuvent impacter la possibilité des psychomotricien·ne·s à se rendre rapidement disponible à nouveau.

Question 18 – Les raisons de cette sensation d'indisponibilité, ou de disponibilité partielle

Cette question concerne les sujets ayant répondu ne pas se sentir tout à fait prêts à accueillir un·e autre patient·e dans l'immédiat. 46 réponses ont été comptabilisées, sur un échantillon total de 58 participants. Les pourcentages indiqués sont adaptés à ce taux de participation. 12 psychomotricien·ne·s n'ont pas répondu à cette question.

²⁰ Cf. supra, partie III – Théorie, p. 23.

²¹ Cf. supra, partie III – Théorie, p. 11.

²² Cf. supra, partie III – Théorie, p. 20.

On peut supposer qu'il s'agit en partie des sept ayant répondu se sentir « tout à fait disponibles ». Seulement cinq autres réponses sont manquantes, alors que 22 psychomotricien-ne-s avaient indiqué se sentir plutôt disponibles. Ainsi, la majorité des psychomotricien-ne-s se sentant relativement disponibles ont quand même répondu à la question. Cela montre que cette disponibilité partielle ou variable ne les satisfait pas.

Pour trois quart des répondant-e-s, la raison majeure de ce manque de disponibilité est le manque de temps entre deux séances. La sensation de fatigue est la seconde proposition la plus choisie, pour 67,4% de l'échantillon.

Les trois autres propositions sont moins populaires, mais leurs proportions ne sont pas négligeables. La persistance de certaines sensations, d'un vécu corporel ou émotionnel particulier est indiquée chez 22 psychomotricien-ne-s, soit presque la moitié des répondants. Des préoccupations quant à la séance effectuée impactent la disponibilité pour 43% de l'échantillon. La séance à venir est source de préoccupation et de diminution de disponibilité pour 10 psychomotricien-ne-s.

Un ou un-e répondant-e évoque un temps d'adaptation nécessaire à un brusque changement d'énergie. Un ou un-e autre exprime le besoin de retrouver un état de neutralité d'accueil. Une réponse indique que les patient-e-s s'adaptent à son énergie ou peuvent favoriser un regain de son dynamisme.

Le temps entre deux séances n'est généralement pas assez conséquent pour permettre aux psychomotricien-ne-s de se ressourcer, de retrouver un équilibre psychocorporel suffisant.

Question 19 – Le besoin des psychomotricien-ne-s de se recentrer sur leurs propres corps

Cette question interroge les psychomotricien-ne-s sur leur besoin de temps de pauses, spécifiquement pour se recentrer sur elles-eux-mêmes. La majorité des répondant-e-s confirme cette nécessité. L'accord modéré rassemble 34,5% de l'échantillon. L'accord total concerne 20,7 % du panel. La même proportion de réponses est retrouvée pour le désaccord relatif. Un-e répondant-e indique ne pas ressentir ce besoin. Il y a donc autant de psychomotricien-ne-s pour qui cela est très important, que de professionnel-le-s qui en ressentent peu le besoin. Presque la même proportion concerne la position neutre, indiquant une variabilité conséquente.

Question 20 – Les moyens de « prendre soin de soi » lors du temps de travail

41 réponses ont été obtenues à cette question ouverte. Le moyen le plus cité (18 réponses) concerne la respiration : en prendre conscience, prendre une grande inspiration... Les autres réponses sont partagées par une proportion moins importante de l'échantillon. Trois réponses soulignent le besoin de s'isoler. Une majorité des réponses concernent des activités individuelles.

Trois répondant·e·s réfléchissent ou écrivent sur ce qu'il s'est passé au cours de la séance. Le temps d'introspection est nommé une fois. Deux psychomotricien·ne·s remettent de l'ordre dans la salle de psychomotricité. Des temps individuels statiques sont cités plusieurs fois : écouter de la musique, prendre une pause sans rien faire, consulter son téléphone.

Les exercices et techniques de conscience corporelle (eutonnie, bodyscan, ancrage) sont cités à six reprises. Les techniques de relaxation sont citées deux fois. Les réponses des psychomotricien·ne·s du panel indiquent une conscience de soi-même, différente de l'attention portée aux sensations en présence des patient·e·s. La mise en mouvement du corps est retrouvée à travers les étirements (8), les postures de yoga (5), l'utilisation de la physioball (3).

Les temps d'échanges avec les collègues sont retrouvés chez cinq répondants. Un·e psychomotricien·ne nomme en particulier la psychologue. Ces interactions ont souvent lieu lors des temps de repas. Le besoin de s'hydrater et de s'alimenter, de répondre à des besoins physiologiques de base, est souligné. Un·e répondant·e se concentre sur les sensations ressenties en buvant une boisson chaude.

Les temps en extérieurs sont cités. Faire du sport à la pause de midi revient trois fois. La même fréquence concerne le fait de sortir prendre l'air.

Question 21 – Les raisons pour lesquelles les moyens ne sont pas utilisés, malgré le besoin

La dernière question de ce volet concerne les psychomotricien·ne·s qui n'utilisent pas de moyen particulier pour leur bien-être, mais en ressentiraient le besoin.

25 personnes y ont répondu. Pour 24 d'entre elles, le manque de temps est le principal facteur. Trois personnes indiquent ne pas savoir quels moyens utiliser.

Analyse synthétique des résultats

- Les capacités et l'autonomie motrice des patients sont très variables. Les modalités de leur engagement corporel varient d'une séance à l'autre, ainsi qu'au cours du suivi d'un-e même patient-e.
- Les psychomotricien-ne-s sont sollicité-e-s sur le plan corporel, dans des situations de corps à corps et de toucher non-médiatisé. Les modalités de proximité corporelle de même que les objectifs thérapeutiques sont multiformes, sollicitant l'adaptabilité et la créativité des psychomotricien-ne-s. Leurs corps sont alors les lieux et supports principaux des interactions, dans le dialogue tonico-émotionnel. Le corps physique est également un soutien et un modèle. L'initiative motrice des psychomotricien-ne-s, pour proposer un contact ou un toucher, alterne entre spontanéité et intentionnalité.
- Les limites des psychomotricien-ne-s, notamment dans le corps-à-corps, sont propres à chacun. En majorité, des interdits sont posés. Ces limites correspondent pour la moitié de l'échantillon à leurs limites personnelles. Pour d'autres, les limites sont différentes, distinguant ainsi un « corps professionnel » et un « corps personnel »?
- De manière générale, des ressentis corporels négatifs sont rarement (voire jamais) ressentis. Cependant, l'impression d'être objectivé par le patient est fréquente. Cela pose la question d'un « corps-outil » ou d'un « corps-objet », et de la manière dont les psychomotricien-ne-s le vivent, de manière récurrente. La majorité de l'échantillon arrive « souvent » à prendre du recul lorsque leur corps est mis à mal. Mais cela n'est pas systématique et ne concerne pas la totalité de l'échantillon. On peut alors en questionner l'impact sur la vie personnelle des psychomotricien-ne-s.
- L'attention des psychomotricien-ne-s à leurs propres vécus et ressentis est fréquente pour la majorité du panel. Cependant, presque un tiers souhaiterait y être plus attentif. Les indices majeurs de cette conscience corporelle correspond à la triade composée par le tonus, la posture et les émotions.
- La moitié des psychomotricien-ne-s de l'échantillon ne se sent pas totalement disponible pour accueillir la ou le patient-e suivant-e. La principale raison de cette indisponibilité partielle est le manque de temps, d'un espace de respiration pour retrouver une « neutralité d'accueil », se ressourcer ou se redynamiser. La moitié du panel exprime pourtant le besoin de faire des pauses et de porter attention à elles et eux-mêmes. Les moyens employés pour « prendre soin de soin » sont pour un grand nombre des temps seuls, portant attention aux sensations corporelles ou sollicitant la mise en mouvement du corps. Certains des moyens utilisés sont des médiations corporelles proposées en psychomotricité, des techniques issues de la formation initiale ou des loisirs des psychomotricien-ne-s.

Conclusion du second volet

Les psychomotricien·ne·s s'impliquent corporellement, émotionnellement, dans les séances. Les façons dont elles et ils vivent les situations sont même des outils d'analyse et de compréhension des patient·e·s. Des ajustements constants sont nécessaires pour maintenir le dialogue tonico-émotionnel avec les patient·e·s. L'attention est portée à la fois et en même-temps à leur propre vécu corporel, aux effets de leur engagement psychocorporel ainsi qu'à la disponibilité envers les patient·e·s. Les limites posées lors de l'engagement corporel questionnent le rapport au corps des psychomotricien·ne·s lors du temps de travail. La prise de recul n'est pas systématique, accentuée par le manque de temps entre les séances pour intégrer les situations vécues. On peut faire l'hypothèse d'une certaine continuité entre la sphère professionnelle et personnelle : certains états ou ressentis pourraient perdurer en dehors du temps et du lieu de travail.

3) L'analyse du troisième volet – Hors de l'espace-temps institutionnel

Question 1 – La préoccupation au sein de la sphère privée concernant le vécu lors des séances

Cette question interroge les psychomotricien·ne·s sur leur capacité à prendre du recul après avoir quitté leur(s) lieu(x) de travail.

Plus de la moitié de l'échantillon arrive à mettre de la distance. L'accord modéré concerne 39,7% de l'échantillon, et l'accord total 20,7% du panel. Presque un tiers des réponses sont attribuées au degré 2, de neutralité. 5 psychomotricien·ne·s sont en désaccord modéré avec cette affirmation. Aucune réponse n'est attribuée au désaccord total.

Ainsi, pour une faible portion de l'échantillon, la prise de recul n'est généralement pas aisée. On peut supposer que la façon dont les psychomotricien·ne·s ont ressenti et vécu certains événements laisse des traces dans leur vie personnelle, qui peuvent parfois être envahissantes. Pour un tiers du panel, la prise de distance est très variable. On peut imaginer qu'elle dépend pour une grande part d'évènements marquants, contre-transférentiels ou suscitant une grande empathie. Pour plus d'un tiers de l'échantillon, il semble assez aisé de faire la part des choses. Pour 20% de l'échantillon, cette prise de recul est quasiment systématique.

Question 2 – Traces des interactions avec les patient·e·s sur les sujets psychomotricien·ne·s

La question porte sur l'éventuelle continuité du vécu en séances. Les choix de réponses permettent d'associer un ressenti à une qualité subjective (« positive » ou « négative ») et d'en exprimer sa durée, ressentie au-delà du temps de travail. Le nombre de participations selon les deux types d'expériences corporelles est légèrement différent. Les pourcentages indiqués ci-dessous prennent cela en compte, afin de permettre la comparaison.

Concernant les expériences corporelles désagréables, le même taux de réponse (26 chacune, soit 45% de l'échantillon) est attribué à leur persistance sur le court et le moyen terme. Neuf psychomotricien·ne·s indiquent avoir au moins une fois conservé une trace à long terme. Six psychomotricien·ne·s indiquent la fréquence « jamais ».

Concernant les expériences corporelles agréables, la majeure partie des réponses concerne la trace à court terme (51,6% de l'échantillon). Un quart du panel indique une persistance à moyen terme. Trois réponses concernent le long terme. Pour 11 psychomotricien·ne·s, les expériences corporelles vécues sur le moment ne laissent pas d'impact notable.

Ainsi, les traces corporelles qualifiées d'agréables perdurent plus longtemps à court terme que les désagréables. Cependant elles sont moins retrouvées à moyen terme, et ne sont presque plus ressenties à long terme. Une part non négligeable (15,8%) a encore la sensation à long terme d'une expérience corporelle désagréable.

Question 3 – La nécessité de pratiquer certaines activités lors du temps personnel

Cette question est formulée comme une affirmation, afin de mesurer le degré d'accord ou de désaccord des psychomotricien·ne·s. Elle suppose un lien explicite entre l'implication psychocorporelle inhérente à la profession et le besoin d'exercer une ou des activité(s) spécifique(s) sur le temps personnel.

37 psychomotricien·ne·s, soit 63,8% de l'échantillon, montrent un accord total avec cette affirmation. L'accord relatif comptabilise 12 réponses (20,7 % du panel). Le degré neutre obtient six réponses. Trois psychomotricien·ne·s sont en désaccord relatif avec cette affirmation. Aucune réponse ne concerne le désaccord total.

Pour la majorité de l'échantillon (84,5% des répondant·e·s), confirment cette corrélation et indiquent une nécessité d'exercer une ou plusieurs activités.

Question 4 – Les types d’activités exercées par les psychomotricien·ne·s dans le temps libres

La réponse la plus populaire concerne la proposition « activité sportive ou corporelle individuelle ». 50 réponses sont recueillies, soit 87,7% de l’échantillon. 24 psychomotricien·ne·s (42,1%) exercent une activité artistique et/ou créative. Les pratiques groupales sont moins plébiscitées, mais concernent 20 réponses, soit un tiers du panel. Les types d’activités sont détaillés en annexe²³.

19 répondant·e·s bénéficient d’une supervision. Qualifiée « *d’espace tiers* » (Lobbe-Bernier, 2008), la supervision est encadrée par un·e psychothérapeute ou un·e psychanalyste (Fablet, 2007). Elle permet de déposer des problématiques, d’engager un travail sur des « *situations à fort potentiel émotionnel* » (Lobbe-Bernier, 2008) et de réfléchir sur sa pratique professionnelle. Ce cadre encourage la « *prise de conscience des aspects transférentiels et contre-transférentiels en jeu dans les situations professionnelles d’interaction* ». Il peut également permettre de « *prendre soin de soi et de son vécu face aux réactions émotionnelles émergentes* » (Lobbe-Bernier, 2008) pour qu’elles ne soient pas envahissantes.

On retrouve ainsi majoritairement des aspects centraux dans la pratique psychomotrice : la mise en mouvement du corps, la conscience corporelle, la créativité. On peut supposer que l’activité individuelle favorise la conscience corporelle et que l’objectif principal n’est pas la performance ou la compétition. La supervision est directement liée à l’activité professionnelle.

Un·e répondant·e précise : « Je ressens le besoin de pratiquer certaines activités sur mon temps perso [sic] ²⁴ mais pas forcément *en raison de* mon engagement corporel au cours de mon métier. Je dirais plutôt que mon besoin/envie d’engagement corporel dans la vie de tous les jours m’a fait choisir ce métier qui me permet également de m’engager corporellement au travail. » Ceci permet de nuancer la causalité linéaire, autrement-dit que l’engagement corporel lors du temps de travail suppose un engagement corporel sur le temps personnel.

Question 5 – Les raisons de ces pratiques sur le temps personnel

Cette question explore les raisons de ces activités. Elle ne propose pas uniquement des modalités de réponses liées à la pratique professionnelle. Ceci permet de nuancer les résultats de la question précédente.

²³ Cf. infra, Annexe III, p. XXIII.

²⁴ Selon le dictionnaire Larousse, cette mention indique que la citation est reproduite textuellement, avec les particularités d’orthographe ou de typographie.

Pour 91,2 % de l'échantillon, ces activités sont exercées pour le plaisir qu'elles procurent. Pour 71,9 % du panel, elles permettent d'évacuer les tensions de manière dynamique. Pour une proportion presque identique, elles favorisent la détente. La moitié de l'échantillon y voit la possibilité de poursuivre un travail corporel. Ces activités permettent un travail sur soi pour 25 répondant-e-s (43,9%). Pour un quart du panel, ces activités permettent d'enrichir leur pratique professionnelle. Un-e psychomotricien-ne précise : « Je choisis les activités par plaisir et si elles ont un lien avec ma pratique c'est un plus (mais pas l'inverse) ».

Ainsi, ces activités ont en premier lieu des bénéfices personnels : prendre soin de soi, prendre du plaisir, extérioriser et se détendre. Pour certain-e-s, elles permettent de retrouver une certaine continuité dans le travail corporel proposé au cours de la formation initiale en psychomotricité. L'apport d'une connaissance de soi-même, sur un plan plus global, est également citée. Ces pratiques personnelles sont d'abord des temps de loisirs. Le but premier n'est pas d'enrichir les techniques professionnelles ou la pratique psychomotrice, mais ces activités peuvent y contribuer. Elles permettent également aux psychomotricien-ne-s d'enrichir leurs expériences corporelles, de maintenir un équilibre psychocorporel et de nourrir leur créativité.

Analyse synthétique des résultats

- La majorité du panel parvient à faire la part des choses entre la sphère professionnelle et privé. Cette distanciation est variable pour un tiers du panel. On peut supposer que la façon dont les psychomotricien-ne-s ont ressenti et vécu certains évènements laisse des traces dans leur vie personnelle. La continuité de ces ressentis peut être vécue comme envahissante.
- L'implication tonico-émotionnelle, l'empathie tonique ou les aspects du contre-transfert corporel peuvent avoir des répercussions en dehors des séances de psychomotricité. Les traces corporelles qualifiées d'agréables perdurent plus longtemps à court terme que les vécus désagréables. Cependant, les vécus désagréables sont plus fréquemment ressentis à long terme.
- La majorité de l'échantillon pratique une ou plusieurs activité(s) sur le temps personnel. Le lien entre le choix de ces activités, et l'engagement corporel inhérent à la psychomotricité, est nuancé. Les motivations sont en majorité personnelles. Les liens avec l'activité professionnelle sont des bénéfices secondaires, mais ne sont pas recherchés en priorité. Cependant, la supervision est directement en lien avec la pratique professionnelle.

Conclusion du troisième volet

Les séances de psychomotricité laissent des traces sur les psychomotricien·ne·s. Il s'agit de situations vécues quotidiennement, d'expériences relationnelles s'inscrivant dans la mémoire corporelle des sujets exerçant la profession de psychomotricien·ne·s. De manière générale, des sensations désagréables peuvent perdurer à court ou moyen terme. Mais elles ne sont majoritairement pas source de désorganisation. Elles ne semblent pas liées à la mise en danger de l'intégrité psychocorporelle. Les limites posées, réévaluées et propres à chaque psychomotricien·ne, semblent généralement efficaces pour remplir les fonctions thérapeutiques sans se sentir débordé. La persistance de certains vécus semble reliée à des éléments issus du contre-transfert émotionnel²⁵. Une aide extérieure est parfois sollicitée pour favoriser la prise de recul ou accompagner un travail personnel.

Les psychomotricien·ne·s emploient des moyens permettant l'analyse de la situation en séance. L'intégration de ces vécus est également effectuée au cours du temps de travail. Les professionnel·le·s se saisissent des moments de pauses ou de transition entre les séances afin de retrouver une « neutralité d'accueil », pour reprendre la formulation d'une répondant·e. Cependant, le manque de temps est souligné. Pour une majorité de l'échantillon, le temps personnel est propice à la pratique de certaines activités, pour des raisons variées. Le lien direct entre ces activités et l'engagement corporel inhérent à la pratique psychomotrice est nuancé.

4) L'analyse du quatrième volet- L'engagement dans la thérapie psychomotrice

Ce dernier volet questionne la pratique psychomotrice de manière générale.

Question 1 – L'engagement corporel, une spécificité de la psychomotricité ?

Pour 86,2 % des psychomotricien·ne·s du panel, la réponse est affirmative. L'accord total rassemble 65,5% de l'échantillon. L'accord relatif comporte 12 réponses, soit 20,7 % de l'échantillon. Cinq psychomotricien·ne·s ont choisi le gradient 2 pour émettre une réserve ou indiquer une variabilité. Deux réponses concernent le désaccord partiel. Enfin, un·e répondant·e indique son désaccord total. Cela peut signifier, pour elle, l'engagement corporel n'est pas exclusivement retrouvé dans le champ de la psychomotricité.

²⁵ Cf. supra, Partie II – Théorie, p. 12.

Question 2 – L'utilisation du corps des psychomotricien·ne·s en tant qu'outil de travail ?

Cette question emploie intentionnellement la formulation « utilisation du corps-outil ». Les choix multiples sont proposés par polarités opposées (positif/négatif, enrichissant/éprouvant, facile/difficile).

Pour 86,2% des psychomotricien·ne·s, cette formulation a une connotation positive. Pour un·e répondant·e·s, elle est exclusivement péjorative. Pour deux autres, elle est à la fois méliorative et péjorative. Pour 91,4% de l'échantillon, utiliser son corps en tant qu'outil de travail est enrichissant. Mais pour 72% du panel, c'est également éprouvant. 63,8% des psychomotricien·ne·s répondent qu'il est difficile de l'expliquer à des personnes qui ne connaissent pas la profession. 12 psychomotricien·ne·s n'ont pas de difficultés à l'expliquer à des personnes qui ne connaissent pas la psychomotricité.

La répartition des réponses à chacun des pôles n'est pas complémentaire, ce qui montre leur co-existence chez certain·e·s répondant·e·s.

Question 3 – Les définitions de l'engagement corporel par les psychomotricien·ne·s

44 répondant·e·s ont fait part de leurs définitions de l'engagement corporel en psychomotricité. L'analyse lexicale complète est présentée en annexe ²⁶. Elle est également illustrée sous la forme d'un nuage de mots ²⁷. L'ensemble des définitions est retranscrit en annexe ²⁸. L'analyse de la fréquence des mots a un intérêt, mais aussi des limites. Par exemple, les périphrases ne sont pas prises en compte, le terme est implicite. J'effectue ici une analyse complémentaire.

75 % du panel a apporté une réponse. Il s'agit de définitions ou d'explications générales, sans recours à des exemples. La majorité des réponses sont écrites en une à deux lignes. D'autres sont plus développées, entre trois et cinq lignes. Deux réponses forment un paragraphe, avec neuf à huit lignes.

Seules deux réponses expriment clairement la difficulté à rédiger une définition. L'une indique des mots-clefs, la seconde fait un lien avec la difficulté de définir la profession de psychomotricien·ne.

²⁶ Cf. infra, Annexe III p. XXV

²⁷ Cf. infra, Annexe III p. XXVI

²⁸ Cf. infra, Annexe III p. XXVII

1) Comment les psychomotricien-ne-s parlent de leurs corps

Il ressort de ces définitions une manière commune de parler de leurs corps, sous différents termes ou expressions synonymes : intégrité psychocorporelle, implication sensorimotrice et psychique, toile de fond tonico-émotionnelle et psychique. Une réponse parle du « Corps » avec une majuscule. Deux répondant-e-s parlent d'unité corps-esprit. Deux psychomotricien-ne-s précisent préférer le terme d'engagement psychocorporel. Des réponses décrivent le corps comme une interface de communication et d'échange.

2) Comment les psychomotricien-ne-s parlent de la relation avec les patient-e-s ?

De nombreuses réponses parlent de la relation et de la communication infraverbale avec les patient-e-s. L'un-e des psychomotricien-ne-s parle spécifiquement d'une relation « horizontale », c'est-à-dire non hiérarchisée. Cela est souligné implicitement dans de nombreuses réponses exprimant l'accompagnement, le partage de jeux, le « faire et être avec » les patient-e-s.

3) Comment les psychomotricien-ne-s expriment les modalités de cet engagement ?

La majorité des réponses indiquent que cet engagement s'effectue par le biais du dialogue tonico-émotionnel. Ce terme, ainsi que le dialogue tonique, sont cités deux fois mais sont implicitement présents dans l'ensemble des réponses. Il s'agit de se proposer en tant que support pour les patient-e-s, tant sur le plan physique que psychique, dans un échange relationnel. Le soutien par le langage oral, la parole, est retrouvé à deux reprises. Il est non-systématique, complémentaire du langage infra-verbal. Un-e psychomotricien-ne précise que l'engagement corporel a lieu « dans l'ici et maintenant ». Il est cependant en lien avec l'histoire de vie des patient-e-s ainsi que celle des psychomotricien-ne-s, selon une autre réponse. Des répondant-e-s indiquent que cette implication nécessite un questionnement et un réajustement constant.

Cinq psychomotricien-ne-s précisent dans leurs définitions que cet engagement est inhérent à la profession de psychomotricien-ne. D'autres synonymes sont employés, tels que « intrinsèque », « inhérent ». Le vécu corporel des psychomotricien-ne-s est considéré comme le fondement de cet engagement. L'analyse de ce vécu reflète la spécificité de la psychomotricité, selon ces réponses. Deux répondant-e-s comparent l'engagement corporel en psychomotricité avec d'autres professions.

L'engagement corporel semble ainsi désigner la mise en mouvement du corps physique, dans une proximité corporelle ou un corps-à-corps avec les patient-e-s. Cependant, la majorité des réponses développe plus particulièrement la spécificité de cet engagement corporel en psychomotricité. Elles définissent ainsi l'engagement *psychocorporel*, dans une vision holistique du corps. Il s'agit des manières dont les psychomotricien-ne-s s'impliquent elles et eux-mêmes la relation avec les patient-e-s : par le mouvement mais aussi avec leurs émotions, leurs sensations, leurs limites et leurs possibilités. La spécificité des psychomotricien-ne-s est définie par l'analyse de leurs ressentis dans le contact corporel.

4) Quels sont les objectifs thérapeutiques de l'engagement psychocorporel ?

D'après les réponses, cet engagement permet d'abord de rencontrer les patient-e-s, d'établir un contact, de communiquer et d'être en relation. L'engagement psychocorporel peut être une modalité de soutien au développement psychomoteur. En l'associant au langage, un-e répondant-e indique qu'il est une voie d'accès à la symbolisation. Il permet de tenter de répondre aux besoins des patients, selon des axes thérapeutiques, d'être « dans le soin ». Une réponse cite l'objectif global de « redonner au corps objet de soin une dimension de plaisir », dans la relation à soi-même et aux autres.

5) Qu'en est-il de la notion de « corps-outil » ?

L'expression « utiliser son corps » est retrouvée sept fois. On peut citer d'autres expressions retrouvées fréquemment, comme « mettre à disposition », « se servir » ou « au service de ». Cinq des psychomotricien-ne-s employant ces termes précisent que cet engagement est dans le respect des patient-e-s, ainsi que des limites du thérapeute. Le corps comme outil de travail est explicitement cité trois fois. A la même fréquence, le corps est décrit comme « le premier médiateur » en psychomotricité.

Question 4 – Comment les psychomotricien·ne·s considèrent leurs corps lors des séances ?

Cette question propose un début d'exploration quant à la manière dont les psychomotricien·ne·s perçoivent leur propre corps dans le champ professionnel

91,4% des répondant·e·s considèrent leur corps comme une modalité d'entrée en relation. 60,3% de l'échantillon, soit 35 psychomotricien·ne·s, considèrent leurs corps comme un instrument au service du patient. Cela fait écho aux réponses à la question précédente, ainsi qu'à la notion de médium malléable.

La proposition « unité somato-psychique » est choisie par plus de la moitié de l'échantillon (55,2%). Une proportion similaire de psychomotricien·ne·s (51,7%) considèrent leur corps d'une façon différente, au moins en partie, de leur corps de « non-clinicien ». Pour 18 psychomotricien·ne·s (31 %), il n'y a pas de distinctions selon le contexte professionnel ou personnel.

Aucune réponse n'a été enregistrée pour les propositions « comme un corps uniquement physique » et « sans particularité spécifique ».

Question 5 – Les rapports des psychomotricien·ne·s à leur corps sont-ils les mêmes au sein de l'institution et en dehors ?

La réponse binaire ne permet pas d'obtenir des détails. Cette question reprend deux des modalités de réponses précédentes, pour solliciter l'ensemble de l'échantillon. La comparaison indique une constance dans les réponses.

L'échantillon est divisé. La réponse « non » rassemble 58,6 % des répondant·e·s, qui considèrent différemment leurs corps dans le cadre institutionnel que dans la vie personnelle. Pour 41,4% de l'échantillon, le rapport au corps est identique, indépendamment du contexte.

La question binaire ne permet pas de détailler ces réponses. La question suivante tente d'y apporter quelques précisions, en interrogeant l'éventuelle continuité entre le vécu en séance et la vie personnelle des psychomotricien·ne·s.

Question 6 – Les situations vécues en séances influencent-elles l'organisation psychomotrice des thérapeutes au quotidien ?

Cette question porte spécifiquement sur l'influence unilatérale du vécu en séances, sur l'organisation psychomotrice des psychomotricien-ne-s. Elle reprend la question 6 du sondage, binaire, et propose des nuances dans les modalités de réponses. Le sondage du panel avait répondu « oui » à 83,3%.

Le panel du questionnaire est plus partagé. 62,1% de l'échantillon est en accord total ou relatif, avec respectivement 16 et 20 réponses. Neuf réponses (15,5%) concernent le degré neutre, pouvant indiquer une variabilité trop importante pour donner une réponse. Sept répondant-e-s indiquent un désaccord partiel, et six réponses un désaccord total (10,3 % de l'échantillon).

Question 7 – Exemples de l'influence de l'engagement corporel en séance sur l'organisation psychomotrice, dans le cadre institutionnel et dans la sphère personnelle

Les psychomotricien-e-s peuvent apporter des précisions à la question précédente par une réponse libre. Les personnes étant en désaccord partiel ou total n'ont pas répondu. On peut scinder les réponses obtenues en trois parties.

D'abord, les éléments vécus en séances impactent dans l'immédiat l'organisation psychocorporelle des psychomotricien-ne-s. Les effets peuvent perdurer brièvement, dans l'après-séance. La causalité est linéaire, en réponse à ce qui vient d'être vécu. D'autres réponses précisent les traces perdurant au-delà du temps et du lieu de travail. Le dernier temps évoque plutôt l'influence de la sphère personnelle sur le positionnement professionnel. Cette division est artificielle, elle permet seulement un regroupement plus clair des résultats. Ces trois modalités sont parfois évoquées au sein d'une même réponse.

1) L'influence du vécu partagé en séances, dans l'immédiat et l'après-séance

Six réponses indiquent que le cadre professionnel et la posture thérapeutique entraînent et sollicitent une conscience corporelle. Six répondant-e-s indiquent ressentir lors des séances une « hyper attention » à leurs corps, à leur respirations et ressentis propres.

Deux répondant-e-s indiquent que certains comportements des enfants se « prolongent », de manière relative, sur elles et eux-mêmes. Le dialogue tonique peut entraîner une certaine désorganisation, perdurant un temps après le départ de l'enfant. Les exemples concernent une perturbation des repères corporels ou un état tonique inhabituel : se cogner, un état tensionnel intense, une fièvre, une hypotonie ou une hypertonie. Une psychomotricienne donne un exemple : « Lorsque je travaille [sic] avec un enfant qui présente des troubles autour de ses limites corporelles (tsa par exemple) il m'est arrivée d'être perturbée dans mes propres limites et de me cogner plus que d'habitude. »

Trois répondant-e-s relèvent une influence quant à leur propre motricité.

La première réponse souligne le besoin de retrouver du mouvement, de l'étirement, après les séances. Cela peut indiquer le besoin de retrouver un niveau tonique plus élevé, de fournir des afférences sensorielles ou se recentrer sur son propre corps. Un-e autre répondant-e souligne que certains de ses réflexes se sont développés au cours des séances. La ou le troisième répondant-e souligne la conscience de la richesse de sa propre motricité après certaines séances : « Chaque semaine, j'accompagne en séance une petite fille polyhandicapée, spastique du côté droit et aveugle dans un corps à corps. Je prends par la suite encore davantage conscience [sic] de l'amplitude et de la liberté de mes mouvements. »

La sémiologie des patient-e-s suivi-e-s en psychomotricité influence sur la posture thérapeutique, le corps-à-corps mais également le contre-transfert corporel. Deux psychomotricien-ne-s citent les émotions ressenties au contact des patient-e-s, notamment par cet extrait : « il peut y avoir aussi une influence émotionnelle, affects violents ressentis par le thérapeute face à une personne polyhandicapée dont la déformation du corps fait violence... ».

Un-e psychomotricien-ne souligne : « Mon organisation psychomotrice est suffisamment stable pour la retrouver ».

2) L'influence de la vie personnelle sur la sphère professionnelle

Les réponses concernant l'influence de la vie personnelle sur la sphère professionnelle sont moins nombreuses, mais apportent une nuance intéressante.

Deux psychomotricien-ne-s soulignent que leur disponibilité psychique envers les patients peut être diminuée par les événements vécus dans la vie quotidienne, ainsi que par la fatigue. Un-e autre souligne que les expériences personnelles peuvent impacter sa capacité à prendre du recul au sein des séances.

Des situations de la vie personnelle peuvent cependant favoriser la relation avec l'enfant. Une psychomotricienne explique : « Il me semble que ce sont plutôt mes expériences du quotidien qui ont un impact sur mon organisation en tant que psychomotricienne [...] (par exemple, un mal-être dans un endroit bondé peut m'aider à comprendre ce que vit un enfant qui a des difficultés à traiter les informations multisensorielles) ».

3) La trace des vécus en séance sur la vie personnelle des psychomotricien-ne-s

Les réponses les plus nombreuses à la question 7 concernent l'influence de la sphère professionnelle sur la sphère personnelle.

Le taux le plus élevé de réponses concerne l'influence sur les relations familiales et interpersonnelles. Des impacts négatifs sont relevés pour 8 psychomotricien-ne-s. Trois psychomotricien-ne-s soulignent que leur profession entraîne une fatigue au quotidien. On retrouve dans les autres réponses une irritabilité, un besoin de s'isoler et un manque de disponibilité pour les proches.

Des impacts plus positifs sont relevés dans quatre réponses. Pour deux psychomotricien-ne-s, le toucher, l'accordage corporel et la proxémie sont plus réfléchis au quotidien. Pour un-e répondant-e, son activité de psychomotricien-ne lui a permis de développer une « capacité d'écoute de signaux sensoriels faibles ou subtils », une sensibilité au langage infra-verbal. Un-e autre porte plus attention à ce que la posture et l'attitude corporelle renvoie dans les situations de la vie courante.

Deux réponses soulignent l'influence positive du travail des N.E.M en séance. Il permet une meilleure posture pour porter des objets, et favorise l'attention à l'économie du corps au quotidien, notamment lors des relevés du sol.

Deux réponses concernent une influence plus personnelle. Un-e psychomotricien-ne souligne que son activité professionnelle facilite son engagement corporel dans la vie de tous les jours. Un-e autre a développé une conscience plus importante de ses propres ressentis et sensations. Elle ou il porte également plus d'attention à l'expression de ses émotions ainsi qu'à leurs variations.

Le témoignage suivant montre en quoi la rencontre avec les patient-e-s peut avoir une influence sur la sphère privée des professionnel-le-s :

« Mon travail a influer [sic] sur mon image du corps par exemple, je pouvais avoir plusieurs complexes sur certaines parties du corps, des restes de la problématique adolescente que j'ai mis au travail en analyse car cela venait parfois efracter [sic] / résonner en séance. Les différents travail [sic] avec mes patients m'ont changé aussi parceque j'ai décider [sic] d'aller creuser ma problématique et mon propre rapport au corps dans un espace privé , a certain moment da [dans] ma vie la souffrance d'un patient m'atteignait trop fortement il a fallut [sic] analyser mon contre transfert et donc parler de moi de mon histoire. Le corps est un outils [sic] vivant avec une histoire passée et actuelle. Ce travail me semble primordial pour harmoniser mon image [du] corps entre professionnel/privée. Ainsi le travail en séance continu [sic] de me faire évoluer dans mon organisation psychomotrice. »

Cette réponse souligne l'évolution des représentations corporelles et les changements dans la relation avec autrui. Certaines situations ou souffrances des patient-e-s peuvent résonner avec l'histoire psychocorporelle des thérapeutes. Un travail extérieur peut alors être nécessaire, notamment pour faire la part des choses entre ce qui appartient aux patient-e-s et ce qui est plus personnel. La réponse indique ainsi une distinction entre image du corps professionnelle et privée, qu'il serait nécessaire « d'harmoniser ». Un-e psychomotricien-ne développe un exemple et conclut ainsi sa réponse : « *...les situations vécues en séance en tant que psychomot [sic] ont une influence sur ma propre organisation psychomotrice ET ma propre organisation psychomotrice a un [sic] influence sur les situations vécues en séance en tant que psychomot [sic]. C'est un va et vient permanent entre les deux. »*

Analyse synthétique des résultats

- Pour la majorité du panel, la formulation « corps-outil » a une connotation positive. Utiliser son corps en tant qu'outil de travail est enrichissant pour la quasi-totalité de l'échantillon, mais également éprouvant pour 72 %. Pour plus de la moitié de l'échantillon, le corps est un instrument au service du patient, dans le respect des limites des professionnel-le-s.
- 63,8% des psychomotricien-ne-s considèrent qu'il est difficile d'expliquer leur métier à des personnes qui ne connaissent pas la profession.
- Pour la majorité des répondant-e-s, la spécificité de la psychomotricité est l'engagement psychocorporel. Presque tous les psychomotricien-ne-s du panel considèrent leur corps comme une modalité d'entrée en relation, majoritairement par le biais du dialogue tonico-émotionnel.
- Plus de la moitié des psychomotricien-ne-s de l'échantillon considère leurs corps d'une façon différente, au moins en partie, de leur corps de « non-clinicien ».
- Les temps partagés en séance nécessitent et suscitent des modifications dans l'organisation psychocorporelle des psychomotricien-ne-s. Ils peuvent rapidement s'estomper, ou laisser des traces au-delà du temps et du lieu de travail. Ils se sont cependant pas source de désorganisation. Le vécu au quotidien a également un impact sur la posture thérapeutique des psychomotricien-ne-s.

Conclusion du dernier volet

L'engagement psychocorporel est décrit comme inhérent et spécifique à la pratique psychomotrice. Le contenu des définitions personnelles des psychomotricien-ne-s est relativement semblable, on retrouve un vocabulaire commun. Les psychomotricien-ne-s engagent leurs « Corps » au service des patient-e-s, dans le cadre des séances. L'analyse des ressentis et l'engagement corporel sont considérés comme des outils thérapeutiques. Cela interroge le rapport que les psychomotricien-ne entretiennent avec leur corps, dans la sphère personnelle et professionnelle. La moitié des professionnel-le-s de l'échantillon considère leurs corps d'une façon différente, au moins en partie, de leur corps de « non-clinicien ». De manière circulaire, les sphères personnelles et professionnelles s'inter-influencent et modulent l'organisation psychomotrice. Pour un-e professionnel-le, c'est plutôt « le cheminement corporel personnel global induit par notre métier » qui a une influence sur la façon d'être et d'exercer en tant que psychomotricien-ne.

D) Conclusion générale quant aux résultats du questionnaire

Les réponses concernent des psychomotricien-ne-s exerçant actuellement en petite enfance, dans le champ de la thérapie psychomotrice. Le questionnaire interroge ces psychomotricien-ne-s selon deux cadres spatio-temporels, la sphère professionnelle et la sphère privée. Ces deux temps questionnent ce qu'il se produit en séances et ce qu'il en reste, dans l'immédiat puis à distance.

Les réponses montrent que les psychomotricien-ne-s permettent et proposent des situations de proximité corporelle avec les patient-e-s. Le contact non médiatisé, le toucher thérapeutique et les modalités de corps-à-corps sont très fréquents au cours des séances. L'adaptation des psychomotricien-ne-s est sollicitée à chaque rencontre. Elles et ils accueillent des patient-e-s aux capacités et difficultés très variables. Les modalités de mouvement, de déplacement et de communication influencent la posture et les interactions corporelles. Les réponses témoignent d'une profession éminemment relationnelle. Les interactions corporelles sont centrales. Les psychomotricien-ne-s s'impliquent pleinement avec les patient-e-s, dans une relation duelle et un dialogue tonico-émotionnel. Les émotions ont ainsi leur place dans cette relation thérapeutique, qui n'est pas neutre mais reste professionnelle.

Ainsi, selon un-e répondant-e, « Le psychomotricien offre sa toile de fond tonico-émotionnelle et psychique aux inscriptions que voudra bien y laisser le patient, le temps d'une séance. Le psychomotricien travaille à se laisser imprégner par la manière [du patient] de vivre son corps. »

L'engagement de soi-même, dans la relation, est ici considéré comme un outil de travail. Les psychomotricien-ne-s disposent de moyens pour penser et analyser ces situations thérapeutiques. Ces professionnel-le-s effectuent des propositions notamment en fonction de ce que les patient-e-s leurs font ressentir. Dans des allers-retours dynamiques, l'attention est portée à la fois et en même-temps aux patient-e-s, aux effets de l'engagement psychocorporel des psychomotricien-ne-s et à leurs propres vécus. Cela nécessite un apprentissage débutant lors de la formation initiale et évoluant au cours de l'exercice professionnel. Il sous-tend une connaissance de soi de manière globale. Chaque psychomotricien-ne s'engage d'une manière qui lui est personnelle, dans le respect des limites du cadre, de celles des patient-e-s mais également des siennes.

Les définitions des répondant-e-s montrent une distinction entre l'engagement corporel et l'engagement psychocorporel. Ce dernier constituerait la spécificité de la psychomotricité, par l'analyse des ressentis. L'engagement corporel peut être considéré comme une médiation. Ainsi, le « Corps » est considéré ici comme l'outil principal en psychomotricité.

En raison de la mise au premier plan de l'unité psychomotrice des thérapeutes, le questionnaire explore la porosité des identités professionnelles et personnelles. Les réponses montrent une certaine continuité et circularité. Les expériences relationnelles vécues en séances s'inscrivent dans la mémoire corporelle des sujets exerçant la profession de psychomotricien-ne-s. L'intégration de ces vécus est notamment effectuée au cours du temps de travail, afin de garder une disponibilité à soi et aux patient-e-s. Les moyens employés pour se ressourcer sont aussi source d'apprentissage. Ils sont adaptés en fonction des besoins et du rythme de travail, qui ne permet pas toujours de prendre le temps nécessaire. La majorité de l'échantillon exerce ainsi des activités dans les temps de loisirs. Le choix du type d'activités est d'abord personnel, mais il peut être lié à la pratique psychomotrice. Seule la supervision est directement reliée au contexte professionnel. Une aide extérieure peut être sollicitée pour favoriser la prise de recul ou accompagner un travail personnel, lorsque des situations vécues en séance font écho à l'histoire personnelle des psychomotricien-ne-s.

Cet engagement global questionne le rapport des psychomotricien-ne-s à leur corps. Cela a brièvement été exploré ici, à travers la question de la correspondance ou de la non-concordance des limites personnelles et professionnelles. La façon dont les psychomotricien-ne-s considèrent leurs corps, dans ces deux sphères, a été posée de manière explicite. Plus de la moitié des répondant-e-s effectuent une distinction selon le contexte professionnel ou privé. Il est cependant difficile d'approfondir ce sujet par des questions binaires ou des données chiffrées. L'analyse des réponses du questionnaire montre l'importance des réponses qualitatives, développées par les psychomotricien-ne-s avec leurs propres mots. Elles apportent des détails, des nuances et de nouvelles informations se basant sur la réalité de leur pratique. Elles enrichissent considérablement les données quantitatives. Cela montre l'intérêt de proposer des entretiens aux psychomotricien-ne-s, permettant d'obtenir des données qualitatives plus précises et représentatives. D'autres points concernant la méthodologie de ce questionnaire peuvent être critiqués. Je les développerai dans la partie suivante.

Partie V – Discussion

A) Les difficultés et limites de cette enquête

1) La critique du questionnaire après l'analyse des résultats

a) *Le manque de précision du critère « petite enfance »*

Le critère concernant la petite enfance correspond à un large public. De façon générale, le développement psychomoteur entraîne des variations rapides au début de la vie, en quelques semaines ou mois. Il y a un grand écart entre la posture de communication adaptée à un nourrisson ou à un enfant en recherche de verticalisation. Le rapport au sol, au portage, les propositions vont extrêmement varier entre la naissance et la première année de vie, entre la deuxième et la sixième.

A la fin du questionnaire, un espace de commentaire libre était proposé. La première personne indique qu'il ne lui a « pas toujours été facile de répondre en raison de la particularité du suivi pour des jeunes polyhandicapés. ». Ce questionnaire interroge des psychomotricien-ne-s intervenant en petite enfance, sans autre précision. L'objectif étant de questionner les professionnel-le-s, j'ai choisi de ne pas orienter ma recherche en fonction d'une pathologie en particulier. Cela permet d'objectiver les éléments communs à la posture thérapeutique globale, dans l'accompagnement du développement psychomoteur au début de la vie.

J'ai cependant à l'esprit que la sémiologie psychomotrice des enfants pris en soin, influence l'engagement psychocorporel des thérapeutes. Un enfant peut par exemple avoir acquis la station debout et la marche, mais présenter des troubles de l'équilibre. Ceux-ci nécessitent une proximité corporelle constante, pour accompagner et parer le risque de chute. Les spécificités des diverses indications en psychomotricité (troubles psychomoteurs, retards de développements, handicaps, pathologies...) ne pouvaient pas être prises en compte dans cette recherche. Le questionnaire manque de précision à ce sujet, il pourrait être intéressant de reprendre cette étude pour une population en particulier. Cela permettrait d'explorer les variations de l'engagement corporel, particulièrement du corps-à-corps, de manière spécifique.

b) La hiérarchisation des propositions de réponses à choix multiples

A la fin du questionnaire, un-e autre répondant apporte une remarque concernant les propositions de réponses à choix multiples. La ou le psychomotricien-ne aurait « aimé les classer par ordre d'importance (1, 2, 3...) ». Il aurait effectivement été intéressant de proposer cette modalité. L'analyse des réponses aurait pu prendre en compte la popularité et la hiérarchisation des choix.

c) Certains termes auraient pu être précisés

Les indications « court terme », « moyen terme » et « long terme » peuvent être questionnés, car leur interprétation est personnelle. Le court terme peut s'exprimer en minutes, ou en jours, d'une personne à une autre.

Le terme « organisation psychomotrice » pourrait être précisé. Il a été utilisé pour désigner plus largement les façons d'être et d'agir des psychomotriciennes, en relation avec elles et eux-mêmes et avec autrui, dans le cadre personnel et professionnel.

d) Les gradients de l'échelle de Likert pourraient être moins étendus

L'analyse des réponses montre que les nuances intermédiaires (désaccord et accord relatifs) ne peuvent être justifiés par les répondant-e-s. Les trois gradients principaux (« pas du tout d'accord », la position neutre et le pôle opposé « tout à fait d'accord ») auraient été suffisants.

e) La complémentarité des informations quantitatives et qualitatives

L'analyse des réponses montre que les informations quantitatives sont enrichies par la précision des informations qualitatives. Elles ont été obtenues lors des questions ouvertes, peu nombreuses mais riches, mais aussi grâce aux questions mixtes. Celles-ci proposent des cases « Autres », permettant aux répondant-e-s de compléter librement un ensemble de propositions imposées.

Un questionnaire n'est pas le moyen le plus adéquat d'obtenir des éléments qualitatifs. Il serait intéressant de s'inspirer de cette recherche pour mener des entretiens avec des psychomotricien·ne·s n'ayant pas participé à cette étude. Ils pourraient être proposés à distance de la pratique des professionnel·le·s, comme c'est le cas ici. Ils pourraient aussi avoir lieu à la suite d'une ou plusieurs séances, pour obtenir des informations de manière plus directe.

Cette modalité pourrait également être proposée aux participant·e·s de ce questionnaire. Cela permettrait de revenir sur certaines questions, d'approfondir la réflexion et d'explorer d'autres domaines en lien avec le sujet. Ces entretiens seraient une source supplémentaire de données, cette fois-ci qualitatives. Certaines thématiques n'ont pas pu être questionnées. Des informations significatives, concernant les représentations corporelles des psychomotricien·ne·s ou la distinction d'un « corps professionnel » et d'un « corps personnel », ne peuvent être recueillies que par le discours des concerné·e·s. Les questions binaires et les données chiffrées permettent de montrer une tendance parmi l'échantillon. Elles n'apportent cependant pas de détails et ne sont pas représentatives des nuances et variations. Les questions d'ordre général ne peuvent rendre compte de manière juste et détaillée des représentations individuelles et évolutives.

2) La temporalité du mémoire de recherche

a) Le traitement des données et l'analyse des résultats

Sans notions concernant la conduite d'une enquête par questionnaire, le temps de traitement des données s'est révélé être plus long que prévu. Compte tenu de la mise en forme par graphiques et l'analyse des résultats sous forme rédactionnelle, la gestion du temps a été réadaptée. Elle n'a pas permis d'ajouter certains compléments.

b) Le manque de liens entre certaines questions

Le questionnaire aurait pu être enrichi par certains liens entre les questions. Cet approfondissement n'a pas pu être effectué, en raison du manque de temps. Cela nécessitait d'analyser l'ensemble des réponses de chaque participant·e, puis de les comparer aux questionnaires remplis des autres répondant·e·s. Des nuances auraient peut-être pu être précisées, lors du premier volet. Par exemple, une personne diplômée récemment ne correspond pas forcément à la tranche d'âge la plus basse.

De même, un ou un-e psychomotricien-ne peut exercer depuis un an en petite enfance, mais avoir dix ans d'expérience auprès d'autres populations.

Des liens auraient également pu être faits sur l'ensemble du questionnaire. Par exemple, est-ce que les jeunes diplômés ont plus de mal à prendre de la distance avec leur vécu en séances ? Ou encore, quel est le profil des personnes ayant répondu ne pas faire de distinction entre la sphère personnelle et professionnelle, et inversement ?

c) Le manque de temps pour élaborer des entretiens

J'avais envisagé de réaliser un ou deux entretiens, en complément de ces données majoritairement quantitatives. Cependant, ils n'ont pas pu être effectués, compte tenu du temps nécessaire à leur réalisation et surtout à leur retranscription. Il aurait été très riche de pouvoir échanger, de vive-voix, avec des psychomotricien-ne-s ayant répondu au questionnaire.

3) La psychomotricité : une profession complexe à définir

L'une des bases de ma réflexion sur le sujet de ce mémoire a été le problème de la mise en mots. Il s'est retrouvé lors de la rédaction. Par exemple, j'ai eu du mal à trouver des termes précis pour désigner les personnes que sont les psychomotricien-ne-s en dehors des temps d'exercice de leur profession. J'ai ainsi employé des paraphrases telles que « le sujet non-clinicien-ne » pour questionner la sphère personnelle des répondantes. Paradoxalement, cette séparation est établie dans une tentative de relier ces éléments, de montrer qu'ils font partie d'un tout.

a) L'apport de la philosophie pour comprendre certains choix de vocabulaire

La difficulté de mise en mot peut résulter de la délicatesse d'une pensée holistique, dans un contexte encore fortement imprégné de la pensée dualiste. Cette dernière est une philosophie qui opère une distinction entre l'esprit et le corps. Le point de vue moniste considère l'existence d'une seule substance, sans distinguer le corps de l'esprit. Cette pensée unitaire cherche à dépasser la vision morcelée, hiérarchisée ou divisée de l'être humain (Giromini, 2003, p.17). La psychomotricité tente ainsi de considérer l'être humain de manière holistique. Pour trente-sept psychomotricien-ne-s ayant répondu au sondage, il est difficile d'expliquer leur métiers à des personnes qui ne le connaissent pas. Cette difficulté de mise en mots concerne plus de la moitié des

répondant-e-s. On peut supposer qu'il est plus aisé de s'adresser à des personnes ayant les mêmes référentiels et cadres de pensées. Les futur-e-s psychomotricien-ne-s apprennent à maîtriser ce langage. Les professionnel-le-s peuvent avoir moins de difficultés à s'exprimer entre elles et eux, en employant un vocabulaire commun. Dans cette enquête, seules deux psychomotricien-ne-s expriment leur difficulté à rédiger une définition de l'engagement corporel.

b) La spécificité de la psychomotricité, un engagement corporel ou psychocorporel ?

Les définitions de l'engagement corporel sont personnalisées par chaque psychomotricien-ne, mais leur contenu est semblable. Plusieurs professionnel-le-s effectuent clairement une distinction entre l'engagement corporel et psychocorporel, comme dans cette réponse : « J'aime parler d'engagement psycho-corporel. Dans le sens où l'utilisation de notre corps est visible, mais notre esprit reste tout autant présent et acteur dans cet engagement. » De nombreuses autres réponses le font de manière implicite. Je résume ici cette distinction, issue des définitions du panel.

L'engagement corporel désigne ce que l'on voit de l'extérieur : la mise en mouvement du corps visible, la proximité corporelle, le corps-à-corps. Cet engagement corporel n'est pas spécifique à la psychomotricité. Il peut concerner d'autres professions, comme le précise cette réponse : « Les kinésithérapeutes s'engagent corporellement aussi car ils ont un contact physique peau à peau avec le patient mais sont moins à mes yeux dans l'analyse de leur vécu. Les acteurs s'engagent aussi corporellement mais pas dans un contact corporel pas toujours direct avec leurs interlocuteurs. »

L'engagement psychocorporel est considéré comme la spécificité de la psychomotricité. Il s'agit de l'implication du Corps dans une vision unitaire. Les sensations internes, les émotions, moins tangibles et plus personnelles, ont toute leur place. Cet engagement nécessite une formation, un apprentissage continu. Il fait écho aux fonctions maternelle et alpha, à travers les notions de holding, de dialogue tonico-émotionnel, permettant le « faire-avec » et « l'être-avec » les patient-e-s. Une réponse illustre cela : « Le psychomotricien travaille à se laisser imprégner par la manière de vivre son corps du patient et il travaille à lui restituer de façon métabolisée ou détoxifiée (pour reprendre la terminologie de Bion au sujet de la fonction de la psychée maternelle) ces vécus archaïques en mal de symbolisations. » Les psychomotricien-ne-s sont ainsi pleinement engagé-e-s dans cette relation thérapeutique, dans ce dialogue entre deux êtres psychomoteurs.

B) Le Corps-outil des psychomotricien·ne·s

1) Retour sur la notion de « corps-outil » à la lumière des résultats du questionnaire

A la lumière des résultats du questionnaire, je souhaite revenir sur la notion de « corps-outil » en psychomotricité.

Une partie des définitions de l'engagement corporel emploie un même champ lexical. Les termes les plus fréquents sont « utiliser », « se servir », « mettre à disposition ». Certain·e·s répondant·e·s le nomment clairement : « Le corps est l'outil de travail principal du psychomotricien ». L'analyse globale du questionnaire montre que les participant·e·s à l'enquête se considèrent comme une unité psychosomatique. Cela souligne ainsi une implication de soi-même. Celle-ci n'est ni anodine, ni totale. Un·e répondant·e l'indique : « L'engagement corporel en tant que psychomotricien, c'est mettre tout son Corps en jeu à travers différentes activités, en prenant en compte ses douleurs, ses limites, ses possibilités, ses affects, ses émotions, son état, ses sensations, ses capacités etc... à un instant t, au moment présent ». Reprenant cette formulation, la notion de « Corps-outil » prend ainsi une signification nouvelle, dans le cadre de la psychomotricité.

2) Le corps des psychomotricien·ne·s : un corps médiateur ?

Cette enquête concerne uniquement les temps de contact corporel direct. Le corps-à-corps en psychomotricité suscite des sensations dans l'instant présent. « *Le temps premier de la rencontre se fonde sur l'éprouvé que reçoit sans médiation, le psychomotricien* » (Pascal, 2000, p.62). L'interaction corporelle suppose « *un immédiat du ressenti de l'émotion et un « juste après » de l'éprouvé* » (Maliaud, 1997, p. 36).

De manière plus générale, la pratique psychomotrice emploie également un toucher « à distance ». L'utilisation d'objets médiateurs ou de médiations corporelles peut être plus indiquée dans certaines situations thérapeutiques. L'étymologie latine du terme « médiation » provient de *mediare*, qui signifie « s'interposer ». On retrouve l'idée d'une séparation, d'un entre-deux. Dans le contexte thérapeutique, un médiateur est destiné à « faire tiers ». Cet « ajout » suppose que le médiateur n'est pas, ou pas totalement, l'un des partenaires de la relation thérapeutique. Le médiateur est « *un*

support particulier, parfois un objet concret, [...] parfois concernant un dispositif, une technique particulière » (Maliaud, 1997, p. 32). La médiation comprend l'idée de « faire quelque chose » de ces émotions déjà ressenties. Cela dépend également de la possibilité de se projeter dans une certaine temporalité, à distance. Certain·e·s répondant·e·s indiquent que « l'engagement corporel pourrait être considéré comme une médiation ».

3) L'analyse de ses propres ressentis : un outil spécifique à la psychomotricité

La conscience et l'analyse du vécu personnel distinguent l'engagement corporel de l'engagement psychocorporel. Un·e répondant·e évoque « l'attention toute particulière que l'on va porter au corps, comme un outils [sic] qui donne des informations et renseigne sur soit [sic] et sur l'autre ». De manière intentionnelle, réfléchie et thérapeutique, les psychomotricien·ne·s s'impliquent avec les patient·e·s lors des séances. Ce qu'il s'y joue, ce qui est ressenti, est analysé de manières immédiate et différée. Les corps des psychomotricien·ne·s, ou leurs regards sur leurs propre corps, constituent des instruments d'analyse.

Comme les résultats du questionnaire l'indiquent, cet engagement actif impacte l'organisation psychocorporelle des psychomotricien·ne·s. Concernant sa pratique en tant que psychomotricienne, Isabelle Pascal (2000) précise : « *Je ne sais pour l'instant, de ma place, faire l'économie de ce temps premier de la rencontre qui, dans le bouleversement de mon propre fonctionnement, me donne la mesure de ce que je dois travailler* » (p. 61). L'une des réponses de cette enquête commence ainsi : « Le psychomotricien offre sa toile de fond tonico-émotionnelle et psychique aux inscriptions que voudra bien y laisser le patient, le temps d'une séance. ». Ces inscriptions laissent donc des traces, qui peuvent être éphémères ou marquer plus longuement les psychomotricien·ne·s.

4) Les psychomotricien·ne·s : au-delà d'un Corps comme instrument thérapeutique

a) Les limites de l'implication des psychomotricien·ne·s en séances

A propos de l'engagement psychocorporel, un·e répondant·e évoque le fait de « se prêter au jeu ». Se « prêter ».... jusqu'à quel point ? Les limites de cette implication ont été abordées dans cette enquête.

Les réponses au questionnaire montrent que la majorité des participant·e·s posent des interdictions aux patient·e·s, dans les temps de corps-à-corps. De façon générale, chaque psychomotricien·ne s'engage d'une manière qui lui est personnelle. Elles et ils s'impliquent en fonction de leurs propres limites. Cette réponse l'illustre : « Mettre son corps au service du patient, de ses besoins et des objectifs de travail, sans oublier néanmoins de rester respectueux de soi-même et de ses limites ».

b) L'engagement psychocorporel « suffisamment bon »

L'analyse du questionnaire montre que la fatigue et le manque de disponibilité peuvent également limiter l'implication psychocorporelle. Ces facteurs sont intégrés dans les séances. En relation avec les patient·e·s, ces niveaux de présence à soi et à l'autre peuvent évoluer ou apporter une autre dynamique. L'une des répondant·e·s déclare : « je suis toujours étonnée de voir comment nous possédons cette capacité de remobilisation et comment le jeune de la séance suivante peut devenir soutien [sic] et acteur de notre propre remobilisation. Il semble s'adapter de lui-même à mon énergie de l'instant. Parfois il m'aide à retrouver de l'énergie par son dynamisme, parfois il s'y adapte et la séance est "plus tranquille" mais tout autant bénéfique ».

Tout comme chaque être humain, les professionnel·le·s de santé ne sont pas infaillibles. En référence à la formulation de Donald W. Winnicott, il s'agit d'être un « *thérapeute suffisamment bon* » (Garnier et Mosca, 2004, p. 489). Les psychomotricien·ne·s sont présent·e·s à l'enfant, dans la mesure du possible. La totale attention à l'autre fait écho aux moments de moindre disponibilité. Les temps d'accordages, de désaccordage puis de réaccordage se succèdent. Les modulations permettent de rechercher l'engagement le plus adapté et supportable, au moment présent. Ces variations des rythmes de la relation font partie des séances. Ils permettent également de ne pas sur-stimuler les patient·e·s, de laisser des moments de silences, de suspension du mouvement.

Les psychomotricien·ne·s intègrent à la séance leurs mouvements internes, somatiques, émotionnels, motivationnels... Il s'agit de se présenter, d'être et d'agir en cohérence avec son état psychocorporel. Une dissonance peut être « sentie », dans le dialogue corporel. Elle aura une influence différente dans l'échange relationnel si elle est nommée. Il y a tout de même une nécessité de maîtrise relative, pour que les affects des psychomotricien·ne·s n'envahissent pas l'espace thérapeutique.

c) Lorsque le toucher touche « trop »

La relation en psychomotricité est établie selon une juste proximité professionnelle. Cette implication semble contraire à la distance thérapeutique prônée dans le milieu de la santé. La part active dans le dialogue tonico-émotionnel n'est pas neutre. Les psychomotricien·ne·s touchent et sont touchés, se meuvent et s'émeuvent. La conscience de leurs propres sensations et émotions permet aux professionnel·le·s de réajuster leur implication. Le Corps des psychomotricien·ne·s n'est pas un « outil » désincarné. Cependant, il est souvent vécu comme un objet ou un instrument dont la ou le patient·e dispose²⁹. Les participant·e·s à cette étude évoquent la nécessité de se questionner sur leurs propres vécus. Comme l'indiquent les réponses du questionnaire, le vécu partagé en séance peut laisser des traces au-delà des séances. Il est alors essentiel de se demander « Qui prend soin des psychomotricien·ne·s. »

C) « Qui prend soin de qui prend soin ? »

1) Pourquoi « prendre soin » des psychomotricien·ne·s ?

a) La visée prophylactique

Prendre soin de « qui prend soin » s'inscrit dans une visée prophylactique. Le dictionnaire Larousse définit la prophylaxie comme un « *ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies* ». Par exemple, le stress chronique entraîne un « *état d'alerte permanent [qui] devient nuisible à notre santé, notre corps étant sans cesse stimulé, ne peut se régénérer et donc se fatiguer.* » (Frimodt, 2000, p. 47).

²⁹ Cf. *infra*, Annexe IV – Les résultats du questionnaire, p. XIII.

Un·e psychomotricien·ne précise qu'« il peut aussi exister un caractère de pénibilité [...] dans notre travail, de l'épuisement si nous ne nous ressourçons pas ». Un·e autre répondant·e ajoute : « Le corps s'ajuste dans le dialogue tonico-émotionnel : je porte les enfants lourds psychocorporellement et j'investis beaucoup d'énergie ». A propos de l'utilisation du Corps comme outil, un·e psychomotricien·ne considère que cela est « est éprouvant parfois sur le plan psychique plus que sur le plan physique. ». En raison de l'engagement psychocorporel, notamment, l'épuisement professionnel (ou burn-out) constitue un risque, au cours de la carrière de psychomotricien·ne.

En évoquant la pratique clinique, Marc Rodriguez (2014) énonce que « *le corps est pour l'essentiel entendu dans ses désordres, ses impossibles, ses aléas, ou ses déchirures et ses appels symptomatiques, bref quand il fait du « bruit* ». » (p. 209). En parallèle, le corps du thérapeute est-il censé être silencieux ? Pour reprendre la métaphore, faut-il attendre qu'il « crie » pour l'entendre ? Ses « chuchotements » peuvent être audibles. La formation des psychomotricien·ne·s permet de les sensibiliser à l'écoute de leur propre corps puis de celui des autres.

Les psychomotricien·ne·s mettent leur Corps en jeu, s'impliquent dans la relation. Elles et ils portent les patient·e·s (selon les deux composantes du *holding*), soutiennent leurs mouvements, se placent à la hauteur du regard de l'enfant. Ces postures peuvent solliciter les genoux, le dos. Cela peut entraîner ou accentuer des douleurs. Le plan physique est très sollicité, dans des situations qui ne sont pas émotionnellement neutres. Avec les patient·e·s (mais pas tout à fait « comme »), les psychomotricien·ne·s reçoivent, observent, partagent, ressentent. Ces thérapeutes vivent des situations extrêmement varié·e·s, doivent s'y adapter et répondre de manière thérapeutique.

b) L'évolution du Corps-Outil au cours des événements de vie

Une certaine solidité est requise par les fonctions thérapeutiques des psychomotriciens. Véronique Defiolles-Peltier (2000) souligne : « *Le psychomotricien doit ainsi se situer comme un réceptacle possible de la souffrance du patient, sans risquer d'être détruit par celle-ci.* » (p. 134). La connaissance de soi, notamment sur le plan corporel, permet aux psychomotricien·ne·s d'envisager ce qu'elles et ils peuvent supporter. Cela suppose une responsabilité envers le patient, ainsi qu'une réflexion active sur soi-même. En effet, « *recevoir le vécu corporel de l'autre ne signifie pas pour autant perdre ses propres limites, c'est pourquoi ce type de travail nécessite un*

professionnel bien « entier », c'est-à-dire conscient de ses capacités et de ses incapacités émotionnelles. » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 139). Cette réflexion est réactualisée au fil de l'exercice professionnel et des événements de vie. Un·e répondant·e indique : « Le corps vieillissant du psychomotricien... ça me pose parfois question surtout avec le recul de l'âge de la retraite ! ». L'avancée en âge, la douleur ou la grossesse par exemple influencent le schéma corporel et l'investissement du corps. Ces évènements de vie sollicitent des adaptations de l'engagement psychocorporel au cours des séances.

2) Comment les psychomotricien·ne·s prennent soin d'elles et eux-mêmes ?

a) Dans le contexte professionnel : la recherche de temps pour soi

Pour les psychomotricien·ne·s ayant répondu à cette enquête, leur état tonico-émotionnel est un indicateur principal de leur équilibre psychocorporel. L'ouverture ou la fermeture au monde extérieur va dépendre de la régulation tonique. Un niveau élevé de tension, une « rigidité », rend le déséquilibre plus fréquent. Des allers-retours de soi-même vers l'Autre sont nécessaires pour maintenir une homéostasie. Dominique Duliège (2002) est psychomotricien et professeur d'Eutonie Gerda Alexander. Le terme eutonie indique « *l'idée d'une tonicité harmonieusement équilibrée en adaptation constante, en rapport juste avec la situation ou l'action à vivre.* » (p. 24). Au regard de son expérience et de sa pratique, il déclare qu'« *être plus disponible avec soi donne les moyens d'être plus attentif et plus réceptif aux autres* » (Duliège, 2002, p.19).

Catherine Potel (2015b) précise que « *la disponibilité du corps est quelque chose qui s'apprend, qu'il est même indispensable d'apprendre pour ne pas se perdre ou [...] pour ne pas trop s'épuiser.* » (p. 53). D'après l'analyse des réponses de cette enquête, certaines situations en séances peuvent mettre à mal les psychomotricien·ne·s. Un travail d'intégration peut être nécessaire, notamment grâce à une réflexion à distance.

Lorsque ces temps sont possibles, les répondant·e·s se servent de certains outils, expérimentés lors de la formation initiale ou de manière personnelle. Les plus populaires sont des techniques qui aident « *à se concentrer, au sens étymologique du mot : à être avec son centre [...] quand les circonstances amèneraient à être extérieur à soi ou à la situation.* » (Duliège, 2002, p. 36).

Un-e répondant-e précise : « c'est davantage l'accumulation des vécus et l'impossibilité de prendre du temps pour soi, pour s'en "délester", qui vient fragiliser un équilibre psychomoteur basal », plutôt que les vécus en eux-mêmes. Un temps de pause entre les séances n'est pas toujours possible. Leur enchaînement peut intensifier les vécus difficiles, ou les inscrire plus durablement. Il est nécessaire de composer avec le rythme institutionnel pour trouver des temps de pause, voire de répit.

b) La mise en mouvement du corps dans la sphère individuelle

A propos de la pratique psychomotrice, un-e psychomotricien-ne s'exprime ainsi : « c'est éprouvant si on n'a plus le temps de s'occuper de soi ! J'ai trouvé un équilibre en pratiquant quotidiennement une activité individuelle. » Sur leur temps personnel, une majorité des répondant-e-s pratique certaines activités. Ces dernières sont principalement effectuées dans un but personnel. L'apport pour leur pratique professionnelle est un bénéfice secondaire. Le plaisir, l'extériorisation et la détente sont les trois critères les plus retrouvés. Elles permettent de favoriser le bien-être, en se recentrant sur soi ou en extériorisant. Les réponses populaires soulignent l'affinité des individus, exerçant la profession de psychomotricien-ne-s, pour la mise en mouvement du corps. Une psychomotricienne indique un « besoin de faire un travail corporel perso [sic] pour pouvoir continuer à travailler avec mon corps. Prendre soin de sa charpente motrice et garder une bonne aisance corporelle. » Un-e autre précise « l'importance d'avoir une pratique personnelle corporelle qui vient enrichir, soutenir mon propre corps et m'aider à être toujours connecté à mes sensations. »

c) Qui d'autre peut « prendre soin » des psychomotricien.ne.s ?

Parfois, une aide extérieure peut être nécessaire lorsque la situation fait fortement écho à l'histoire personnelle. Elle peut également permettre d'analyser sa pratique. Les psychomotricien-ne-s conjuguent l'observation externe des patient-e-s et de la situation, ainsi que l'observation interne d'elles et eux-mêmes. Catherine Potel (2015b) évoque un « *dédoublement contrôlé* » (p. 53). Isabelle Pascal (2000) parle de « *double focalisation* » (p. 60). Elle ajoute que « *souvent cette double focalisation n'est réalisable qu'au travers d'un travail réflexif par l'intermédiaire d'un tiers* » (Pascal, 2000, p. 60).

Il est nécessaire de prendre d'abord soin de soi, pour s'assurer de ses appuis et de ses ressources. Cela permet ensuite de s'investir de la manière dont il est possible de s'engager, à cet instant, dans cette rencontre.

Conclusion

Cette recherche a permis d'apporter des éléments de réflexions quant à l'utilisation du corps en tant qu'outil de travail. Les réponses libres des psychomotricien·ne·s ont été fondamentales pour montrer la pertinence de cette formulation dans le champ de la psychomotricité. En particulier, la question concernant la définition de l'engagement corporel a été d'une grande richesse. Les participant·e·s distinguent l'engagement corporel et psychocorporel. Ce dernier est identifié comme étant inhérent et fondamental en psychomotricité. Cette spécificité apporte un nouvel éclairage à la notion de Corps-outil.

Cette formulation est employée par les psychomotricien·ne·s elles et eux-mêmes. Le terme « outil » n'est pas employé dans un sens péjoratif. Il désigne plutôt la grande richesse de la psychomotricité. Pour les participant·e·s à cette étude, l'analyse des situations thérapeutiques s'effectue en grande partie par leur Corps. Ce dernier est compris dans sa dimension holistique. La pratique clinique est colorée en fonction de l'histoire personnelle et professionnelle de chaque psychomotricien·ne·s.

Les séances vécues avec les patient·e·s influence également la sphère privée. Le Corps des psychomotricien·ne·s n'est pas un objet « rangé » dans la salle de psychomotricité, à la fin de la journée de travail. Il n'est pas non plus un outil désincarné. Une certaine porosité des identités personnelle et professionnelle est relevée. Elle s'explique par le fait que le Corps est le vecteur des expériences sensorimotrices, relationnelles et émotionnelles. Celles-ci concernent à la fois la vie quotidienne et le cadre spatio-temporel de l'exercice professionnel.

Débutée dans la formation initiale et enrichie par la vie personnelle, les psychomotricien·ne·s établissent leur propre « boîte à outils ». Celle-ci leur permet de faire des propositions adaptées aux patient·e·s, selon des objectifs thérapeutiques. Elle permet également de prendre soin d'elles et eux-mêmes, dans une visée prophylactique. Ces moyens personnalisés permettent de favoriser un équilibre somatopsychique optimal, entre vie personnelle et pratique professionnelle.

Certaines questions n'ont fait qu'effleurer des thèmes méritant d'être approfondis. Le contenu précieux des réponses libres et l'intérêt pour le sujet montrent que d'autres recherches pourraient être effectuées. Des entretiens physiques favoriseraient le discours libre, permettant la nuance et l'apport de nouveaux éléments.

La réalisation de cette étude a été pour moi d'une grande richesse. Elle a permis de proposer mes hypothèses d'étudiante en troisième année à des professionnel-le-s au cœur de la pratique clinique. Leurs réponses libres étaient très riches, constituant parfois de véritables témoignages. J'ai d'ailleurs été surprise par leur nombre et le taux de participation aux deux outils méthodologiques.

Ce travail de recherche et de mise en mots a accompagné une partie de mon cheminement, du statut d'étudiante à celui de psychomotricienne. Il fait écho à des questionnements sous-jacents dès la première année de psychomotricité. Il marque ainsi une continuité qui rend difficile d'inscrire le point final à cet écrit. Il m'a permis de guider une réflexion sur un sujet qui me paraît fondamental, dans les deux sens du terme. Ceci m'a apporté plus d'assurance concernant la définition de la psychomotricité.

Les questionnements de ce mémoire n'appellent pas une réponse unique, mais plutôt des chemins divers pour tenter de les approfondir. Le contenu de cette recherche, y compris ses limites, permet d'aborder d'autres sujets. Par exemple, le corps-à-corps était un élément central de cette recherche. Cependant, les psychomotricien-ne-s peuvent également « toucher à distance », par l'emploi d'objets médiateurs ou de médiations corporelles. Il ne fait aucun doute que ce mémoire constitue une base importante pour ma future pratique. Les réflexions qui ont été menées continueront d'évoluer au cours de mon développement professionnel.

Cette enquête interrogeant les professionnel-le-s a constitué un repère, compte tenu du contexte de la fin de son élaboration. En raison du confinement nécessaire par la situation pandémique, cette année en psychomotricité se termine de manière inattendue. Les examens de diplôme, des rites de passages, ne se dérouleront pas de la manière prévue. Les temps d'échanges, d'apprentissage et de professionnalisation lors des stages ont été suspendus. Le mémoire me semblait être le dernier lien concret avec la psychomotricité. La fin de sa rédaction a permis de maintenir des échanges avec des psychomotricien-ne-s, concernant notamment les capacités d'adaptations requises pour des séances virtuelles.

L'actualité permet d'interroger sous un autre angle le sujet de ce mémoire. Lorsque la proximité corporelle présente un danger potentiel, qu'en est-il pour celles et ceux dont le Corps est le principal outil de travail ?

Bibliographie

Ajuriaguerra (de), J. (1962). Le corps comme relation. In *Revue Suisse de Psychologie pure et appliquée*, pp. 137-157.

Ajuriaguerra (de), J. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Aucouturier B., Darrault Y. & Empinet J-L. (1984). *Pratique psychomotrice, rééducation et thérapie*. Paris : Doin.

Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 28-29(1), 17-26. doi:10.3917/cont.028.0017 .

Ballouard, C. (2006 [1^{ère} édition]). *Le travail du psychomotricien*. Malakoff : Dunod.

Boileau, N. (1674). Chant I. In *L'Art poétique*. (s.l.) : (s.n.).

Bolgert, C. (2003). L'identification projective. *Gestalt*, 24 (1), 141-159. doi:10.3917/gest.024.0141.

Boscaini, F. (2003). Rituels et nouvelles images du corps, *Evolutions psychomotrices*, 61/15. 119-128 .

Boutinaud, J. (Dir.) (2016). *Image du corps. Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques*. Paris : In Press.

Boutinaud, J., Joly, F., Moyano, O. & Rodriguez, M. (2014). *Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives : Pour une approche psychodynamique*. Paris : In Press.

Boyer-Vidal, B. & Tereno, S. (2015). La notion de *caregiver* dans le cadre de placements d'adolescents en Maison d'enfants à caractère social (mecs). *Enfances & Psy*, 66(2), 88-98. doi:10.3917/ep.066.0088.

Brun, A. (2010). Introduction. *In Le Carnet PSY*, 141(1), 24-27. doi:10.3917/lcp.141.0024.

Buxant, P. (1988). Du miroir infidèle aux reflets illusoire. L'engagement corporel du psychomotricien dans sa formation personnelle. *Thérapie psychomotrice et recherches*. 78. 19-25.

Calicis, F. (2017). L'utilisation du soi du thérapeute. *Médecine et hygiène. Thérapie familiale*, 38(2), 143-162. Accès <https://doi.org/10.3917/tf.172.0143>

Caut, I. (2000). Image du corps et schizophrénie. *Thérapie psychomotrice et recherches*. 123. 40-50.

Chatel, V. (2016). *Les Niveaux d'Évolution Motrice chez l'enfant cérébrolésé : un chemin à gravir : psychomotricité et kinésithérapie entre complémentarité et spécificité*. (Mémoire de psychomotricité. Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Paris). Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358386>

Ciccone, A. (2014). La part bébé du soi et les formes primaires de la subjectivité. In A. Brun & R. Roussillon, *Formes primaires de symbolisation* (pp. 55-72). Paris : Dunod. doi:10.3917/dunod.brun.2014.02.0055.

Claudon, P. & Weber, M. (2009). L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*, 21(1), 61-99. doi:10.3917/dev.091.0061.

Cosnier, J. (1992). Gestion des affects et communication non verbale. *Evolutions psychomotrices*, 17. 15-18.

Courberand, D., Morin, R. (1998). Croyances et ou concepts psychomoteurs. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 114/115, 4-11.

Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100. doi:10.3917/rfps.029.0083

Decety, J. & Jackson, P-L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.

Defiolles-Peltier, V. (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Paris : G. Morin.

Devereux, G. (2012 [4^{ème} édition]). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. (pp.15-21). Paris : Flammarion.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du seuil.

Duliège, D. (2002). *L'eutonie Gerda Alexander*. Meschers : Bernet – Danilo.

Durey, A. (2000). Le toucher dans la relation soignant-soigné. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 122. 50-58.

Frimodt, L. (2000). L'équilibre personnel dans la vie professionnelle et privée : un combat contre le stress. *Evolutions psychomotrices*, 12/47.

Gaignon, C. (2005). *De la relation d'aide à la relation d'êtres. La réciprocité transformatrice*. Paris : L'Harmattan.

Gatecel, A., Giromini, F. (2015a), La formation des psychomotriciens dans un cadre universitaire. In C. Potel, *Être psychomotricien*. 434-442. Toulouse : Erès.

Garnier, A. & Mosca, F. (2004). Quelles compétences pour le thérapeute ? *Thérapie Familiale*, 25(4), 485-494. doi:10.3917/tf.044.0485.

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Paris : Masson.

Gentili, F. (2005). *La rééducation contre l'école, tout contre: L'identité professionnelle des rééducateurs en question*. Toulouse : Erès. doi:10.3917/eres.genti.2005.01.

Haddad, R. (Dir.) (2019 [4^{ème} édition]). *Manuel d'écriture inclusive*. Paris : Mots-Clés. Accès : <https://www.ecriture-inclusive.fr>.

Heimann, P. (1987). À propos du contre-transfert. In P. Heimann, M. Little, L. Tower, A. Reich, *Le contre-transfert*. Paris : Navarin.

Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. doi:10.3917/jpe.011.0115.

Joly, F. (2008). Psychomotricité : une motricité ludique en relation. In C. Potel. (Dir.). *Psychomotricité entre théorie et pratique* (pp. 23-41). Paris : in Press.

Jover M., (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. In J, Rivière, *Le développement psychomoteur du jeune enfant* (pp. 13-52). Marseille : Solal.

Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. In *Le Carnet PSY*, 117(4), 33-39. doi:10.3917/lcp.117.0033.

Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presse Universitaire de France.

Larrieu, G. (2000). Etonie et expérience quotidienne du psychomotricien. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 123, 90-94.

Lauze, M. (2000). Un temps à soi. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 165, 122-124.

Lebbe-Berrier, P. (2008). La supervision écosystémique en groupe : lieu de développement de nouvelles compétences grâce à nos dépendances et limites. *Thérapie Familiale*, 29, 119-141. Doi : 10.3917/ff.081.0119

Liotard, D. (2010). Réflexion actuelle sur la spécificité du soin psychomoteur. In. C. Potel (Dir.). *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (pp. 51-64). Paris : In Press.

Livoir-Petersen, M. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 34-35(1), 93-132. doi:10.3917/cont.034.0093.

Maliaud, B. (1997). La « médiation corporelle » en psychomotricité ? *Thérapie psychomotrice et recherches*. 112. 32-36.

Metayer (le) M. (1993). *Rééducation cérébromotrice du jeune enfant*. *Education thérapeutique*. Paris : Masson.

Milner M. (1977). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue de Psychanalyse*, 5-6, 844-874.

Miron. G. (1999). *L'homme rapaillé*. p. 19. Paris : Gallimard.

Pascal, I. (2000). De l'immédiat à la médiation : la psychomotricité, clinique du passage. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 122, 50-63.

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

Potel, C. (2015a [1ère édition 2010]). *Être psychomotricien*. Toulouse : Erès.

Potel, C. (2015b). *Du contre-transfert corporel : Clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Eres.

PrévotEAU, C. (2017). La mère suffisamment bonne, ni trop ni pas assez. *Santé Mentale*. 220.

Richard, M-F. (1989). Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant. *Thérapie psychomotrice et recherches*. 83. 29-33.

Rodriguez, M. (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le Journal des psychologues*, 298(5), 22-25. doi:10.3917/jdp.298.0022.

Roussillon, R. (2010). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. *Le Carnet PSY*, 141(1), 28-31. doi:10.3917/lcp.141.0028.

Roussillon R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. pp. 130-146. Paris : Presses Universitaires de France.

Schmid Nichols, N. (2010). Notre corps, cet étrange objet : Son importance dans le développement du sujet et dans le champ thérapeutique. *Psychothérapies*, 30(2), 89-95. doi:10.3917/psys.102.0089.

Utrilla, M. (1980). Réflexion sur la relation. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 47.

Vigne, D. (2001). Que faire des indices corporels dans l'écoute en thérapie psychomotrice ? *Thérapie psychomotrice et recherches*. 126. 64-69.

Wallon, H. (1930). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.

Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Winnicott, D. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot.

Sitographie

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) créé par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) (2005) (s.d). Accès <https://www.cnrtl.fr>

Dictionnaire Larousse en ligne (s.d). Accès <https://www.larousse.fr>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2019). Accès <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>

Drag'n Survey, logiciel de questionnaire en ligne (s.d). Accès <https://www.dragnsurvey.com/>

Giromini, F. (2003), Les concepts fondamentaux de la psychomotricité. Accès : <https://docplayer.fr/68853474-Psychomotricite-les-concepts-fondamentaux.html>

Informations et relecture de travaux universitaires (s.d). Accès : <https://www.scribbr.fr/astuces/ecriture-inclusive/>

Logiciel en ligne de création de nuages de mots. Accès <https://www.nuagesdemots.fr/>

Robert-Ouvray, S. (2019). *Le contre-transfert émotionnel en thérapie psychomotrice*. Accès <https://www.suzanne-robertouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-en-therapie-psychomotrice/>.

Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations (s.d.). Accès https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/initiative/manuel-decriture-inclusive/?fbclid=IwAR1gfvvtcUoqE0f1z8e1wOXlluwDbjj_x3rzsSsAFzLssgqbN8-sWKEr_w4

Société Psychanalytique de Paris (2018). Accès <https://www.spp.asso.fr/textes/la-psychanalyse/la-psychanalyse-et-les-agirs/>

Syndicat National d'Union des Psychomotricien (s.d). Accès <http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>

Annexes

I. L'écriture inclusive

Ce mémoire est rédigé selon les règles de l'écriture inclusive de genre. Ce style d'écriture permet d'assurer une égalité de représentation entre les femmes et les hommes. Il est présent depuis plus de dix ans dans les milieux académiques anglophones. En France, ce type d'écriture est défendue par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes depuis 2015.

Du point de vue historique, avant le XVII^{ème} siècle, les règles d'accords étaient établies en fonction de la majorité et de la proximité. Si un nom masculin était suivi d'un nom féminin, le verbe placé après ces deux noms s'accordait au féminin. Si un nom féminin au pluriel précédait un nom masculin au singulier, le verbe suivant était accordé au féminin pluriel. Au XVII^{ème} siècle, l'Académie française déclare l'utilisation générale de l'accord au masculin. Le genre neutre n'est pas présent en français. Pour favoriser l'égalité de représentation, l'écriture inclusive propose de marquer les deux genres. Pour cela, plusieurs formes sont possibles. Par exemple, les professions sont accordées en genre. Les termes genrés sont mentionnés par ordre alphabétique.

En psychomotricité, l'accord masculin « psychomotricien » est principalement utilisé pour désigner les membres de la profession. Cependant, selon l'enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) détaillée ci-dessous, la majorité des diplômés de psychomotricité en France sont délivrés à des femmes. Cette prévalence féminine est retrouvée, de façon logique, au sein de l'échantillon de cette enquête. Cependant, je n'ai pas souhaité rédiger ce mémoire selon la règle de majorité. Afin d'éviter la répétition (« les psychomotriciens et les psychomotriciennes »), j'utiliserai le point médian (les psychomotricien·ne·s). Il permet d'accorder un même mot selon les deux genres, de manière simple et lisible.

Résultats de l'enquête de la DREES sur la France entière, données au 1^{er} janvier 2019

Sexe	Ensemble	1- Libéraux ou mixtes
Ensemble	13 600	3 231
Femme	12 192	2 910
Homme	1 408	321

Champ : France entière

Source : Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2019

II. Les commentaires des participant·e·s

Tableau regroupant les éléments extraits des commentaires des psychomotricien·ne·s

Termes retrouvés	Fréquence
Apport pour la profession et la réflexion personnelle.	15
Sujet (très) intéressant.	14
« Bravo », « super ».	8
Demande d'un retour sur cette recherche ou de lire le mémoire.	8
« Merci ».	6

Les commentaires les plus complets des psychomotricien·ne·s sont reproduits ci-dessous.

« C'est un super sujet et tellement important. Je répète sans cesse que mon principal outil de travail c'est mon corps ! »

« Intéressant car il y a des questions que je ne me suis jamais posées et qui méritent une réflexion (cps [abréviation de corps] psychomot et cps hors clinique) ».

« Votre sujet de recherche est très intéressant, vaste sujet qui confronte aussi chaque psychomotricien à sa propre subjectivité et à la mémoire corporelle consciente et inconsciente. »

« Le corps vieillissant du psychomotricien... ça me pose parfois question surtout avec le recul de l'âge de la retraite ! Et l'importance d'avoir une pratique personnelle corporelle qui vient enrichir, soutenir mon propre corps et m'aider à être toujours connecté à mes sensations. »

« J'ai trouvé les questions et réponses pertinentes et qui m'ont permis de pousser ma propre réflexion, voir [sic] de l'éclairer. »

« Super sujet, qui me passionne personnellement et qui est à mon sens souvent une conséquence ou cause de choix de notre fabuleux métier... »

« Ce sondage m'invite à me questionner de manière plus consciente et plus répétée sur mes ressentis corporels en séance. J'ai tendance à ressentir sans forcément faire de lien avec le patient ! »

« Merci pour cet intérêt porté au médiateur principal et privilégié qu'est le corps dans la spécificité et l'identité de la profession de psychomotricien. Cela serait peut-être plus simple d'expliquer notre profession en partant du corps et des représentations que nous en avons au lieu de plaquer et prêter des concepts à la psychomotricité qui prêtent souvent à confusion et nous met en difficulté vis à vis d'autres spécialités paramédicales s'occupant aussi du corps physique et ou psychique. Il peut aussi exister un caractère de pénibilité du coup dans notre travail, de l'épuisement si nous ne nous ressourçons pas .»

« Les questions sont très pertinentes et utiles pour les professionnels en fonction. Cela aborde un sujet pourtant essentiel mais parfois laissé de côté : notre corps propre. Je pense que j'y penserais davantage à partir d'aujourd'hui. »

« Le concept d'identification projective me paraît indispensable à connaître et comprendre : Qu'est-ce que l'enfant projette en moi qui me permet de le comprendre. Comment ma réponse de psychomotricienne permet une réorganisation somatopsychique si je puis le formuler ainsi. »

« Merci pour ce questionnaire, enrichissant dans la réflexion et amène à réfléchir sur des éléments sur lesquels on se questionne peu car on les voit ou [voit] comme une évidence. »

« Une étude très pertinente avec des questions pointues et intéressantes qui permettent de faire réfléchir sur sa pratique. »

III. Les résultats du sondage

Diagramme 1 – Question 1 du sondage - *Etes-vous d'accord avec la phrase suivante: « Le corps des psychomotricien-ne-s est leur premier outil de travail » ?*

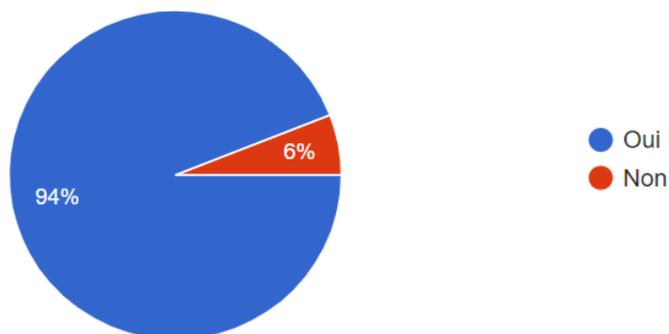


Diagramme 2 – Question 2 du sondage - *De manière générale dans vos séances avec de jeunes patients, mettez-vous directement votre corps en jeu ? C'est-à-dire que votre corps est le support de l'interaction entre vous et l'enfant, sans objet médiateur.*

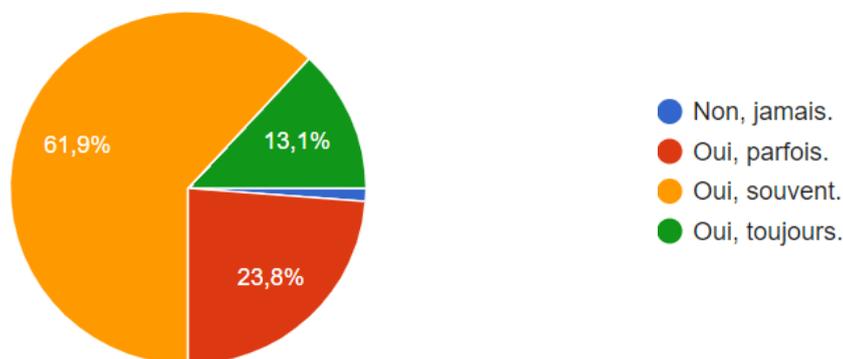


Diagramme 3 – Question 3 du sondage – « *Utilisez-vous une forme de corps-à-corps au sein de vos séances avec de jeunes patients* » ?

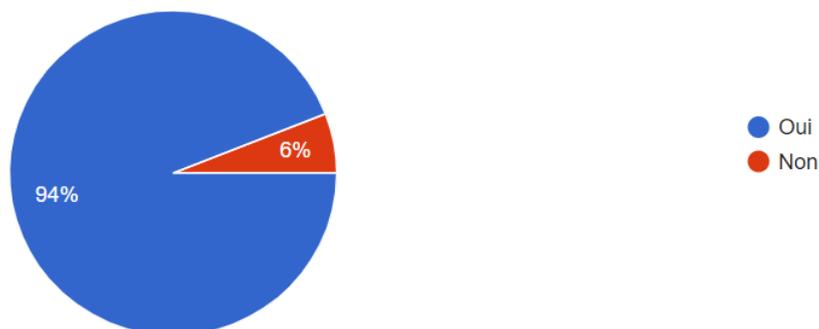


Diagramme 4 – Question 4 du sondage – « Si oui, de quel type ? »



Tableau 1 – Question 4 du sondage – « Si oui, de quel type ? »

Médiations		Objectifs		Autres	
Relaxation	4	Contenance :	6	Sons	1
Danse	4	- Arrière- fond	2		
Percussions, vibrations	3	- Limites du corps	1		
		- Enveloppement corporel	3		
Comptines à gestes	2	Support physique, appuis	4	Stimulations motrices	1
Stimulation basale	2	Poids	1		
Pairing	1	Maintien d'une présence	1		
Balnéothérapie	1	Aide physique	2		
Expressivité du corps	1	Accompagnement pour NEM	1		
Jeu	1				
Sport	1				
Expressivité du corps	1				
Intégration des réflexes archaïques	1				

Diagramme 5 – Question 5 du sondage – « Faites-vous une distinction entre votre corps de psychomotricien.ne dans le cadre professionnel ; et votre corps de « non – clinicien.ne » hors du temps institutionnel ? »

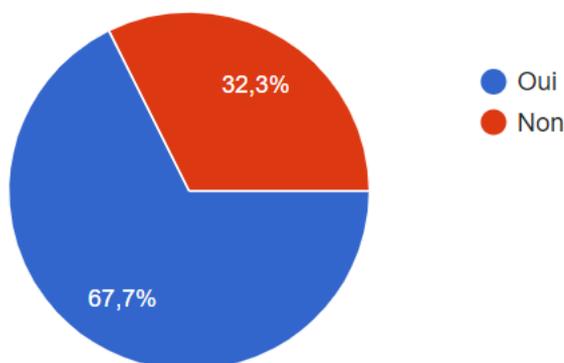
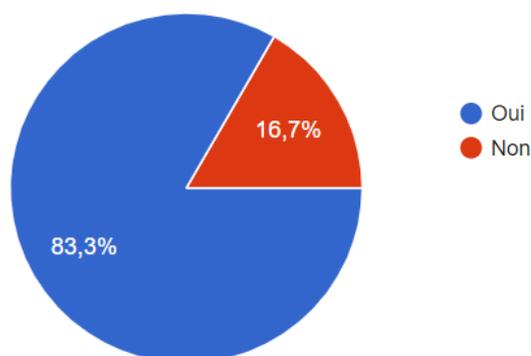


Diagramme 6 – Question 6 du sondage – «Avez-vous l'impression que l'engagement de votre corps lors des séances de psychomotricité avec de jeunes patients à un impact sur votre propre organisation psychomotrice ?



69 psychomotricien·ne·s se sont exprimé·e·s à ce sujet, dans l'espace de réponse libre suivant cette question. L'analyse des réponses montre un découpage temporel en trois parties : le moment de la séance, le laps de temps suivant la séance, puis « l'après-séance ». Ce dernier temps concerne principalement la vie personnelle des sujets exerçant la profession de psychomotricien·ne. Des éléments généralisables à l'ensemble du contexte professionnel sont également cités.

J'analyse ici les résultats en fonction des différents thèmes qui se dégagent. J'ai conscience que cette démarcation reste fictive et a pour seul but d'alléger l'analyse. La séparation spatio-temporelle est visible, mais il est difficile d'analyser synthétiquement les résultats de ce point de vue. Les réponses montrent que l'on ne peut expliquer isolément ou sans redondances ce qu'il se passe d'abord exclusivement lors des séances, puis les influences sur la vie personnelle. Les vécus au sein des séances, ainsi que les compétences sollicitées dépendent et à la fois colorent leur vie personnelle. Au fil des éléments abordés, je préciserai le cadre spatial et la temporalité concernés.

Le dialogue tonico-émotionnel

La globalité des réponses reflète l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans les ajustements de l'organisation psychomotrice des professionnel·le·s, même si le terme n'est pas explicitement nommé.

La majorité des réponses obtenues sur ce thème concernent le temps de la séance. Sept d'entre elles expriment les nombreuses variations toniques, sensorielles et affectives au cours de ce dialogue infra-verbal réciproque. Deux autres réponses concernent l'influence de l'état psychocorporel des thérapeutes en fonction de ce que le patient leur renvoie, dans une influence unidirectionnelle.

Pour trois psychomotricien·ne·s, cette réceptivité exercée lors de leur pratique psychomotrice se retrouve dans leurs vies personnelles. Elles et ils évoquent « *une sensibilité accrue aux échanges lors du dialogue tonico-émotionnel* » avec leur entourage. Un·e psychomotricien·ne précise : « *je fais très attention, à ma respiration, à mon tonus, à mon état émotionnel propre pour faire une différence et un lien entre ce que je ressens (ce qui m'appartient) et ce que je sens de l'autre* ».

Sans être explicitement nommés par la suite, d'autres éléments de réponses peuvent se rapporter au dialogue tonico-émotionnel, comme les variations de la respiration par exemple.

La respiration

Les variations de la respiration au cours des séances sont citées à deux reprises, sans lien explicite avec le dialogue tonico-émotionnel. C'est pourquoi je les traite de manière distincte. Les répondant·e·s expriment une « *quasi-apnée avec certains enfants (instables, carencés)* », ou la sensation d'être « *happée dans ma respiration lorsqu'un patient présente un tonus pneumatique important* ». Cela est présent lors de la séance et perdure quelques minutes après la séparation avec l'enfant.

Les modulations tonico-posturales

Au cours de la séance, six personnes répondent que leur propre tonus varie en fonction de la médiation proposée. Par exemple, leur tonus « *s'abaisse* », ils se sentent « *relaxés* » en proposant de la relaxation, l'une d'elle précise que ses sensations somatiques « *sont plus vives* ». Une personne présente parfois une « *perte de tonus* » au cours de la séance. Une autre personne répond ressentir souvent des tensions. Trois répondantes citent le tonus comme indice pris en compte à la fin de la séance. Selon ce qu'il s'y est passé, elles se sentent « *plus tendues ou plus détendues selon la séance* ».

Une réponse suggère que l'âge ou la période de vie suscite une organisation tonico-posturale spécifique : « *N'ayant pas que des patients très jeunes, mon organisation psychomotrice est très différente avec des patients plus âgés.* »

D'après les réponses, la rencontre et le partage avec les enfants accueillis en séance sollicitent des compétences sociales telles que la disponibilité, citée une fois, et l'ouverture relationnelle, citée deux fois. Pour cela, les professionnel-le-s adaptent leur organisation tonico-posturale. Ceci est illustré par la réponse de cette psychomotricienne, qui évoque ses « *comportements miroirs face à un enfant avec une organisation psychomotrice particulière (communication verbale et non verbale)* ».

La prise de conscience de sa propre posture, ainsi que les modifications nécessaires, est citée à six reprises. Trois réponses concernent les modifications de l'organisation tonique des psychomotricien·ne·s pour proposer un modèle postural aux enfants. Deux répondant-e-s précisent que « *montrer l'exemple de détente amène une vraie détente* ».

Une personne souligne les adaptations toniques et posturales lors du portage physique des enfants.

La douleur

La douleur physique, ici mise en lien avec le fait de porter les enfants, est évoquée à plusieurs reprises. Son impact sur la vie quotidienne est également souligné. Deux répondant-e-s indiquent une « *majoration de problèmes de dos déjà présents après le portage* », ce qui impacte leur vie professionnelle mais aussi quotidienne. En lien avec des douleurs dorsales lors du portage, un-e psychomotricien·ne précise d'ailleurs avoir quotidiennement « *tendance à la posture d'enroulement, car souvent notre corps doit limiter le schème en hyperextension* ».

La complémentarité circulaire des sphères professionnelles et personnelles

Les réponses évoquent une continuité, voire une relation circulaire, entre les sphères professionnelles et personnelles. Les diverses qualités et compétences requises lors des séances ne sont pas uniquement développées au sein du contexte professionnel. De nombreuses réponses témoignent de leur diffusion dans leur vie personnelle, avec là aussi un exercice des compétences qui seront utilisées en thérapie psychomotrice.

Le toucher et les interactions avec autrui

Trois répondant-e-s indiquent faire particulièrement « *attention à la manière d'entrer en relation ou en contact* » avec les enfants qu'ils reçoivent en séance. Trois autres ajoutent que cette attention est aussi présente dans leurs relations personnelles. Deux personnes évoquent un changement mélioratif dans leur manière de toucher leur proches, en raison de leur pratique clinique.

La conscience corporelle

Une réponse concerne l'attention portée sur la conscience de son propre corps lors de la séance. Cependant, six répondant-e-s indiquent que leur conscience corporelle s'est développée par la pratique clinique. Elles et ils déclarent porter quotidiennement attention à leurs sensations propres dans leur vie personnelle grâce à la conscience de leur corps stimulée dans leur vie professionnelle. Cinq psychomotricien·ne·s précisent qu'il leur arrive de « *prêter attention à ce que [leur] corps, ou du moins [leur] attitude corporelle, peut retranscrire aux autres* », dans leur vie de tous les jours.

La fréquence du travail au sol et les appuis

La fréquence du travail au sol est citée par trois psychomotricien·ne·s. L'une d'elles précise qu'elle l'utilise dans son quotidien. En lien avec le rapport au sol, la notion d'ancrage est également citée à trois reprises. Trois autres répondant-e-s indiquent porter régulièrement attention à leurs appuis dans leur vie quotidienne.

Le transfert et le contre-transfert

Ces deux concepts psychanalytiques sont cités explicitement trois fois. La première fois, au sein des séances, avec une « *obligation de porter attention aux ressentis du contre transfert émotionnel* ». La deuxième réponse évoque la nécessité de « *réguler ses propres émotions par rapport au transfert et contre transfert que le contact au patient peut nous induire* ». Pour une troisième personne, cela peut « *laisser des traces après la séance* ». Pour un·e répondant·e, les vécus de violence « *peuvent faire trace physiquement et psychologiquement* », au-delà du temps de la séance.

Une psychomotricienne précise être plus attentive à « *ses propres variations émotionnelles au quotidien* ». Un ou un·e autre précise qu'« *il faut être maîtrisé, avoir une structure cohérente pour aider l'enfant* ». Cette réponse peut évoquer la nécessité d'un travail sur soi, effectué lors de son temps personnel.

La fatigue

La fatigue induite par l'engagement psychocorporel est une composante importante des réponses. L'épuisement au cours de la séance est cité une fois. Concernant le temps après la séance, le terme est cité deux fois. Une psychomotricienne écrit se sentir parfois « *épuisée voir perdue, avec la nécessité d'une pause pour me ressourcer car impossible d'enchaîner* ». Pour cinq psychomotricien-ne-s, la fatigue physique (citée deux fois), l'épuisement (une fois), le manque d'énergie (une fois) ou la fatigue physique et mentale (deux fois) arrivent en fin de journée, une fois de retour au domicile. Certain·e·s précisent l'impact de cette fatigue sur leurs relations interpersonnelles. Elle peut entraîner un besoin d'isolement, de diminuer les contacts physiques ou les afférences sensorielles.

Quatre psychomotricien-ne-s nomment explicitement que les expériences vécues en séance avec de jeunes enfants « *laissent des traces* ». Trois psychomotricien-ne-s le précisent de manière plus globale, comprenant également la sphère personnelle. Ceci est résumé par la réponse suivante : « *Les expériences vécues en séance ont un effet sur mon corps dans la vie personnelle par les traces que ces expériences laissent* ».

Éléments individuels spécifiques

Les items développés précédemment sont retrouvés de nombreuses fois parmi les réponses libres. Même si les modulations tonico-posturales, par exemple, sont variables d'une personne à l'autre, leur importance est citée chez la majorité des répondant-e-s. Les réponses rapportées ci-après sont moins fréquemment retrouvées et concernent des aspects plus personnels, qui ne sont pas généralisables à la majorité de l'échantillon.

Deux psychomotricien-ne-s rapportent une amélioration de la confiance en soi suite à des situations vécues en séance. Cinq réponses concernent l'amélioration de capacités physiques ou motrices lors des séances, généralisées à la vie personnelle. Trois psychomotricien-ne-s expriment que les séances leur ont permis d'affiner la précision de leurs gestes, trois autres citent une plus grande fluidité. Enfin, la créativité stimulée lors des séances et développée en dehors est citée pour un-e répondant-e-s.

Les commentaires des répondant-e-s sont retranscrits ci-dessous :

La fatigue

« Notre engagement corporel demande beaucoup d'attention, de concentration mais c'est aussi physiquement lourd de se donner autant donc il m'arrive d'avoir besoin de souffler physiquement. Il est fréquent que le soir j'ai besoin d'un temps sans contact, d'une douche, d'un temps seule et ressourçant. Ce qui peut avoir un impact sur nos interactions personnel et parfois avec le patient d'après. »

« Une certaine porosité parfois, m'amène à travailler sur mon corps, la sensation de devoir « digérer » de nombreux affects, trier le clair du trouble... et cela me prends du temps dans mon quotidien. Humeur, irritabilité, besoin d'isolement sensoriel, émotionnel, relationnel ».

« Lorsque j'utilise mon corps en séance, j'utilise mon corps propre, mes émotions, mon psychisme. Je suis à 100% avec le patient, je suis là pour lui. Ce qui est très fatiguant en fin de journée. »

« Le corps s'ajuste dans le dialogue tonico-émotionnel : je porte les enfants lourds psychocorporellement et j'investis beaucoup d'énergie »

Le travail sur soi

« Besoin de faire un travail corporel perso [sic] pour pouvoir continuer à travailler avec mon corps. Prendre soin de sa charpente motrice et garder une bonne aisance corporelle. »

La porosité entre vie personnelle et vie professionnelle

« Le fait de m'en servir autant renforce ma propre conscience corporelle, mon expression, ma créativité, ma représentation... »

« Cela impact la conscience que j'ai à moi même dans ma vie de tous les jours. À être à l'écoute du vécu des patients on est à l'écoute de soi même en miroir et cela reste après le cadre professionnel. »

« La tonicite de l'autre nous touche forcément ainsi que son stress à l'inverse le travail sur la détente ou sur une amélioration d'un item psychomoteur peut également jouer sur mon organisation. »

« L'état tonico-emotionnel de l'enfant est souvent projeté sur le corps du thérapeute. C'est au thérapeute de différencier ce qui vient de soi et ce qui vient de l'enfant pour le traiter. Exemple: ressentis de tension corporelle, d'énervement, d'ennui, de fatigue... »

De multiples exemples en une réponse

« Rien que mes postures ! Je travaille souvent au sol, et dans ma vie personnelle j'ai des habitudes liées à ma manière de m'organiser en séance : postures au sol (accroupis, genoux, etc.), une plus grande adaptation dans l'instant avec mes proches (je n'ai plus besoin d'analyser mes ressentis de manière contrôlée pour faire des hypothèses sur l'état interne des autres, etc.), grâce à mes patients je dois être parfois très créative pour leur faire expérimenter des ressentis particuliers, une habitation corporelle particulière, un mouvement précis etc. et je m'aperçois que ces "inventions" me servent vite d'automatismes dans ma propre vie personnelle ! Et il y en a tant d'autres... »

III. Les résultats du questionnaire

Le nombre de réponses est précisé lorsque la participation est inférieure à l'échantillon.

Partie I – Votre profil

Diagramme 7 – Questionnaire partie I – Question 1 : « Vous êtes : »

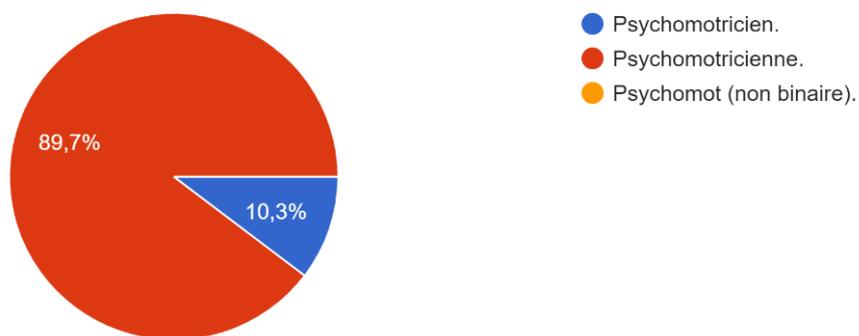


Diagramme 8 – Questionnaire partie I – Question 2 : « Vous avez entre : »

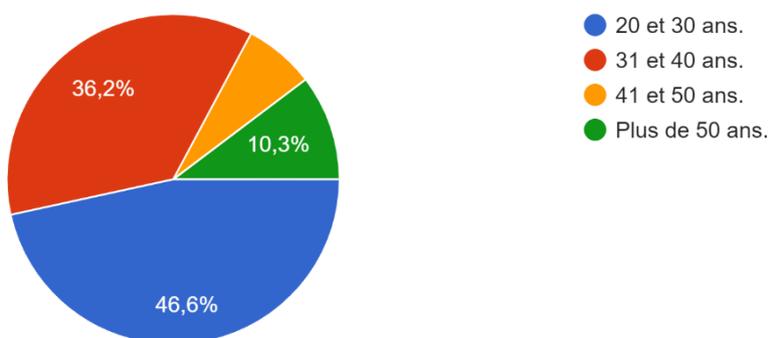


Diagramme 9 – Questionnaire partie I – Question 3 : « Vous êtes diplômé-e depuis : »

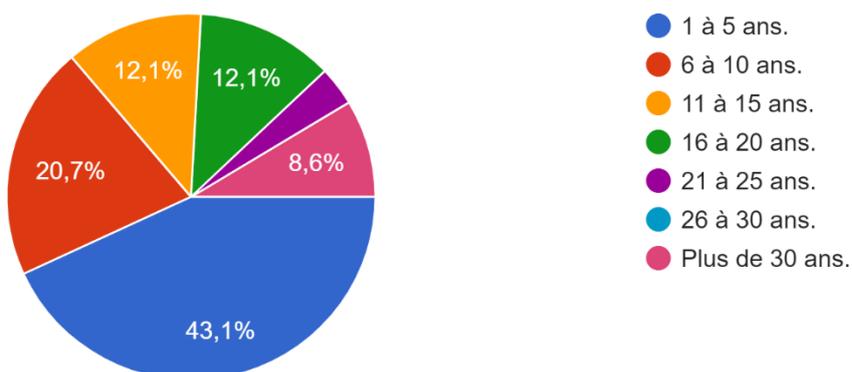


Diagramme 10 – Questionnaire partie I – Question 4 : « Vous avez fait vos études à l'Institut de Formation en Psychomotricité de : »

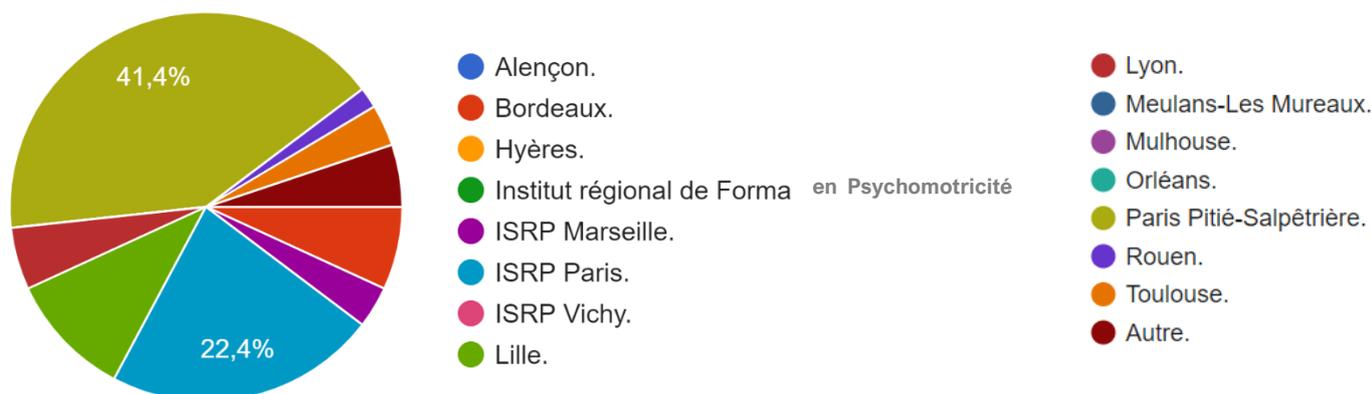


Diagramme 11 – Questionnaire partie I – Question 5 : « A propos de votre expérience en petite enfance en tant que psychomotricien-ne : »



Tableau 2 – Questionnaire partie I – Question 6 : « Dans quel(s) type(s) de structure(s) accueillant des jeunes enfants travaillez-vous actuellement ? »

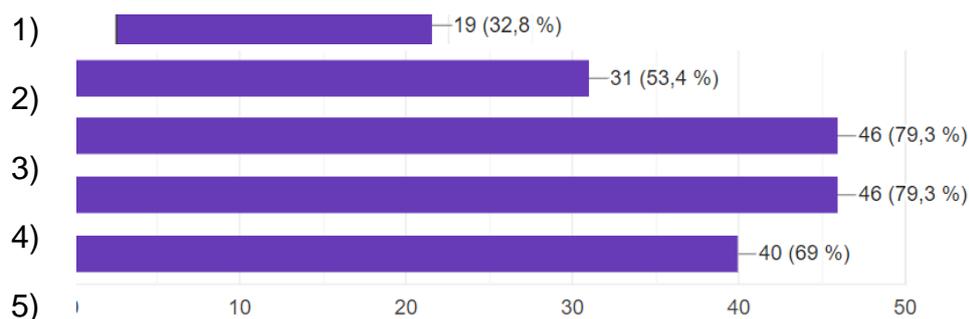
Réponses proposées	Fréquence
<i>En italique : ajoutée par les répondant-e-s</i>	
Libéral	19
Service d'Education Spécialisée et de Soins à domicile (SESSAD)	15
Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)	12
Centre Médico-Psychologique (CMP)	7
Institut Médico-Educatif (IME)	7
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)	5
Hôpital de jour pédiatrique (HDJ)	3
Service hospitalier de Pédopsychiatrie	3
Service hospitalier de pédiatrie	2
Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)	1

<i>Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP)</i>	1
<i>Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatrique</i>	1
<i>Institut d'Education Motrice (IEM)</i>	1
Néonatalogie	0
Second lieu d'exercice en petite enfance, hors champ thérapeutique : Eveil en piscine, Association Vivre L'Eau	2
Crèche	2

Un-e répondant-e peut avoir indiqué plusieurs lieux de travail.

Partie II- Le temps institutionnel : lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes enfants.

Diagramme 12 – Questionnaire partie II – Question 1 : « Les enfants que vous rencontrez pour un suivi en psychomotricité »



- 1) Sont des nouveau-nés.
- 2) Commencent à rechercher la verticalisation.
- 3) Ont acquis la marche.
- 4) Ont une motricité globale élaborée, leur permettant l'autonomie et le développement d'autres compétences.
- 5) Ont acquis les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) précédant la marche.

Diagramme 13 – Questionnaire partie II – Question 2 : «Lors des séances, vous engagez votre corps seul, sans objet médiateur : »

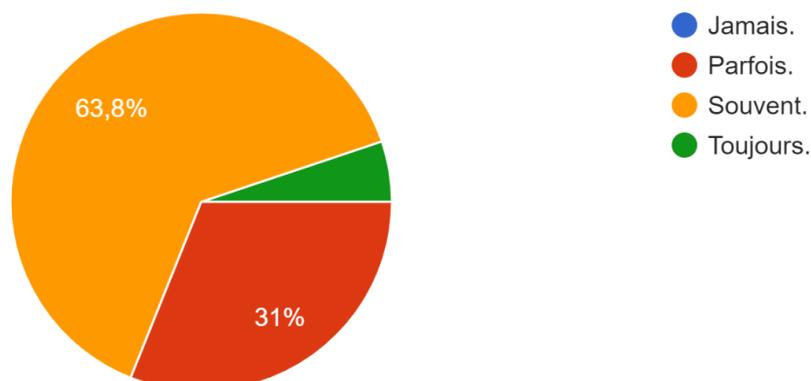


Diagramme 14 – Questionnaire partie II – Question 3 : « Si oui, de quelle(s) façon(s)? »

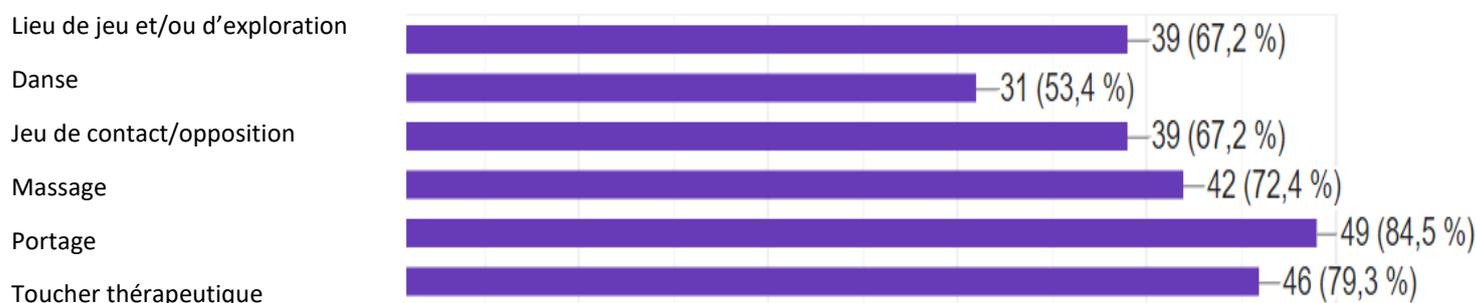


Tableau 3 - Questionnaire - Partie II – Question 3

Réponses complémentaire des psychomotricien-ne-s	Fréquence
Modèle : jeux en face à face, imitation, miroir, mimétisme, ...	5
Théâtralisation dans un parcours	2
Percussions osseuses	2
Donner une forme au corps du patient, « tuteur » corporel	2
Guidance ou guidage physique	2
Guidance sensorimotrice	1
Surface ou points d'appuis	1
Contenir et sécuriser	1
Réassurance	1
Arrière-fond	1
Yoga	1
Relaxation	1
Enveloppement	1
Comme réceptacle pour faire sentir différents états toniques ou posturaux	1
Pour la relation et l'expression corporelle à travers le langage corporel	1

Diagramme 15 – Questionnaire partie II – Question 4 : « A propos de votre engagement corporel : vous agissez toujours sur le moment, par une action motrice rapide et spontanée, et analysez plus tard pourquoi vous avez agi. »

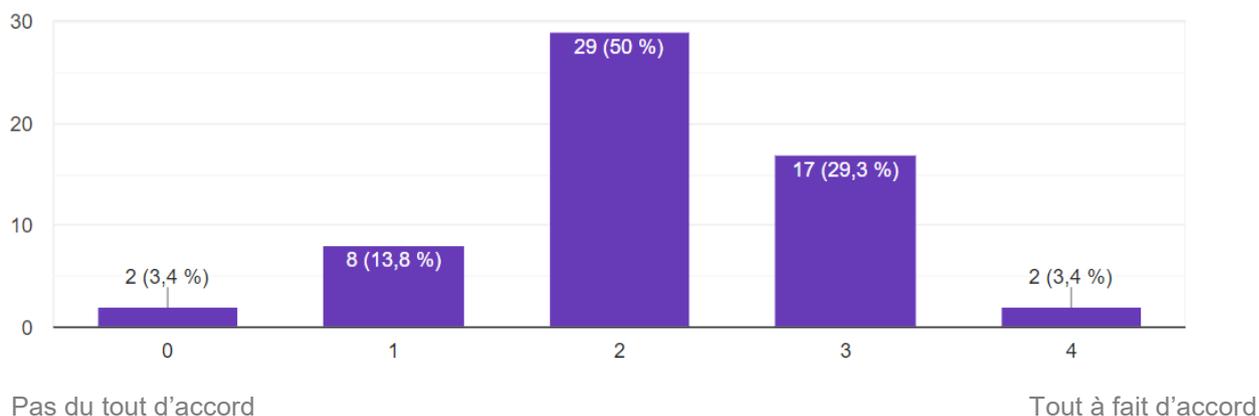


Diagramme 16 – Questionnaire partie II – Question 5 : « A propos de votre engagement corporel : Votre intervention ou proposition de contact est toujours réfléchi avant d'être mise en œuvre. »

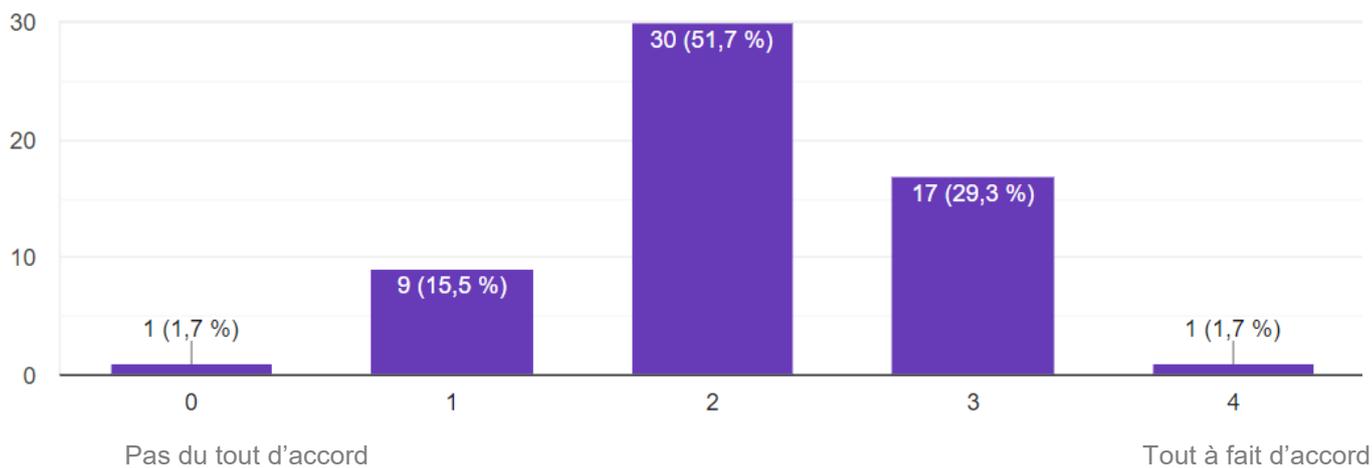


Diagramme 17 – Questionnaire partie II – Question 6 : « A propos des raisons de cet engagement corporel : elles sont variables selon les situations, alternant entre action spontanée et volonté d'une sollicitation particulière envisagée avant la séance. »

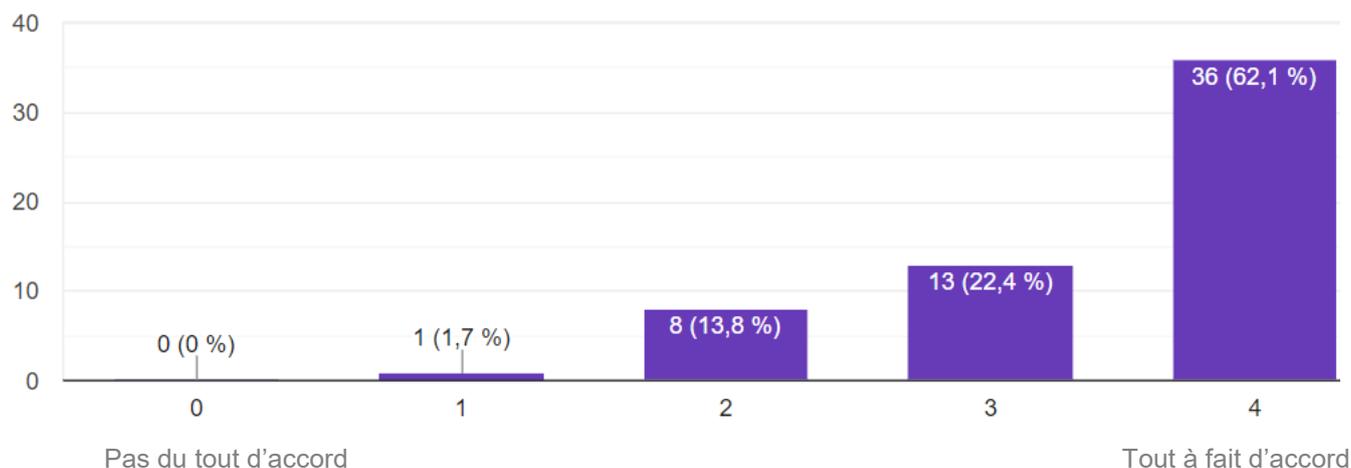


Diagramme 18 – Questionnaire partie II – Question 7 : « Dans quel(s) objectif(s) entrez-vous en contact avec le corps du patient ? »



Tableau 4 - Questionnaire - Partie II – Question 7

Réponses complémentaire des psychomotricien-ne-s	Fréquence
Pour entrer en relation	2
- selon les particularités sensorielles de l'enfant	2
- pour étayer la communication verbale	1
- pour rechercher un accordage tonico-émotionnel	1
Parfois de façon imprévue	1
En lien avec la dépendance due au polyhandicap	1
Pour lui faire prendre conscience de sa structuration psychocorporelle	1
De manière ludique (jouer à « s'attraper »).	1

Diagramme 19 – Questionnaire partie II – Question 8 : « Lors de ces temps de corps-à-corps, vous posez des interdictions au patient. »

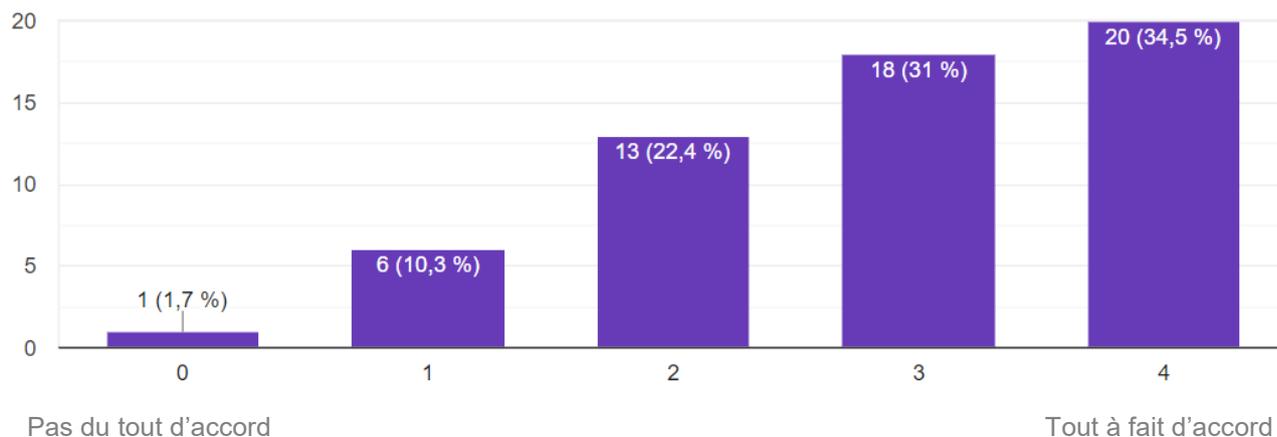


Diagramme 20 – Questionnaire partie II – Question 9 : « Si oui, les limites que vous posez au patient sont les mêmes que vos limites personnelles, dans la vie quotidienne. Par exemple : pas de contact sur une zone particulière de votre corps. »

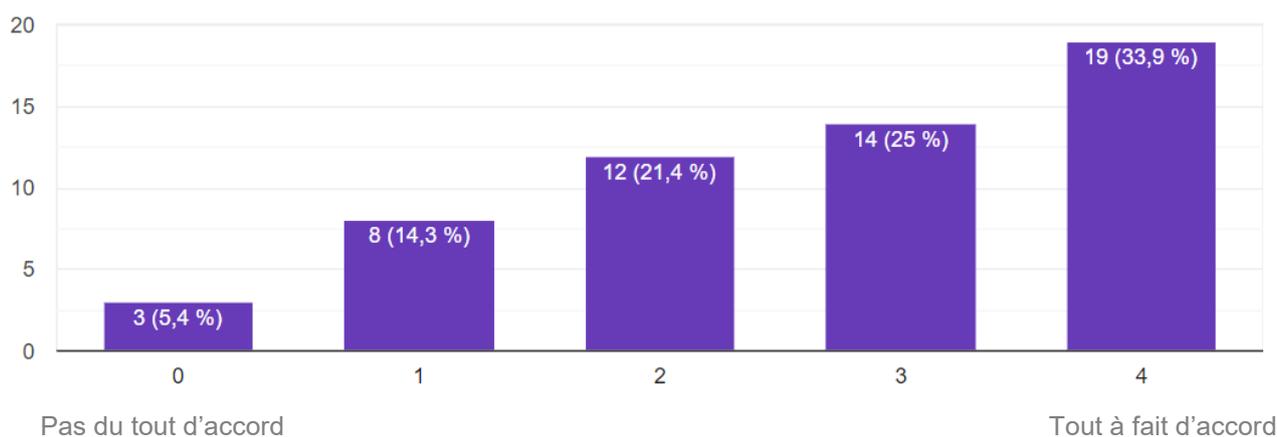


Diagramme 21 – Questionnaire partie II – Question 10 : « Si oui, les limites que vous posez à vos patients sont différentes de vos limites personnelles, en raison du contexte thérapeutique. »

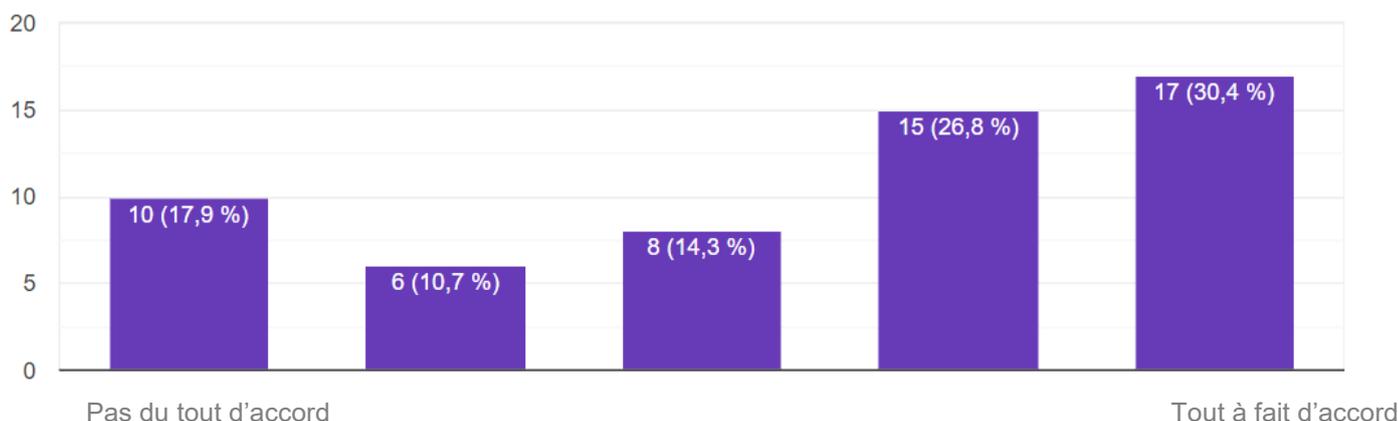


Diagramme 22 – Questionnaire partie II – Question 11 : « Lorsque c'est le patient qui vient vous solliciter corporellement, vous avez la même facilité à engager votre corps que lorsque vous choisissez volontairement de vous impliquer physiquement. »

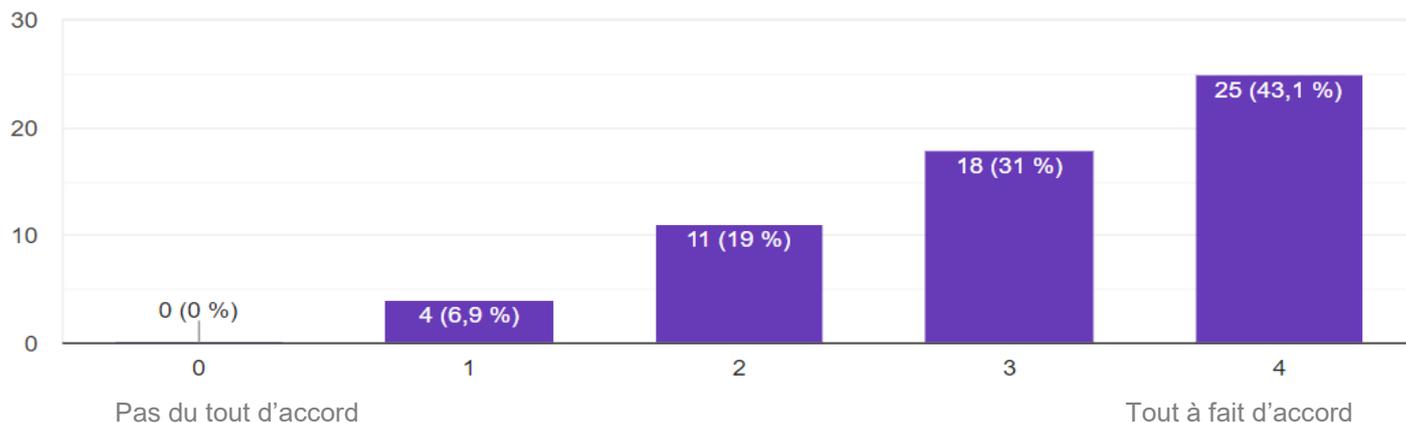


Diagramme 23 – Questionnaire partie II – Question 12 : « Vous arrivez à prendre du recul sur les situations dans lesquelles votre corps est mis à mal par le patient. »

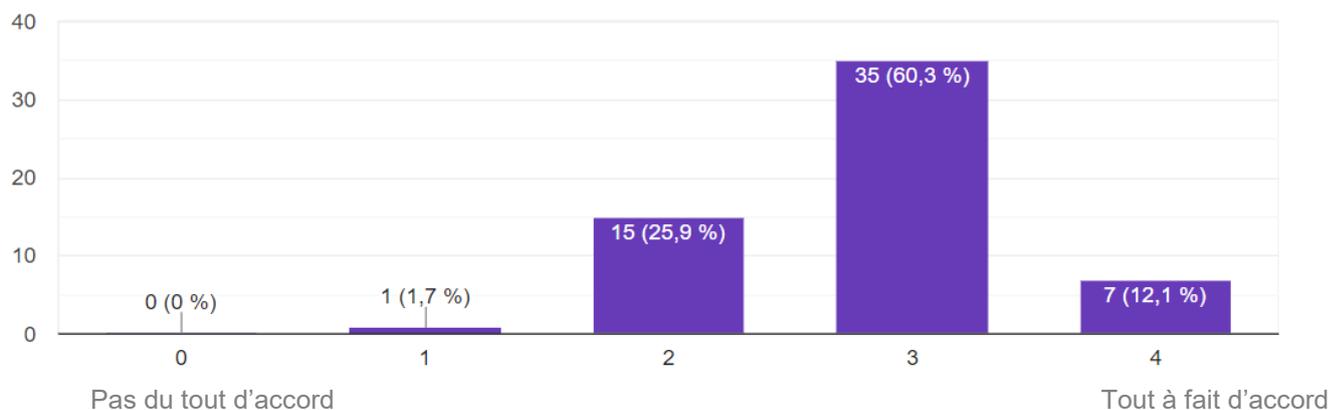


Diagramme 24 – Questionnaire partie II – Question 13 : « Au cours d'une ou plusieurs séances, avez-vous déjà ressenti au moins l'une des sensations suivantes, en lien avec la situation vécue sur le moment ? »

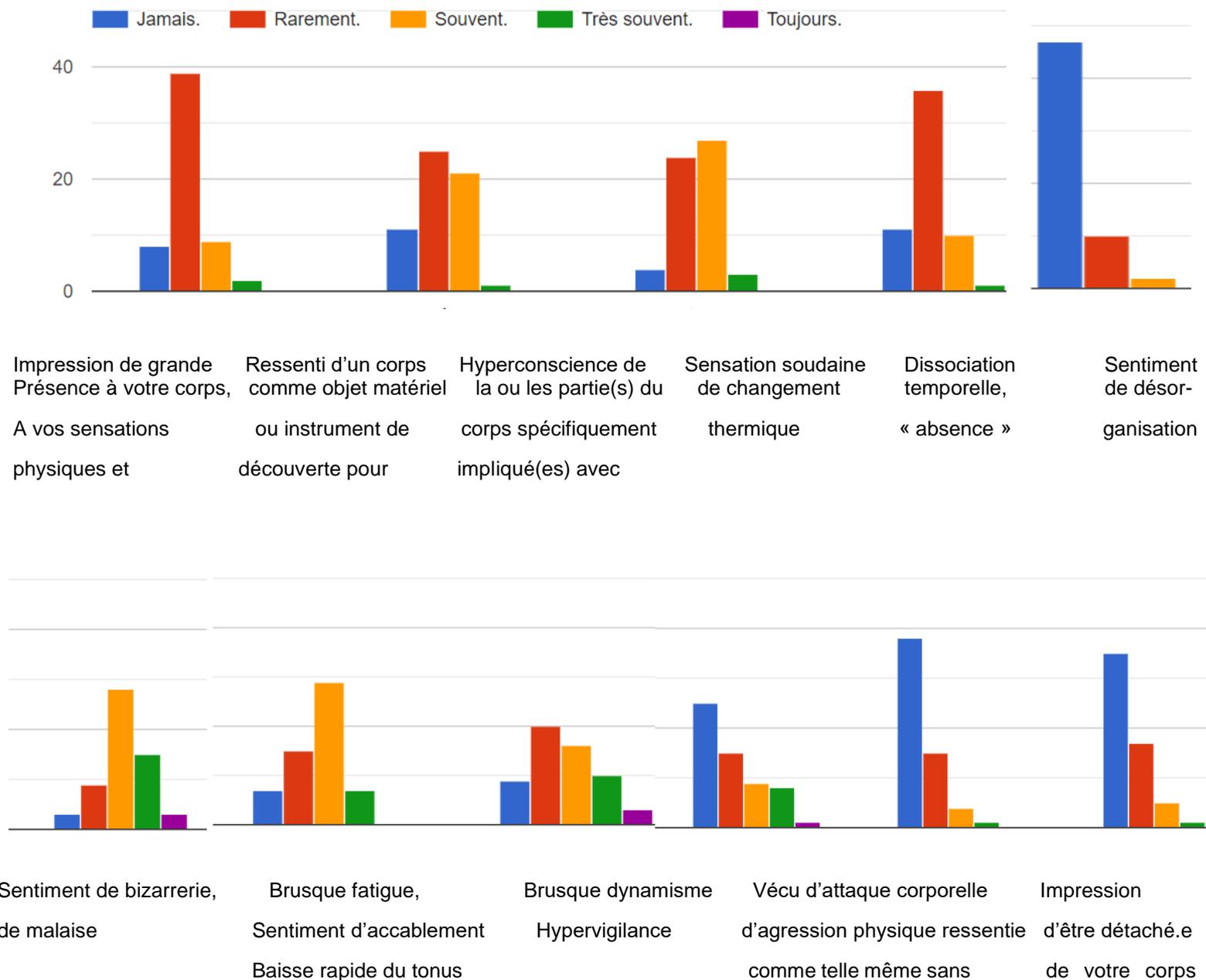


Diagramme 25 – Questionnaire partie II – Question 14 : « Lorsque vous engagez votre corps au cours de la séance, portez-vous attention à vos propres ressentis corporels (sensations internes, émotions...) ? »

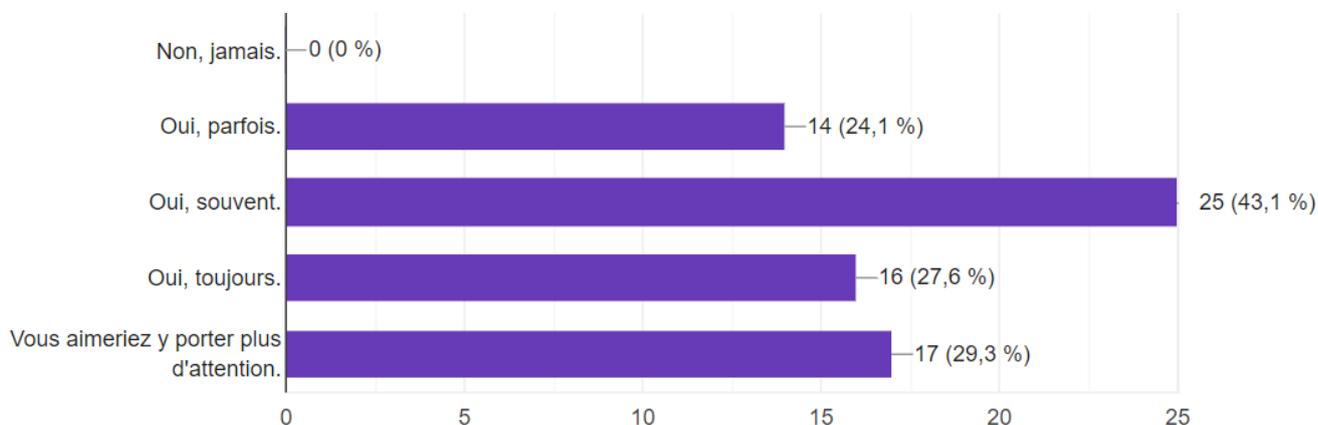


Diagramme 26 – Questionnaire partie II – Question 15 : « Si oui, quel(s) indice(s) utilisez-vous ? »

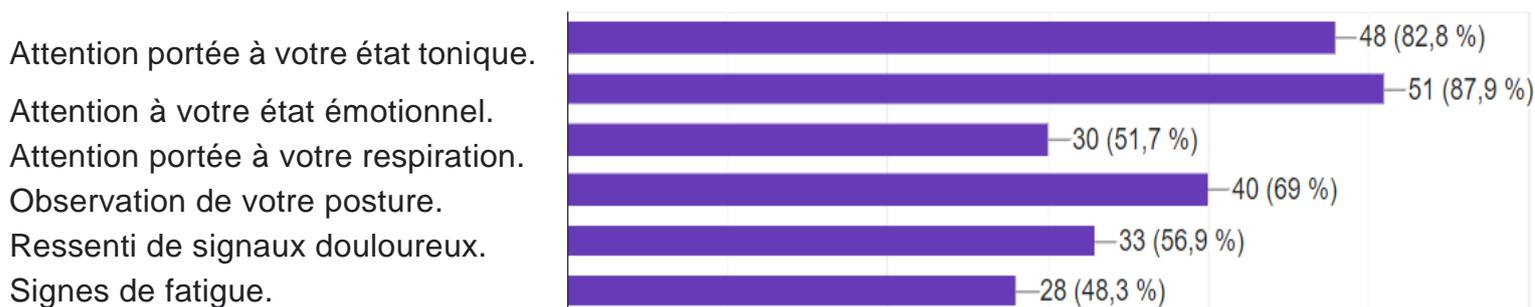


Tableau 5 - Questionnaire - Partie II – Question 15

Réponses complémentaire des psychomotricien-ne-s	Fréquence
Diminution de l'attention aux patient·e·s.	2
Niveau d'implication en fonction du milieu.	1

Diagramme 27 – Questionnaire partie II – Question 16 : « Si vous portez attention à ces ressentis, dans quel but le faites-vous ? »



- 1) Pour vous-même : avoir une meilleure posture, être plus confortable...
- 2) Pour modifier votre implication corporelle envers le patient.
- 3) Pour échanger avec le patient à propos de la façon dont vous vivez une situation précise.

Tableau 6 - Questionnaire - Partie II – Question 16

Réponses complémentaire des psychomotricien-ne-s	Fréquence
Pour comprendre le patient.	2
Pour que le vécu corporel primaire se secondarise.	1
Pour être en phase avec le patient par rapport au soins nécessaires, attendus.	1
« Pour comprendre à travers mon vécu corporel certains vécus du patient, qui diffusent dans mon corps à moi »	1
« Pour me donner des indications sur ce que peut vivre et ressentir le patient Je pense que le psychomotricien est une surface de projection pour le patient que j'analyse sans nécessairement le partager et l'échanger avec lui. »	1
Pour un dialogue tonique optimal (ajustement, adaptation).	2
« Analyser ce qu'il fait résonner en moi »	1
« Pour maîtriser mes émotions en cas de contact violent »	1

Diagramme 28 – Questionnaire partie II – Question 17 : « Après une séance, vous avez généralement la sensation d'être disponible pour la séance suivante. »

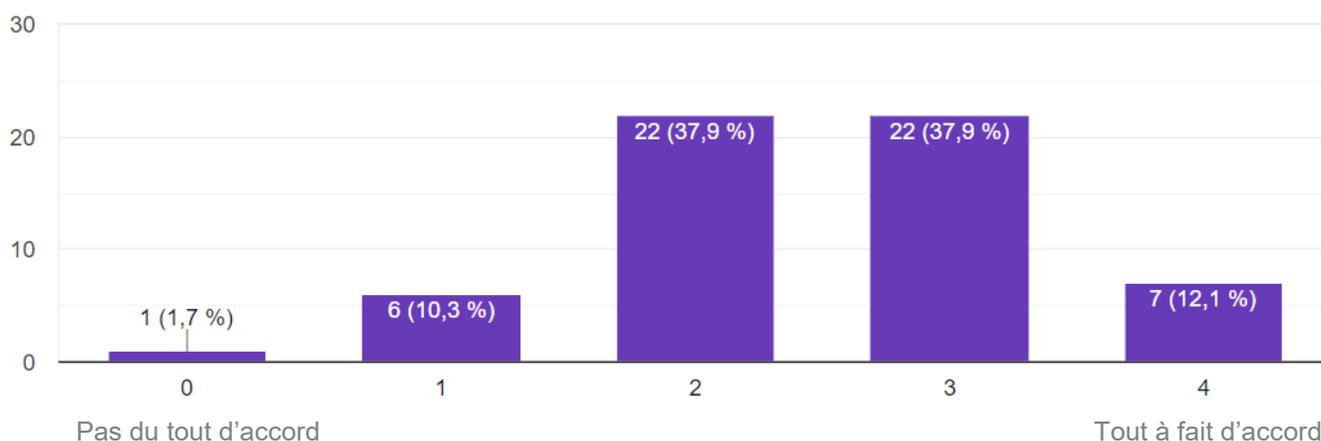
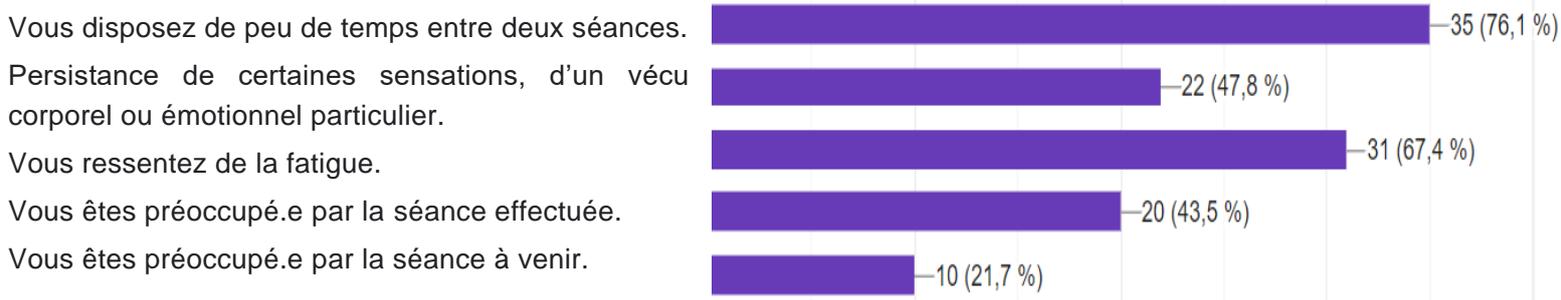


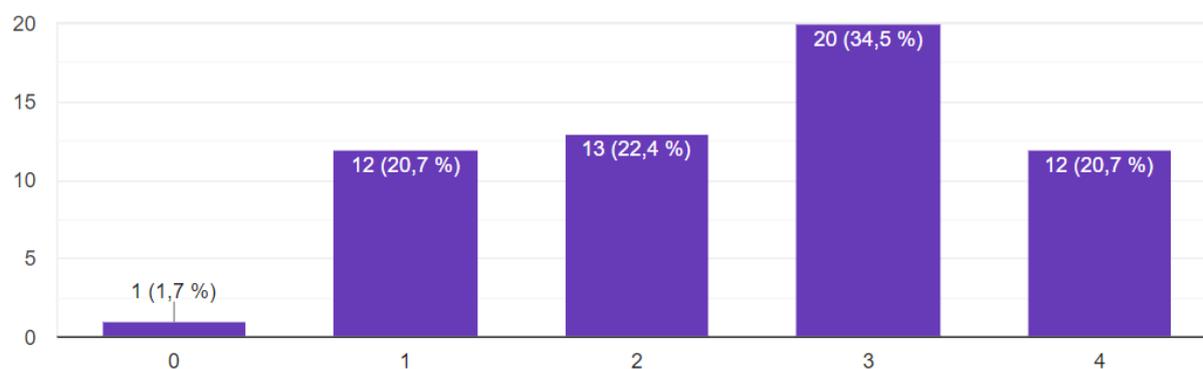
Diagramme 29 – Questionnaire partie II – Question 18 : « Si non, pour quelle(s) raison(s)? » 46 réponses



Un ou un-e psychomotricien-ne évoque un temps d'adaptation nécessaire à un brusque changement d'énergie. Un ou un-e autre exprime le besoin de retrouver un état de neutralité d'accueil. L'intégralité d'une réponse est retranscrite ci-dessous :

« Je dirais que cela dépend de la séance faite et de celle à venir. En SESSAD nous avons cet espace de transition en voiture qui nous permet d'avoir ce sas, nous rendant disponible pour la séance suivante. Parfois plusieurs séances se déroulent au même endroit (même école par ex), et je me laisse souvent 10min entre les séances. J'ai en tête un jeune avec qui les séances sont plus compliquées et ces 10 min ne me semble pas toujours suffisantes. Mais je suis toujours étonnée de voir comment nous possédons cette capacité de remobilisation et comment le jeune de la séance suivante peut devenir soutient et acteur de notre propre remobilisation. Il semble s'adapter de lui-même à mon énergie de l'instant. Parfois il m'aide à retrouver de l'énergie par son dynamisme, parfois il s'y adapte et la séance est "plus tranquille" mais tout autant bénéfique. »

Diagramme 30 – Questionnaire partie II – Question 19 : « Entre deux séances ou au cours de la journée, vous ressentez le besoin de vous recentrer sur votre propre corps. »



Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

Tableau 7 – Questionnaire partie II – Question 20 : « Si oui, utilisez-vous un ou des moyen(s) particulier(s) dans ce but ? Lequel ou lesquels, et à quel(s) moment(s) ?

Les réponses concernent toutes les temps entre les séances.

41 réponses

Réponses des psychomotricien-ne-s	Fréquence
Respiration	18
Méditation pleine conscience	8
Etirements	8
Postures de yoga	5
Exercices et techniques de conscience corporelle (eutonie, bodyscan, ancrage)	6
Echanger avec les collègues	5
Echanger avec la psychologue	1
Prendre des notes, un temps de réflexion sur la séance	3
Introspection	1
S'isoler	3
Moment de détente sur la physioball	3
Aller prendre l'air	3
Ecouter de la musique	3
Faire du sport à la pause déjeuner	2
Profiter du trajet en voiture entre deux séances (SESSAD)	2
Ranger la salle	2
Prendre une pause, sans rien faire	2
Boire une boisson chaude	2
Hydratation et alimentation	1
Utiliser des techniques de relaxation	2
Consulter son smartphone	1

Reproduction d'une réponse apportant une nuance à la formulation de la question :

« J'ai le sentiment d'avoir une écoute de mon corps constante depuis plusieurs années maintenant (ça n'est pas "un besoin" comme formulé dans la question précédente, mais une habitude maintenant). Je m'accorde des temps de pauses qui me détendent, je porte attention à ma respiration, ma position, mes appuis, sans forcément les modifier. »

Tableau 8 – Questionnaire partie II – Question 21 : « Si vous n'utilisez pas de moyen particulier tout en éprouvant un besoin de vous recentrer, c'est parce que : »

25 réponses

Réponses proposées	Fréquence
<i>Réponses complémentaire des psychomotricien·ne·s</i>	
Vous ne pouvez pas prendre le temps nécessaire pour cela dans la journée.	24
Vous ne savez pas quel(s) moyen(s) vous pourriez utiliser.	3
« Le trajet en voiture (SESSAD) permet de prendre ces temps de pauses, sans moyens particuliers requis. »	2

Partie III- En dehors du temps institutionnel

Diagramme 31 – Questionnaire partie III – Question 1 : Après avoir quitté votre lieu de travail, vous arrivez facilement à «mettre de côté» les situations corporelles que vous avez vécues dans la journée, et ce qu'elles vous ont fait ressentir. »

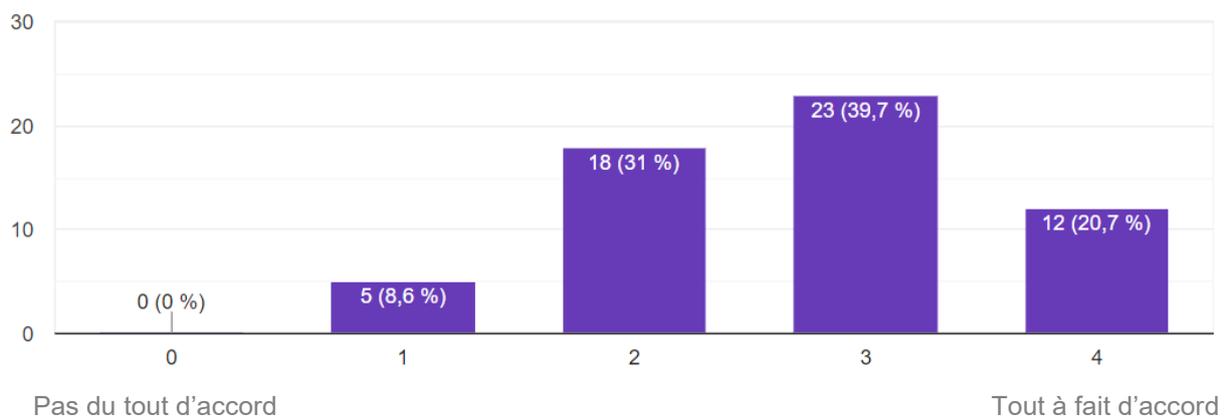


Diagramme 32 – Questionnaire partie III – Question 2 : « Avez-vous déjà gardé la trace d'une expérience corporelle agréable ou désagréable avec un patient, à distance du moment où vous l'avez vécue ? »

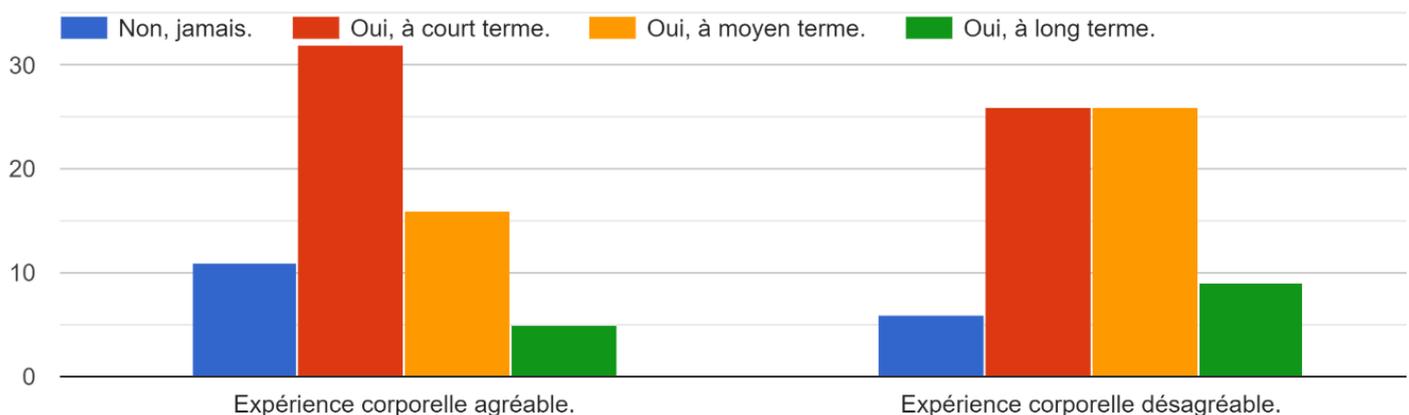


Diagramme 33 – Questionnaire partie III – Question 3: En raison de votre engagement corporel au cours de votre métier de psychomotricien.ne, vous ressentez le besoin de pratiquer certaines activités sur votre temps personnel.

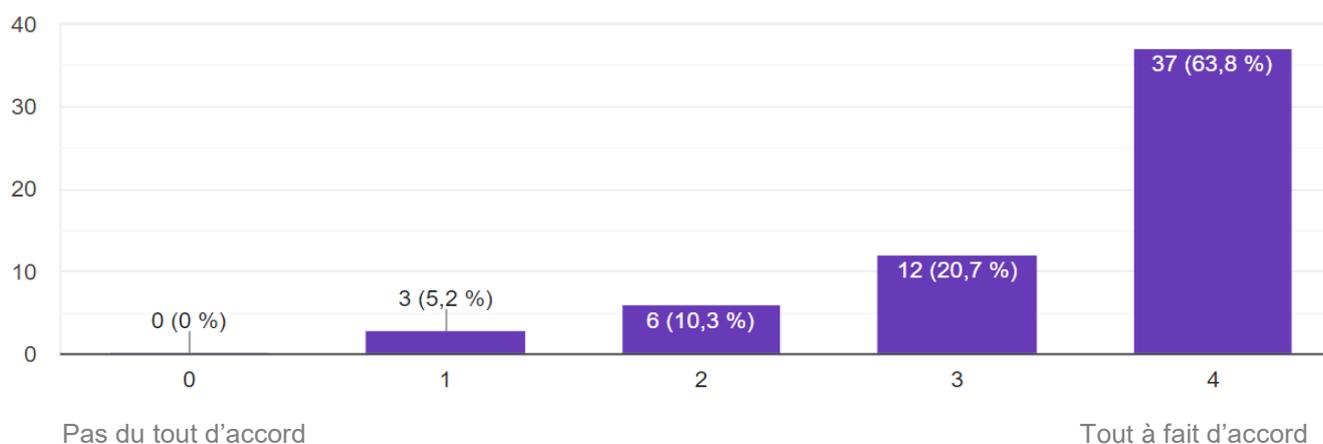


Tableau 34 – Questionnaire partie III – Question 4: « Si oui, quel(s) type(s) d'activité(s) pratiquez-vous ? Vous pouvez préciser laquelle ou lesquelles dans "autre" si vous le souhaitez »

Réponses des psychomotricien-ne-s					
Activités sportives groupales et/ou individuelles	Fréquence	Activités artistiques ou créatives	Fréquence		
Pilates	2	Ateliers théâtre	1		
Equitation	1	Ateliers ponctuels en lien avec une association de psychomotriciens	1		
Natation	2	Chant	1		
Escalade	1	Guitare	1		
Pratiques corporelles	Fréquence	Modelage	1		
Formation à la conscience du corps	1	Analyse des pratiques	Fréquence		
Feldenkrais	1	Analyse des pratiques	1		
Shiatsu	1	Supervision	1		

Tableau 34 – Questionnaire partie III – Question 4 : « Si oui, quel(s) type(s) d'activité(s) pratiquez-vous ? Vous pouvez préciser laquelle ou lesquelles dans "autre" si vous le souhaitez »



Un-e répondant-e précise : « J'ai un suivis [sic] somatothérapeutique, un analyse de groupe sur les aspects corporelle [sic] de la relation et une formation continue sur la thérapie psychomotrice. ». Une autre réponse nuance la formulation de la question : « Je ressens le besoin de pratiquer certaines activités sur mon temps perso [sic] mais pas forcément en raison de mon engagement corporel au cours de mon métier. Je dirais plutôt que mon besoin/envie d'engagement corporel dans la vie de tous les jours m'a fait choisir ce métier qui me permet également de m'engager corporellement au travail. »

Diagramme 35 – Questionnaire partie III – Question 5 : « Si vous pratiquez une ou plusieurs activités, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ? »

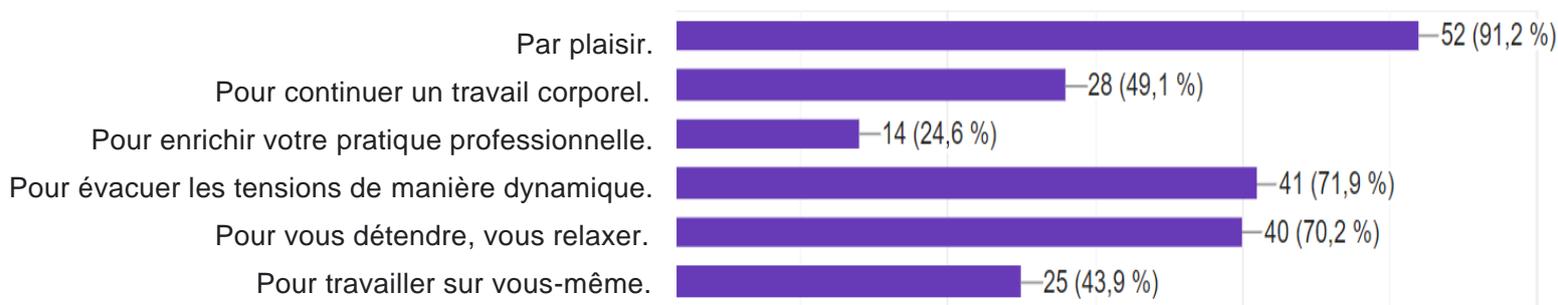


Tableau 10 – Questionnaire partie III – Question 5. Réponses libres

Réponses libres des psychomotricien-ne-s	Fréquence
« C'est devenu vital. »	1
« Pour jouer et rester dans la vie et la réalité ».	1
« Le théâtre est une activité complète qui m'a également permise sur un plan général d'être plus à l'aise lors des réunions. »	1
« Je choisis les activités par plaisir et si elles ont un lien avec ma pratique c'est un plus (mais pas l'inverse). »	1

Partie IV – L'engagement de soi dans la thérapie psychomotrice

Diagramme 36 – Questionnaire Partie IV – Question 1 : « Pensez-vous que l'engagement corporel est une spécificité de la profession de psychomotricien.ne ? »

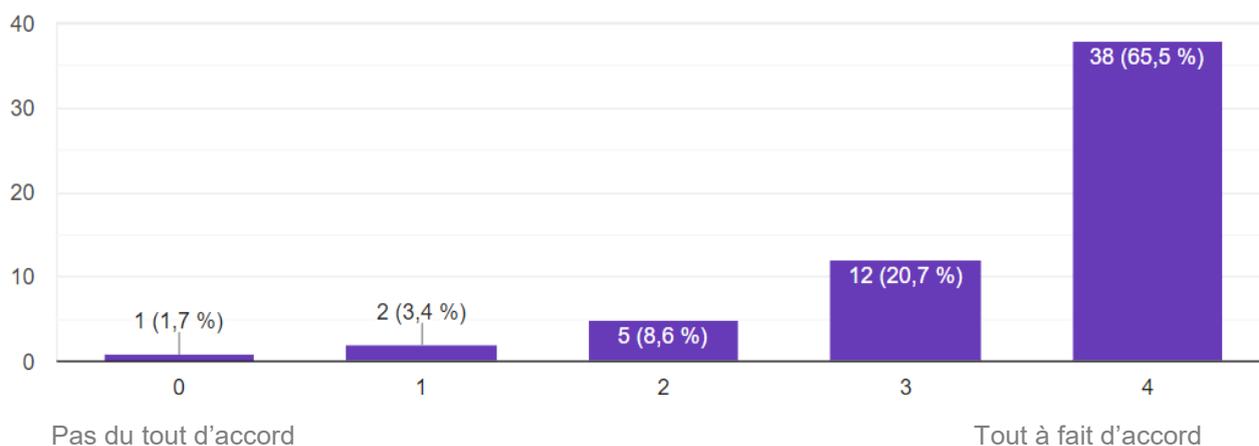
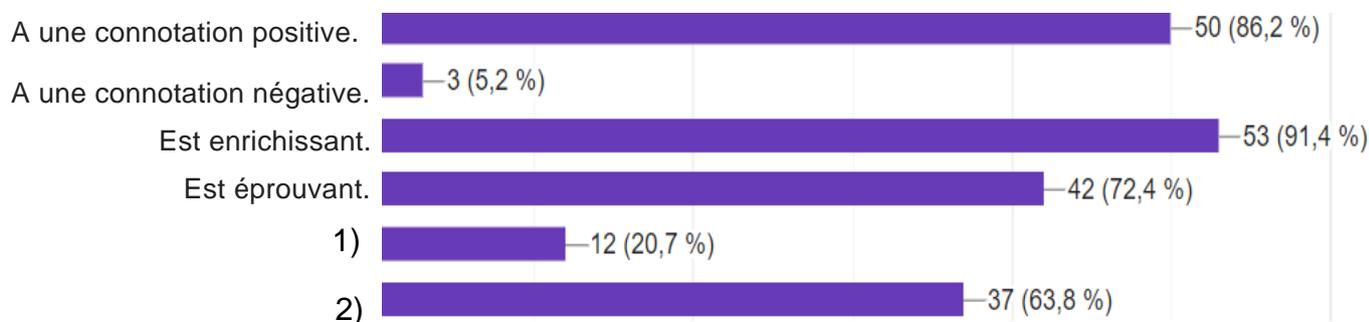


Diagramme 37 – Questionnaire Partie IV – Question 2 - Pour vous, en tant que psychomotricien.ne, utiliser son corps en tant qu'outil de travail :



- 1) Est facile à expliquer à des personnes qui ne connaissent pas votre métier.
- 2) Est difficile à expliquer à des personnes qui ne connaissent pas votre métier.

Voici la retranscription des trois commentaires laissés par les psychomotricien·ne·s dans la case « Autres » :

« Pas toujours facile de faire comprendre à notre hiérarchie combien l'investissement corporel est important. »

« C'est éprouvant si on n'a plus le temps de s'occuper de soi ! J'ai trouvé un équilibre en pratiquant quotidiennement une activité individuelle. C'est aussi enrichissant [sic] bien que plein d'incertitudes d'où l'intérêt de la supervision pour conforter sa confiance dans ses propres ressentis. »

« Est éprouvant parfois sur le plan psychique plus que sur le plan physique. »

Tableau 11 – Questionnaire Partie IV – Question 3 : « Quelle serait votre définition de l'engagement corporel, en tant que psychomotricien.ne ? »

Le tableau ci-dessous détaille les termes retrouvés, ainsi que le nombre de fois qu'ils ont été écrits. Les termes avec un astérisque regroupent les termes proches d'un même mot. Par exemple, « tonico-émotionnel » comprend aussi « tonico émotionnel », « tonico-émotionnelle », « tonico émotionnelle ». « Jeu » désigne aussi « jeux », et « jouer ».

Fréquence des termes relevés dans les définitions des psychomotricien-ne-s

Corps	43	Jeu	6	Soin	3	Affects	2
Engagement *	24	Plaisir	5	Esprit	3	Soutient	1
Patient	22	Outil *	5	Disponibilité	3	Intuitif	1
Relation	15	Médiation	5	Symbolisation	2	Intrinsèque	1
Corporel	11	Limites	5	Soutien	2	Intégrité	1
Support	7	Contact	5	Représentations	2	Inhérent	1
Travail	6	(Corps) propre	5	Rencontre	2	Douleurs	1
Tonico-émotionnel*	6	Sensations	4	Posture	2	Créativité	1
Psychocorporel *	6	Ressentis	4	Peau	2	Conscience	1
Psychique	6	Dialogue	4	Partager	2	Archaïques	1
Physique	6	Appui	4	Globalité	2	Analyser	1
Mouvement	6	Vécu	3	Contenir	2	Ajustement	1
Tonus *	6	Soutenir	3	Communication	2	Adaptabilité	1
						Accordage	1

Les 44 définitions de l'engagement corporel sont retranscrites ci-dessous :

« Fait de mettre son corps au service du patient dans un but thérapeutique tout en fixant des limites pouvoir constamment réajuster et questionner ses gestes, postures, tonus, verbalisation en fonction de ce que le patient va dégager et ce que l'on va en ressentir, percevoir, analyser. D'autres professions de santé ou pas s'engagent corporellement mais n'ont pas pour moi une lecture fine de ce que cela leur provoque au même titre que les psychomotriciens dont la spécialité est le lien corps esprit. Les kinésithérapeutes s'engagent corporellement aussi car ils ont un contact physique peau à peau avec le patient mais sont moins à mes yeux dans l'analyse de leur vécu. Les acteurs s'engagent aussi corporellement mais mais [sic] pas dans un contact corporel pas toujours direct avec leurs interlocuteurs. »

« Le psychomotricien offre sa toile de fond tonico-émotionnelle et psychique aux inscriptions que voudra bien y laisser le patient, le temps d'une séance. Le psychomotricien travaille à se laisser imprégner par la manière de vivre son corps du patient et il travaille à lui restituer de façon métabolisée ou détoxifiée (pour reprendre la terminologie de Bion au sujet de la fonction de la psychée maternelle) ces vécus archaïques en mal de symbolisations. L'engagement corporel du psychomotricien soutenu par le langage est une voie d'accès à la symbolisation pour le patient : le corps dans l'espace, la posture, la mimique, l'état émotionnel, la tonicité... peuvent ouvrir sur des représentations encore impossibles à se parler, se dessiner, se mettre en jeu. »

« L'engagement corporel en tant que psychomotricien, c'est mettre tout son Corps en jeu à travers différents activités, en prenant en compte ses douleurs, ses limites, ses possibilités, ses affects, ses émotions, son état, ses sensations, ses capacités etc... à un instant t, au moment présent. En prendre conscience, et parfois le partager avec l'autre. Pour pouvoir entrer en relation avec l'autre sur un registre "humain" et horizontal (sous entendu non hiérarchisé) et soutenir l'engagement corporel de l'autre. »

« J'aime parler d'engagement psycho-corporel. Dans le sens où l'utilisation de notre corps est visible, mais notre esprit reste tout autant présent et acteur dans cet engagement. Notre corps est ce qui nous permet de ressentir, d'échanger de manière non-verbale, il est un moyen d'entrer en relation, d'être à l'écoute de l'autre, notre engagement psycho-corporel permet de répondre aux besoins du patients. Engager notre corps c'est entrer en communication, être dans le soin (prendre soin, "take care"). »

« L'engagement corporel est intrinsèque au métier de psychomotricienne. Je ne pourrai pas exercer ce métier sinon. C'est l'engagement de l'unité de la personne, de la globalité corps et esprit. C'est un engagement intuitif et instinctif donc difficile à définir, tout comme le métier. L'engagement corporel pourrait être considéré comme une médiation, un outil. »

« Ce serai [sic] de garder une disponibilité et une écoute au patient et à ce qu'il nous fait vivre dans l'ici et maintenant en lien avec son histoire, notre histoire et l'état psychocorporel (et tonico-émotionnel) du patient et du thérapeute (les deux se répondant en permanence, le tout est de démêler ce qui vient de qui). »

« Mon engagement corporel me permet d'établir un lien, un contact, un dialogue tonico-émotionnel avec mon patient il est l'une des bases du métier de psychomotricien sans être dans un contact physique direct, la posture que nous adoptons, notre attitude corporelle globale transmet certains messages à nos patients. »

« Ce serait un état de disponibilité psychique et corporelle, tant pour recevoir (accueil contenant) que soutenir (support) et encourager ou valoriser (tremplin) les capacités, la créativité, les affects et les représentations de l'enfant par un échange, un jeu, un corps à corps. " Se prêter au jeu". »

« La façon dont le corps est engagé dans la relation a l'autre, active ou non active. Relié au psychisme, l'engagement corporelle [sic] c'est aussi l'attention toute particulière que l'on va porter au corps, comme un outils [sic] qui donne des informations et renseigne sur soit [sic] et sur l'autre. »

« C'est un engagement émotionnel, tonique et psychique permettant une rencontre, une relation à travers le plaisir "d'Etre avec", le plaisir de jouer et de faciliter le plaisir d'agir. Ceci dans l'objectif de redonner au corps objet de soins une dimension de plaisir. »

« Je n'arrive pas à rédiger une définition claire donc je vais donner des mots clés : dialogue tonico-émotionnel, disponibilité psycho-corporelle, écoute de l'autre et de soi, mouvement ou contact, appuis, variations et adaptabilité. »

« L'engagement corporel pourrait se définir comme la capacité d'une personne à proposer à l'Autre son corps comme appuis (physique, psychique, dans la projection, dans la représentation) dans le cadre de la relation thérapeutique. »

« Il s'agit de notre capacité à s'engager, dans le dialogue tonico-émotionnel, dans une rencontre corps a corps. Avec un ajustement psychocorporelle [sic] permettant la mise en jeux des objectifs de travail pour notre patient. »

« Le corps est au centre de notre pratique professionnelle, il est souvent un motif d'orientation en thérapie et nous ne pouvons pas faire autrement que d'utiliser notre corps propre comme 1er médiateur. »

« L'engagement corporel est inhérent à la pratique de la thérapie psychomotrice comme moyen de travailler les avatars d'un développement entravé ou pour favoriser les processus de maturation de l'enfant. »

« Un moyen de partager avec le patient le temps et l'espace de la séance, un vecteur d'une relation positive, un support à la médiation et à la séance voir [sic] une médiation en soit. »

« Mettre son corps au service du patient, de ses besoins et des objectifs de travail, sans oublier néanmoins de rester respectueux de soi-même et de ses limites. »

« Je définirais l'engagement corporel comme l'implication sensori-motrice et psychique que le thérapeute a lorsqu'il s'engage dans la relation avec son patient. »

« Pouvoir se servir de son corps comme d'un support à la relation et à la prise en soin, tout en respectant ses propres limites et celles de l'enfant. »

« Manière d'être en relation en s'appuyant sur ses ressentis tonico émotionnels en utilisant son corps pour jouer, contenir, étayer, porter. »

« Le vécu corporel est la base de notre activité. Il implique nécessairement l'engagement du corps en lien avec ce vécu, ce ressenti. »

« Mise à disposition de notre intégrité psycho-corporelle auprès des patients pour soutenir leur développement psychomoteur. »

« Mettre son corps en mouvement pour favoriser la mise en mouvement du patient tant du point de vue tonique qu'émotionnel. »

« Un engagement tonico émotionnelle [sic], un engagement relationnel par le biais du dialogue tonique. »

« Utilisation de son capital sensoriel, émotionnel, et physique du corps propre dans la réalité et le plaisir du corps. »

« C'est mon outil de travail, j'analyse beaucoup ce qui se passe dans mon corps pour ensuite le transposer au patient. »

« La capacité à impliquer son corps afin d'étayer la relation thérapeutique, à travers le mouvement et le ressentis [sic]. »

« C'est la présence à son propre corps et au corps de l'autre dans un accordage tonico-émotionnel et postural. »

« Pouvoir mettre en mouvement physique et psychique notre corps en appui des problématiques de nos patients. »

« Un corps en relation donnant une dimension concrète, matérielle ou physique au processus thérapeutique. »

« Le corps comme outil de travail pour accompagner nos patients dans leur propre développement. »

« Mise à disposition de notre propre corps tout en fixant les limites qui nous sont propres. »

« Mettre à profit de la relation au patient toutes nos capacités psycho-corporelles. »

« Etre dans un corps à corps relationnel comme appui et soutien psychomoteur. »

« Mon corps est une interface de communication et d'échange avec le patient. »

« Utilisation du corps du psychomotricien comme support de médiation. »

« Utiliser son corps comme support et soutient du corps des autres. »

« A la fois la mise en mouvement du corps mais aussi son analyse. »

« Le corps est l'outil de travail principal du psychomotricien. »

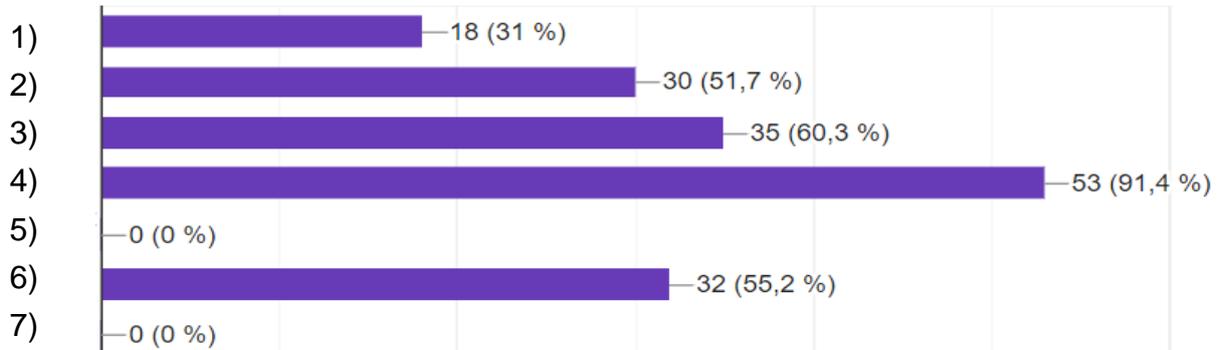
« Utisez [sic] son corps comme support de la relation. »

« Un partage, un soutien, un support... »

« L'essence même de notre travail. »

« Le corps comme médiation. »

Diagramme 38 – Questionnaire Partie IV – Question 4 – « Comment considérez-vous votre corps lors de vos séances ? »



- | | |
|---|--|
| 1) De la même façon que dans votre vie personnelle, au quotidien. | 5) Comme un corps uniquement physique. |
| 2) D'une façon différente, au moins en partie, de votre corps de "non-clinicien". | 6) Comme une unité somato-psychique. |
| 3) Comme un instrument au service du patient lors de la thérapie psychomotrice. | 7) Sans particularité spécifique. |
| 4) Comme une modalité d'entrée en relation. | |

Diagramme 39 – Questionnaire Partie IV – Question 5 – « Le rapport à votre corps est-il le même dans votre vie personnelle qu'au sein du cadre institutionnel, lorsque vous exercez ? »

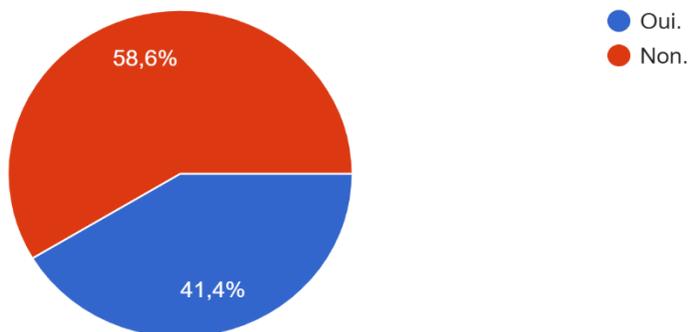
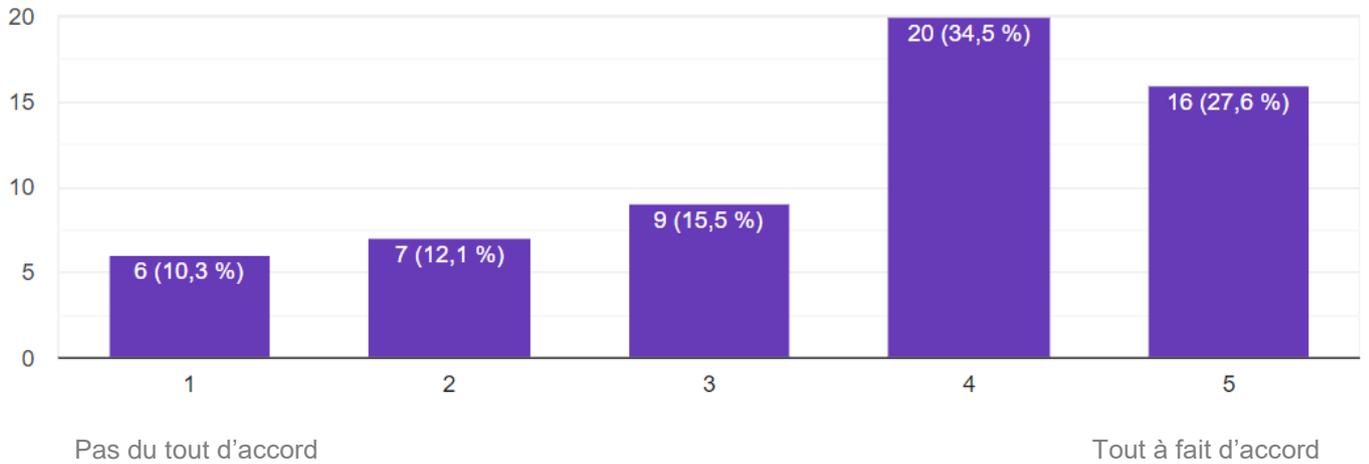


Diagramme 40 – Questionnaire Partie IV – Question 6 – « Pensez-vous que les situations vécues en séance en tant que psychomotricien.ne ont une influence sur votre propre organisation psychomotrice, dans votre quotidien ? »



Questionnaire Partie IV – Question 7 – « Si oui, souhaitez-vous partager ici un exemple ? »

On peut scinder les réponses obtenues en trois parties. D'abord, les éléments vécus en séance qui impactent dans l'immédiat l'organisation psychocorporelle des psychomotricien-ne-s. Le deuxième temps concerne les traces au-delà du temps et du lieu de travail. Le dernier temps évoque plutôt l'influence de la sphère personnelle sur le positionnement professionnel. Cette division est artificielle, elle permet seulement un regroupement plus clair des résultats. Ces trois modalités sont parfois évoquées au sein d'une même réponse. Les tableaux ci-dessous résument les réponses selon ces trois temps.

Tableau 12 – Questionnaire Partie IV – Question 7 – Influence des séances de psychomotricité dans l'immédiat et l'après-séance, sur les psychomotricien-ne-s

Termes retrouvés dans les réponses	Fréquence
Conscience corporelle	
Affinée, « Hyper attention » au corps, à la respiration aux ressentis propres	6
Emotions	
Contre-transfert	2
Tonico-émotionnel	
« Prolongement » des comportements de l'enfant sur le thérapeute (se cogner, étant tensionnel intense, fébrilité, hypo/hypertonie...)	2
Tonus	
Influence sur l'état tonique (« une proposition de relaxation me détend aussi »)	1
Motricité	
Besoin de retrouver du mouvement, de l'étirement	1
Développement des réflexes	1
Conscience de la richesse de sa propre motricité après des séances avec des enfants polyhandicapés	1
Organisation psychomotrice	1
« Mon organisation psychomotrice est suffisamment stable pour la retrouver. »	

Les réponses les plus détaillées sont retranscrites ci-dessous, en partie ou en totalité :

« Lors de l'accompagnement des personnes atteintes de polyhandicap, une certaine passivité peut apparaître dans le corps du thérapeute, induite sûrement par le manque de mouvement chez la personne polyhandicapée. Mais il peut y avoir aussi une influence émotionnelle, affects violents ressentis par le thérapeute face à une personne polyhandicapée dont la déformation du corps fait violence... »

« Chaque semaine, j'accompagne en séance une petite fille polyhandicapée, spastique du côté droit et aveugle dans un corps à corps. Je prends par la suite encore davantage conscience [sic] de l'amplitude et de la liberté de mes mouvements. »

« Lorsque je travaille [sic] avec un enfant qui présente des troubles autour de ses limites corporelles (tsa par exemple) il m'est arrivée d'être perturbée dans mes propres limites et de me cogner plus que d'habitude. »

« Mon travail a influer [sic] sur mon image du corps par exemple, je pouvais avoir plusieurs complexes sur certaines parties du corps , des restes de la problématique adolescente que j'ai mis au travail en analyse car cela venait parfois efracter [sic] / résonner en séance. Les différents travail [sic] avec mes patients m'ont changé aussi parceque j'ai décider [sic] d'aller creuser ma problématique et mon propre rapport au corps dans un espace privé , a certain moment da [dans] ma vie la souffrance d'un patient m'atteignait trop fortement il a fallut [sic] analyser mon contre transfert et donc parler de moi de mon histoire. Le corps est un outils [sic] vivant avec une histoire passée et actuelle. Ce travail me semble primordial pour harmoniser mon image [du] corps entre professionnel/privée. Ainsi le travail en séance continu [sic] de me faire évoluer dans mon organisation psychomotrice. »

Tableau 14 – Questionnaire Partie IV – Question 7 – Influence de la vie personnelle sur la sphère professionnelle.

Termes retrouvés dans les réponses	Fréquence
Disponibilité psychique aux patients	
En fonction des évènements vécus dans la vie quotidienne, de la fatigue...	2
Prise de recul au sein des séances	
Dépend des expériences du quotidien	1
Compréhension du vécu de l'enfant	
Des situations vécues dans la vie quotidienne peuvent donner un aperçu de certaines difficultés que présentent des enfants reçus en séance.	1

Une psychomotricienne explique : « Il me semble que ce sont plutôt mes expériences du quotidien qui ont un impact sur mon organisation en tant que psychomotricienne, le recul que je peux avoir sur mes séances et la prise de conscience (à moindre échelle) de ce que les enfants vivent de leur corps et de leurs contraintes corporelles (par exemple, un mal-être dans un endroit bondé peut m'aider à comprendre ce que vit un enfant qui a des difficultés à traiter les informations multisensorielles). »

Tableau 15 – Questionnaire Partie IV – Question 7 – Traces des vécus en séance de psychomotricité sur la vie personnelle des sujets psychomotricien·ne·s

Termes retrouvés dans les réponses	Fréquence
Impact sur les relations familiales et interpersonnelles	
Impact émotionnel et comportemental négatif : irritabilité, besoin de s'isoler, peu disponible pour les proches.	5
Façon d'être avec ses propres enfants.	1
Le toucher, l'accordage corporel, la proxémie, sont plus réfléchis au quotidien.	2
Développement d'une capacité d'écoute de signaux sensoriels faibles ou subtils.	1
Fatigue au quotidien.	3
Influence positive du travail des N.E.M en séance	
Améliore le placement pour porter des objets dans la vie quotidienne.	1
Attention à l'économie du corps dans les mouvements quotidiens, notamment les relevés du sol.	1
Facilité d'engagement corporel dans la vie de tous les jours.	1
Influence sur le sujet psychomotricien.ne	
Attention portée à ce que la posture et l'attitude corporelle renvoie dans les situations de la vie courante.	1
Attention plus importante à ses propres ressentis, sensations, expressions des émotions et leurs variations.	1

Des réponses sont reproduites ci-dessous, en totalité ou en partie :

« *Impact sur ma vie quotidienne par les nouvelles expériences qui influent sur ma façon d'être. »*

« *Le contact pieds nus dans toutes situations pour ne jamais oublier l'ancrage qui reste la base de notre construction physique et psychique. »*

« *Auparavant très tactile, je suis désormais un peu moins, en attente de manifestations de l'interlocuteur comme je le serais devant un patient avec TSA ou [sic] problématique corporelle. »*

« Le comportement d'une jeune m'a agacée lors d'une séance, je me suis un peu énervée sur la jeune en question (et m'en suis excusée aussitôt). Sa réaction (physique et corporelle) m'a amenée à me questionner (hors séances, avec le recul, chez moi) sur le pourquoi de ma colère et m'a permis de travailler dessus. Une colère qui finalement m'appartenait et n'avait rien à voir avec la jeune en question. Ce qui m'amène à préciser que selon moi, ça va dans les deux sens : les situations vécues en séance en tant que psychomot [sic] ont une influence sur ma propre organisation psychomotrice ET ma propre organisation psychomotrice a une influence sur les situations vécues en séance en tant que psychomot [sic]. C'est un va et vient permanent entre les deux. »

Réponses nuanciant la question :

Un ou un-e répondant-e apporte des nuances aux termes de la question, quant à l'enchaînement des séances au cours de la journée :

« Je pense que c'est davantage l'accumulation des vécus et l'impossibilité de prendre du temps pour soi, pour s'en "délester" qui vient fragiliser un équilibre psychomoteur basal plus que l'organisation psychomotrice. »

Un ou un-e psychomotricien-ne indique que les situations vécues en séance n'ont pas d'impact majeur sur sa propre organisation psychomotrice. C'est plutôt *« le cheminement corporel personnel global induit par notre métier »* qui a une influence.

IV. Les trames du sondage et du questionnaire

Voici le message de diffusion du sondage et du questionnaire publié sur le réseau social Facebook.

[SONDAGE ET QUESTIONNAIRE MEMOIRE POUR PSYCHOMOTRICIEN.NE.S PETITE ENFANCE]

Bonjour à toutes et à tous,

J'effectue un mémoire de recherche ayant comme sujet le(s) corps des psychomotricien.ne.s, pendant et après les séances. Je m'adresse aux psychomotricien.ne.s travaillant actuellement en petite enfance dans le champ de la thérapie psychomotrice.

Il y a deux modalités de "participation", en fonction du temps qu'il vous est possible de m'accorder ! D'abord, vous pouvez répondre à ce sondage anonyme et très rapide (moins de trois minutes) composé de questions courtes et volontairement générales. <https://forms.gle/ZSnNuk1H2KWVZ3uz7>.

Si vous avez un peu plus de temps, ce questionnaire, anonyme également, est plus détaillé. Il demande une quinzaine de minutes pour être rempli. <https://forms.gle/w1EyggEoG8neQFoK8>.

N'hésitez pas à les diffuser pour que le nombre de réponses puisse être significatif. Je vous remercie d'avance pour votre participation et votre contribution à ce mémoire !

Les trames du sondage et du questionnaire, créés via Google Form, sont reproduites ci-après.

A. Le sondage

Bonjour !

Je suis en troisième année à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière. Dans le cadre de mon mémoire de recherche sur le(s) corps des psychomotricien.ne.s, je souhaite effectuer un sondage auprès de psychomotricien.ne.s D.E travaillant en thérapie auprès de jeunes enfants. Ce court sondage (moins de cinq minutes) est anonyme et volontairement très général. Il me servira de base pour préciser et détailler la seconde partie de mes recherches.

Question 1 - Etes-vous d'accord avec la phrase « Le corps des psychomotricien.ne.s est leur premier outil de travail » ?

Oui.

Non .

Question 2 - De manière générale dans vos séances avec de jeunes patients, mettez-vous votre corps en jeu directement ? C'est-à-dire que votre corps est le support de l'interaction entre vous et l'enfant, sans objet médiateur.

Non, jamais.

Oui, parfois.

Oui, souvent.

Oui, toujours.

Question 3 - Utilisez-vous une forme de corps-à corps au sein de vos séances avec de jeunes patients ?

Oui.

Non .

Question 4 - Si oui, de quel type ?

- Portage.
- Bercement.
- Jeu de contact-opposition.
- Massage.
- Toucher thérapeutique.
- Autre :.....

Question 5 - Faites-vous une distinction entre votre corps de psychomotricien.ne dans le cadre professionnel ; et votre corps de « non – clinicien.ne » hors du temps institutionnel ?

- Oui.
- Non.

Question 6 - Avez-vous l'impression que l'engagement de votre corps lors des séances de psychomotricité avec de jeunes patients à un impact sur votre propre organisation psychomotrice ?

- Oui.
- Non.

Si oui, souhaitez-vous partager un exemple ?

.....
.....

Merci !

Vos réponses ont bien été enregistrées. Je vous remercie d'avoir participé à ce sondage ! Si vous avez des questions, remarques... vous pouvez m'en faire part ici.

Des questions, remarques, suggestions ?

.....
.....

B. Le questionnaire

Bonjour !

Je suis en troisième année à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière. J'effectue un mémoire de recherche sur le(s) corps des psychomotricien.e.s. Dans ce cadre, je souhaite proposer un questionnaire à des psychomotricien.ne.s D.E exerçant dans le domaine de la thérapie psychomotrice en petite enfance (0-6 ans). Ce questionnaire anonyme est divisé en quatre parties. Le temps nécessaire pour y répondre est estimé à une quinzaine de minutes. Cette recherche a pour but de recueillir des éléments de réflexion sur les questions suivantes : "De quelle(s) façon(s) les psychomotricien.ne.s utilisent leur corps en thérapie psychomotrice auprès de jeunes enfants ?" "L'engagement de leur corps comme unique support d'interaction(s) a-t-il des répercussions sur leur propre organisation psychomotrice ?". Si vous avez des questions ou des remarques, il sera possible de me les formuler en fin de questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre contribution à l'élaboration de ce mémoire, et pour le temps que vous y aurez consacré !

Partie I – Profil

Cette partie a pour but de recueillir des informations anonymes sur votre profil et votre parcours professionnel.

Question 1 - Vous êtes :

- Psychomotricien.
- Psychomotricienne.
- Psychomot (non binaire).

Question 2 - Vous avez entre :

- 20 et 30 ans.
- 31 et 40 ans.
- 41 et 50 ans.
- Plus de 50 ans.

Question 3 - Vous êtes diplômé.e depuis :

- 1 à 5 ans.
- 6 à 10 ans.
- 11 à 15 ans.
- 15 à 20 ans.
- 20 à 25 ans.
- 25 à 30 ans.
- Plus de 30 ans.

Question 4 - Vous avez fait vos études à l'Institut de Formation en Psychomotricité de :

- Alençon.
- Bordeaux.
- Hyères.
- Institut régional de Formation en Psychomotricité – La Réunion.
- ISRP Marseille.
- ISRP Paris.
- ISRP Vichy.
- Lille.
- Lyon.
- Meulan-Les Mureaux.
- Mulhouse.
- Orléans.
- Paris Pitié-Salpêtrière.
- Rouen.
- Toulouse.
- Autre.

Question 5 - A propos de votre expérience en petite enfance :

- Vous venez récemment de débiter votre premier poste dans ce secteur.
- Vous avez moins de dix ans d'expérience.
- Vous avez plus de dix ans d'expérience.

Question 6 - Dans quel(s) type(s) de structure(s) accueillant des jeunes enfants travaillez-vous actuellement ?

- Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP).
- Centre Médico-Psychologique (CMP).
- Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP).
- Institut Médico-Educatif (IME).
- Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP).
- Libéral.
- Néonatalogie.
- Service d'Education Spécialisée et de Soins à domicile (SESSAD).
- Service hospitalier de pédiatrie.
- Autre :

Partie II - Le temps institutionnel : lors des séances de thérapie psychomotrice avec de jeunes enfants.

Je propose ce questionnaire en émettant l'hypothèse que la définition de l'engagement corporel peut être très variable d'un.e psychomotricien.ne à un.e autre. Je vais donc préciser pour cette partie et les suivantes le type d'engagement corporel auquel je souhaite m'intéresser, afin de proposer une base commune de réflexion. J'oriente ici mon questionnement autour des temps de contact physique entre le corps du ou de la psychomotricien.ne et celui du patient. Les points de rencontre se font alors par les vêtements et/ou la peau, sans objet médiateur. Je vous invite à y répondre en fonction de la réalité de votre activité professionnelle, et de votre pratique clinique en général. Si besoin, vous pouvez par exemple vous appuyer sur le déroulement des séances du mois dernier.

Question 1 - Les enfants que vous rencontrez pour un suivi en psychomotricité :

- Sont des nouveau-nés.
- Ont acquis les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) précédant la marche.
- Commencent à rechercher la verticalisation.
- Ont acquis la marche.
- Ont une motricité globale élaborée, leur permettant l'autonomie et le développement d'autres compétences.

Question 2 - Lors des séances, vous engagez votre corps seul, sans objet médiateur :

- Jamais.
- Parfois.
- Souvent.
- Toujours.

Question 3 - Si oui, de quelle(s) façon(s) ?

- Massage.
- Portage.
- Jeux de contact-opposition.
- Toucher thérapeutique.

- Comme lieu de jeu et/ou d'exploration avec vos jeunes patients. Exemple : le patient qui explore avec ses mains les parties de votre corps, votre visage

Question 4 – A propos de votre engagement corporel : vous agissez toujours sur le moment, par une action motrice rapide et spontanée, et analysez plus tard pourquoi vous avez agi.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 5 – A propos de votre engagement corporel : Votre intervention ou proposition de contact est toujours réfléchi avant d'être mise en œuvre.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 6 - A propos des raisons de votre engagement corporel : Elles sont variables selon les situations, alternant entre action spontanée et volonté d'une sollicitation particulière envisagée avant la séance.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 7 - Dans quel(s) objectif(s) entrez-vous en contact avec le corps du patient ?

- Pour lui proposer un appui, un support physique.
- Pour le contenir.
- Pour l'accompagner physiquement lors d'une action.
- Pour l'accompagner lors des transferts (passages debout-assis-allongé).
- En raison d'un choix d'une médiation qui le nécessite.
- Pour lui fournir des informations sensorielles.
- Autres :

Question 8 - Lors de ces temps de corps-à-corps, vous posez des interdictions au patient.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 9 - Si oui, les limites que vous posez au patient sont les mêmes que vos limites personnelles. Par exemple : pas de contact sur une zone particulière de votre corps.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 10 – Si oui, les limites que vous posez à vos patients sont différentes de vos limites personnelles, en raison du contexte thérapeutique. Par exemple, vous acceptez de vivre certaines situations que vous n'accepteriez pas avec d'autres enfants dans votre vie quotidienne.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 11 - Lorsque c'est le patient qui vient vous solliciter corporellement, vous avez la même facilité à engager votre corps que lorsque vous choisissez volontairement de vous impliquer physiquement.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0

1

2

3

4

Question 12 - Vous arrivez à prendre du recul sur les situations dans lesquelles votre corps est mis à mal par le patient

1 2 3 4

Jamais. Toujours.

Question 13 - Au cours d'une ou plusieurs séances, avez-vous déjà ressenti au moins l'une des sensations suivantes, en lien avec la situation vécue sur le moment, en lien avec la situation vécue sur le moment :

Sensation	Fréquences				
	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Sentiment de bizarrerie, de malaise.					
Brusque fatigue, sentiment d'accablement, baisse rapide du tonus.					
Brusque dynamisme, hypervigilance .					
Vécu d'attaque corporelle, d'agression physique, ressentie comme telle même sans être intentionnelle.					

Impression d'être détaché.e de votre corps.					
Impression de grande présence à votre corps, vos sensations physiques et émotionnelles					
Ressenti d'un corps comme objet matériel et instrument de découverte pour le patient.					
Hyperconscience de la / des partie(s) du corps spécifiquement impliqué(e)s avec le patient.					
Hyperconscience de la / des partie(s) du corps spécifiquement impliqué(e)s avec le patient.					
Sensation soudaine de changement thermique.					
Dissociation temporelle, « absence ».					
Sentiment de désorganisation.					
Autres					

Question 14 - Lorsque vous engagez votre corps au cours de la séance, portez-vous attention à vos propres ressentis corporels (sensations internes, émotions...) ?

- Non, jamais.
- Oui, souvent.
- Oui parfois.
- Oui, toujours.
- Vous aimeriez y porter plus d'attention.

Question 15 - Si oui, quel(s) indice(s) utilisez-vous ?

- Attention portée à votre état tonique.
- Attention portée à votre respiration.
- Observation de votre posture.
- Ressenti de signaux douloureux.
- Conscience de votre état émotionnel.
- Signes de fatigue.
- Niveau de confort.
- Autre :

Question 16 - Si vous portez attention à ces ressentis, dans quel but le faites-vous ?

- Pour avoir une meilleure posture pour vous-même.
- Pour modifier votre implication corporelle envers le patient.
- Pour échanger avec le patient à propos de la façon dont vous vivez une situation précise.
- Autre :

Question 17 - Après une séance, vous avez généralement la sensation d'être disponible pour la séance suivante.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 18 - Sinon pour quelle(s) raison(s) ?

- Vous disposez de peu de temps entre deux séances.
- Persistance de certaines sensations, d'un vécu corporel ou émotionnel particulier.
- Vous ressentez de la fatigue.
- Vous êtes préoccupé.e par la séance effectuée.
- Vous êtes préoccupé.e par la séance à venir.
- Autre :

Question 19 - Entre deux séances ou au cours de la journée, ressentez-vous le besoin de vous recentrer sur votre propre corps ?

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 20 - Si oui, utilisez-vous un ou des moyen(s) particulier(s) dans ce but ? Lequel ou lesquels, et à quel(s) moment(s) ?

.....
.....

Question 21 - Si vous n'utilisez pas de moyen particulier tout en éprouvant un besoin de vous recentrer, c'est parce que :

- Vous ne pouvez pas prendre le temps nécessaire pour cela dans la journée.
- Vous ne savez pas quel(s) moyen(s) vous pourriez utiliser.
- Autre :

Partie III – En dehors du temps institutionnel.

Cette troisième partie porte sur les temps hors du lieu de travail, au quotidien. Il s'agit d'interroger la présence d'éventuelles traces du vécu en séance de psychomotricité dans votre vie personnelle.

Question 1 - Après avoir quitté votre lieu de travail, vous arrivez facilement à «mettre de côté» les situations corporelles que vous avez vécues dans la journée, et ce qu'elles vous ont fait ressentir.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0

1

2

3

4

Question 2 - Avez-vous déjà gardé la trace d'une expérience corporelle agréable ou désagréable avec un patient, à distance du moment où vous l'avez vécue ?

	Non, jamais.	Oui, à court terme.	Oui à moyen terme.	Oui à long terme.
Expérience corporelle agréable.				
Expérience corporelle désagréable.				

Question 3 - En raison de votre engagement corporel au cours de votre métier de psychomotricien.ne, vous ressentez le besoin de pratiquer certaines activités sur votre temps personnel.

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0

1

2

3

4

Question 4 - Si oui, quel(s) type(s) d'activité(s) pratiquez-vous ? Vous pouvez préciser laquelle ou lesquelles dans "autre" si vous le souhaitez.

- Une activité sportive / corporelle individuelle.
- Une activité sportive / corporelle groupale.
- Une activité artistique et/ou créative.
- Une supervision.
- Autre :

Question 5 - Si vous pratiquez une ou plusieurs activités, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ?

- Par plaisir.
- Pour continuer un travail corporel.
- Pour travailler sur vous-même.
- Pour évacuer les tensions de manière dynamique.
- Pour vous détendre, vous relaxer.
- Pour enrichir votre pratique professionnelle.

Partie IV – L'engagement de soi dans la thérapie psychomotrice

Cette dernière partie comporte des questions plus générales sur l'engagement psychocorporel en thérapie psychomotrice.

Question 1 - Pensez-vous que l'engagement corporel est une spécificité de la profession de psychomotricien.ne?

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

- 0 1 2 3 4

Question 2 - Pour vous, en tant que psychomotricien.ne, utiliser son corps en tant qu'outil :

- A une connotation positive.
- A une connotation négative.
- Est enrichissant.
- Est éprouvant.
- Est difficile à expliquer à des personnes qui ne connaissent pas votre métier.
- Est facile à expliquer à des personnes qui ne connaissent pas votre métier.
- Autre :

Question 3 - Quelle serait votre définition de l'engagement corporel, en tant que psychomotricien.ne ?

.....

Question 4 - Comment considérez-vous votre corps lors de vos séances :

- De la même façon que dans votre vie personnelle, au quotidien.
- D'une façon différente, au moins en partie, de votre corps de non clinicien.
- Comme un instrument au service du patient lors de la thérapie psychomotrice.
- Comme une modalité d'entrée en relation.
- Comme un corps uniquement physique.
- Comme une unité somato-psychique.
- Sans particularité spécifique.
- Autre :

Question 5 - Le rapport à votre corps est-il le même dans votre vie personnelle qu'au sein du cadre institutionnel, lorsque vous exercez ?

Oui.

Non.

Question 6 - Pensez-vous que les situations vécues en séance en tant que psychomotricien.ne ont une influence sur votre propre organisation psychomotrice, dans votre quotidien ?

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0

1

2

3

4

Question 7 - Si oui, souhaitez-vous partager ici un exemple ?

.....
.....

Merci !

Vos réponses ont bien été enregistrées. Je vous remercie d'avoir pris le temps de participer à ce questionnaire !

Si vous avez des questions, s'il vous a inspiré des remarques, des réflexions, une expérience que vous souhaitez partager... vous pouvez m'en faire part ici.

Des questions, remarques, suggestions ?

.....
.....

Résumé

Les effets de l'engagement corporel chez les psychomotricien·ne·s sont très rarement abordés. Les éventuelles traces de cette implication, au-delà du contexte thérapeutique, sont encore moins évoquées. Cette enquête propose d'interroger les professionnel·le·s sur les effets du corps-à-corps en psychomotricité. Deux cadres spatio-temporels sont explorés : au sein des séances, et hors du contexte institutionnel. La porosité des sphères personnelles et professionnelles est abordée. Deux questionnaires auto-administrés ont été proposés à des psychomotricien·ne·s exerçant en petite enfance, dans le champ de la thérapie psychomotrice. Les réponses apportent un nouveau regard sur la notion de Corps-outil en psychomotricité. Elles témoignent de la spécificité de cette profession éminemment relationnelle.

Mots-clés : psychomotricité, corps-outil, engagement psychocorporel, contre-transfert corporel, recherche.

Summary

The effects of body involvement for psychomotor therapists are very rarely addressed. The possible traces of this involvement, beyond the therapeutic context, are even less mentioned. This survey provides to question professionals on the effects of hand-to-hand in psychomotricity. Two spatio-temporal frameworks are explored : during sessions and outside the institutional context. The porosity of personal and professional spheres will be addressed. Two self-administered questionnaires have been offered to psychomotor therapists practicing in early childhood, in the field of psychomotor therapy. The answers provide a new perspective on the notion of tool-Body in psychomotricity. They testify the specificity of this highly relational profession.

Keywords : psychomotricity, tool body, holistic involvement, physical countertransference, research.