



**HAL**  
open science

# Un enfant, ses parents et un psychomotricien : le tissage d'une alliance thérapeutique

Manon Rivalin

► **To cite this version:**

Manon Rivalin. Un enfant, ses parents et un psychomotricien : le tissage d'une alliance thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944046

**HAL Id: dumas-02944046**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944046>**

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 Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital 75013 Paris



**Un enfant, ses parents et un psychomotricien :  
le tissage d'une alliance thérapeutique**

Mémoire présenté par Manon RIVALIN

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

Référents de mémoire :

Lucia Florez

Nathalie Bernard

Session Juin 2020



## Remerciements

A mes maîtres de mémoire ; Lucia Florez et Nathalie Bernard, MERCI pour votre soutien, pour le temps investi, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et pour vos retours constructifs.

A l'ensemble de mes maîtres de stage, MERCI de m'avoir offert la possibilité d'apprendre à vos côtés et de m'avoir transmis des réflexions théorico-cliniques de qualité et la passion pour ce métier.

A l'ensemble des patients et familles rencontrés et particulièrement aux enfants avec qui j'ai pu travailler cette année, MERCI, vous êtes la source de ce travail. Aux familles des patients qui ont accepté de m'aider à l'élaboration de ce mémoire, MERCI d'avoir répondu à mes questions.

A mon copain, Adrien, MERCI de m'avoir soutenu et encourager tout en accueillant mes doutes. A l'ensemble de sa famille, MERCI pour votre présence et tous les beaux moments passés avec vous.

A ma famille, MERCI de croire en moi depuis le début de cette aventure, MERCI pour votre patience et réconfort. A mon grand-père Michel, MERCI d'être ce modèle si précieux à mes yeux.

A mes amis, MERCI pour votre présence et ces moments partagés.

A l'ensemble de l'enseignement de l'Institut de Formation de Psychomotricité de la Sorbonne Université, je vous témoigne ma reconnaissance pour tout le savoir-faire et savoir-être transmis au cours de ces études.

A l'ensemble de la promo et aux rencontres faites au cours de ces trois années, MERCI pour cette incroyable aventure ! Adaptation, soutien et entraide ont été les maîtres mots pour surpasser ces trois années bien particulières à Paris !

A La Vendée, MERCI pour ce cadre calme et serein retrouvé lors de mes nombreux retours aux sources ...

A vous tous, MERCI d'avoir contribué à ma progression sur le chemin de la psychomotricité !

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>1. Contexte clinique .....</b>	<b>- 8 -</b>
1.1. Présentations institutionnelles .....	- 8 -
1.2. Présentation de la population accueillie .....	- 10 -
1.3. Présentation des patients .....	- 11 -
1.3.1. Issa .....	- 11 -
1.3.3. Kassim .....	- 15 -
1.4. A la rencontre des parents .....	- 18 -
1.4.1. Élaboration du questionnaire .....	- 18 -
1.4.2. Entretien et résultats .....	- 20 -
1.4.2.1. Issa .....	- 20 -
1.4.2.2. Kassim .....	- 22 -
1.5. Réflexions sur les réponses de ces mamans .....	- 24 -
<b>2. L’alliance thérapeutique et ses composantes .....</b>	<b>- 25 -</b>
2.1. Aspects théoriques de l’alliance thérapeutique .....	- 25 -
2.2. La rencontre thérapeutique .....	- 26 -
2.2.1. La rencontre avec l’enfant .....	- 27 -
2.2.2. La rencontre avec les parents, le temps du bilan .....	- 28 -
2.3. Expliquer le métier de psychomotricien .....	- 29 -
2.4. Vignette clinique : le suivi de Luis .....	- 31 -
2.5. La relation thérapeutique .....	- 34 -
2.5.1. La relation avec l’enfant en psychomotricité .....	- 35 -
2.5.2. La relation avec les parents .....	- 36 -
2.5.3. La place du transfert et du contre-transfert .....	- 39 -
2.5.3.1. Les origines psychanalytiques .....	- 39 -
2.5.3.2. L’aspect corporel en psychomotricité .....	- 40 -
2.5.3.3. L’aspect relationnel en psychomotricité .....	- 42 -
2.5.3.4. L’aspect culturel dans les thérapies .....	- 43 -

<b>3. L'ajustement temporel des différents partenaires.....</b>	<b>- 44 -</b>
3.1. Avancer avec les parents.....	- 44 -
3.1.1. Être parent d'un enfant différent.....	- 44 -
3.1.2. Le temps de la prise en charge.....	- 45 -
3.1.3. Le jugement dans le suivi.....	- 47 -
3.1.4. L'accueil des familles démunies.....	- 49 -
3.2. Ruptures dans le suivi.....	- 50 -
3.2.1. L'exemple du suivi d'Issa.....	- 52 -
3.2.2. Les difficultés de l'équipe institutionnelle.....	- 55 -
3.3. Les temps d'échanges sur le suivi en psychomotricité.....	- 56 -
3.3.1. Entre indication, demande et attentes parentales.....	- 58 -
3.3.2. Les consultations.....	- 60 -
3.3.3. Mme F. et son rapport avec la scolarité d'Issa.....	- 61 -
3.4. Suivis pluridisciplinaires et difficultés d'accordage.....	- 62 -
3.4.1. Illustration clinique.....	- 62 -
3.4.2. Les prérequis à la mise en place de la gestuelle.....	- 64 -
3.4.3. Des signes pour tout un entourage.....	- 66 -
3.4.4. Revenons à Kassim.....	- 67 -
<b>4. Discussion.....</b>	<b>- 69 -</b>
4.1. Le questionnaire, point de départ à ce mémoire.....	- 69 -
4.2. Mon évolution personnelle.....	- 73 -
4.3. Deux alliances pour une même famille.....	- 75 -
4.3.1. Temps d'accordage – contribution du thérapeute.....	- 75 -
4.3.2. Prise de recul et analyse de la pratique du thérapeute.....	- 77 -
<b>Conclusion.....</b>	<b>- 79 -</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>- 81 -</b>
<b>Annexes</b>	
ANNEXE I : Tableau récapitulatif des noms anonymes que je cite dans le mémoire.....	I
ANNEXE II : Temporalité des suivis thérapeutiques au CMP.....	II
ANNEXE III : Questionnaire à l'attention des parents.....	V

## Introduction

La mise en place d'une alliance thérapeutique constitue un élément clef de toute prise en charge. Cette alliance représente les liens, unissant les partenaires, qui reposent sur un sentiment de confiance et la collaboration mutuelle de chacun des membres de l'alliance. Dans le cadre d'un suivi en psychomotricité au sein d'une structure de soin pour enfant, le processus est plus complexe. En effet, un bon investissement du suivi est favorisé par une double alliance thérapeutique ; une première avec l'enfant et une seconde avec les parents.

Lorsqu'un enfant franchit la porte d'une structure de soin, il est accompagné le plus souvent de ses parents. L'ensemble des membres de cette famille apportent avec eux quelques bagages ; leur passé respectif et commun, leurs vécus psycho-affectifs, leurs difficultés, leurs représentations et leurs attentes... Tout cela participe à l'environnement dans lequel l'enfant se développe depuis sa naissance, et même depuis sa conception. Pour reprendre les mots de D. W. Winnicott, « *un enfant seul n'existe pas* » (1972, p. 115). L'équipe pluridisciplinaire qui reçoit cette famille doit alors prendre en compte le motif d'admission, qui concerne l'enfant, mais aussi tous les éléments qui sont intervenus dans le développement de celui-ci.

Ce mémoire relate des questionnements qui me sont apparus au cours de mes différents stages. Pour chacun j'ai pu découvrir une façon différente de faire et d'être du psychomotricien. À partir de la rencontre avec quelques parents et la participation au suivi en psychomotricité de leur enfant, je me suis interrogée sur différents niveaux d'élaboration de l'alliance thérapeutique. Je me suis intéressée à la place attribuée à chacun des partenaires de l'alliance. Car si l'implication des parents dans le suivi de leur enfant est nécessaire au bon déroulement de la prise en charge, il ne faut pas que cela empiète sur l'espace thérapeutique de l'enfant. En effet, cet espace doit rester un temps privilégié pour le patient.

Ma question centrale s'énonce ainsi : **Dans quelles mesures le psychomotricien, de par sa démarche thérapeutique et sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire, entretient-il l'alliance thérapeutique avec les parents et l'enfant tout au long de la prise en charge ?**

Pour tenter d'y répondre, j'ai émis plusieurs hypothèses. *L'alliance thérapeutique se construit au sein de la rencontre et de la relation avec la famille. Elle s'envisage dans l'accordage du thérapeute avec celle-ci, cela nécessite pour le psychomotricien la prise en compte des attentes des parents. L'alliance n'est pas figée, elle s'entretient tout au long du suivi. Elle est possible grâce à la compréhension de la part des parents de notre rôle. La perpétuité de l'alliance peut nécessiter, de la part du psychomotricien, une analyse de sa posture.*

Dans un premier temps, il me semble important de décrire les institutions dans lesquelles j'ai effectué mes stages cette année et de présenter deux patients, qui feront, tout au long de ce mémoire, l'objet d'une analyse clinique. J'expliquerai ensuite l'origine de ma réflexion à partir de la rencontre avec deux mamans autour d'un entretien.

Dans un second temps, j'ai choisi de développer différentes composantes de l'alliance thérapeutique. Tout d'abord, la rencontre avec les parents est un moment clef et déterminant pour l'émergence du sentiment de confiance, elle permet notamment au psychomotricien d'expliquer quel est son rôle et ce qu'il pourra apporter à l'enfant tout en prenant en compte les attentes parentales. Puis, j'aborderai la relation que le psychomotricien entretient avec chacun des membres de l'alliance ainsi que la place du transfert et du contre-transfert dans la prise en charge. Cette partie sera illustrée par une vignette clinique.

Dans un troisième temps, ma rédaction se portera sur la temporalité tout au long du suivi. La mise en place d'un soutien pour ses familles, nécessite de la confiance et le partage de représentations communes, ce qui requiert un accompagnement de la part de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. L'alliance va s'entretenir tout au long du suivi par les échanges avec les parents. La prise en charge en psychomotricité s'inscrit dans un suivi global et la temporalité dépend de l'ensemble des intervenants mais l'accordage entre les différents thérapeutes n'est pas toujours évident.

Enfin, dans une dernière partie discussion, je reviendrai sur l'élaboration de ma réflexion tout au long de mon mémoire et mon évolution en tant que stagiaire. J'apporterai aussi de nouveaux éléments quant à l'analyse que le psychomotricien peut apporter sur sa posture dans la relation avec les parents et l'enfant.

## 1. Contexte clinique

### 1.1. Présentations institutionnelles

#### *Le CMP*

L'un de mes stages longs de troisième année s'est déroulé au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP). Le CMP est une structure de soin pivot des secteurs de psychiatrie, sa mission est d'assurer des consultations médico-psychologiques et sociales pour tout enfant en souffrance psychique et organiser leur orientation éventuelle vers des structures adaptées. Ce CMP est dédié aux enfants et s'inscrit dans une association d'orientation psychanalytique qui propose des soins de proximité aux habitants (du bébé à l'adulte) souffrant de troubles psychologiques et psychiatriques. Dans le projet d'établissement, il est indiqué que la prise en charge propose de remédier aux difficultés actuelles de l'enfant et de prévenir l'installation de troubles importants à l'âge adulte.

Avant toute mise en place de projet thérapeutique, l'enfant et ses parents sont reçus en consultation avec le médecin pédopsychiatre. Celui-ci va évaluer les difficultés de l'enfant et apporter des renseignements aux parents quant à la prise en charge au sein du CMP. Par la suite, au cours des réunions hebdomadaires, le médecin présente l'enfant à l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle afin de discuter des bilans qui permettraient de comprendre le fonctionnement de l'enfant. Cela permettra d'envisager un traitement adapté pour cet enfant (psychothérapie ou rééducation individuelle ou en groupe). Les bilans et les thérapies sont prescrits par le médecin et commenceront avec l'accord des parents et seront rediscutées régulièrement en réunion à la demande des thérapeutes. La demande est telle qu'une liste d'attente est établit pour chaque discipline. Certains enfants sont en parallèle suivis par des professionnels libéraux.

L'équipe se compose d'un médecin pédopsychiatre, d'une secrétaire, d'une assistante sociale, de psychologues, d'orthophonistes et d'une psychomotricienne.

## ***Le CAPP***

Mon deuxième stage long s'est déroulé au sein d'un Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique (CAPP). Il s'agit d'une structure d'aide et de soutien visant à favoriser la prévention, l'adaptation et l'intégration scolaire, personnelle et sociale des enfants et adolescents en difficulté. Le centre s'inscrit dans le champ d'action du Département et de l'Education Nationale pour la prévention, le dépistage, le soutien et l'accompagnement scolaire. Il intervient en étroite collaboration avec les établissements scolaires.

Dans le projet d'établissement il est précisé que les attentes, les besoins et la demande des parents font l'objet d'une écoute attentive et d'une analyse qui constitue les prémices du projet thérapeutique. Il s'agit aussi de faire comprendre que le but d'une prise en charge est d'apporter un mieux-être à l'enfant au regard de ses difficultés scolaires. Le centre cherche donc à guider les parents vers une prise de conscience de la situation de leur enfant au sein de sa famille et de l'école. Cette guidance devrait les amener à s'approprier l'aide qui leur est proposée. Cette aide, psychologique ou rééducative, ne peut être vécue comme une décharge de leurs difficultés au CAPP mais comme un soutien en collaboration étroite avec eux. Le CAPP veille au respect et au renforcement de la responsabilité parentale.

Le fonctionnement du CAPP peut s'apparenter à celui du CMP mais les parents sont d'abord reçus par l'assistante sociale qui tente de comprendre l'indication et la demande. Puis, la consultation initiale n'est pas forcément réalisée par un médecin pédopsychiatre, elle peut aussi être menée par l'un des psychologues de l'équipe alors appelé consultant. Celui-ci restera le pilier de la prise en charge de l'enfant au CAPP, qui bien souvent commencera par une psychothérapie. Par la suite, la prise en charge en orthophonie, en psychomotricité, en rééducation psychopédagogique ou psycho-relationnelle, en individuel ou en groupe, est discutée lors des réunions de synthèse hebdomadaires. L'orientation thérapeutique y est principalement psychanalytique.

## 1.2. Présentation de la population accueillie

Un point non négligeable à préciser de ce contexte clinique est la population accueillie dans ces centres. La majorité des familles sont démunies et en difficultés financières, sociales ou culturelles, ce qui aura un impact sur le suivi de ces familles. Toutes les familles rencontrées portent des origines culturelles marquant souvent leur histoire. J'ai découvert, au fil de l'année, que c'est un point essentiel à prendre en compte dans la prise en charge et notamment sur le regard que l'on porte sur ces familles.

Participer aux réunions de synthèses des deux établissements m'a permis d'entendre et de prendre conscience des antécédents traumatiques de certaines familles. J'ai été marquée par tous ces récits de vie terribles au sein desquels des enfants essaient tant bien que mal de grandir. Chaque histoire est différente mais certains schémas se ressemblent : précarité, conditions de vie insalubres, membres de la famille présentant des troubles psychiatriques, violences conjugales, maltraitance, retrait des enfants de la famille, difficulté d'accès ou refus des soins, mères célibataires et bien d'autres...

Beaucoup de questionnements et réflexions sont apparus au cours de ces stages, je ne pourrai tous les traiter au sein de ce mémoire. J'ai donc orienté mon travail sur le suivi de ces enfants en psychomotricité au sein d'une institution pluridisciplinaire. Je me suis intéressée à différents éléments qui sont en jeu au cours de la prise en charge. L'enfant évoluant au sein d'un environnement familial et matériel, de nombreux facteurs sont à prendre en compte dans son développement psychique, affectif et psychomoteur. Nous verrons que ces éléments peuvent avoir des répercussions tout au long du suivi et sur sa réussite ou non.

Ma réflexion au sein de ce mémoire s'étaye sur l'ensemble des situations, des familles rencontrées ou seulement évoquées en synthèse. C'est dans la rencontre avec certaines familles et en observant leur prise en charge que mes réflexions sont apparues. J'ai considéré qu'il serait pertinent de m'appuyer spécifiquement sur la prise en charge en psychomotricité de deux enfants que j'ai suivis au CMP.

### 1.3. Présentation des patients

#### 1.3.1. Issa

Issa est un jeune garçon d'origine marocaine né en janvier 2012, il a donc 7 ans et 9 mois lorsque je le rencontre en septembre 2019. Issa est le deuxième d'une fratrie de trois enfants tous nés en France ; il a un grand frère de 9 ans et une petite sœur de 4 ans et demi diagnostiquée épileptique. Ses parents sont mariés et très présents dans la vie d'Issa. Son père, sans emploi stable, trouve du temps pour jouer avec ses enfants ou les emmener au parc ou au stade. Sa maman ne travaille pas, c'est elle qui organise le quotidien du foyer et effectue les accompagnements pour les suivis.

#### *Anamnèse*

La grossesse, désirée par les deux parents (Mr et Mme F.), s'est bien passée jusqu'au terme auquel il est né sans complication. Issa était un bébé calme et facile à porter, il avait un regard présent et pouvait attraper des objets. Il a utilisé le quatre pattes puis a marché à 14 mois. L'acquisition de la propreté a été compliquée jusqu'à ses 3 ans. Concernant l'alimentation, il a toujours refusé certaines textures ou formes ; les purées et les soupes, ou les petits pois et haricots.

La première année de sa vie, il a été gardé par sa mère, puis il est allé à la halte-garderie et au jardin d'enfants. Aujourd'hui, il est scolarisé en CP à 12 élèves.

Issa partage sa chambre avec son grand frère, ils aiment jouer ensemble, parfois se chamaillent. Avec sa petite sœur, Issa peut être maladroit. Il est très lent pour toutes les activités de la vie quotidienne (habillage, repas).

Au moment du bilan psychomoteur en décembre 2017, Issa (5 ans, 11 mois) a été maintenu en grande section. Avec ses camarades, ça se passe bien. Sa maîtresse témoigne d'une concentration fluctuante, d'un manque d'organisation, d'une agitation et le décrit comme un petit garçon hypersensible.

Il porte des lunettes depuis 2017 et l'audiogramme atteste d'une bonne audition.

### *Suivis thérapeutiques*

La PMI a orienté Issa vers le CMP en janvier 2015 suite aux inquiétudes de la halte-garderie qui décrit Issa comme un enfant qui papillonne beaucoup avec un contact fuyant, il parlait alors très peu et de façon inintelligible. Le personnel de la halte-garderie a aussi remarqué qu'Issa prenait la main de l'adulte pour prendre des objets car il semblait avoir des difficultés pour les manipuler lui-même. Sa rentrée en petite section de maternelle, initialement prévue en janvier 2015, a été reportée de plusieurs mois, en septembre 2015 car Issa (3 ans et demi) n'avait pas acquis la propreté et présentait un gros retard de langage.

Il a d'abord été suivi en orthophonie en libéral à partir de mars 2015 sur indication du CMP. En juin 2016, les progrès en langage étaient nettement perceptibles. L'orthophoniste décrit, à ce moment-là, une bonne qualité relationnelle et un bon investissement du traitement de la part d'Issa. En janvier 2018, un bilan de renouvellement du suivi est réalisé en prévision de la fermeture du cabinet libéral. Le compte-rendu parle d'un retard de langage et de parole sévère. Il met en évidence un profil hétérogène ; bonne compréhension mais trouble phonologiques et morphosyntaxiques évidents en production. En conclusion, l'hypothèse d'un trouble neuro-développemental de type dysphasique avec trouble de l'attention et dysgraphie associés est posé. Un suivi en psychomotricité est préconisé par l'orthophoniste libérale.

En avril 2018, il a commencé à être suivi par une orthophoniste du CMP deux fois par semaine. En octobre 2018, la thérapeute décrit Issa comme logorrhéique, dispersé et instable. Il a tendance à vouloir diriger les séances et fait preuve d'une certaine rigidité. Les différents temps de la séance sont représentés par des pictogrammes ce qui semble l'aider à se canaliser et se repérer dans le temps.

Avant, en avril 2017, un bilan psychologique est réalisé au CMP, la passation de celui-ci est longue et laborieuse car Issa parle énormément mais de façon intelligible. Le WPPSI met en évidence des réponses projectives mobilisées par des angoisses d'un registre archaïque, une persévération dans la non-compréhension des consignes et un fonctionnement psychique dysharmonique. Issa présente un évitement du regard et fait preuve d'une lenteur considérable

due à une inhibition massive. Issa semble ne pas comprendre la situation de test. Aucune psychothérapie ne peut être mise en place suite à ce bilan car Mme F refuse cette prise en charge.

Une psychothérapie sera finalement mise en place durant le mois de janvier 2020 au CMP. Mme F. a finalement accepté suite aux inquiétudes des thérapeutes quant au développement et aux manifestations psychiques d'Issa. Elles font part de l'anxiété majeure contre laquelle il s'agite comme s'il tentait de maîtriser et de remplir toutes les situations sans laisser de place à sa pensée.

### *Suivi en psychomotricité*

Le bilan psychomoteur a été réalisé en décembre 2017, Issa (5 ans, 11 mois) était au jardin d'enfant. La maitresse était alors inquiète car Issa ne se concentrait pas et il était dans « la rigolade et l'amusement », cependant les acquis se poursuivaient à son rythme. Mme F. s'inquiète aussi, évoque la différence qu'elle observe entre son aîné et Issa. Elle repère des comportements sociaux différents, il ne joue pas avec les autres enfants au parc et semble malhabile dans sa motricité.

Au cours du bilan, Issa est volontaire mais ne cesse de parler, il dit tout ce qui lui passe par la tête, ce qui l'empêche de maintenir son attention sur une même tâche. Les résultats du bilan montrent qu'Issa est un petit garçon intelligent et sensible qui présente des particularités sensorielles et d'exploration. Avant d'explorer quelque chose, il faut qu'il comprenne comment ça marche, il est guidé par une pensée logique qui peut paraître rigide de temps en temps. Issa est lent, il a besoin de temps et est très attentif aux détails Issa a une voix très aigue et plate, il peut utiliser le langage de façon écholalique en répétant ce qu'on lui a dit sans n'y apporter aucune modification. Lorsqu'il se trouve en difficulté, il essaie de contourner la situation par la parole.

Selon les tests passés, il rencontre des difficultés motrices avérées, ainsi que des difficultés d'orientation, de structuration temporo-spatiale, de représentation du corps dans l'espace, de régulation tonico-émotionnelle et d'attention. Un suivi en

psychomotricité semblait donc nécessaire pour travailler l'ensemble de ces domaines psychomoteurs.

Les premières séances de psychomotricité confirment les difficultés massives de planification et d'exécution motrice d'Issa, mais avec un étayage verbal suffisant il peut organiser sa motricité ainsi que ses pensées.

Rapidement, Issa investit les séances comme un espace où il peut extérioriser son agressivité. Il met en jeu beaucoup de destructivité en séance et est incapable de relater ses sentiments et ressentis. Il peut avoir un discours inquiétant : "je voulais me couper la tête avec une tronçonneuse", "quelqu'un m'a frappé la figure, je crois que c'est le fantôme, le fantôme m'a cassé, il a fait un trou". Sa pensée est éclatée et des angoisses archaïques au niveau de son enveloppe corporelle sont mises en avant.

#### *Janvier 2020*

Au cours de l'année scolaire 2019/2020, j'ai suivi la prise en charge d'Issa (7 ans, 9 mois/8 ans) en psychomotricité à raison de 45 minutes par semaine. C'est un enfant grand et fin qui demande beaucoup d'attention. En effet, les séances sont rythmées par un flot de parole incessant et difficile à canaliser. Il passe d'une idée à l'autre sans les mettre en lien. Il est difficile pour lui de structurer son discours, il ne parvient généralement pas à nous raconter son week-end ou ses vacances. Ce flot verbal s'accompagne d'une agitation motrice permanente et d'un tonus de fond très élevé, Issa est jusqu'alors incapable de se poser ou de s'immobiliser plus de cinq secondes. Sa motricité globale est impactée par cette précipitation, ses gestes sont rapides, peu coordonnés et imprécis. Il explore souvent les mêmes activités ; construction d'une voiture avec les modules de motricité, jeu de petites voitures, théâtre des marionnettes... Ce sont principalement des jeux moteurs qui mettent son corps en mouvement. Nous arrivons parfois à lui proposer un jeu à la table qui nécessite plus de réflexion et fait appel à la motricité fine, mais ces activités lui demandent beaucoup d'efforts, il a du mal à rester assis et à se concentrer sur ce qu'il fait cherchant en permanence à braver les consignes.

### 1.3.3. Kassim

Kassim est un petit garçon d'origine africaine né en France en février 2014. Il a alors 5 ans et 8 mois lorsque je le rencontre. Ses parents sont séparés, il vit avec sa mère (Mme B.), chez sa grand-mère maternelle. Kassim voit son père quelques jours à chaque vacance scolaire. Kassim était fils unique au moment du bilan, il a depuis février 2020 une petite sœur d'un père différent, ce nouveau compagnon de Mme B. ne partage pas le même foyer.

#### *Anamnèse*

La grossesse s'est bien passée, après un long accouchement, il est né par voie basse à l'aide de forceps, madame a été soutenue par le papa. Kassim était en souffrance fœtale mais il n'a pas eu besoin de soins particuliers après la naissance. C'était un bébé calme, qui ne pleurait pas beaucoup, préférant une position d'hyperextension à l'enroulement. Kassim s'est assis vers 7 mois, il a utilisé les quatre pattes puis a marché vers 15 mois. La propreté est acquise de jour à trois ans et demi et la nuit vers quatre ans. Son premier mot « maman » est émis vers 12 mois puis « papa » vers 15 mois. Son vocabulaire est aujourd'hui très pauvre.

Gardé six mois par Mme B., il a ensuite intégré une crèche puis le jardin d'enfants. Il est actuellement dans la section des grands.

Kassim a eu la varicelle à deux ans puis la scarlatine, il a fait des bronchites à répétitions ce qui a entraîné une opération des végétations. Kassim ne présente pas de déficit auditif. Il porte des lunettes depuis l'âge de deux ans pour corriger sa myopie et son astigmatisme.

Kassim mange de tout et tout seul. Il s'habille également tout seul. Il dort dans son lit, l'endormissement est facile mais le réveil s'avère souvent compliqué

### *Suivis thérapeutiques*

La psychologue de la PMI oriente Kassim au CMP en avril 2018 pour son retard de langage et un manque d'aisance motrice, il a alors 4 ans. Kassim ne fait pas de progrès en langage et jargonne seulement. De plus, la maman s'inquiète à ce sujet car elle compare les capacités de son fils à celles des autres enfants de son âge.

Le médecin scolaire (du jardin d'enfants) a aussi sollicité un hôpital pédiatrique qui n'a pas reçu Kassim mais l'a orienté vers un centre de référence langage. Le dossier patient ne donne aucun renseignement supplémentaire.

Kassim est suivi en orthophonie, depuis ses 3 ans (mars 2017), suite à un bilan réalisé au CMP qui confirme la nécessité de soins. Mais n'ayant pas de place disponible, Kassim est orienté vers une orthophoniste libérale. En avril 2019, un nouveau bilan orthophonique est réalisé pour appuyer une demande de bilan neurologique et génétique, de la part du CMP. Le bilan orthophonique met en évidence les difficultés de communication de Kassim, il commence d'ailleurs à manifester de frustration lorsqu'il ne parvient pas à se faire comprendre.

En revanche, il parvient à utiliser l'expressivité de son visage et de ses gestes pour communiquer. Le contact oculaire est très présent et Kassim fait preuve d'une bonne compréhension. Le retard de parole est qualifié de sévère, il nécessite la mise en place d'un système de communication alternatif de type Makaton afin de limiter la frustration à venir suite à ses difficultés de communication.

### *Suivi en psychomotricité*

Le bilan psychomoteur a été réalisé en octobre 2018 (à ses 4 ans, 8 mois) en présence de sa maman, une partie du bilan proposé était inspiré du Bilan Sensorimoteur du Bullinger. Sa mère le décrivait comme un enfant « têtu » qui peut crier ou taper face aux interdictions et comme un « cascadeur » pouvant facilement se mettre en danger. Les maitresses étaient inquiètes concernant l'investissement de la motricité de Kassim. Au niveau du langage, de nouveaux mots sont apparus mais il reste difficile à comprendre car l'émission du son et l'articulation ne sont pas efficaces.

Au cours du bilan Kassim a un bon contact, il va facilement vers la psychomotricienne et se montre intéressé par les propositions faites, il attend toujours qu'on lui donne des consignes et il en comprend la plupart. Malgré les difficultés articulatoires, l'appétence de Kassim pour la communication et pour l'échange avec autrui est présente tout au long du bilan. Kassim fait des allers retours entre sa maman et les activités proposées comme pour retrouver ses repères et se sentir rassuré avant de continuer les épreuves proposées qui lui sont inconnues.

Pendant le bilan, des moments d'arrêt contrastent avec son état d'hypervigilance permanente. La double tâche est difficile. Kassim a besoin qu'on lui explique, avec des mots simples, ce qui se passe autour de lui.

Les résultats du bilan montrent que Kassim rencontre des difficultés pour s'épanouir dans son corps, dans un tableau de retard psychomoteur global mais qu'il va volontiers vers l'autre. Il a besoin d'expérimenter avec son corps, de faire par lui-même tout en étant étayé par l'adulte, le rendant ainsi acteur de sa motricité. Une prise en charge en psychomotricité axée sur la construction du schéma corporel, l'image et la représentation du corps ainsi que sur la régulation tonico-émotionnelle semble indispensable pour Kassim. Il semble aussi important de soutenir ses compétences relationnelles et d'étayer son développement langagier.

### *Janvier 2020*

Tout au long de l'année scolaire 2019/2020, j'ai assisté aux séances de psychomotricité de Kassim (5 ans, 7 mois / 6 ans). C'est un petit garçon très souriant qui a bien investi le CMP. Il vient joyeusement nous serrer la main dans la salle d'attente avant de prendre le chemin de la salle de psychomotricité. Il est toujours de bonne humeur et en recherche de communication. Bien que ses troubles de types dysphasiques l'empêchent de communiquer verbalement, il met en place de nombreuses stratégies de l'ordre de la communication non verbale et gestuelle pour se faire comprendre. Il utilise les séances pour expérimenter sa motricité aussi bien globale que fine. Il explore les niveaux d'évolution motrice

(ramper, rouler, quatre-pattes, marche de l'ours) et les coordinations de base qui sont de plus en plus fluides. C'est un petit garçon agile qui déborde d'imagination. Il nous fait comprendre son désir de faire seul refusant notre aide mais il peut entrer facilement dans nos propositions et s'appuyer dessus. Il semble comprendre l'ensemble de nos consignes et est même capable de jouer sur les mots. Au vu de son âge, le retard de développement global est flagrant mais il semble se développer de manière harmonieuse.

#### 1.4. A la rencontre des parents

Face à tous les questionnements évoqués dans l'introduction, il me semblait pertinent d'aller interroger les familles pour tenter de percevoir leur compréhension des difficultés de leur enfant et du travail en psychomotricité. J'ai alors élaboré un questionnaire ; diverses questions en lien avec le suivi en psychomotricité qui m'ont servies de base lors des entretiens.

##### 1.4.1. Élaboration du questionnaire

A noter que si dans ce mémoire je parle de sphère familiale ou de parents, dans le cadre de ces deux prises en charge, ce sont uniquement les mamans que j'ai rencontrées. Ce sont elles qui accompagnent leur enfant à chaque séance. Les papas sont très discrets dans le suivi, rarement présents même aux consultations malgré l'intérêt du consultant et des thérapeutes pour les intégrer au suivi.

L'élaboration du questionnaire n'a pas été évidente, tout d'abord parce que je ne savais pas encore quel allait être le fil directeur de mon mémoire. De plus, je me posais beaucoup de questions, mais certaines me semblaient difficiles à questionner directement en entretien. J'ai dû faire la part entre les questions que je me posais par curiosité, celles qui pourraient être intéressantes dans le cadre de mon mémoire mais aussi la réalité clinique des familles. Après échanges avec mes maîtres de stage, j'ai réduit et simplifié mes questions pour m'adapter au niveau de compréhension des parents. J'ai dû aussi prendre en compte les

informations que ma maître de stage me donnait concernant son ressenti sur l'alliance avec les mamans. Les trois mamans que j'ai interrogées sont d'origines différentes, avec des façons différentes d'investir la prise en charge. Il me semblait important de pouvoir les mettre en confiance pour qu'elles se livrent. J'ai pensé en amont à ma posture pour ne pas être trop intrusive.

Mes questions se déclinent en trois parties, dans un premier temps les questions abordent la compréhension du métier de psychomotricien et la première rencontre avec ce thérapeute, puis elles concernent la prise en charge de leur enfant et enfin, l'alliance thérapeutique et l'engagement dans la prise en charge<sup>1</sup>.

J'ai finalement interrogé trois mamans qui ont volontiers accepté de répondre à mes questions, elles semblaient heureuses de pouvoir m'aider à élaborer ce mémoire. Je les ai donc reçues sur le temps de la séance de psychomotricité de leur fils, dans un petit bureau du CMP. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes. Dans un premier temps, je rappelais le contexte de ma demande, ensuite nous échangeons sur le suivi en psychomotricité, cet échange s'apparentait plus à une discussion qu'à un questionnaire. Enfin, j'ai profité de cet échange pour faire passer le profil sensoriel de Dunn en version abrégée dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité.

Ce profil sensoriel est un questionnaire visant à évaluer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne. Il se compose de divers items décrivant des comportements face à des expériences sensorielles que l'enfant est susceptible de vivre au quotidien. Les parents ou la personne s'occupant habituellement de l'enfant remplissent le questionnaire en indiquant la fréquence du comportement. L'objectif de ce questionnaire est de comprendre les particularités de l'enfant sur le plan sensoriel pour ensuite adapter son environnement.

Le but initial était d'approfondir nos observations sur les particularités sensorielles que présentent ces trois patients. Cela m'a aussi permis d'avoir un regard plus spécifique sur la façon dont ces mamans perçoivent ou non certaines caractéristiques de leur enfant. Je détaillerai ici seulement 2 entretiens, le troisième sera évoqué plus loin sous forme de vignette clinique.

---

<sup>1</sup> cf. infra Annexe III, p. V

#### 1.4.2. Entretien et résultats

J'ai pris le parti de ne pas enregistrer les entretiens. En effet, les mamans ont accepté de participer à cet échange qui leur a été présenté comme une aide pour mon mémoire. Bien que je leur aie précisé que leurs réponses seront anonymes, je ressentais chez ses mamans un peu de vigilance. Par peur de perdre leur accord ou leur confiance, je n'ai pas souhaité leur proposer l'enregistrement qui aurait pu les embarrasser.

Les résultats qui suivent sont donc ceux que j'ai retranscrit à la fin de l'entretien en essayant d'être le plus fiable et au plus proche de leur réponse sans y mélanger mon interprétation. En ce qui concerne le Profil Sensoriel de Dunn, il ne me semble pas nécessaire ici d'évoquer les résultats cotés. J'apporterai juste une comparaison qualitative entre ce que ces mamans perçoivent de la sensibilité de leur enfant et ce que nous percevons en séance.

##### 1.4.2.1. Issa

Je reçois la maman d'Issa le jeudi 21 novembre 2019. Mme F. est une femme très réservée, peu souriante avec une allure déprimée, éteinte. Lors de l'entretien, c'est aussi ce que je ressens, elle s'assoit en face de moi, dans le fond de sa chaise en s'appuyant sur le dossier, en retrait. Elle répondra simplement à l'ensemble de mes questions de manière très calme, sa voix est douce et ne change pas d'intonation.

Elle n'avait jamais entendue parler de psychomotricité avant le suivi d'Issa, en revanche, elle connaissait l'orthophonie. Aujourd'hui, elle me dit comprendre dans l'ensemble ce qu'est le métier grâce aux explications de la psychomotricienne. Elle me précise aussi que lorsque ce suivi lui a été proposé, elle s'est renseignée sur internet. Elle a retenu que le travail passe par des activités et des jeux.

A la question concernant le motif de la venue d'Issa en psychomotricité, elle commence à me raconter les difficultés qu'elle percevait chez son garçon par comparaison au comportement de son grand frère. Notamment dans les activités

sportives et les sorties au parc, Issa est un petit garçon qu'elle me décrit avec des difficultés pour jouer en groupe et se sociabiliser. Ses mouvements sont très rigides et imprécis. Lorsqu'il manipule un ballon, il a du mal à le lâcher, il préfère s'enfuir avec. Elle précise « on voit bien que quelque chose ne va pas ». La psychomotricité lui paraissait alors évidente.

Elle me confie ne pas avoir constaté de grande évolution depuis le suivi en psychomotricité, il change au fil des mois mais elle ne peut pas dire si c'est grâce au suivi ou si c'est parce qu'il grandit tout simplement. Elle trouve que les suivis sont longs et aimerait voir plus d'évolution.

Concernant ses attentes, son seul souhait est qu'Issa puisse se concentrer parce qu'elle est très inquiète pour l'école. Elle veut « qu'il soit à jour », il a déjà été maintenu en grande section, alors maintenant qu'il est en CP, elle voudrait qu'il avance « normalement ». La socialisation, ce n'est pas ce qui l'importe pour le moment, « ça viendra avec le temps ». Elle m'explique ne pas toujours comprendre son fils ; par moment il peut rester concentré sur quelque chose qui l'intéresse pendant 45 minutes et à d'autres moments, il sera impossible pour lui de se concentrer.

En ce qui concerne les échanges avec la psychomotricienne, cela lui convient, elle sait que la progression ne se fera pas du jour au lendemain alors elle attend et n'a pas à « être derrière tout le temps ».

#### *Concernant le profil sensoriel de Dunn :*

Mme F. m'apprend que le moment de la toilette ou des soins est toujours compliqué notamment pour couper les ongles d'Issa. En revanche, elle ne semble pas avoir conscience de l'hypersensibilité tactile d'Issa, c'est un petit garçon que l'on ne peut contenir physiquement en séance puisqu'il ne supporte pas d'être touché. Concernant les repas, Issa est difficile à satisfaire puisqu'il est plus sélectif que son frère, il sélectionne les aliments en fonction des goûts ou des formes, par exemple, il refuse tout aliment rond (petits pois, pois chiche...). Mme F. relève le besoin de mouvement de son fils, le fait qu'il passe d'une activité à

une autre et est en difficulté pour fixer son attention ce qui interfère avec les activités quotidiennes. Ce qui m'étonne c'est qu'elle note ces items à « parfois » alors qu'en séance de psychomotricité, l'agitation motrice et psychique d'Issa est permanente. Enfin, la maman d'Issa peut parfois repérer une faiblesse musculaire chez son fils et l'interprète par le fait qu'il « n'est pas costaud et mange peu », il lui semble parfois avoir une endurance limitée et peut le matin dire qu'il est fatigué alors que cela n'est pas visible.

#### 1.4.2.2. Kassim

Je reçois la maman de Kassim le 16 janvier 2020. C'est une maman très jeune qui porte beaucoup d'attention à son apparence et celle de son fils.

Elle non plus ne connaissait pas le métier de psychomotricien avant le suivi de Kassim. Elle connaissait en revanche le mot « motricité » et donc elle a pu faire le lien avec les difficultés de Kassim. La prise en charge en psychomotricité lui a été proposée par le médecin du CMP et l'orthophoniste qui suit Kassim en libéral. Elle a connaissance de l'objectif de la prise en charge, « pour mieux se développer au niveau de son corps, utiliser son corps à bon escient », elle rajoute que pour le moment c'est compliqué pour lui puisqu'il est en retard. Les difficultés qu'elles percevaient étaient notamment celles en lien avec l'autonomie dans la vie quotidienne, les gestes simples étaient compliqués, par exemple, lors de l'habillage et elle associe ses difficultés avec le manque de patience de Kassim. Elle avait aussi remarqué que sa prise du stylo n'était pas correcte. Et enfin, elle évoque les difficultés de langage et d'articulation de Kassim ainsi que des difficultés « dans sa tête ».

Depuis le début du suivi, Mme B. a perçu un peu d'amélioration ; il est plus efficient dans ses manipulations ou gestes du quotidien mais il lui manque toujours de la patience. Les progrès évoqués sont principalement dans le registre de la motricité fine. Elle n'a pas idée de ce que nous pouvons faire en séance mais elle imagine que ça ressemble à ce que la psychomotricienne a proposé lors du bilan auquel elle a assistée.

Concernant ses attentes vis à vis de la prise en charge, elle me confie qu'au départ elle espérait « un coup de baguette magique » ; qu'en quelques séances, Kassim aurait un « déclic, se mettrait à parler et progresserait rapidement au niveau de ses gestes ». Aujourd'hui, elle a fait du chemin et a compris que nous ne sommes « pas là pour faire des miracles », mais pour accompagner son petit à « évoluer au maximum en le stimulant ». En ce qui concerne les échanges avec la psychomotricienne, elle les considère comme bons et suffisants.

*Concernant le profil sensoriel de Dunn :*

Les résultats que me donne la maman de Kassim correspondent globalement à ce que je peux percevoir en séance. Elle me précise qu'au moment de la toilette, depuis tout petit, il n'apprécie pas qu'on lui coupe les ongles. Kassim peut se montrer anxieux lorsque ses pieds quittent le sol mais seulement si c'est à un moment où il ne contrôle pas la situation, si c'est lui qui se met dans cette posture alors il est plus rassuré. C'est aussi ce que je peux repérer lors des séances de psychomotricité ; Kassim est en recherche de mouvements, il répète plusieurs fois les mêmes enchaînements moteurs. Il aime se lancer des défis, par exemple passer dans un espace restreint et en sortir. Lors de ces jeux, on observe parfois de l'anxiété lorsqu'il ne trouve pas l'enchaînement pratique pour se libérer mais avec étayage et encouragements, il peut faire face à sa peur. Mme B. me décrit Kassim comme un petit garçon qui aime faire du bruit et qui est beaucoup dans le mouvement, rester assis est difficile pour lui ou alors il faut réussir à capter son attention.

Il peut rapidement passer d'une activité à une autre. Sur ce point, c'est un peu différent en psychomotricité, il reste parfois toute la séance sur une même activité ou un même jeu qui l'intéresse, il est curieux et très imaginaire. En revanche, il est vite distrait par les bruits extérieurs ou les déplacements de personnes dans la même pièce que lui. Il peut parfois, selon sa maman, mettre ses mains sur ses oreilles pour se protéger du bruit ou sur ses yeux pour se protéger de la lumière. Mme B. me précise aussi qu'il va beaucoup au contact des gens même inconnus.

## 1.5. Réflexions sur les réponses de ces mamans

Ces deux entretiens m'ont permis de mettre en lumière différents points qui me semblent importants puisque ce sont des problématiques qui interviennent au cœur même des prises en charge en psychomotricité.

Tout d'abord, le premier élément est la non-connaissance de notre métier lors de la première rencontre. Il me semble important que les parents et l'enfant puissent comprendre notre métier pour envisager la création d'une bonne alliance thérapeutique avec eux. Il en découle alors un objectif essentiel pour le psychomotricien lors de cette première rencontre : réussir à expliquer clairement son métier, son rôle et plus spécifiquement, ce qu'il va pouvoir mettre en place pour aider le patient. Les deux mamans se sont saisies de cet entretien pour me confier leurs craintes, doutes et angoisses. L'explication du métier en début de prise en charge ne semble donc pas suffisante. Je traiterai la question de l'importance des échanges avec les parents tout au long du suivi.

Le point suivant concerne les attentes des parents qui ressortent des entretiens. Mme F. a pour principal espoir la scolarisation en cursus classique d'Issa. Cette attente m'interroge, elle est très spécifique et pas réellement en accord avec les objectifs de la prise en charge actuelle. D'où vient-elle et pourquoi est-elle si présente ? Comment est-elle ressentie par Issa ?

La question de la temporalité dans le suivi est présente dans les retours de ces mamans en fonction de facteurs différents. Mme F. trouve la prise en charge longue et ne perçoit pas beaucoup d'évolution tandis que Mme B. évoque sa croyance au miracle au début du suivi. La prise en charge d'un enfant en psychomotricité ne se résume pas qu'aux séances avec l'enfant, j'ai perçus au cours de ces échanges l'importance aussi de l'accompagnement des parents. Les parents passent par différentes phases au cours du suivi que le psychomotricien peut d'accompagner s'il les perçoit et juge cela nécessaire. J'ai dédié une partie de ce mémoire à la temporalité des prises en charge.

## 2. L'alliance thérapeutique et ses composantes

### 2.1. Aspects théoriques de l'alliance thérapeutique

De nombreux auteurs ont développé la notion d'alliance thérapeutique ; S. Freud est l'un des premiers à avoir repéré la collaboration entre le patient et son thérapeute dans le processus thérapeutique. Il associera l'idée d'alliance thérapeutique avec celle du transfert pour expliquer la relation entre le patient et son thérapeute.

L'alliance thérapeutique est décrite par les auteurs comme complexe, multidimensionnelle et dynamique car dépendante d'une implication mutuelle des deux partenaires. A. Bioy et M. Bachelart (2010), E. Zetzel (1956), L. Gadeau (2002), décrivent l'alliance thérapeutique d'une manière similaire. Il s'agit du lien établi entre le thérapeute et son patient sur lequel ce dernier peut se reposer et s'appuyer pour poursuivre et évoluer dans le suivi. La mise en place de cette relation permet l'émergence d'un sentiment de confiance dans laquelle les deux partenaires s'engagent. Elle est nécessaire car l'efficacité de toute intervention thérapeutique et l'aboutissement de la prise en charge reposent sur cet alliance thérapeutique.

E. S. Bordin (1979) conceptualise l'alliance thérapeutique par un modèle composé de trois éléments : les tâches qui représentent les activités proposées par le thérapeute et pour lesquelles le patient s'engage ; les buts qui constituent les objectifs de la prise en charge et le lien qui reflète la « *qualité affective de la relation entre patient et thérapeute (la façon dont le patient se sent compris, respecté, estimé)*. » (Cité dans A. Bioy et M. Bachelart, 2010, p. 321)

D. Houzel précise que lorsque le travail thérapeutique concerne un enfant, c'est en premier lieu avec lui que doit se conclure l'alliance. En effet, il préconise de différencier le lien entretenu avec les parents qui émettent la demande et celui entretenu avec l'enfant avec qui il va travailler directement. Il définit l'alliance thérapeutique comme « *l'adhésion de l'enfant à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet à l'enfant d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que*

*ce lui qu'il est habitué à reconnaître et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance. » (2000, p. 154)*

L'alliance thérapeutique peut alors être comparée à l'environnement sécurisant apporté par la mère, celui qui permet l'émergence du sentiment de confiance chez le nourrisson nécessaire à son bon développement psychomoteur. B. Golse et R. Simas expliquent à ce sujet que ce sentiment de confiance passe par les expérimentations motrices de l'enfant lui permettant de ressentir « *l'harmonie entre son corps et sa psyché, grâce à la maîtrise progressive de son corps, et cela jusqu'à la conscience d'un soi bien différencié de ses propres intentions, de ses désirs, et finalement de sa pensée.* » (2008, p. 134-135) Ils ajoutent que cela passe par la mise en place par les parents d'un environnement adapté et sécurisant. Pour cela, les parents doivent avoir confiance dans les capacités de leur enfant pour le laisser explorer en toute autonomie.

A. Gatecel (2012) explique que le psychomotricien prend le relais des parents dans la construction de l'enfant. En effet, le cadre offert en psychomotricité permettrait à l'enfant de vivre de nouvelles expériences corporelles ayant pour but la construction psychique. C. Potel ajoute que « *le thérapeute incarne, à son tour et à sa place, par ses attitudes corporelles et verbales, toutes les nuances du maternel et du paternel qui structurent la relation et permettent à l'enfant de grandir.* » (2015, p. 73) Ainsi, le temps de la prise en charge représente pour l'enfant, à un moment donné de sa vie, un soutien sur lequel il peut s'appuyer en parallèle de ce que lui offre la sphère familiale. L'enfant va pouvoir se saisir d'un nouveau lieu et d'une nouvelle figure de sécurité : le psychomotricien, perçu comme soutien du développement psychomoteur.

## 2.2. La rencontre thérapeutique

Pour C. Potel (2015), la rencontre thérapeutique n'a rien de spontanée. Il s'agit d'une démarche ; le patient vient voir un thérapeute pour trouver *une solution* à son symptôme. La demande vient généralement du parent qui se dirige vers un thérapeute, censé connaître et maîtriser le symptôme en question. Le thérapeute,

lui, est prêt à recevoir une nouvelle famille, une nouvelle histoire, une nouvelle problématique. Par sa volonté d'exercer son métier, il est prêt à s'engager. Cela semble être une bonne équation mais ce n'est pas toujours si simple.

La rencontre thérapeutique s'élabore autour du symptôme, objet de la demande de soin. Ce symptôme est le premier mis en évidence au cours de la rencontre. Il s'agit d'un symptôme difficile à porter pour l'enfant mais aussi pour le parent.

A. Gatecel décrit le positionnement du psychomotricien au cours de la première rencontre comme essentiel à la mise en place de l'alliance thérapeutique. « *Il s'agit de partir sans a priori, dans ce monde de communication privilégié qui passe par le corps, avec un abord thérapeutique sans cesse réinventé. Le psychomotricien est par définition au plus près du mouvement, mouvement dans la relation qui en devient contenante, avec une compréhension mutuelle entre le thérapeute et le patient.* » (2012, p. 42)

### 2.2.1. La rencontre avec l'enfant

L'alliance thérapeutique se crée au cœur même de la rencontre avec l'enfant. Les enfants se développent à leur rythme dans un cheminement personnel qui suit des grandes lignes de développement. Pour ceux que nous rencontrons, leur développement sort des normes habituelles. Ils tentent de se développer avec ce dont ils peuvent se saisir dans leur environnement. J'ai le sentiment que les enfants que j'ai côtoyés cette année sont en partie conscients de leurs difficultés, de leurs différences face aux autres et qu'ils perçoivent la peine de leurs parents. Ils semblent être dans l'incapacité pour le moment de répondre aux attentes de leurs parents.

La façon d'être au monde de ces enfants est particulière, l'excitation motrice ou psychique est souvent présente et semble témoigner de leur difficulté à maintenir leurs quelques défenses tant bien que mal élaborées. F. Désobeau décrit le symptôme des enfants par « *le signe d'une souffrance, un cri, un appel en absence de mot. Faute de pouvoir s'exprimer, le sujet se fait voir, se fait plaindre, passe*

*à l'acte, dysfonctionne, somatise. Ce langage corporel s'inscrit en son lieu corporel de fragilité. » (2008, p. 48)*

La question qui se pose alors est : comment rencontrer ces enfants qui ne semblent pas prendre la bonne voie de développement ? Je partirai de l'hypothèse que c'est, à nous, thérapeute de les rejoindre là où ils en sont. A nous, d'essayer de comprendre sur quel mode et sur quelles bases ils se sont construits jusqu'ici pour pouvoir leur montrer notre compréhension et gagner leur confiance.

### 2.2.2. La rencontre avec les parents, le temps du bilan

Le psychomotricien, qui travaille dans une institution de soins pour enfants, accorde une grande place aux parents dans le suivi. L'alliance doit aussi se construire auprès d'eux et cela nécessite de les rencontrer.

La première rencontre entre le psychomotricien et les parents est généralement l'entretien qui précède ou succède au bilan psychomoteur. Il s'agit déjà d'un temps d'évaluation et d'observation de la famille pour le psychomotricien.

Le bilan psychomoteur et le retour, que nous faisons aux parents et à l'enfant, est un aspect fondamental du suivi dans la mise en place d'une alliance thérapeutique suffisamment efficiente. Lors du bilan, les parents font l'objet d'une écoute attentive de la part du psychomotricien. Chaque élément apporté par les parents sera pris en compte. De plus, le retour du bilan permet au psychomotricien d'objectiver les difficultés perçues par les parents et parfois même déjà d'émettre des hypothèses sur les causes. Cet échange semble être un soulagement pour les parents qui se sentent compris, écoutés et voient potentiellement une possibilité d'évolution grâce à nos pistes de projets thérapeutiques.

L'évaluation lors du bilan psychomoteur ne se résume pas qu'aux capacités de l'enfant. La prise en compte de son environnement est indispensable. F. Grasso développe l'évaluation selon différents points. Le premier étant l'évaluation de l'enfant et de son environnement, le deuxième l'évaluation de la situation familiale, le troisième l'évaluation des représentations psychiques des parents.

Ce dernier point comprend : « *l'analyse de la narration parentale [...] ; l'évaluation des capacités du parent à percevoir les caractéristiques de son propre enfant et son niveau de développement (compétences, difficultés, vitesse de progression dans le temps) [...] ; l'évaluation des aspects du traumatisme ou de la présence d'un Syndrome de stress post-traumatique.* » (2012, p. 477-478)

Chacun de ces éléments vont permettre au psychomotricien de porter un regard transversal sur l'enfant et sur sa famille pour mettre au point un projet thérapeutique adaptée et unique pour cet enfant.

### 2.3. Expliquer le métier de psychomotricien

La peur de l'inconnu est réelle chez tout être humain. Confier son enfant à un inconnu, bien qu'il porte le nom de professionnel de santé, n'est pas évident pour les parents. Si les parents ne connaissent pas ou ont des doutes sur la pratique de ce professionnel, il sera d'autant plus difficile de lui confier son enfant. L'explication du métier semble donc être un point fondamental en début de suivi.

Ce premier constat étant fait, je me suis donc interrogée sur ce qui est important d'expliquer aux parents concernant notre métier ; comment présenter simplement notre métier ? Cette explication devant être adaptée à la demande des parents et aux besoins de l'enfant. Il ne me semble pas nécessaire d'entrer dans des détails trop théoriques ou précis pour expliquer notre intervention aux parents. Avec des mots simples nous pouvons expliquer aux parents que nous allons dans un premier temps chercher à comprendre comment fonctionne leur enfant et où il en est dans son développement psychomoteur.

Les premières séances constitueront **le bilan psychomoteur** pour lequel un contre-rendu sera rédigé et discuté avec les parents lors d'un prochain entretien. « *Notre travail, semblable à celui du tisserand, essaie d'établir des liens entre les troubles pour lesquels l'enfant et sa famille viennent consulter et les résultats obtenus aux différentes épreuves de l'examen psychomoteur, le dessin, le jeu et*

*l'histoire de cet enfant.* » (A. Gatecel, 2009, p. 16) Les conclusions du bilan permettront d'objectiver le besoin ou non d'une prise en charge pour leur enfant.

Le psychomotricien peut ensuite expliquer brièvement quel est **son rôle**. La prise en charge en psychomotricité va permettre à l'enfant d'acquérir une adaptation à son environnement, il va apprendre à se connaître, à comprendre ses affects, à identifier ses émotions et à mieux maîtriser sa motricité. Ceci lui permettant de répondre de manière adéquate à chacune des situations rencontrées. Pour cela, le travail du psychomotricien se situe dans la rencontre de l'enfant au sein de son développement psycho-affectif et moteur pour le rejoindre et l'aider à progresser. Peut-être va-t-il « *modifier la trajectoire, stimuler sa progression ou encore pallier les manques.* » (F. Désobeau, 2008, p. 101)

Lors de son explication, le psychomotricien peut expliquer succinctement en quoi consistent **les séances de psychomotricité**. L'enfant va être amené à mettre son corps et sa pensée en mouvement principalement par le jeu ou des activités psychomotrices en accord avec son âge de développement. En effet, repasser par le corps va lui permettre de vivre des expérimentations qui seront le support de ses émotions, il va mettre en acte ses propres ressentis, apprendre à les identifier et les conscientiser pour mieux y faire face. F. Désobeau explique à ce sujet que « *par un travail d'expression tonico-émotionnelle et d'appropriation perceptive propre à la fonction psychomotrice, l'enfant organise et construit son espace mental en déployant son activité dans un espace relationnel.* » (2008, p. 101)

Enfin, l'explication du **cadre en psychomotricité** est importante. Il se met en place dès la première rencontre avec les parents et avec l'accord du patient. Ce cadre se définit d'abord par un lieu et une date définissant « *les modalités de l'entreprise, (qui) va être une structure encadrante du travail psychique. Il va en assurer la permanence et la continuité. Il est le lieu des projections et de l'organisation de l'espace mental du sujet, dans son mouvement d'appropriation et d'intériorisation.* » (F. Désobeau, 2008, p. 93)

Par ce cadre, une date précise, un rendez-vous hebdomadaire, dans un lieu définit et constant, la salle de psychomotricité, le thérapeute s'engage à offrir une place privilégiée à l'enfant. La durée de la prise en charge ne peut être définie en

amont, mais le créneau horaire est maintenu pour cet enfant, le temps qu'il en a besoin. Ainsi, l'enfant se sent privilégié et peut en toute confiance s'installer dans ce cadre. « *La régularité et la répétition des séances définissent une continuité qui permet aux mises en jeu de se déployer.* » (F. Désobeau, 2008, p. 94)

Les parents s'engagent ainsi en assurant l'accompagnement de leur enfant chaque semaine. C'est d'ailleurs, un bon moyen d'évaluer leur consentement et leur confiance dans le suivi. Certains parents arrivent systématiquement avec du retard, ou ils loupent inhabituellement des séances, ces observations peuvent être indicatrices d'adhérence ou d'attaque à l'alliance thérapeutique.

#### 2.4. Vignette clinique : le suivi de Luis

Je vais présenter ici une troisième dyade, Luis et sa maman (Mme S.), que nous recevions avec ma maître de stage au CMP. Cette vignette clinique montre l'importance de la compréhension de notre métier par les parents et révèle l'écart entre la demande de cette maman et les objectifs de la prise en charge en psychomotricité. Luis est un petit garçon de 5 ans et demi, né en France de deux parents d'origine portugaise. Il vit avec sa maman et sa grande sœur de 11 ans. Ses parents sont séparés, il ne voit que rarement son père, pendant les vacances scolaires.

Son anamnèse présente divers soucis de santé au cours de ses premiers mois (césarienne traumatisante pour Mme S., nombreux troubles respiratoires, bronchiolites à répétition...). A l'âge d'un an, des difficultés alimentaires apparaissent, il sélectionne les aliments qu'il mange (lisse et liquide uniquement). Mme S. est une maman protectrice et très fusionnelle avec Luis. Elle a toujours anticipé les demandes et besoins de son fils y compris pour la nourriture.

Il est adressé au CMP sur les conseils de la psychologue de la halte-garderie inquiète face à un petit garçon renfermé sur lui-même et presque muet à l'âge de 2 ans. Un retard de langage massif est mis en évidence par le bilan orthophonique

réalisé au CMP en janvier 2017 qui entraîne rapidement un suivi. En complément, un accompagnement parental est proposé afin de diminuer les sollicitations directes de la maman. Le bilan psychomoteur est réalisé en octobre 2017, il révèle un retard global de développement psychomoteur, une grande hypotonie ainsi qu'une lenteur dans l'exécution des gestes. Luis est en permanence en recherche de réussite au cours du bilan, l'échec est insoutenable pour lui et peut engendrer une grande tristesse. Une hypersensibilité est mise en avant au cours du bilan sur le plan tactile principalement. Un test de déficience intellectuelle réalisé en novembre 2018 met en évidence une évolution lente qui se traduit par une tendance à s'accrocher à des supports sensoriels, des répétitions par écholalies et une relation à l'autre discontinuée. Certains signes amènent l'équipe à penser la présence de traits autistiques.

Parallèlement aux suivis, Mme S. ne se présente que très rarement aux rendez-vous avec le médecin consultant, l'équipe a donc des difficultés à faire du lien en ce qui concerne cette prise en charge.

En séance, de psychomotricité cette année, j'ai observé Luis, un petit garçon intelligent qui manque cependant de flexibilité mentale et de confiance en lui. Nous percevons toujours sa sensibilité face à l'échec, il ne veut surtout pas finir le dernier et à tendance à se dévaloriser. Sa motricité est alors impactée par sa volonté de rapidité. Les particularités sensorielles tactiles de Luis sont toujours présentes ; il n'aime pas retirer ses chaussettes et poser ses pieds sur la galette à picots lui est inconfortable, la manipulation de textures comme le sable magique semble aussi le déranger. Les objectifs de la prise en charge concernent alors tous ces points à améliorer.

J'ai reçu la maman de Luis le jeudi 21 novembre 2019 en entretien. Mme S. peut sembler méfiante au premier abord mais dès le début de l'entretien, elle répond de façon ouverte et spontanée à mes questions. J'ai le sentiment qu'elle a saisi ce moment comme l'occasion de me confier de nombreuses interrogations. Le principal point dont il est question est sa non-compréhension concernant le suivi de Luis en psychomotricité. En effet, Mme S. est tout à fait capable de m'expliquer les difficultés initiales de Luis (le langage, la socialisation, le regard fuyant et l'oralité). En revanche, aujourd'hui elle ne sait pas quelles sont les

difficultés de Luis qui nécessitent ce suivi puisque, selon elle, l'oralité de Luis est le seul problème n'ayant pas évolué. Je perçois une tension s'installer à ce moment de l'entretien, c'est un sujet qui semble l'angoisser et la préoccuper. Il en découle son sentiment de doute concernant la prise en charge en psychomotricité puisqu'elle est ouverte pour une aide concernant les repas mais ce n'est pas ce que nous travaillons. Elle aimerait en savoir un peu plus sur l'évolution de Luis, où il en est actuellement. Plus globalement, la maman de Luis ne peut se positionner sur sa satisfaction concernant le suivi. Elle conclue par « je pense que je peux être satisfaite parce qu'elle (la psychomotricienne) me dit que ça se passe bien ! ».

Je perçois au cours de cet échange, un besoin de mettre des mots sur son inquiétude, elle vient clairement interroger la pertinence du suivi et me montre que l'alliance thérapeutique n'est pas solide. Sa principale demande est une aide concernant la prise des repas de Luis, c'est l'unique difficulté qu'elle perçoit chez ce petit garçon. Un travail semble alors nécessaire auprès de cette maman pour la rassurée dans un premier temps. Nous devons entendre sa demande qui traduit une forte angoisse.

Je me suis interrogée sur les représentations de cette maman quant à la prise des repas. Dans la culture portugaise, il semblerait que l'alimentation ait une place importante. Un enfant qui mange bien (de tout et en quantité suffisante) est un signe de bonne santé. Alors voir son enfant de presque six ans manger des repas mixés comme les bébés ne doit pas être évident. Cette situation quotidienne peut renvoyer une image d'enfant malade. Concernant le suivi en psychomotricité et l'alliance avec cette maman, il semble intéressant d'y réfléchir pour permettre à cette maman de comprendre l'enjeu de la prise en charge et ce que nous travaillons avec son fils. Peut-être que les objectifs de la prise en charge devraient être rediscuté ensemble ?

## 2.5. La relation thérapeutique

Un point essentiel de la thérapie et de l'alliance thérapeutique est la relation que le psychomotricien entretient avec son patient et avec la famille de son patient. Nous allons voir que la place de la relation est essentielle car elle est au fondement même du développement du psychisme. C. Reignoux revient sur ce point : « *dès la conception, l'individu est un être en relation. Commence alors toute la construction de l'appareil psychique, avec des liens permanents entre le corps, le mouvement et la pensée. D'une motricité réflexe, le nourrisson passe à une motricité volontaire, se situant d'emblée dans une dimension relationnelle.* » (Dans A. Gatecel et al., 2012, p. 37)

L'auteure ajoute que le développement de l'enfant va lui permettre de maîtriser peu à peu sa motricité et son environnement car il aura atteint la capacité de se déplacer dans l'espace. Ses découvertes passent par la manipulation et les aller-retours entre le soi et le non-soi. « *Le corps est donc à la fois un instrument d'autonomisation et de relation, sous-tendue par une rythmicité qui est le résultat du rythme personnel (battements de cœur, respiration, etc.) et du rythme lié aux soins portés à l'enfant, de manière continue ou discontinue.* » (2012, p. 37) C'est en mettant son corps en action, que l'enfant apprend mais pour cela la présence des parents est essentielle, ils sont garant de la sécurité affective permettant à l'enfant de s'épanouir dans ses explorations. « *Les aspects archaïques des processus de pensée, qui ont pour source les premiers soins, le bain relationnel et les représentations parentales, se structure à travers le développement corporel et la mise en place de l'instrumentalisation psychomotrice.* » (A. Gatecel, 2009, p. 16) Nous comprenons ici l'importance des liens issus de la relation entre parents et enfant.

Chez l'enfant les tensions corporelles traduisent une souffrance. Qu'elle soit physique ou psychique, il ne peut l'exprimer qu'à l'aide de son corps. La psychomotricité est alors pertinente pour ces enfants car l'expression corporelle est mise au premier plan dans la relation.

### 2.5.1. La relation avec l'enfant en psychomotricité

La relation est un levier au développement de l'enfant. En psychomotricité aussi, c'est sur elle que tout se fonde et notamment grâce à l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien, les parents et l'enfant. Cette alliance va permettre à l'enfant de se saisir du cadre thérapeutique en toute confiance pour expérimenter. « *La psychomotricité relationnelle s'intéresse au corps comme moyen d'expression, ce corps qui accueille, reçoit et intègre, même la violence. Elle autorise l'enfant à vivre les conflits dans son corps avant de les intérioriser et dans un autre temps de les expliciter. Le corps est un lieu de l'histoire de chacun, de la mémoire corporelle, de nos premières expériences d'être.* » (M. Déjardin dans A. Gatecel et al., 2012, p. 57)

Pour ce faire, la relation est à envisager de manière contenante et cela passe par l'implication et l'engagement à la fois corporel et psychique du psychomotricien. Le thérapeute est disponible et réceptif à ce qui se passe pour son patient et pour lui. Il est touché par ce qu'on appelle le transfert, A. Gatecel parle de la psychomotricité comme une « *situation relationnelle pourvue d'une dimension transférentielle.* » (2009, p. 74) Je développerai cette notion un peu plus bas, dans la partie 2.4.3.

Dans cette démarche relationnelle, le psychomotricien permet à l'enfant d'exprimer et d'expérimenter corporellement ses ressentis et ses sentiments. Le thérapeute peut ainsi aider l'enfant à identifier ses expressions et en prendre conscience. Avec la répétition, l'enfant pourra les intérioriser et en parler. A. Gatecel explique que grâce à la relation thérapeutique l'enfant peut « *exprimer ses craintes quant à sa relation avec l'autre, plus précisément avec l'objet maternel. Le plus souvent, il s'agit d'un travail long et difficile offrant l'occasion à l'enfant d'intérioriser peu à peu la figure maternelle grâce à la relation établie entre l'enfant et son thérapeute. L'enfant pourra exprimer son mal-être sur un autre mode que l'agitation (tout le fonctionnement de l'imaginaire c'est évacuer sous le mode de la décharge motrice) en utilisant peu à peu les mots, le dessin, le modelage, etc.* » (A. Gatecel, 2009, p. 25)

Lorsque l'enfant est capable d'identifier ses affects et ses émotions et d'en parler, il a acquis la capacité de représentation. D'après A. Gatecel, cela est possible grâce à la relation psychomotrice au sein de laquelle l'enfant prend « *le psychomotricien comme support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives [...] dans cet entre-deux qui n'appelle pas à revivre et à élaborer une expérience antérieure, mais bien à faire naître une expérience neuve et constructive pour l'enfant.* » (2009, p. 75)

### 2.5.2. La relation avec les parents

Si la relation thérapeutique permet à l'enfant de se développer psychiquement comme nous venons de le voir, cela me semble compliqué de ne pas inclure les parents dans cette dynamique. En effet, pour reprendre une citation d'A. Gatecel, le psychomotricien exerce un rôle « *de passeur des contenants de pensée à celui d'une pensée élaborée.* » (2009, p. 123) Ce processus est normalement permis par la mère dans les premières expériences d'exploration de l'espace à condition qu'elle soit organisatrice pour le sujet.

En ouvrant son regard sur l'environnement de l'enfant, le thérapeute va entrer en relation avec les parents pour avoir une vision plus holistique des conditions de développement du son patient. Ainsi, il ne s'arrêtera pas au simple symptôme de l'enfant et sera dans une démarche psychosomatique. N. Autin explique que l'évaluation doit se situer « *dans le triangle d'une rencontre - l'enfant, ses parents et nous-mêmes - qui donne une perception du terrain sur lequel le problème de l'enfant s'est développé ainsi que toutes les résonances familiales.* » (Dans Gatecel et al., 2012, p. 114)

L'alliance thérapeutique se construit de façon dynamique tout au long du suivi, d'autant plus si celui-ci est porté par les parents et le psychomotricien. Le psychomotricien aura besoin des parents car ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Ils sont en capacité d'apporter au psychomotricien de nombreuses indications quant aux observations qu'ils font sur « *l'évolution de l'enfant à la maison, qu'eux seuls peuvent nous communiquer, (celles-ci) nous sont*

*essentielles pour juger de l'évolution de l'enfant. Les parents ont sans doute besoin de savoir clairement que nous avons besoin d'eux, [...] et que sans leur collaboration, les soins ne peuvent pas se poursuivre ou sont moins efficaces. »* (F. Mosca, A. M. Garnier, 2007, p. 520)

Pour impliquer les parents, le psychomotricien peut les placer comme acteurs de la prise en charge et leur indiquer leur importance dans le développement de l'enfant. Cela limite le décalage entre le professionnel qui détiendrait tous les savoirs, et les parents qui ne feraient pas de la bonne manière. Dans la prise en charge, parents comme thérapeute ont des choses à apprendre de l'autre. « *Nous (parents et psychomotricien) allions réellement avancer ensemble au fil du temps (pas toujours tous au même rythme), nous allions aussi patauger ensemble parfois (pas toujours tous au même moment).* » L'auteure ajoute que le seul but de ces prises en charge est de prendre soin de ces enfants, ces familles et de la relation qui les lie. (A. Masson dans A. Gatecel et al., 2012, p. 82)

F. Graso explique dans son article comment il travaille avec les parents grâce à un système qui inclut aussi bien les parents, l'enfant et l'équipe soignante. Ce dispositif met en place un véritable échange avec les parents permettant de suivre l'évolution de l'enfant en temps presque réel. Il explique ensuite comment ce système permet aux parents de se sentir impliqués, de développer l'observation de leur enfant et donc d'être plus en lien avec celui-ci mais aussi de « *contenir et résoudre les angoisses qui découlent de leur désarroi intérieur comme de leurs impasses. C'est seulement sur cette base commune que nous pourrions bâtir des projets adaptés au cas spécifique et ajuster les objectifs à la qualité et la quantité de changement que le parent peut supporter sans perdre son équilibre avec son partenaire, sa famille et son contexte social.* » (2012, p. 472) Ce dispositif me semble tout à fait intéressant pour nos institutions de soin pour enfants à conditions que les équipes aient le temps d'échanger régulièrement avec les parents. Un tel système engage les thérapeutes et les parents à partager une partie de leurs représentations pour avancer ensemble.

Dans sa relation aux parents, il me semble important que le psychomotricien laisse de la place aux intuitions parentales. D. W. Winnicott a développé le concept de la *préoccupation maternelle primaire* qui dans les premiers mois entraîne la mère dans une attention première à son bébé, elle est alors à l'écoute des besoins de son bébé, le portant physiquement et psychiquement. Il arrive parfois que la mère ne parvienne pas à s'occuper convenablement des soins de son bébé, dans ce cas, maman et enfant ont besoin d'être accompagnés pour se rencontrer.

D. W. Winnicott a aussi fait la distinction entre ce que la mère sait intuitivement et ce qu'elle apprend au côté de son enfant. En effet, de nombreux réflexes maternels se mettent en place dès la naissance de l'enfant. Il écrit : « *le chercheur scientifique peut, si cela l'intéresse, respecter la compréhension intuitive de la mère qui la rend capable de s'occuper de son enfant sans avoir appris à le faire. Je dirais, en fait, que la richesse essentielle de cette compréhension intuitive vient de ce qu'elle est naturelle et qu'elle n'est pas gâtée par le savoir.* » (2017, p. 114). En revanche, si une part est intuitive, d'autres éléments lui seront à découvrir auprès de son enfant. Dans le registre de la pathologie, le soutien des thérapeutes se situe alors entre apporter les ressources nécessaires aux familles, les informer tout en laissant la place à l'innée, à l'intuition des parents.

Cette année, j'ai perçu dans ma pratique cet entre-deux, pas toujours évident à trouver. En effet, le psychomotricien, de par sa connaissance pointue du développement de l'enfant est en mesure d'apporter des éléments de compréhension aux parents et d'évaluer certains besoins de l'enfant. De leur côté, les parents vivent au quotidien avec l'enfant et ont appris au fil des années à développer eux aussi une observation fine de leur enfant, une compréhension de ses actions, réactions leur permettant d'interpréter d'autres besoins de leur enfant. Alors comment concilier ces deux regards portés sur l'enfant ?

A noter que je ne développe pas la place du père ici, sa place est fondamentale dans le rôle de tiers. Dans les cas cliniques présentés tout au long de ce mémoire, le père semble absent. Parfois c'est le cas, parfois il est bien présent au sein de la sphère familiale mais peu impliqué dans les soins. La question du manque de tiers dans les relations mère-enfants présentées serait aussi intéressante à développer.

### 2.5.3. La place du transfert et du contre-transfert

#### 2.5.3.1. Les origines psychanalytiques

Les notions de transfert et de contre-transfert dans la relation thérapeutiques sont issues de la psychanalyse. S. Freud est l'un des premiers à les décrire. Aujourd'hui ces notions sont considérées comme fondamentales dans la thérapie car présentes d'emblée dans la relation entre le soignant et le soigné. R. Narfin explique que « *la situation transférentielle introduit une dynamique. Elle est source d'émotions et de représentation entraînant des attitudes qui, elles-mêmes, déclenchent chez l'autre d'autres représentations et d'autres affects.* » (2011, p. 50)

Le transfert, dans le courant psychanalytique, est décrit comme la reviviscence inconsciente de conflits infantiles que le patient projette sur son thérapeute. « *La mémoire du passé ne s'actualise pas dans une représentation de ce passé, reconnu pour tel, mais dans une reviviscence actuelle d'attitude et de désir dont le lien avec leur source infantile demeure méconnu. Le patient répète donc au lieu de se remémorer. Le passé du patient se trouve d'une certaine manière inscrire et révéler dans le transfert.* » (R. Narfin, 2011, p. 49-50)

Aujourd'hui, la notion de transfert englobe l'ensemble des sentiments éprouvés par le patient, ils se manifestent par le regard, les gestes, l'attitude, les mouvements corporels. Ces sentiments sont d'autant plus forts si le patient perçoit son thérapeute comme une figure ayant pour rôle de prendre soin de lui.

Le contre-transfert désigne la relation du soignant envers son patient. Freud à initialement mis en lien deux dimensions à cette notion. La première étant les sentiments inconscients que le soignant ressent lorsque le discours du patient fait écho à sa propre histoire, et la seconde étant la caractéristique diagnostique de contre-transfert qui permet au thérapeute de comprendre ce qui se joue pour son patient. Cette description implique donc la présence d'un transfert initial.

Le thérapeute a tout intérêt à identifier ce contre-transfert et évaluer la distance avec son patient. En effet, le contre-transfert à souvent une connotation négative, se traduisant par une mise à distance, de l'agressivité, un désinvestissement du suivi, il aura un impact sur la relation entretenue avec le patient et donc sur le résultat de la thérapie. Inversement, un surinvestissement de la relation, ne sera pas plus efficace. L'analyse du contre-transfert permet au thérapeute de trouver la bonne distance thérapeutique. « *Trop éloigné, le patient serait peu enclin à nouer une relation avec le soignant car il éprouverait l'impression de n'être pas entendu, reconnu dans sa souffrance.* » (R. Narfin, 2011, p. 50)

#### 2.5.3.2. L'aspect corporel en psychomotricité

C. Potel décrit dans son ouvrage les notions de transfert et contre-transfert corporel qu'elle développe en rapport avec sa pratique de psychomotricienne. Elle précise que le transfert et le contre-transfert évoqué plus haut est à différencier dans la psychothérapie où la parole constitue le principal canal d'échanges et dans les thérapies psychomotrices où le corps est alors le premier canal d'expression. Le contre-transfert est alors corporel, permet par les mouvements corporels et les émotions du patient. Selon elle, le psychomotricien « *se fait réceptacle des orages et des tumultes auquel le patient s'expose et l'expose, contre vents et marées, parce qu'il y a un capitaine à la barre. Les trois axes essentiels de la fonction thérapeutique sont ainsi incarnés : protection, pare-excitation, appuis.* » (C. Potel, 2015, p. 112)

Le transfert corporel décrit par C. Potel expose l'action du psychomotricien ainsi : « *les gestes et les mots du thérapeute vont aider, vont tenter d'imprimer, de toucher, là où il n'y a que des nœuds, tensions, douleurs, agitation. Le transfert du patient va se situer au cœur de cette invitation à se poser, à poser son corps, à investir ce qu'il ressent, à habiter les parties vivantes en lui, à tonifier les parties mortes ou anesthésiées afin qu'elles redeviennent sensibles.* » (2015, p. 113)

Elle précise que le transfert corporel s'établit dans la relation entre le psychomotricien et le patient qui se caractérise par une dépendance du patient à son soignant. Cela réactive la dépendance du nourrisson à sa mère dans les premiers mois de sa vie. L'auteure compare cette dépendance à une relation de portage « *portant en elle la possibilité de séparation et de la liberté de soi. Une dépendance, pas une emprise.* » (C. Potel, 2015, p. 113) Nous comprenons ainsi que le transfert est possible grâce au sentiment de confiance et de sécurité que l'enfant éprouve.

Le contre-transfert corporel développé par C. Potel, « *associe, aux éprouvés "empathiques" émotionnels, les éprouvés sensoriels. [...] Le vécu est transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentations, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient.* » (2015, p. 36) Tout ce que ressent le psychomotricien dans la relation est à l'origine de ses actions, réponses qu'il apporte au patient. Cela passe par un cheminement intérieur qui est le résultat du rapport entre la subjectivité du thérapeute et sa formation (théorique et pratique). De plus, le thérapeute en interprétant les mouvements contre-transférentiels et en les associant à sa connaissance du fonctionnement psychique de son patient pourra ainsi choisir des médiations et outils thérapeutiques adaptés et spécifiques.

Toujours d'après cette même auteure, le contre-transfert corporel est l'essence même de la psychomotricité car il représente l'engagement corporel du praticien. « *Un engagement que le thérapeute "prête" à son patient, comme il lui prête en quelques sortes son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité, pour accueillir, résonner aux sensations.* » (C. Potel, 2015, p. 121)

C. Potel (2015) précise que la totalité du contre-transfert ne peut être élucidé et capté en conscience, des zones d'ombres qu'elle nomme « *points aveugles* » seront toujours présente dans la relation thérapeutique. Elle ajoute que le travail du thérapeute en rapport avec son contre-transfert est un « *processus actif* » qui se développe pendant les séances ; les éprouvés qui émergent au moment présent et permet au psychomotricien d'adapter son positionnement mais aussi après les séances ; lorsque le psychomotricien analyse sa séance.

### 2.5.3.3. L'aspect relationnel en psychomotricité

Le contre-transfert émotionnel est développé par S. Robert-Ouvray (2002), psychologue, kinésithérapeute et psychomotricienne. Elle décrit notre profession par le travail « *sur les niveaux d'organisation qui étayent et permettent l'actualisation du désir* ». Contrairement aux psychothérapies où le désir, les affects et le fantasme sont préférentiellement traduits par la parole, les psychomotriciens eux, vont travailler sur l'expression corporelle du désir. Ainsi, nous répondons au patient grâce au dialogue tonique, par notre ajustement corporel. « *Notre niveau de compréhension est le niveau de notre ressenti émotionnel. Notre contre-transfert tonique et sensoriel est un contre-transfert émotionnel.* »

Elle ajoute que la pratique et le savoir-faire du psychomotricien s'inscrivent dans une double dimension ; il va permettre à l'enfant de (re)vivre des sensations primaires rappelant la « langue maternelle » mais aussi de lui montrer le chemin de la quête de son propre mode d'expression, de sa subjectivité lui permettant l'individualisation. La posture du psychomotricien va permettre à l'enfant de se sentir compris et soutenu dans ses ressentis. « *Les tensions corporelles se transforment et s'organisent dans un remaniement psychocorporel. Bordé et enveloppé par autrui et par sa propre tonicité, l'enfant se vit comme un contenu et comme un contenant des tensions douloureuses et des excitations du plaisir.* » (S. Robert-Ouvray, 2002) Le psychomotricien est alors perçu comme un repère stable qui permet à l'enfant d'éprouver ses limites corporelles et psychiques tout en trouvant une sécurité émotionnelle.

S. Robert-Ouvray (2002) explique comment le dialogue corporel vécu dans les séances permet l'identification de chacun des partenaires envers l'autre sur la base de l'empathie qu'elle décrit comme un « *aspect vibratoire et rythmique du contre transfert émotionnel essentiel dans le savoir-faire du psychomotricien.* » Le psychomotricien va aider l'enfant à identifier et satisfaire ses besoins de base, pour cela, il tente d'être à l'écoute de ses propres tensions, affects, sensations et représentation, autrement dit de son contre-transfert.

#### 2.5.3.4. L'aspect culturel dans les thérapies

Le contre-transfert culturel a été développé par G. Devereux puis repris par T. Nathan, il s'avère être aujourd'hui de plus en plus pertinent au vu de notre société multiculturelle. « *Georges Devereux [...] a permis de mettre en évidence que les réactions transféro-contre-transférentielle peuvent-être de nature professionnelle et/ou liées à l'enracinement socioculturel. Il a ainsi souligné l'existence d'une dimension culturelle à ses réactions.* » (J. F. Rouchon et al., 2009, p. 31)

Le contre-transfert culturel est inévitable car chaque thérapeute est lui-même issu d'une culture et donc à lui-même un modèle culturel imprégné dans sa vision du monde et sa pratique. Sa culture représente « *l'ensemble des dispositifs de représentation symbolique dispensateur de sens et d'identité.* » (J. F. Rouchon et al., 2009, p. 31)

Cette dimension doit elle aussi être prise en compte par le psychomotricien puisqu'elle aura un impact sur l'évolution du suivi. En effet, l'auteure précise que « *de manière générale, les réactions de contre-transfert culturel se situent sur un axe rejet/fascination de la différence, autrement dit sur un axe déni/réification de la différence.* » (J. F. Rouchon et al., 2009, p. 31) S'il n'est pas identifié, le contre-transfert peut entraîner une réponse défensive, par exemple, une prise de distance entre le thérapeute et son patient. Cela peut potentiellement conduire à une non compréhension de la part du patient qui ne se sentira pas porté par son thérapeute. Pour l'identifier son contre-transfert, le thérapeute, doit tout d'abord se laisser toucher par la singularité de son patient d'origine différente, puis se décentrer de ses propres réactions et représentations.

Les représentations dont il est question comprennent aussi l'image que se fait le thérapeute de son patient avant même de l'avoir rencontré ; son nom, les éléments présentés lors des synthèses avec les autres partenaires de la prise en charge. Le thérapeute est donc en mesure de percevoir ces représentations en lui bien qu'elles soient inconscientes.

### 3. L'ajustement temporel des différents partenaires

La prise en charge d'un enfant est tout sauf linéaire, le déroulement du suivi ne peut être prévisible et dépendra du chemin parcouru par l'ensemble des partenaires, chacun avançant à son rythme.

#### 3.1. Avancer avec les parents

##### 3.1.1. Être parent d'un enfant différent

Être parent d'un enfant différent, ayant des difficultés, un retard de développement ou diagnostiqué comme porteur de handicap et nécessitant un suivi thérapeutique est une lourde épreuve. Tout d'abord, parce que cet enfant s'éloigne de l'enfant imaginaire que les parents ont porté psychiquement pendant la grossesse et parfois même avant. Ce dernier peut être décrit comme « *imaginé, imaginaire, et vivant des projections idéalisées du désir des parents. Cet enfant est celui du rêve.* » (J. Besson, M. Galtier, I. Odier, 2004, p. 27). Mais lorsque la naissance s'éloigne trop des espérances parentales, le lien est mis à mal et le face à face avec la réalité de l'enfant est un choc pour les parents. « *Si le bébé souffre, s'il a besoin de soins, présente un handicap, ou voit sa vie chanceler, tout s'écroule, le rêve et la réalité. Et souvent alors les parents aussi, (se trouvent) tellement atteints dans leur rêve d'un enfant merveilleux.* » (P. Ben Soussan, 2003, p. 68).

Je parle ici du moment de la naissance mais le handicap ou les difficultés d'un enfant ne surviennent pas forcément dès la naissance. Une telle annonce peut survenir au cours des premières années de vie, c'est d'ailleurs le cas pour les patients que j'ai suivis cette année. Le développement de ces enfants a débuté sans complication majeure puis, à l'entrée en structure d'accueil, lors de la socialisation, les difficultés et l'écart avec les autres enfants se sont révélés. Pour les parents, peu importe le moment de l'annonce de la nécessité d'une prise en charge ou simplement d'un bilan, la désillusion est toujours présente.

« *L'enfant handicapé (ou en difficulté) envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort. Cet enfant-là est loin, très loin, de l'enfant espéré. Loin de l'enfant que tous les parents ont porté en eux pendant les neuf mois de la grossesse, et rêvé depuis bientôt plus longtemps encore.* » (S. Korff-Sausse, 2010, p. 43). Cette auteure explique que les parents se retrouvent face à un travail de deuil, le deuil de leur enfant imaginaire pour pouvoir laisser une place à l'enfant réel qui vient au monde. Les parents donnent l'impression d'être face à l'inacceptable, le deuil semble impossible. Elle ajoute le caractère éternel de ce deuil car l'enfant est toujours présent et demande à être investi par ses parents, les mettant ainsi à la fois face au renoncement et à l'espoir.

### 3.1.2. Le temps de la prise en charge

Au cours du long périple que représente le suivi, les parents passent par de nombreux sentiments et traversent différentes phases ; l'annonce du handicap ou de la différence dans un premier temps, puis le chemin de l'acceptation et de la prise en charge. Face au handicap, les parents se retrouvent souvent tiraillés entre la volonté d'aider leur enfant et le fantasme qu'un jour leur enfant va rattraper son retard et rentrer dans la « norme ». D. Laporte, maman d'un enfant handicapé, l'exprime dans son article intitulé *Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent*, elle décrit « *un déni réel, sous-tendu par une augmentation de l'angoisse...* » (2013, p. 32) Cette angoisse est d'autant plus présente lorsque le diagnostic n'est encore qu'une suspicion ou un doute.

Dans le cas des enfants reçus au CMP ou au CAPP, c'est souvent le lieu d'accueil (la crèche, la halte-garderie, le jardin d'enfant) de l'enfant ou l'école qui alerte sur les difficultés ou les inquiétudes repérées. Les psychologues de ces établissements sont alors les premiers à orienter les parents dans un centre adapté pour des bilans ou des tests. Ces épreuves sont particulièrement angoissantes pour les parents, elles laissent planer le doute, la peur qu'on pointe un handicap à leur enfant. Mais peut-être sont-ils aussi rassurants dans le sens où des professionnels

vont donner du sens et des explications aux difficultés de l'enfant perçues par les parents ?

J'ai remarqué que, souvent, les prises en charge prennent du temps à se mettre en place. En clinique, j'ai pu observer des orientations très tardives dans les structures, ce qui m'interroge. Comment un enfant aujourd'hui scolarisé en CM2 peut n'avoir qu'un niveau CP, ne sachant à peine lire ? Comment a-t-il pu passer entre les mailles du filet et poursuivre sa scolarité ? Parfois, il semble que ce soit les parents qui malgré les nombreuses sollicitations de l'école pour orienter l'enfant au CAPP, ont refusés ou laissés filer le temps. La temporalité de la prise en charge prend aussi en compte le temps dont les parents ont besoin pour accepter une aide extérieure et le temps de créer une alliance suffisamment solide avec la structure de soins pour entamer une prise en charge.

Dans d'autres cas, la prise en charge commence précocement mais la réalité des places dans les centres de soins, les listes d'attente avant un bilan puis avant une thérapie, la difficulté de trouver des institutions adaptées aux spécificités de l'enfant font que le suivi est long à se mettre en place. Les parents peuvent alors se sentir seuls, laissés sans aide face à leur enfant en difficulté. D. Laporte, témoigne et décrit « *une prise en charge un peu erratique dans les premières années de sa vie (de l'enfant), prise en charge qui n'a pas suscité notre adhésion complète avec perte de temps dans la rééducation qui aurait pu être proposée plus tôt.* » (2013, p. 32) Dans ces circonstances, l'alliance thérapeutique avec la structure peut être fragile, car les parents ne se sentent pas suffisamment accompagnés, bien que les consultations se poursuivent.

Les équipes pluridisciplinaires doivent alors faire avec le décalage entre la temporalité de l'enfant qui lutte contre ses difficultés, la temporalité des parents qui voudraient accompagner au mieux leur enfant mais qui ne sont pas toujours prêts à accepter un soutien, et la temporalité des soins, pressant du côté de l'enfant, peut être ralentie par les démarches administratives.

### 3.1.3. Le jugement dans le suivi

La prise en charge peut faire l'objet d'un double jugement. En essayant de soutenir les parents dans l'accompagnement de leur enfant, les professionnels prennent parfois une posture que les parents peuvent ressentir comme un jugement ; jugement de leurs capacités, jugement de leur lucidité sur les compétences de l'enfant, jugements sur leur propos... J'ai le sentiment que ce jugement ressenti peut être à l'origine de la méfiance des parents. Or, il me semble que le thérapeute doit avoir une posture neutre vis-à-vis des parents pour entretenir de bons échanges. De l'autre côté, les parents eux aussi peuvent juger les capacités du professionnel à aider leur enfant, les médiations qu'il va employer, la capacité à prendre en compte la souffrance et la demande des parents... Tout l'enjeu semble alors d'instaurer une confiance mutuelle, car le jugement ne permet pas d'établir des liens sains et propices à un bon accompagnement.

En effet, le jugement est décrit par B. Maeker et E. Maeker (2018) comme l'aptitude à faire une distinction entre soi et l'autre « *par le biais d'évaluations, d'avis motivés (favorables ou défavorables). Ces jugements s'expriment au travers des propos moralisateurs, des accusations, des critiques, des reproches, des oppositions, des jugements de valeur ou des comparaisons (négatives ou positives), des appréciations, des catégorisations.* » Ces auteurs expliquent que les jugements émis à l'égard d'autrui inhibent la communication, pour éviter cela il est préférable de pratiquer la *communication bienveillante* ; elle nécessite une certaine remise en question pour analyser ses propres jugements et en comprendre leurs origines. « *Les jugements portés sur les autres sont des expressions détournées de nos propres besoins insatisfaits.* » (M. Rosenberg, 2016) Il est donc intéressant de pouvoir les identifier pour tenter de les reformuler pour ne pas offusquer l'autre et développer une *communication non-violente*. Cette démarche me semble appropriée à la pratique du psychomotricien dans la relation avec les familles.

Alors comment trouver la juste place ? Comment ne pas être dans le jugement lorsqu'un parent n'agit pas comme nous le ferions ? Les parents tentent d'apporter le meilleur à leur enfant, comment les soutenir au quotidien pour qu'ils

accompagnent leur enfant de façon adaptée ? Comment écouter les besoins actuels de ces parents alors que leur enfant n'en est pas à cette étape ? Comment aider ces parents à être au plus près des besoins de leur enfant ?

En observant ou en écoutant certaines mamans parler de leur enfant, il m'est arrivé de juger leur propos et de faire le lien avec une composante des difficultés de l'enfant (bien qu'aucune relation de causalité ne soit avérée). Je me suis alors demandée, quels auraient été mes propos pour répondre à ces mamans si j'étais à la place de la psychomotricienne. Car le but n'est pas de culpabiliser ces mères ou de leur renvoyer une image d'incompétence, d'autant plus, qu'elles ont probablement déjà ressenti de la culpabilité envers cet enfant présentant des difficultés. La moindre critique pourrait alors réveiller ce sentiment. « *Harold Searles (1979), en son temps, avait d'ailleurs souligné le fait que si l'on s'occupe d'un enfant en pensant que toutes ses difficultés découlent automatiquement des perturbations du fonctionnement de ses parents, non seulement c'est faux (les perturbations parentales n'étant qu'un élément parmi d'autres du modèle polyfactoriel), mais encore, même si cela était juste, cela compromettrait toute possibilité d'alliance thérapeutique avec les parents, et risquerait en outre de déprimer encore davantage l'enfant qui pourrait alors se ressentir comme n'ayant pas su rendre ses parents suffisamment bons, voire les guérir.* » (Cité par B. Golse, 2015, p. 138).

Il est donc intéressant pour le psychomotricien et l'équipe pluridisciplinaire de porter attention à la posture qu'ils tiennent auprès des parents. Bien que ce ne soit pas toujours évident pour les thérapeutes, F. Ben Soussan écrit « *accueillir un parent, c'est l'écouter, échanger, partager des mots sans jamais le juger sur ses positions, sur ses choix. [...] Avant de prendre en charge ces petits hommes, il faut les accueillir. Il s'agit donc d'accompagner le vécu psychique des parents et des enfants ainsi que leurs émotions.* » (2015, p. 90) En effet, les professionnels ont les connaissances et le savoir-faire pour prendre en charge cet enfant. Mais si c'est uniquement ce qu'ils mettent en avant, le risque est de culpabiliser les parents et leur renvoyer une image d'incompétence. Le thérapeute doit accompagner et chercher à comprendre tant les parents que l'enfant.

Souvent, les parents sont démunis ou accablés face aux difficultés ou retards de l'enfant, le psychomotricien peut être celui qui permet aux parents de voir leur enfant différemment. En mettant l'accent sur les potentialités de cet enfant, sur ses progrès et non sur ses difficultés persistantes, le thérapeute apporte un regard nouveau dont le parent peut se saisir. Cela nécessite « *une écoute exceptionnelle du professionnel qui prend le temps de comprendre et d'expliquer, [...] un professionnel qui comprend vite les besoins et sait trouver les priorités. Autrement dit, qui sait sortir du cadre de la prise en charge pour s'intéresser à l'individu.* » (D. Laporte, 2013, p. 44) Pour ce faire, le thérapeute doit peut-être s'éloigner dans un premier temps de ses convictions, de ses aprioris, de ce qui lui semble être la façon de faire la plus pertinente ?

#### 3.1.4. L'accueil des familles démunies

L'accueil de familles démunies, en difficulté sociale et/ou psychique, au CMP et au CAPP permet de mettre en évidence quelques points de divergence dans le suivi par rapport à l'accueil de familles « plus ordinaires », notamment une plus grande méfiance des parents, plus de difficultés dans la continuité des soins. Le suivi n'est pas toujours investi durablement ou régulièrement. Il serait alors intéressant, pour chaque famille, de se demander pourquoi l'adhésion au soin n'est pas totale ? Ces aspects colorent le suivi durablement et impliquent une adaptation mutuelle des parents comme des professionnels. Avec ces familles le travail tend souvent vers le registre social, l'aide demandée n'est pas seulement en lien avec le développement de l'enfant mais parfois avec le quotidien et les conditions socioéconomiques de vie. Certaines familles viennent poussées par l'école... C'est tout l'environnement de ces familles dont il est question.

J'ai constaté que travailler auprès de ces familles, implique une remise en question permanente puisqu'il s'agit de côtoyer des univers différents, inconnus pour ma part. Les situations évoquées lors des réunions de synthèse, les comportements de certains parents m'ont souvent paru déroutants, bien éloignés de mes valeurs ou de ce qui me semble important pour l'enfant. Les premières pensées qui me viennent dans ces moments sont des jugements de valeur. Mais

ces jugements sont fondés sur mes propres croyances, mes propres représentations qui m'ont, soient été transmises durant mon enfance ou qui me semblent aujourd'hui primordiales avec mon regard d'étudiante en psychomotricité. J'ai essayé de penser autrement de comprendre pourquoi tel ou tel parent a eu cette réaction, sur quelle valeur lui peut-il s'appuyer ? Ce cheminement n'est pas évident, mais il me semble nécessaire en tant que future professionnelle de santé de pouvoir penser ma posture et analyser mes propres contre-transferts. « *Peut-être l'enjeu de telles rencontres est-il la capacité à se laisser « dérouter », à sortir de notre enclos familial pour s'engager dans un chemin moins balisé.* » (D. Boutrolle et al., 2013, p. 125)

La méfiance initiale des parents se dévoile dans « *la peur de l'inconnu en ce nouveau lieu, une peur éprouvée par tous lorsqu'ils sont reçus la première fois. L'état de stress lors des premières consultations est largement partagé par tous les parents qui franchissent la porte du bureau médical.* » (D. Boutrolle et al., 2013, p. 131) L'enjeu de l'accueil de ces parents est alors de les rassurer, apaiser leur crainte et tenter de les mettre en confiance. S'ils perçoivent notre volonté d'aide et non de jugement, l'alliance pourra alors se mettre en place doucement. A leur arrivée, certains parents annoncent ne pas savoir pourquoi ils viennent, ils ont suivi les conseils, peut-être insistants, d'un tiers. A nous psychomotriciens de les accompagner vers la mise en lumière des difficultés de leur enfant tout en leur proposant l'aide nécessaire pour soutenir cette famille.

### 3.2. Ruptures dans le suivi

Nous avons vu que l'accueil des parents nécessite de « *s'engager dans la rencontre, communiquer, transmettre, s'accorder, ce dialogue tonico-émotionnel tel que l'explique Ajuriaguerra.* » (F. Ben Soussan, 2015, p. 90) Mais cela n'est pas toujours évident, réussir à créer une alliance avec ces familles n'est pas acquis. En effet, « *le partage des valeurs et des représentations ne se décrète pas. Il naît dans une relation qui a besoin de temps pour se déployer et cette rencontre n'est jamais assurée.* » (D. Boutrolle et al., 2013 p. 142) Le suivi est

souvent périlleux comme une recherche perpétuelle d'ajustement. « *Et même quand il y a rencontre, tous les parents ne peuvent pas toujours donner suite, leur histoire, leur problématique conjugale, leur condition sociale ne les autorisant pas.* » (S. Karsz, 2004, p. 121) Il arrive que des familles disparaissent du jour au lendemain pour un certain temps ou définitivement, n'étant peut-être pas prêtes à ce moment à recevoir de l'aide. L'alliance thérapeutique nécessite d'être évaluée et adaptée à plusieurs reprises, peut-être devons-nous nous réajuster aux familles, revoir nos objectifs thérapeutiques ? En rediscuter avec les équipes pour trouver une place qui nous convienne et permette aux parents de s'ancrer dans le suivi.

Dans d'autres cas, le suivi ne s'interrompt pas mais la continuité de celui-ci présente des ruptures. J'ai pu constater lors de mes stages que le projet de soin pensé par l'ensemble d'une équipe n'est pas toujours réalisable. Bien que pour l'équipe il semble adapté, de nombreux facteurs entrent en compte. La réalité institutionnelle et les places rares en institution sont la première difficulté que rencontrent les équipes. Dans le cadre de certaines prises en charge, le CMP ou le CAPP peuvent être amenés à proposer une orientation dans une institution spécialisée bien plus adaptée au patient. Au vu des difficultés précises de l'enfant, le type de structure est souvent rapidement mis en éclairage en synthèse par l'équipe pluridisciplinaire qui a connaissance des spécificités des différentes structures de soin. En revanche, les démarches administratives, devant être réalisées en amont, prennent du temps (élaboration du dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), acceptation de l'orientation par la MDPH, demande d'inscription dans la structure...). Suite à cela, les institutions étant surchargées, les familles sont bien souvent mises sur liste d'attente. Certains enfants sont contraints d'attendre parfois plusieurs années avant de pouvoir être pris en charge à la hauteur de leurs difficultés.

Pour faire face à cela, les équipes envisagent plusieurs possibilités comme proposer une orientation transitoire en attendant de trouver une place dans la structure demandée. Le travail fourni par les assistantes sociales est alors conséquent. Si beaucoup de parents sont au clair avec les difficultés de leur enfant et attendent cette orientation en structure, pour d'autres les difficultés ne sont

pas bien intégrées ou acceptées ou ne relèvent pas d'une orientation en structures spécifiques. Les parents détiennent l'approbation finale. Et quand bien même les difficultés sont intégrées par les parents, il n'est pas évident pour eux de voir leur enfant quitter le circuit classique pour entrer dans le circuit des enfants porteurs de handicaps...

Il arrive que l'enfant en question puisse suivre sa scolarité dans un établissement classique si une aide est mise en place, par exemple un accompagnement par une Aide aux Elèves en Situation de Handicap (AESH). Pour cette demande, un dossier à la MDPH doit quand même être constitué, cette démarche, peut représenter une difficulté pour les parents. En effet, bien qu'ils comprennent l'importance de l'aide en question pour leur enfant, l'inscription à la MDPH peut être stigmatisant et difficile à accepter, particulièrement lorsque les difficultés de l'enfant sont invisibles physiquement. Une nouvelle fois, l'accompagnement des familles par l'équipe pluridisciplinaire prend toute son importance.

### 3.2.1. L'exemple du suivi d'Issa

La prise en charge d'Issa au sein du CMP illustre la difficulté de l'orientation. L'équipe pluridisciplinaire et notamment les deux thérapeutes d'Issa (la psychomotricienne et l'orthophoniste du CMP) étaient très inquiètes pour l'évolution de ce petit garçon notamment au niveau scolaire. Après un maintien en Grande Section de maternelle, c'est un enfant qu'elles n'imaginaient pas entrer en Classe Préparatoire (CP) même au sein d'une classe à 12 élèves. Ses difficultés sont telles qu'il semblait être en trop grand décalage avec le niveau escompté et particulièrement concernant le niveau attentionnel requis pour les apprentissages du CP.

Toute l'équipe s'est alors mobilisée pour envisager une orientation adaptée pour Issa. Dans un premier temps, les deux thérapeutes aidés du consultant ont tenté d'expliquer à la maman leurs inquiétudes et ce qu'ils jugeaient nécessaire pour aider Issa. Madame F. semblait prendre conscience de l'importance d'une prise en charge globale et a accepté, à ce moment, une éventuelle orientation. Le

dossier MDPH est alors rempli rapidement pendant que l'assistante sociale recherchait des établissements correspondant au profil d'Issa pour envoyer des dossiers d'inscription.

Malheureusement, aucune place n'est disponible pour la rentrée de septembre 2018. Les demandes d'orientation sont alors maintenues pour la rentrée de 2019. En attendant, Issa est maintenu en Grande Section. En novembre 2018, Mme F. conserve son avis favorable pour cette orientation, mais précise en consultation que sa position est susceptible de se modifier à la lumière d'une éventuelle amélioration de son fils, ce qui permettrait une admission en CP classique dans l'école actuelle.

En mars 2019, Mme F. explique en consultation au médecin que la maîtresse d'Issa semble plutôt optimiste pour une entrée en CP en septembre 2019 puisque l'école propose le dispositif de CP à 12, en petit effectif donc, ce qui permettrait à Issa de bénéficier de plus d'attention de la part de la maîtresse. Mme F. revient donc sur sa décision concernant l'orientation en structure adaptée. De plus, elle a obtenu par la MDPH la présence d'une AESH à raison de 18 heures par semaine pour le CP. Elle rajoute que l'avis de la maîtresse est plus important à ses yeux car celle-ci est plus en contact avec Issa que les professionnels du CMP. Elle estime la maîtresse plus en capacité d'évaluer les difficultés scolaires et de savoir si son fils pourrait prétendre au CP.

Vers juin 2019, une place au sein d'une institution spécialisée dans les troubles de type dysphasique s'est libérée et le dossier d'Issa a été retenu pour la rentrée de septembre 2019. Une telle place est une chance inespérée, les patients du CMP n'en obtiennent que très rarement. L'équipe pluridisciplinaire sait qu'un refus de la part de la maman serait définitif pour l'établissement, aucune demande ne pourra être réitéré l'année suivante. Les thérapeutes d'Issa étaient optimistes, soulagées et ravies de pouvoir imaginer cet enfant intégrer une école spécialisée dans laquelle il pourrait à priori s'investir et profiter d'un accompagnement tout en suivant une scolarité adaptée.

L'orthophoniste et la psychomotricienne ont pris le temps, chacune, d'échanger avec madame et de lui expliquer les bénéfices de ladite orientation pour son

enfant. Le médecin s'est ensuite entretenu en consultation avec la maman pour lui faire part de la possible orientation. Mme F. a prit le temps de réfléchir avant de refuser cette opportunité car elle souhaite donner sa chance à Issa en parcours classique. Il a déjà été maintenu en GS et a beaucoup de prises en charge alors elle espère le voir évoluer en parcours scolaire classique.

Ce nouveau rebondissement dans le suivi d'Issa a beaucoup affecté les thérapeutes qui le suivent au CMP, comme un sentiment d'échec, de ne pas pouvoir soutenir Issa dans ces difficultés comme ils auraient voulu. J'ai même perçu un peu de colère de l'équipe envers cette maman qui n'aurait pas saisi l'opportunité pour son petit garçon.

En décembre 2019, alors qu'Issa est en CP à 12 élèves, un premier retour de l'école relate les difficultés d'Issa. Il fait preuve de bonnes capacités de compréhension mais d'une lenteur de réalisation très importante. De plus, ses capacités de concentration sont brèves et il a besoin d'un étayage quasi permanent de l'adulte. Il se désorganise face au moindre changement. Au sein du groupe classe, Issa montre de l'excitation et peut s'agripper aux autres. La maîtresse observe des variations concernant son attention et son intégration au groupe au sein même d'une journée.

Suite au refus de l'orientation, les inquiétudes sont de retours au sein de l'équipe qui doit faire face et comprendre les enjeux de ce refus. Mme F. n'était peut-être pas prête pour cette décision. En attendant, Issa continue de venir aux prises en charge, il continue de grandir et ses difficultés sont toujours présentes. Les séances de psychomotricité et d'orthophonie sont toujours entravées par les angoisses d'Issa. Il est difficile d'aborder les objectifs thérapeutiques car son anxiété est bien trop présente, elle l'envahit et l'empêche de laisser place à sa pensée. En consultation, le médecin revient alors sur la nécessité d'une psychothérapie pour aider Issa. Contrairement à son refus suite au bilan psychologique effectué en avril 2017, Mme F. est aujourd'hui favorable à ce suivi en précisant qu'elle est preneuse de tout ce qui peut être utile pour son fils. En revanche, elle fait une proposition surprenante ; celle de placer la séance de psychothérapie à la place de celle de psychomotricité le jeudi après-midi pour qu'il ait moins de prises en charge hebdomadaires. Il est alors convenu que ce

n'est pas judicieux d'arrêter le suivi en psychomotricité à ce moment où Issa semble se saisir des séances pour exprimer et mettre en scène ses émotions et pour décharger, par l'agir, toutes ses angoisses. La psychomotricité semble lui apporter un espace où il peut déverser, libérer un peu de tension bien que son hypervigilance et son hypertonie soient toujours bien présentes.

Concernant cette vignette clinique, plusieurs questionnements se posent. Pour quelles raisons Mme F. a refusé l'opportunité qui se présentait ? Comment comprend-elle les difficultés de son enfant ? Pourquoi vouloir maintenir son fils à tout prix dans un circuit classique ? A noter que lors de l'entretien avec Mme F. au sujet de son mémoire, celle-ci évoquait l'importance de la réussite scolaire à ses yeux. Est-ce que c'est une question de confiance avec le CMP qui se pose ? Mme F. se fie à l'avis de la maîtresse, professionnelle de l'éducation plutôt que celui des professionnels de santé du CMP. A-t-elle plus confiance en la maîtresse ou est-ce parce que la maîtresse donne un avis en accord avec ses espérances ?

De plus, elle propose de remplacer la psychomotricité par la psychothérapie, est-ce vraiment le nombre de prise en charge qui pose soucis ? Ou n'est-elle pas convaincue de la prise en charge en psychomotricité ? Ou alors ne fait-elle pas de distinction entre les apports des deux disciplines ?

### 3.2.2. Les difficultés de l'équipe institutionnelle

La prise en charge d'Issa au CMP atteste de la difficulté des thérapeutes en institution. Bien qu'ils fassent partie de toute une équipe pluridisciplinaire, le sentiment de ne pas être suffisamment écouté dans le cadre d'une prise en charge difficile peut être présent. C'est l'ampleur des difficultés d'Issa perçues par les thérapeutes qui ont entraîné la proposition d'une orientation. En effet, le suivi au CMP, en psychomotricité et en orthophonie, ne suffisait pas à accompagner Issa dans son développement. Mais tant que les parents n'ont pas la même représentation des difficultés de l'enfant et qu'ils ne sont pas prêts à accepter une école spécialisée, le suivi au CMP va continuer. L'équipe doit faire face aux refus de certains parents qui comme Mme F. peuvent être ambivalents.

Les thérapeutes doivent faire équipe avec les parents pour avancer ensemble sur ce chemin de la prise en charge. La difficulté peut résider dans le fait de ne pas savoir quelle distance il y a à parcourir, combien de temps cela va prendre pour arriver au bout et quel est ce bout ? Allons-nous vers la guérison, le comblement du retard, un passage de relais vers une autre structure ? Toutes ces questions sont posées par Les parents, les thérapeutes et parfois l'enfant lui-même. Au cours de ces trois années d'étude, j'ai perçu le chemin de la prise en charge au sein d'une structure comme une succession d'étapes comprenant parfois des difficultés à franchir mais aussi des progrès à mettre en avant. Nous essayons d'accompagner l'enfant le mieux possible dans la mesure de notre expertise, des moyens dont la structure dispose et de ce que les parents sont prêts à accepter ; l'idée est de cheminer ensemble ; même si l'on chemine à différentes vitesses.

### 3.3. Les temps d'échanges sur le suivi en psychomotricité

Nous avons vu que le thérapeute doit trouver la bonne place à accorder aux parents dans la prise en charge. De mon expérience clinique, j'ai observé divers fonctionnements des psychomotriciens en fonction du lieu d'exercice. En cabinet libéral, la psychomotricienne que j'ai suivie prenait le temps avant ou après chaque séance de discuter avec les parents sur l'évolution de l'enfant, du quotidien ou tout autre sujet pouvant apporter des éléments à la prise en charge. Les parents étaient reçus dans la partie bureau de la salle de psychomotricité, ce temps était aussi celui du règlement financier de la séance. Au CMP et au CAPP, les échanges sont beaucoup plus brefs et se passent en salle d'attente. Les parents ne sont reçus en salle de psychomotricité que pour des entretiens programmés.

Peu importe le lieu d'exercice, pour le psychomotricien qui prend en soin des enfants, la place des parents est toujours à prendre en compte. Il doit travailler avec eux sans que leur place n'empiète sur le cadre des séances de l'enfant. En effet, il semble nécessaire de respecter l'espace personnel réservé à l'enfant. Celui où il peut évoluer sans jugements, en toute confiance et loin des attentes

parentales ou scolaires. « *C'est au psychothérapeute d'enfant qu'incombe la tâche de préserver le cadre intime de sa relation avec son jeune patient, tout en laissant l'ouverture nécessaire à l'écoute pour ses parents, selon un modèle où les éléments de la réalité quotidienne vécus par l'enfant sont inclus et interprétés dans le dialogue transféro-contre-transférentiel.* » (D. Knauer et N. Nanzer, 2005, p. 163)

Ainsi, le psychomotricien a la charge de proposer des rencontres avec les parents en fonction des demandes de chacun des partenaires de l'alliance. « *Ce travail avec les parents présente l'avantage d'asseoir une alliance thérapeutique avec ces derniers et permet simultanément au thérapeute d'appréhender les réactions parentales aux changements possibles, particulièrement vis-à-vis de leurs projections parentales.* »(D. Knauer et N. Nanzer, 2005, p. 157)

Quant au contenu et à la fréquence des échanges avec les parents, il me semble difficile de proposer une unique façon de faire, car chaque psychomotricien se crée sa propre pratique en fonction de son expérience et les conditions de travail permises ou non par son lieu d'exercice. En revanche, mes observations m'amènent à penser qu'il est important que les parents aient en tête les grands axes de travail en cours. Il ne me semble pas nécessaire de leur raconter ce que nous faisons en séance mais il est important de pouvoir régulièrement leur signifier les progrès de leur enfant ou au contraire les difficultés que nous percevons. En effet, cela permettrait aux parents de percevoir l'évolution de leur enfant, ce qui mettra en valeur le suivi. Je pense qu'il faut essayer aussi de prendre du temps pour mettre en lien cette évolution avec le quotidien de l'enfant tout en ayant en tête que les progrès perçus en psychomotricité ne seront peut-être pas tout de suite montrés par l'enfant en dehors des séances. F. Grasso explique que ces échanges permettent de « *rendre visibles aux parents les changements de l'enfant et à les reconduire au projet qui a été construit avec eux et dont ils connaissent et partagent les présupposés, les méthodologies et les finalités.* » (2012, p. 472-473) Cette mise en perspective permettrait donc de pouvoir ajuster les objectifs thérapeutiques.

### 3.3.1. Entre indication, demande et attentes parentales

Une autre dimension qui peut s'inclure dans les échanges avec les parents et qui parfois prendre beaucoup de place au sein de la prise en charge concerne les attentes des parents. Je pense qu'il est important de différencier l'objet de la demande de prise en charge en psychomotricité (à l'initiative ou non des parents), l'indication posée (par le médecin et faisant l'objet du bilan) et les attentes spécifiques des parents (rapport entre leur compréhension de l'indication et leurs espérances ou attentes quant à leur enfant). J'ai remarqué au cours de mes stages que ces trois éléments pouvaient se confondre.

Si la demande est souvent formulée par une difficulté que présente l'enfant, les espérances portées par les parents quant à la résolution de cette difficulté peuvent être tout à fait adaptées mais aussi démesurées ou inappropriées. Dans ce deuxième cas, elles peuvent être mises en lien avec ce que F. Grasso explique comme la difficulté des parents à percevoir et rester ancrée dans la réalité. Cela « conduit à des court-circuits entre leurs intentions (« j'aimerais bien que mon enfant guérisse et soit comme tous les autres ») et leur comportement face aux difficultés de l'enfant. [...] La perception parentale est soutenue principalement (ou à la fois exclusivement) par la fantasmatisation et moins (ou nullement) par la perception réelle des conditions de l'enfant. » (2012, p. 450-451) C'était le cas de Mme B., maman de Kassim qui espérait le miracle en début de suivi.

Les attentes exposées par les parents sont souvent en lien avec l'enfant imaginaire encore présent dans leur psychisme qui peut-être les empêche d'accéder à une représentation de la réalité de leur enfant. A ce sujet, F. Grasso explique que pour travailler avec ces parents, il semble primordial de partir de la « réalité perceptive des parents, même si elle est erronée ou détournée. » Pour l'auteur et son équipe de travail, cela constitue un élément fort dans la considération des parents qui permettra par la suite « la mobilisation et le remaniement des représentations psychiques relatives à l'enfant handicapé, à sa maladie et à ses déficiences, au poids émotionnel que cela suppose pour le parent, à la façon dont les parents vivent et expérimentent cette parentalité. » (2012, p. 467-468)

A. Gatecel s'interroge aussi sur cette démarche en constatant que dans la majorité des cas, la demande des parents est celle d'une rééducation technique. « *Bien souvent la famille a du mal à percevoir que la symptomatologie présente (qu'il s'agisse de troubles instrumentaux ou somatiques) a un lien avec des difficultés de vie existentielle du patient. Devons-nous accepter que la solution du problème soit d'aborder une rééducation technique ou bien pouvons-nous faire paraître aux parents et aux patients que les difficultés se situent aussi à un niveau relationnel ?* » (2009, p. 23-24) Elle ajoute que le psychomotricien de par son impact corporel pourra petit à petit faire comprendre aux parents que l'origine des symptômes de l'enfant ne réside pas exclusivement dans un trouble développemental. Pour cela, « *l'approche des parents est très importante et va gérer notre travail sur le plan thérapeutique. Faire le point de temps en temps avec eux, les conseillers pour que notre travail thérapeutique puisse avoir des répercussions dans la vie quotidienne de l'enfant est primordial.* » (A. Gatecel, 2009, p. 23)

Ce travail sur les représentations que portent les parents sur leur enfant permettra aussi d'éviter des attentes parfois trop envahissantes pour l'enfant. Il est naturel pour un parent de vouloir le meilleur pour son enfant, mais lorsque ces projections voire espérances semblent inatteignables par l'enfant, au vu de ses difficultés ou de son retard, celles-ci peuvent inconsciemment peser lourd pour l'enfant. « *Il faut toutefois faire attention à ce que ces anticipations et ces illusions ne se transforment pas en forcing anxieux qui tirerait trop vite l'enfant en avant et menacerait de ce fait l'harmonie et la stabilité de ses acquisitions.* » (B. Golse, 2015, p. 140) Ce positionnement est à nuancer en fonction de chaque situation. Si certains enfants se retrouvent en échec face aux attentes de leurs parents, les anticipations peuvent aussi être positives, adaptées et sources d'élan pour l'enfant.

### 3.3.2. Les consultations

Le suivi d'Issa, présenté plus haut met en évidence l'importance d'un travail en équipe et notamment la place importante que joue la consultation pour coordonner le suivi. Les consultations se déroulent généralement en deux temps, un premier en présence des parents et un second juste avec l'enfant. Le médecin pédopsychiatre peut prendre ce temps pour faire le point sur la situation familiale, les difficultés rencontrées mais aussi l'évolution de l'enfant dans le suivi thérapeutique. Il a un rôle essentiel au sein de la prise en charge pour soutenir les inquiétudes des thérapeutes de l'équipe. C'est au cours de ces consultations que le projet thérapeutique de l'enfant est discuté et adapté.

Dans les deux structures où je suis intervenue en stage cette année, les temps d'échange entre les parents et l'équipe pluridisciplinaire sont majoritairement représentés par les consultations avec le médecin psychiatre. Ces consultations permettent aussi un accompagnement psychologique des parents. Ce « *travail psychothérapeutique avec les parents est axé sur la focalisation des représentations psychiques de l'enfant, sur le sens émotionnel et sur la signification propre de l'expérience de parentalité.* » (F. Grasso, 2012, p. 473) Cela permet de mettre en avant l'interdépendance entre les difficultés de l'enfant et la dynamique familiale dans laquelle il se situe. Selon D. Knauer et N. Nanzer, des liens existent entre l'histoire intrapsychique des enfants et les imagos infantiles<sup>2</sup> et conflits intrapsychiques des parents. Ceux-ci s'exprimeraient d'ailleurs sous forme de projections et d'attentes parentales plus ou moins envahissantes pour l'enfant. « *Dans le cadre de la psychothérapie individuelle de l'enfant, le travail de consultation thérapeutique avec les parents constitue un complément extrêmement utile à la mise en route du traitement, au maintien de sa continuité et à la progression du processus psychothérapeutique avec l'enfant.* » (2005, p. 155)

Au CMP et au CAPP, les parents sont reçus régulièrement en consultation en parallèle du suivi des enfants, y compris dans une prise en charge ne comprenant

---

<sup>2</sup> « *Le terme imago renvoie à la représentation que l'enfant se fait des personnages importants de son entourage, représentation qui s'enrichit à travers les différentes étapes de sa vie infantile. Ces personnages sont importants pour autant qu'ils ont une fonction constituante et/ou structurante pour l'enfant. Ils lui fournissent les possibilités d'identification et de parole.* » (A. F. Rioux, 2013, p. 142)

pas de psychothérapie. Le contenu de ces consultations est bien souvent riche, il est rapporté par le consultant au cours des réunions de synthèse. Cela apporte des éléments supplémentaires aux professionnels qui prennent en charge l'enfant.

### 3.3.3. Mme F. et son rapport avec la scolarité d'Issa

Lorsqu'elle est venue consulter au CMP, Mme F. était tout à fait capable de décrire les différentes difficultés d'Issa, elle s'appuyait sur la comparaison avec son fils aîné et les enfants du même âge qu'Issa. Elle avait d'ailleurs déjà recherché une étiologie possible à ses troubles sur internet. Tout au long du suivi et encore actuellement, elle interroge le médecin psychiatre lors des consultations sur un éventuel diagnostic d'autisme. Ce qui l'angoisse terriblement, bien que le médecin se montre rassurant. Un autre point qui revient beaucoup lors des consultations et des échanges avec les différents thérapeutes du CMP est sa volonté de réussite scolaire pour son fils. Un lien peut être envisagé entre la peur du diagnostic d'autisme et la scolarisation car si le diagnostic était amené à être posé, cela compromettrait l'avenir studieux qu'elle envisage pour son fils.

J'ai cherché à comprendre d'où venait cette peur de l'échec scolaire, je n'ai malheureusement pas eu le temps de questionner Mme F. à ce sujet. En discutant avec la psychomotricienne, nous avons envisagé avec beaucoup de réserve une hypothèse plausible. Cette maman d'origine étrangère a déjà évoqué en consultation qu'elle aimerait que ses trois enfants soient bien intégrés dans la culture française. Il semblerait que cela passe par une bonne réussite scolaire avec un métier à la clef. Selon cette maman, sortir du circuit scolaire classique mettrait en péril ses espoirs de réussite sociale et cela représenterait un échec pour son fils Mme F. nous renvoie une image dépressive depuis le début du suivi. D'après le contenu des consultations, Mme F. manifesterait des signes de dépression depuis la naissance de sa fille cadette ayant entraîné une longue hospitalisation à cause d'un diagnostic d'épilepsie. Les difficultés d'Issa se sont d'ailleurs majorées à cette période, où sa maman était peu présente au foyer. Madame F. s'inquiète beaucoup pour l'avenir de ses deux cadets, Issa est suivi au

CMP et sa petite sœur est encore régulièrement hospitalisée pour adapter et stabiliser son traitement.

Issa en présence de sa maman est un enfant très calme, qui ne fait aucun bruit en salle d'attente. Assis juste à côté de sa maman, il n'est pas rare que nous le retrouvions collé à elle en train de lire un livre. Cette fusion très calme nous apparaît à l'opposé de ce nous percevons en séance.

Un jeudi de février 2020, lorsque nous venons chercher Issa pour sa séance de psychomotricité, sa maman nous rapporte un compte-rendu de la maîtresse. Celui-ci est dans l'ensemble très positif, nous ressentons la fierté de cette maman qui a beaucoup d'espoir quant à l'évolution scolaire. Issa est là, il écoute attentivement sa mère. Nous avons le sentiment, qu'Issa fait tous les efforts possibles pour se comporter au mieux en présence de sa maman et au sein de l'école et qu'il se lâche en séance de psychomotricité. Je m'interroge sur sa capacité à comprendre ou du moins ressentir, probablement inconsciemment, certaines angoisses maternelles.

### 3.4. Suivis pluridisciplinaires et difficultés d'accordage

La grande majorité des situations reçues au CMP ou au CAPP, nécessite l'intervention de plusieurs professionnels puisque l'enfant a besoin d'aide dans plusieurs domaines de son développement. Mais il n'est pas toujours évident pour les thérapeutes de s'accorder entre eux. L'évolution des thérapies ou la vision des thérapeutes n'étant pas toujours la même.

#### 3.4.1. Illustration clinique

Cette année, j'ai personnellement vécu une situation qui témoigne de cette difficulté ; la prise en charge de Kassim au CMP. Pour rappel Kassim présente de gros troubles articulatoires et l'hypothèse d'une aphasie est posée. Il n'utilise que

très peu de mots qui sont pour la plupart inintelligibles, le reste de son discours s'apparente à du gromelot. C'est un enfant très joyeux, dans la relation qui prend énormément de plaisir à jouer avec nous en psychomotricité. Il semble avoir une bonne compréhension.

Au cours du premier semestre de cette dernière année de formation, j'ai suivi l'option *Gestes comme support de communication* enseignée à la faculté. Nous avons abordé les bases de la mise en place de la gestuelle en support à la communication. Mettant ainsi en avant les biens faits de celle-ci. Nous avons expérimenté les signes issus de la Langue des Signes Française (LSF) et du Makaton.

Le Makaton est d'une technique d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire de signes et de pictogrammes, utilisés avec la parole. Ce dispositif, inspiré de la LSF offre une représentation visuelle du langage permettant, aux adultes et enfants atteints de troubles du langage associés à des handicaps divers, de renforcer leurs capacités ou d'accéder à la communication.

L'utilisation des signes en tant que support de communication est connue et utilisée avant tout au sein de la communauté des sourds et malentendants. Aujourd'hui, son utilisation s'est aussi développée sous différentes méthodes comme le Makaton dans le domaine du handicap pour faciliter la communication avec les patients présentant des retards, des difficultés d'élocution ou pour qui le langage ne pourra se développer. Dans ce cas, nous pratiquons le français signé, c'est-à-dire, marquer les mots principaux de nos phrases par un signe en même temps qu'ils sont prononcés. Dans un premier temps, seuls les mots « clés » sont signés, ceux nécessaires à la compréhension du message émit. Ainsi, il s'agit bien d'un support à la communication qui ne retarde en aucun cas l'émergence du langage. Le signe vient simplement renforcer le mot.

Plus l'enfant grandit, plus sa volonté d'interagir avec son entourage augmente, or, s'il ne développe pas le langage ou pas suffisamment rapidement, il pourra exprimer de la frustration puis de la colère de ne pas réussir à se faire comprendre. La mise en place de la gestuelle lui offrira ainsi un outil pour communiquer et les échanges avec l'environnement en seront facilités.

C'est exactement ce qui se passe avec Kassim, il est dans une dynamique relationnelle en recherche de communication ; de lui-même, il peut nous mimer des actions ou mots. Par exemple, il met ses doigts sur son menton et lève les yeux au ciel pour nous montrer qu'il réfléchit. Il nous fait aussi part de son agacement lorsqu'il doit répéter plusieurs fois un mot pour que l'on comprenne. De même, il comprend l'ensemble des consignes orales que nous lui formulons.

Plus les séances de psychomotricité passaient et plus j'apprenais la théorie en rapport avec la mise en place de la gestuelle, plus celle-ci me semblait pertinente et appropriée aux difficultés de Kassim. Il me semble intéressant d'aborder la présentation des prérequis à la gestuelle pour appuyer mon explication.

#### 3.4.2. Les prérequis à la mise en place de la gestuelle

Avant la mise en place de la gestuelle, il faut être attentif au stade de développement de l'enfant. En effet, pour adhérer à un support de communication, l'enfant doit être dans une dynamique relationnelle qui lui permette de communiquer avec son entourage. Il doit être capable de prendre conscience qu'un signe lui est émis et qu'il peut s'en saisir, l'interpréter pour ensuite le reprendre.

Pour cela **des prérequis relationnels** sont indispensables. La relation est un phénomène actif qui unit deux personnes ou plus partageant le même langage. Ce langage n'est pas exclusivement parlé, le corps peut être le support du langage. N'oublions pas que l'individu se construit par l'interaction avec son environnement tant matériel qu'humain. Il est donc primordial que le jeune enfant entre en relation et en communication pour se développer psychiquement et corporellement. C'est aussi au cours des différents échanges avec son entourage et lors de diverses expérimentations que l'enfant va s'individualiser et se construire en tant qu'individu subjectif.

La relation permet l'émergence de la communication nécessite divers **prérequis cognitifs**. Tout d'abord l'attention doit être réciproque et partagée ; les partenaires s'assurent mutuellement qu'ils ont le même objet en commun.

L'enfant cherche à attirer l'attention de son entourage et à partager son centre d'intérêt.

La mise en place de la demande est aussi nécessaire. Le jeune enfant fait des gestes ou des cris pour manifester un besoin. La réponse apportée correspondra ou non à l'état de l'enfant. Il pourra interpréter ces réponses et répéter les mêmes gestes ou cris pour obtenir le même résultat. Vers l'âge de dix mois, le renforcement de cette boucle interactive devient une communication. L'enfant doit être réceptif aux signaux qui lui sont émis, qu'il ait l'intention d'y répondre ou qu'il soit en demande d'interpeller l'autre pour lui émettre un signal.

Outre le développement psychique et cognitif, **des prérequis moteurs** sont aussi nécessaires à la mise en place de la gestuelle. Il faut que l'enfant ait suffisamment développé sa motricité volontaire pour effectuer des gestes intentionnés pour qu'il soit interprétable par autrui. Cela nécessite l'élaboration d'un projet moteur qui est une anticipation figurée de l'action.

Il faut également prendre en compte les capacités posturales et toniques de l'enfant. L'enfant est en mesure de signer à partir du moment où il est bien installé et qu'il est autonome dans sa posture. Cela implique donc un certain ajustement tonique (ni trop, ni pas assez).

La communication gestuelle intervient tôt dans le **développement psychomoteur** de l'enfant. Rapidement l'enfant va tenter de se faire comprendre par des gestes communicatifs, en tant qu'équivalents de mots. Ils sont employés avec une intention de communication avant que les premières formes linguistiques apparaissent. Il s'agit dans un premier temps des gestes qui permettent de montrer, de désigner. Vers neuf, dix mois, l'enfant présentant un développement classique sera capable de pointer. Vers dix mois il sera capable de donner. Ensuite, les gestes conventionnels vont apparaître comme par exemple *bravo*, *au revoir* ou encore de nouvelles mimiques faciales... Enfin, l'enfant va acquérir des gestes conventionnels, grâce aux interactions quotidiennes avec son entourage, comme les gestes d'acquiescement ou de refus.

Il ne faut pas oublier l'importance de l'imitation dans le développement de l'enfant. Celui-ci apprend en partie par l'observation et l'imitation de son entourage. Il va répéter de nombreuses fois les mêmes actions pour affiner ses gestes et comprendre leur conséquence. L'enfant va donc créer de nouveaux éléments de référence à chaque imitation et chaque geste sera une découverte, il va y donner sens à condition qu'il soit étayé et repris par l'adulte et par son entourage.

### 3.4.3. Des signes pour tout un entourage

La mise en place des signes comme aide à la communication est possible très tôt dans le développement de l'enfant. Il est nécessaire que l'usage soit régulier et systématique pour que l'enfant s'imprègne de cet outil. Plus l'enfant sera confronté aux mêmes signes, plus il pourra les percevoir, les déchiffrer et ensuite les utiliser (d'abord par imitation puis par intention). Cette modalité de communication servira ainsi de modèle à l'enfant dès lors qu'il serait en mesure d'imiter.

L'utilisation des signes avec la collaboration de la famille devient même le garant de progression de l'utilisation des signes. Effectivement, si l'enfant signe un mot chez lui, mais que ses parents ne connaissent pas le signe ; cela ne prendra sens ni pour l'enfant ni pour sa famille. Il ne continuera sans doute pas à investir ce mode de communication. La transmission des signes à la fratrie est également intéressante, ils prennent ensemble plaisir dans la gestuelle, à travers le jeu. Les liens vont s'intensifier au sein de la famille qui accompagne l'enfant vers la vie en société.

Pour l'enfant qui investit la gestuelle comme moyen communication, les bénéfices seront nombreux, il pourra ainsi exprimer sa pensée et ses sentiments. Le sentiment d'existence va se renforcer, une certaine sécurité interne car il va se sentir compris, reconnu, capable, acteur. Les parents pourront percevoir ces changements, les capacités de leur enfant et vont ainsi le valoriser.

#### 3.4.4. Revenons à Kassim

La prise en charge de Kassim a de suite résonnée chez-moi au cours de la découverte de cette option. Je pense que la gestuelle serait tout à fait bénéfique pour cet enfant puisque c'est un petit garçon très intelligent qui présente déjà l'ensemble des prérequis nécessaires. Il est en relation et en recherche de communication avec son entourage, il utilise déjà sa propre gestuelle comme support à son expressivité. Dans son cas, il s'agirait d'un réel apprentissage d'une méthode étant donné qu'il comprend le langage oral. Je pense qu'il apprendrait très vite les signes (au vu de son développement psychomoteur et de ses capacités d'adaptation et d'imitation).

Rapidement, je parle de mon ressenti avec la psychomotricienne qui m'apprend que c'est le projet de l'orthophoniste libérale qui suit Kassim. En effet, le bilan orthophonique, réalisé en avril 2019, témoigne de la nécessité de la mise en place d'un système de communication alternatif. Je me réjouis de cette annonce et attends d'avoir plus d'informations sur le type de méthode envisagée. D'autant plus que ma maître de stage n'est pas formée à la gestuelle mais serait partante pour que je puisse amorcer ce travail avec Kassim.

La psychomotricienne a fait part au médecin que nous serions partante pour appuyer la mise en place des signes comme support de communication pour Kassim. Le médecin est en contact téléphonique avec l'orthophoniste. Les semaines passent mais rien n'est mis en place du côté de l'orthophoniste, et la maman de Kassim nous explique en janvier 2020 que l'orthophoniste s'essouffle dans sa prise en charge avec Kassim. Elle le suit depuis plus de deux ans et elle constate un ralentissement des progrès de Kassim. Elle juge un manque de motivation et d'effort de la part de ce petit garçon de 6 ans. L'orthophoniste a alors pris la décision, en accord avec la maman, de faire une fenêtre thérapeutique de quelques mois dans le suivi et de voir comment il évolue.

Je trouve cette décision regrettable au vu de la conclusion du bilan qui met aussi en avant le début de frustration montrée par Kassim. J'ai en tête que si les progrès ralentissent, il était peut-être temps de mettre en place une méthode qui justement aurait permis à ce petit garçon de retrouver de l'élan dans ses capacités

à communiquer. L'orthophoniste ne semble pas partager pas cette opinion et je ne peux qu'entendre et accepter sa décision. En effet, il ne serait pas pertinent que de mon côté je commence à introduire des signes en séances puisqu'en fonction de la méthode utilisée, les signes et leur utilisation ne sont pas exactement identiques. Il est primordial que tout l'entourage de Kassim utilise les mêmes signes.

Ce suivi met en évidence la différence de temporalité entre deux prises en charge au sein d'un suivi pluridisciplinaire. Cette différence peut s'expliquer par un manque de coordination entre le CMP et l'orthophoniste. Les deux thérapeutes, n'ayant pas échangé ensemble n'ont pas pu se coordonner ni s'accorder pour proposer à l'enfant un suivi adapté et cohérent.

## 4. Discussion

### 4.1. Le questionnaire, point de départ à ce mémoire...

J'aurais souhaité trouver un stage long de troisième année dans le domaine de la périnatalité et étudier le lien entre les parents et leur bébé. Je n'ai malheureusement pas trouvé de stage long dans ce domaine, mais seulement un stage court en juin dernier auprès de dyades maman/bébé dans un centre rattaché au secteur psychiatrique. La problématique de la création du lien m'a beaucoup questionnée au cours de ces trois ans d'étude... En début d'année, je suis longtemps restée fixée sur ce sujet mais la clinique à laquelle j'avais accès en stage ne me permettait pas d'envisager un mémoire sur ce thème.

Au cours du premier semestre, un peu perdue face à la tâche du mémoire, je ne savais dans quelle direction me lancer, mais, je souhaitais tout de même travailler sur la place et l'implication du parent. J'ai élaboré le questionnaire sans savoir où il allait m'amener, mais, j'avais en tête qu'en rencontrant ces mamans, en échangeant avec elles sur le regard qu'elles portent sur la psychomotricité, j'allais trouver des pistes de compréhension quant à leur investissement dans la prise en charge. L'élaboration du questionnaire avait pour premier objectif de me donner des pistes de réflexion pour le mémoire. De plus, les retours des parents entraîneraient des questionnements qui peut-être me permettraient de me lancer dans la rédaction du mémoire. Et ce fut le cas !

#### *L'explication du métier*

En tant que future psychomotricienne, j'ai trouvé à la fois déroutant et en même temps très intéressant de découvrir le manque de connaissance sur notre métier. Ces mamans qui emmènent leur enfant en psychomotricité, depuis déjà plusieurs mois, avaient bien du mal à expliquer ce qu'est la psychomotricité et à comprendre ce que nous pouvons apporter à leur enfant.

J'ai en tête la difficulté, même pour nous, d'expliquer ce métier si global et diversifié. Avec ce questionnaire et la réflexion qui en a découlée, j'ai pris

conscience de l'importance de savoir définir et se représenter notre métier. Ce qui me paraît encore difficile, en cette fin de cursus, c'est de pouvoir adapter notre discours en fonction de notre interlocuteur. En effet, depuis trois ans, nous apprenons à mobiliser un vocabulaire propre à la psychomotricité, aussi bien complexe qu'inconnu du grand public. Lorsque nous nous retrouvons sur le terrain, nous devons transformer ce vocabulaire codé pour être le plus compréhensible possible. Parler d'un processus aussi complexe et subjectif que le développement psychomoteur de l'enfant de manière simple et concise demande de l'expérience.

Avec un peu de recul, il me semble que le plus difficile à comprendre par les parents c'est l'aspect psychoaffectif de notre métier. En effet, ce que les parents retiennent de notre intervention c'est le rôle du jeu en séance avec l'enfant qui va lui permettre de développer sa motricité. Mais nous avons vu avec la maman de Luis que cette explication n'est pas toujours suffisante. En effet, lorsque les parents perçoivent une bonne évolution dans ce domaine, ils peuvent ne pas comprendre pourquoi la prise en charge continue.

J'ai remarqué au cours de mes stages, et notamment pendant les entretiens que l'aspect psychoaffectif, le fait de venir aider l'enfant à se construire ou se reconstruire psychiquement, est peu évoqué ou pas entendu par les parents. Concernant Mme S., la maman de Luis (présenté en vignette clinique dans la partie 2.4.), cet aspect est expliqué à chaque début et fin d'année scolaire mais cela semble difficile à comprendre ou entendre puisque ses attentes restent en rapport avec l'oralité de Luis. C'est une réflexion qui me vient à la fin de l'écriture de ce mémoire, je m'interroge sur la nécessité d'expliquer cette part de notre métier aux parents puisqu'il me semble difficile de continuer à travailler avec un enfant si ses parents ne comprennent pas l'enjeu de notre intervention. Toute la justesse une nouvelle fois pour le psychomotricien est de trouver les mots justes, compréhensibles et suffisants, permettant de faire comprendre à ces parents que, de notre expertise, l'enfant a encore besoin de notre aide dans tel ou tel domaine. Cela ne nécessite pas d'évoquer des théories trop complexes quant au développement psychoaffectif de l'enfant incluant le rôle de l'environnement suffisamment bon par exemple. Le risque serait alors de culpabiliser les parents sur ce point.

En résumé, ce qui me semble subtile dans notre métier « sans modes d'emploi prédéfini », c'est de prendre en compte les théories complexes apprises au cours de ces trois années, bien qu'elles me semblent essentielles pour donner à ma pratique l'orientation que je souhaite. En effet, certaines théories s'apparentent à des « idéaux » difficiles à atteindre pour n'importe quel individu. Bien que nous connaissions les éléments et facteurs importants au bon développement d'un enfant, je pense que le rôle du thérapeute n'est pas d'espérer combler les manques à ce développement.

### *En tant que stagiaire...*

J'ai le sentiment de ne pas avoir pu échanger suffisamment avec les parents cette année. La place de stagiaire n'est pas toujours évidente à trouver, elle dépend à la fois de l'implication du stagiaire et de la place que la structure lui permet de prendre. En tout cas, il m'a semblé plus évident de trouver cette place en séance avec les enfants qu'auprès des parents. J'ai tenue tout au long de l'année une place d'observatrice pendant les échanges avec les parents. J'ai en tête qu'en tant que stagiaire, j'étais une intervenante temporaire dans la prise en charge et donc je ne me sentais pas forcément légitime de prendre la parole. De plus, j'étais dans un processus d'apprentissage, trouver la bonne justesse, dans mes propos ou ma posture, n'était pas évident. En revanche, l'observation de mes maîtres de stage, m'a permis de m'appuyer sur leur expérience pratique et de me saisir de certaines de leurs conduites, celles qui semblent correspondre à mon propre regard et la façon dont je souhaite exercer.

D'autre part, ces questionnements et difficultés perçues dans mon évolution mettent en évidence un élément qui m'a manqué au cours de ce cursus. Nous apprenons que lors du bilan il est essentiel d'effectuer un entretien préalable avec les parents dans le but de recenser des informations sur l'anamnèse de l'enfant. Nous n'avons que trop peu d'apports, de mon point de vue, sur la place à accorder aux parents, le savoir être avec eux ou encore ce qui est intéressant ou non d'échanger avec la famille.

### *Mes espérances...*

Mes recherches se sont, dans un premier temps, portées sur l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien, les parents et l'enfant. Et puis, elles se sont enrichies avec des situations cliniques comme le suivi d'Issa présenté tout au long de ce mémoire. J'ai aussi beaucoup lu sur la naissance d'un parent, les liens intergénérationnels et transgénérationnels ou encore la naissance de l'enfant dans la conscience des parents ; l'enfant imaginaire. C'est un sujet qui m'a beaucoup intéressé, j'aurais aimé pouvoir faire plus de liens avec ma clinique et le développer davantage dans mon mémoire.

J'envisageais de proposer un deuxième entretien aux mamans rencontrées en début d'année pour peut-être évoquer de nouveaux questionnements. Par exemple, revenir sur leur histoire familiale et les représentations qu'elles avaient de la parentalité. Comment elles imaginaient leur enfant avant la naissance ? Revenir aussi sur le moment de l'orientation pour comprendre par quelles étapes elles sont passées... Ce sont des thèmes plus intimes, cela m'aurait paru trop délicat de les aborder lors du premier entretien. En revanche, en fin d'année, et au vu de la confiance qu'elles m'ont accordées lors du premier entretien, je pense que cela aurait été possible. Et peut-être que les réponses de ces mamans m'auraient données des pistes de compréhension quant à la relation qu'elles entretiennent avec leur enfant. Malheureusement, les conditions très particulières de cette dernière année (grèves nationales et pandémie Covid-19), mes stages ont été écourtés et je n'ai pas eu le temps d'envisager un tel entretien.

Avec un peu de recul, j'aurais aussi aimé prendre du temps pour échanger avec les consultants. Cela m'aurait permis de mieux comprendre leur rôle et leur approche, d'avoir un autre regard sur l'accueil de ces familles.

## 4.2. Mon évolution personnelle

Cette dernière année a fait l'objet de nombreuses remises en question et réflexion sur mon positionnement en tant que future thérapeute. Je me suis rendue compte que, de manière totalement insouciante, j'avais espoir au fond de moi que mon intervention auprès des enfants porterait ses fruits rapidement. Un peu à l'image de la maman de Kassim qui pensait qu'il suffirait à son enfant de venir au CMP pour rattraper son retard. J'espérais percevoir des progrès significatifs chez ses enfants. C. Potel parle de ce sentiment en évoquant un risque de la part du thérapeute, celui « *de se rendre trop perméable à la quête impatiente du résultat, de l'évaluation et de la preuve, et d'oublier que les méandres du développement et du fonctionnement psychocorporel sont des lenteurs obligées pour une construction du sujet.* » (C. Potel, 2015, p. 31)

D'un part, je pense que cet espoir s'est majoré avec mon stage long de deuxième année en Soins de Suite et Réadaptation (SSR). Les patients que je recevais à la suite d'une chute, d'une fracture ou tout autre traumatisme, progressaient rapidement grâce à un emploi du temps rééducatif quotidien soutenu. Cette progression leur permettait, dans la majeure partie des cas, de quitter rapidement la clinique pour retrouver leur lieu de vie. Dans ce type de prise en charge, les différents thérapeutes perçoivent les effets de leur intervention rapidement.

D'autre part, cet espoir est aussi, je pense, l'expression aussi d'un manque de confiance en mes capacités à devenir une « bonne » thérapeute en seulement trois années d'études et l'expression d'un besoin de reconnaissance. Il était important pour moi, de me rendre compte de l'utilité de mon intervention auprès de ces enfants et de ces familles alors qu'en seulement une année scolaire (qui en plus a été écourtée), l'évolution de l'enfant n'est pas forcément significative ou perceptible.

J'ai compris que notre intervention de psychomotriciens auprès des enfants, reçus en pédopsychiatrie, ne doit pas s'élaborer sur des espérances ou des attentes de résultats. L'enfant va grandir à son rythme, notre accompagnement n'aura pas forcément pour finalité un progrès à la hauteur de nos espoirs. En psychomotricité, la thérapie ne vise pas d'emblée un objectif mesurable,

quantitatif mais au fil des séances l'enfant pourra se saisir de notre aide. La prise en charge peut être longue avant que l'on perçoive une évolution. Pour reprendre une expression d'O. Grim, psychomotricien et enseignant à l'IFP, notre intervention peut être comparée à une petite graine qu'il appelle la « *graine de résilience* ». Cette graine que nous venons « semer » au cœur même du développement de ces enfants n'est pas certaine de germer. Peut-être se sera le cas mais nous ne savons pas quand ni quelle ampleur elle prendra. Tout cela pour évoquer l'importance pour un thérapeute d'être présent pour son patient, d'avoir la volonté de l'aider au mieux mais pas d'en attendre quelque chose de spécifique. Ce que l'enfant saisira est ce qu'il est en mesure de saisir, à ce moment-là, en fonction de nombreux facteurs et pas que de notre intervention. Il en est de même pour notre intervention auprès des parents, nous leur proposons une aide, un soutien, un accompagnement, qu'ils saisiront ou non. Peut-être que nos paroles ne font pas sens pour eux dans l'immédiat mais qu'un jour se sera le cas.

J'ai été confrontée à un autre sentiment que le thérapeute peut être amené à rencontrer ; le fait de ne pas pouvoir utiliser ou mettre en place ses propres outils pour aider un enfant. J'évoque la prise en charge de Kassim présentée en partie 3.4. J'espérais beaucoup de la mise en place des signes dans ce suivi. Autant pour ce petit garçon en demande d'apprentissage et de communication, que personnellement. Cela m'aurait permis d'expérimenter une pratique tout juste apprise dans le cadre sécurisant d'un stage. Je suis déçue car ce travail aurait pu permettre diverses évolutions ; pour la communication de Kassim, la mise en place de cet outil lui aurait permis d'échanger davantage avec son entourage. Se savoir compris semble être très important pour cet enfant. Le lien entre la maman et son fils aurait pu évoluer davantage. Je pense aussi que cela aurait renforcé l'alliance thérapeutique entre Mme B. et nous car nous aurions dû consacrer du temps pour apprendre les signes et discuter de leur utilisation quotidienne avec elle. J'espère que cette possibilité de prise en charge pourra aboutir par la suite. Cela m'amène à me questionner sur la suite de la prise en charge de Kassim : comment, l'équipe du CMP, va-t-elle se réapproprier l'idée de la mise en place de la gestuelle pour ce petit garçon ?

### 4.3. Deux alliances pour une même famille

Dans ce mémoire, j'ai développé le concept d'alliance thérapeutique à travers diverses composantes. Une question que je n'ai pas eu l'opportunité de développer est : comment le psychomotricien crée deux alliances simultanément, au sein d'une même famille ; une avec l'enfant et une avec ses parents ? En pratique, j'ai perçu une différence entre ces deux alliances pour l'ensemble des prises en charge. En effet, j'ai ressenti une plus grande facilité à créer une alliance avec les enfants. Une fois passée la rencontre et un petit temps d'adaptation, par le jeu essentiellement, la confiance et l'alliance se créent sans difficulté. Avec les parents, la confiance demande plus de temps et d'autres moyens pour s'élaborer. Au CMP, les entretiens passés avec les mamans semblent avoir permis un début de processus d'alliance, j'ai pris du temps pour les écouter et, en retour, elles m'ont aidé dans mon travail universitaire. Je pense leur avoir montré par cet échange, l'intérêt que je portais à leur présence au sein dans la prise en charge.

En tant que stagiaire, il me semble illusoire d'envisager la création d'une alliance thérapeutique avec les parents au même titre que le psychomotricien diplômé la crée dans sa pratique. En effet, en dehors du stage, nous avons vu que l'alliance thérapeutique est un processus dynamique non acquis et qu'il peut mettre du temps à s'élaborer. Il est aussi évident que la temporalité dans la création de cette alliance sera différente dans les liens avec l'enfant et avec les parents.

#### 4.3.1. Temps d'accordage - contribution du thérapeute

La création de l'alliance thérapeutique repose sur un temps plus ou moins long d'accordage avec le thérapeute. Ce temps est souvent plus long du côté des parents que pour l'enfant. En effet, les parents ont une place particulière, si c'est eux qui font la démarche de demande de soin, ils savent que les soins seront adressés à leur enfant en première ligne. Ils sont en demande de soutien, mais cette demande n'est pas facile, « *demander une consultation signifie qu'ils ne sont pas arrivés eux-mêmes à aider leur enfant.* » (M-J. Hervé et M. Maury, 2004,

p. 495) Ainsi, le thérapeute prend en charge l'enfant tout en accordant de l'importance à ses parents, et cela passe par leur accompagnement. Il me semble difficile d'envisager la mise en place d'une alliance thérapeutique tant que les différents partenaires de l'alliance ne s'accordent pas sur leurs objectifs respectifs. Cela demande un temps d'ajustement réciproque pour lequel, je pense, le thérapeute peut être amené à remettre en question ses positions pour rencontrer les parents dans leur réalité.

Instaurer un sentiment de confiance est essentiel au développement de l'alliance thérapeutique. Dans ce cas de figure, quelles sont les contributions du psychomotricien dans l'élaboration de l'alliance thérapeutique ? Il me semble, au vu de mes observations, que le thérapeute doit pouvoir évaluer sa pratique. Être psychomotricien inclus d'entrer en relation avec une famille. La relation implique la communication et donc entraîne des interactions psychiques et émotionnelles de la part de chacun des partenaires. Il me semble que ces mouvements peuvent alors être identifiés et modulés pour s'en servir comme levier à l'alliance thérapeutique. « *Il s'agit pour le professionnel de s'interroger sur ce que l'on va partager, avec qui et à quel rythme.* » (M-J. Hervé et M. Maury, 2004, p. 505)

Pour cela, le thérapeute peut repérer un décalage entre sa représentation et la perception que les parents se font de l'enfant. J'ai remarqué au cours de plusieurs prises en charge, dont celle d'Issa, que les difficultés d'accordage entre thérapeute et parents pouvaient se traduire par cet écart. Je m'explique ; quand la maman d'Issa nous raconte comment celui-ci se comporte à la maison ou nous rapporte les propos de la maîtresse quant à son attitude en classe, il nous est difficile de faire le lien avec le comportement qu'Issa nous présente en séance de psychomotricité. M-J. Hervé et M. Maury explique que « *ce désaccordage se rencontre dans deux cas opposés : lorsque, selon notre point de vue, le problème se situe plutôt au niveau des relations parents/enfant qu'au niveau de l'enfant lui-même ou lorsque, à l'inverse, les parents minimisent les difficultés.* » (2004, p. 499) Je pense que cette explication peut dans certain suivi être vraie mais qu'il faut aussi garder en tête que l'enfant se comporte, consciemment ou inconsciemment, différemment en fonction des lieux et des personnes avec qui il

est. Cela montre la capacité d'adaptation de l'enfant au cadre et à la relation proposée. En psychomotricité, il s'agit d'une relation individualisée et thérapeutique au sein de laquelle l'enfant n'exprimera pas ses ressentis de la même manière qu'au sein de sa famille où les liens sont plus forts au sens affectif.

En tout cas, tant qu'un tel décalage est repérable entre les représentations des parents et du thérapeute, il me semble complexe d'avancer dans la même direction. M-J. Hervé et M. Maury (2004) expliquent que parents et thérapeutes doivent s'accorder en trouvant un « *objet commun d'attention* ». Cet objet peut nécessiter une souplesse de la part du thérapeute quant à ses représentations.

#### 4.3.2. Prise de recul et analyse de la pratique du thérapeute

J'ai développé en partie 2.5.3. la notion du contre-transfert en thérapie et ce qu'il peut induire. « *Les positions contre-transférentielles du thérapeute peuvent générer des sentiments hostiles envers l'un ou l'autre sujet et entraver la mise en place d'une empathie.* » (M-J. Hervé et M. Maury, 2004, p. 506) Il faudrait également parler de l'empathie. L'empathie est la capacité de comprendre les sentiments qu'une personne traverse, à condition de laisser à la personne la possibilité d'exprimer ces sentiments en notre présence. Cette composante de la relation est essentielle dans la thérapie car elle permet au thérapeute de mieux connaître son patient et ses parents mais aussi d'entrer en « résonance » avec eux. L'empathie permet alors au thérapeute de mieux s'accorder à la famille.

Dans certains suivis, le psychomotricien peut ressentir une forte empathie pour l'enfant s'il se retrouve pris émotionnellement par une grande identification envers celui-ci. Bien qu'il soit normal que l'intensité des deux alliances soit différente, il est judicieux de faire attention à ne pas développer un contre-transfert négatif envers les parents. Il est parfois nécessaire de prendre du recul sur la situation pour réussir à se détacher de ce ressenti trop intense et de réajuster l'empathie envers les différents partenaires. Pour cela les échanges en équipe et avec le consultant sont très importants. De même, un travail d'analyse des pratiques avec un professionnel extérieur qui fait tiers peut être

complémentaire pour aider le professionnel à comprendre les mouvements psychiques qui se jouent dans la relation thérapeutique.

Néanmoins, l'émergence d'un tel ressenti chez le thérapeute témoigne de son engagement dans la situation « *sans lequel aucune alliance véritable n'est possible, à condition bien sûr de pouvoir s'en dégager dans un second temps.* » (M-J. Hervé et M. Maury, 2004, p. 501) J'ai le sentiment que les thérapeutes du CMP n'ont pas pu se détacher immédiatement de ce ressenti lorsque la maman d'Issa a refusé son orientation en école spécialisée. L'orthophoniste et la psychomotricienne, très impliquées dans cette prise en charge ont perçu cette décision comme un échec alors que Mme F. la percevait comme une véritable chance laissée à son enfant. Les différents membres de l'alliance n'étaient plus sur le même registre de représentations. Je peux imaginer combien cette maman ne s'est pas sentie soutenue dans sa décision à ce moment et probablement a-t-elle ressenti la déception de l'équipe.

Je pense qu'il est important pour un thérapeute de pouvoir prendre du recul sur ce type de situation, bien que cela soit difficile évidemment. Mais laisser aux parents la possibilité de faire leur propre choix sans les juger permet de leur montrer notre soutien envers leurs ressources. Je pense qu'il est important de les revaloriser, les soutenir tout en leur expliquant notre point de vue. L'alliance ne pourra que mieux se construire si ces parents se sentent compris, accompagnés et soutenus. « *Selon Zeanah et McDonough (1989), les interventions qui ont le plus de chance de succès sont celles qui prennent en compte les préoccupations et les aspirations de la famille. Il s'agit de s'interroger sur la logique interne de la famille, le système de référence où les actes et les pensées de ses membres deviennent compréhensibles.* » (Cité par M-J. Hervé et M. Maury, 2004, p. 502) En faisant ce pas vers les parents, le thérapeute se met à leur niveau et les invite à faire de même. La confiance peut alors s'installer.

## Conclusion

J'ai essayé de montrer au travers ce mémoire que la prise en charge en psychomotricité peut être longue et que son déroulement n'est ni linéaire, ni prévisible. Nous avons vu que la création d'une alliance thérapeutique est importante, elle s'élabore tout au long du suivi en fonction du chemin que chacun des partenaires parcourent à leur rythme. Ainsi, le psychomotricien (et l'équipe pluridisciplinaire) joue un rôle central dans le maintien de celle-ci. Par sa posture, son observation et l'analyse de sa pratique, il est à même de percevoir les modulations de l'alliance.

Bien que je n'aie pas eu l'occasion d'effectuer l'ensemble des démarches que j'espérais pour écrire ce mémoire, j'en tire des bénéfices pour ma future pratique. En effet lors de ces trois années études, nous recevons peu de ressources sur l'accueil des parents. M'intéresser à ce sujet m'a permis de percevoir l'importance de la relation à tisser avec eux en parallèle de la relation qui se crée en séance avec l'enfant. Cela passe bien évidemment par leur écoute et l'acceptation de leurs représentations et de leurs décisions. L'accordage et l'ajustement entre le psychomotricien et la famille vont permettre de proposer un accompagnement à l'enfant en accord avec son environnement et dans la mesure des changements acceptables par la famille. Pour cela, le psychomotricien peut être amené à « faire un pas » vers les parents pour les rejoindre dans leur réalité et comprendre les potentielles failles qui peuvent survenir au cours du suivi.

Le tissage de l'alliance thérapeutique est un maillage complexe qui ne s'élabore pas uniquement au sein des séances de psychomotricité. Il prend en compte l'enfant, sa famille mais aussi les différents intervenants de la prise en charge qu'ils soient internes ou externes à la structure de soin. L'intervention du psychomotricien est alors multiple et demande un certain savoir être impliquant écoute, empathie, adaptation et participation active pour instaurer les conditions propices à une relation thérapeutique de qualité. Chaque relation est évidemment unique, prenant en compte la subjectivité de chacun des partenaires.

Je clôturerai ce mémoire en ouvrant ma réflexion sur une autre perspective de la prise en charge thérapeutique. Au même titre que l'élaboration de l'alliance tout au long du suivi d'un enfant, le psychomotricien sera aussi amené à préparer la fin de la prise en charge. Pour reprendre la métaphore du tissage, la fin ne signifie pas « détisser » le maillage créé mais l'arrêter avec minutie pour consolider ce maillage et permettre à l'enfant de prendre appui dessus. Plus l'alliance a été solide, plus l'arrêt du suivi sera facile à accepter par la famille. En référence à la théorie de l'attachement, pouvoir se séparer implique d'avoir été bien attaché. Ainsi, je vais m'appuyer sur ce mémoire en lien avec la création de l'alliance pour réfléchir à la séparation avec les familles.

## Bibliographie

- B. Rosenberg, M. (2016). *Les mots sont des fenêtres (ou bien des murs)*. La découverte.
- Ben Soussan, F. (2015). Accueillir un parent. *Spirale*, 75(3), 89-92.
- Ben Soussan, P. (2003). Il n'est jamais trop tôt pour être compétent ! In *Mais où est donc passé l'enfant ?* (p. 65-74). ERES.
- Besson, J., Galtier, M., & Odier, I. (2004). Petit parent deviendra grand. *Spirale*, 29(1), 25-32.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Boutrolle, D., Granger, C., Maillet, C., & Perrotin, D. (2013). Travail en camp avec les familles dites « démunies » Quelles particularités dans les relations entre parents et professionnels ? *Contraste*, 37(1), 123-149.
- Désobeau, F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant, la rencontre en son labyrinthe* (Erès). Erès.
- Gadeau, L. (2002). Voies de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité. *Le Divan familial*, 9(2), 137-150.
- Gatecel, A. (2009). Psychosomatique relationnelle et psychomotricité (Heures de France).
- Gatecel, A., Ali, S., Reignoux, C., Déjardin, M., Cajal, M., Masson, A., Autin, N., & Weber, M. (2012). *La psychomotricité relationnelle* (EDK).
- Golse, B. (2015). Petit enfant deviendra grand, si ses parents.... *Spirale*, 73(1), 136-142.
- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29(1-2), 129-138.
- Grasso, F. (2012). Effets post-traumatiques du handicap sur le système perceptif et sur le psychisme des parents. Analyse et nouvelle proposition d'accompagnement des

- parentalités difficiles. *La psychiatrie de l'enfant*, 55(2), 397-484.
- Hervé, M.-J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 491-510.
- Houzel D., (2000). « L'alliance thérapeutique » In C. Geissmann et D. Houzel *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*, Bayard Éditions.
- Karsz, S. (2004). « Soutien à la fonction parentale » : L'impossible neutralité. *Spirale*, 29(1), 111-122.
- Knauer, D., & Nanzer, N. (2005). Que nous apportent les parents dans la psychothérapie psychodynamique individuelle de l'enfant? *Psychothérapies*, 25(3), 155-163.
- Korff-Sausse, S. (2010). *Le miroir brisé—L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste (Pluriel)*.
- Laporte, D. (2013). Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent. *Contraste*, 37(1), 31-45.
- Maeker B., Maeker E. (2018). Les jugements sources de rupture dans la communication. Consulté sur [https://www.maeker.fr/eric/wiki/fr/humaniste/psychologie/jugements#les\\_jugements\\_sources\\_de\\_rupture\\_dans\\_la\\_communication](https://www.maeker.fr/eric/wiki/fr/humaniste/psychologie/jugements#les_jugements_sources_de_rupture_dans_la_communication)
- Mosca, F., & Garnier, A.-M. (2007). Soignants et parents d'enfants autistes : Qui aide qui ? *Thérapie Familiale*, 28(4), 503-522.
- Narfin, R. (2011). *Transfert et contre-transfert*. 176, 49-50.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel—Une clinique psychothérapique du corps (Erès)*. Erès.
- Robert-Ouvray, S. (2002). *Le contre-transfert émotionnel en Thérapie Psychomotrice*. 132, 62-67.
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). *Le contre transfert culturel, une notion nécessaire pour soigner*. 260, 30-33.

Winnicott, D. W. (2017). *L'enfant et sa famille* (Payot & Ribages). Payot.

Winnicott, D. W. (1972). *L'enfant et le monde extérieur*. Payot.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 37, 369-375.

## Annexes

ANNEXE I : Tableau récapitulatif des noms anonymes que je cite dans le mémoire

<b>Maman</b>	<b>Enfant</b>	<b>Date de naissance (Âge)</b>	<b>Institution</b>
Mme B.	Kassim	5 février 2014 (6 ans)	CMP
Mme F.	Issa	3 janvier 2012 (8 ans)	CMP
Mme S.	Luis	12 mai 2014 (6 ans)	CMP

## ANNEXE II : Temporalité des suivis thérapeutiques au CMP

### Issa :

**3 janvier 2012** -> Naissance

**janvier 2015** -> Orientation de la PMI vers le CMP

-> Report de la rentrée en maternelle à septembre (retard de langage et d'acquisition de la propreté)

**février 2015** -> Premier entretien avec le médecin pédopsychiatre du CMP

**mars 2015** -> Début du suivi orthophonique en libéral

**septembre 2015** -> Rentrée en Petite Section de maternelle au jardin d'enfant

**avril 2017** -> Bilan psychologique (WPPSI III)

**septembre 2017** -> Electroencéphalogramme qui ne montre aucune anomalie

**novembre 2017** -> Bilan neurologique qui conclut sur l'absence de pathologies neurologiques

**décembre 2017** -> Bilan psychomoteur

**janvier 2018** -> Demande de bilan neuro-visuel

**avril 2018** -> Début de la prise en charge en orthophonie au CMP suite au déménagement de l'orthophoniste libérale

**septembre 2018** -> Début de prise en charge en psychomotricité au CMP

-> Constitution du dossier MDPH dans l'attente d'un établissement présentant un environnement scolaire adapté aux difficultés d'Issa. *Acceptation de Mme F. pour une éventuelle orientation.*

-> Aucune place disponible dans les 2 établissements souhaités, orientation reportée à septembre 2019. *Mme F. est toujours favorable à cette orientation sauf si une amélioration des capacités d'Issa permet une entrée en CP classique.*

-> Maintien en Grande Section de maternelle avec changement d'établissement

**mars 2019** -> Avis plutôt favorable de la maitresse pour un CP à 12 élèves +  
obtention de 18h hebdomadaires avec une AVS pour le CP  
Refus par Mme F. de la poursuite de demande d'orientation

**septembre 2019** -> Possibilité d'intégrer une *école spécialisée, opportunité  
refusée par Mme F.*

**décembre 2019** -> *Proposition par Mme F. de mettre la psychothérapie à la place  
de la séance de psychomotricité*

**Janvier 2020** -> Début de la psychothérapie au CMP

**Kassim :**

**5 février 2014** -> Naissance

**juillet 2016** -> Amygdalectomie suite à un audiogramme anormal et des rhinopharyngites et bronchites à répétition

**novembre 2016** -> Orientation au CMP

**janvier 2017** -> Premier entretien avec le médecin pédopsychiatre du CMP

**mars 2017** -> Début de la prise en charge orthophonie en libéral

**juin 2017** -> Début psychothérapie au CMP

**octobre 2018** -> Bilan psychomoteur au CMP

**novembre 2018** -> Audiogramme normal

**février 2019** -> Constitution du dossier MDPH qui conclut à un taux d'incapacité entre 50 et 79 %

**mars 2019** -> Début prise en charge en psychomotricité

**juin 2019** -> Demande de la part du CMP pour un bilan neurologique et génétique en service neuro-pédiatrique

**janvier 2020 - Mars ? 2020** -> arrêt ponctuel de l'orthophonie en libéral (pause dans le suivi)

## ANNEXE III : Questionnaire à l'attention des parents

### **Compréhension du métier et première rencontre :**

Connaissez-vous la psychomotricité avant le suivi de ... ?

Qui vous a adressé en psychomotricité ?

Savez-vous pourquoi ... vient en psychomotricité ?

Quelles étaient selon vous les difficultés de ... ?

Est-ce que ... a fait un bilan psychomoteur ? Est-ce qu'il a mis en avant les mêmes difficultés ?

### **Prise en charge :**

Avez-vous perçu une évolution dans le comportement, les capacités de ... depuis qu'il est suivi en psychomotricité ?

A votre avis qu'est-ce qu'on fait/travaille en séance avec ... ?

### **Alliance thérapeutique / engagement dans la prise en charge :**

Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge en psychomotricité ?

Et concernant les échanges avec la psychomotricienne ?

Globalement, êtes-vous satisfait du suivi en psychomotricité ?

## Résumé :

Ce mémoire retrace ma réflexion quant à la création de l'**alliance thérapeutique** en **psychomotricité** au sein d'une institution de soin pour enfant. Établir une alliance thérapeutique avec l'enfant mais aussi **les parents** est un processus complexe, dynamique et surtout essentiel au bon investissement du suivi de la part de l'ensemble des partenaires. N'étant pas déterminée, l'alliance thérapeutique s'élabore sur l'accordage du psychomotricien avec l'enfant et ses parents. Ainsi, nous verrons que plusieurs outils sont à la disposition du thérapeute pour instaurer les conditions propices à une relation thérapeutique de qualité. Cela demande au psychomotricien, notamment, de penser sa propre place et sa propre **implication psychocorporelle** au sein du dispositif thérapeutique. Enfin, la prise en charge psychomotrice s'inscrit souvent dans un suivi **pluridisciplinaire** et la temporalité dépend de l'ensemble des intervenants.

## Mots-clefs :

Psychomotricité - Alliance thérapeutique - Parentalité -  
Implication psychocorporelle - Pluridisciplinarité

## Abstract :

This dissertation traces my personal reflection regarding the creation of the therapeutic alliance within the psychomotor therapist area, directly in a children's healthcare institution. The fact to establish a therapeutic alliance with both child and parents is a complicated and dynamic process. However, it is essential to permit a good aftercare investment coming from all concerned. As it is not a determined process, the therapeutic alliance build herself directly on an adjustment of the relation of the psychomotor therapist with the child and his parents. In this way, we will see that the therapist has more than one string to his bow to institute suitable conditions to a therapeutic relation of quality. This requires to the psychomotor therapist, especially, to think of his own place and psychocorporal involvement within the therapeutic system. Finally, the psychomotor management is often part of a multidisciplinary follow-up and the temporality depends on all stakeholders.

## Keywords :

Psychomotor - Therapeutic alliance - Parentality  
- Psychocorporal involvement - Multidisciplinary