



HAL
open science

“ Qui de nous deux ... inspire l’autre ? ”* : la dynamique de la relation thérapeutique psychomotrice avec un enfant présentant des troubles de l’interaction et de la communication : une approche en PMI

Corine Schenardi

► **To cite this version:**

Corine Schenardi. “ Qui de nous deux ... inspire l’autre ? ”* : la dynamique de la relation thérapeutique psychomotrice avec un enfant présentant des troubles de l’interaction et de la communication : une approche en PMI. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944095

HAL Id: dumas-02944095

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944095>

Submitted on 1 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité de
la Pitié Salpêtrière

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie

91, Bld de l'Hôpital

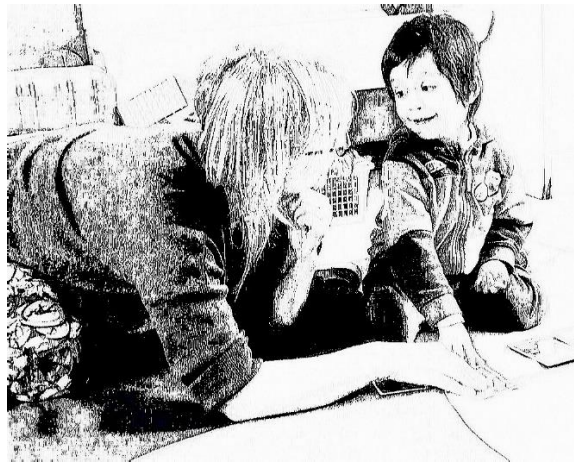
75013 Paris Cedex 14

« Qui de nous deux ... inspire l'autre ? » * i

La dynamique de la relation thérapeutique psychomotrice

avec un enfant présentant des troubles de l'interaction et de la communication.

Une approche en PMI



Mémoire présenté par Corine SCHENARDI

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien.ne

Référentes de Mémoire :

Cécile PAVOT-LEMOINE

Cécile BLANCHON-LE BOUHELEC

Session juin 2020

REMERCIEMENTS

MERCI à tous ceux qui ont cru en moi, m'ont accompagnée et encouragée :

MERCI à ma fille qui a supporté mes indisponibilités,

MERCI à mon père et son soutien indéfectible,

MERCI aux amis pour leur soutien, les partages de points de vue jusque tard dans la nuit, ceux qui ont excusé mes absences ...

Agnès, Benoît, Claudine, Ebtissem, Élise, Florence, Gaëlle, Hana, Joël, Joëlle, Mellie, Sara, Yaël ...

À celles qui ont rendu possible ce chemin, H. et Lou.

MERCI à mes professeurs, maitres de stage et formateurs en pratiques corporelles

MERCI à tous les patients pour leurs partages et pour avoir ainsi participé à mon apprentissage,

MERCI à mes deux Maîtres de mémoire et de stage

Pour vos conseils, vos encouragements, votre soutien et accompagnement dans la réalisation de ce mémoire, mais aussi le partage de votre clinique qui va certainement colorer la mienne.

Cécile BLANCHON Le BOUHELEC,

Cécile PAVOT-LEMOINE, merci d'avoir rendu possible l'écriture d'un mémoire qui me ressemble et vient clôturer magnifiquement ces trois années de formation.

Enfin, Un MERCI particulier à Noé et sa famille

Ce qui embellit le désert c'est qu'il cache un puit quelque part ...

Antoine de Saint-Exupéry

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| INTRODUCTION | p 6 |
| 1. L'institution | p 8 |
| 2. Ma rencontre avec Noé | p 12 |
| 2.1 Le premier contact | p 12 |
| 2.2 L'approche | p 13 |
| 2.3 La rencontre | p 14 |
| 3. De l'implicite à l'explicite | p 18 |
| 3.1 <i>La place du questionnement professionnel dans la clinique</i> | p 18 |
| 3.2 <i>Quels sont les processus en jeu ?</i> | p 19 |
| 3.2.1 Etude chronologique de la séance : première approche | p 19 |
| 3.2.2 Quelles sont les fonctions incarnées par le psychomotricien ? | p 22 |
| a. Fonction de contenance | p 23 |
| b. Fonction de catalyseur | p 24 |
| c. Phénomènes sensoriels | p 26 |
| <i>Intégration sensorielle, comodalité et transmodalité</i> | p 27 |
| d. Phénomènes empathiques et neurones miroirs | p 29 |
| 3.3 <i>Quels sont les mécanismes qui soutiennent ces processus ?</i> | p 30 |
| 3.3.1 Le dialogue tonique et les phénomènes d'accordage | p 30 |
| 3.3.2 Le corps du psychomotricien | p 32 |
| a. La résonnance corporelle | p 34 |
| 4. Des mécanismes préconscients | p 36 |
| <i>Aparté neurophysiologique</i> | p 36 |
| 4.1 Lecture psychomotrice | p 37 |
| 4.1.1 La bibliothèque corporelle | p 38 |
| a. La formation corporelle | p 41 |
| b. Les traces du passé | p 44 |
| c. Qui d'eux ou de nous ? | p 45 |

| | | |
|-----------|---|------|
| 5. | Quels sont les processus qui nous animent ? | p 46 |
| 5.1 | <i>Problématique relationnelle</i> | p 46 |
| 5.1.1 | Généralités des troubles du spectre autistique | p 46 |
| 5.1.2 | Les Mécanismes Développementaux atypiques dans l'autisme | p 49 |
| | a. Empathie et Théorie de l'esprit | p 49 |
| | b. L'imitation | p 51 |
| | c. Les particularités sensorielles | p 56 |
| 5.1.3 | Présentation de Noé | p 60 |
| | a. Anamnèse | p 60 |
| | b. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique | p 62 |
| | c. Le trouble, la famille et la PMI | p 65 |
| 5.1.4 | Notre premier objectif | p 68 |
| | a. Agentivité | p 68 |
| | b. De l'interaction à la communication | p 68 |
| | c. Les processus de subjectivation et d'intersubjectivation | p 69 |
| | d. La place du silence | p 72 |
| 5.2 | <i>La rencontre</i> | p 74 |
| 5.2.1. | Le phénomène de la rencontre | p 74 |
| 5.2.2 | La dynamique de l'entonnoir : le rapprochement | p 75 |
| 5.3 | <i>Le cheminement</i> | p 78 |
| 5.3.1 | Les nouveaux axes thérapeutiques | p 78 |
| 5.3.2 | La progression et les consolidations | p 78 |
| 5.3.3 | La suite du chemin | p 79 |
| | CONCLUSION | p 81 |
| | BIBLIOGRAPHIE | p 83 |
| | ANNEXES | p 86 |

INTRODUCTION

Le chemin parcouru pour l'écriture de ce mémoire m'a permis de découvrir le cœur de certains de mes intérêts. Les études et les stages soulevaient de nombreuses réflexions, et autant d'élaborations. Et puis, une séance vécue lors de l'un de mes stages allait imposer le sujet retenu. Cette séance, partagée avec un jeune enfant souffrant de troubles de l'interaction et de la communication m'a bousculée et obligée à revisiter et entrecroiser toutes les notions abordées lors de ma formation. L'opportunité d'entrer dans le cœur même de cette magnifique profession, qui nous pousse à toujours être en élaboration, nous questionner, discuter, lire, bouger, chercher et partager.

Je suis sortie de ma première année de formation en psychomotricité comme une néophyte de l'art contemporain face à un dripping¹ de J. Pollock. Je voyais un amoncellement de couleurs, celle de la psychomotricité ; mais elles restaient éparses et pour mon corps mis en éveil, la toile demeurait mystérieuse. Je garde de la seconde année de formation la richesse théorique d'un bagage de savoirs, et d'un début de savoir-faire. Je distinguais des liens, mais ces accords de couleurs étaient très intellectualisés et je n'entrais pas encore en vibration avec la toile. Le corps mûrissait, intégrait. Ce n'est que durant la troisième année de cette formation que la corporéité prit tous ses droits, son épaisseur, sa couleur : un corps-relation à la fois émetteur et récepteur des théories accumulées. Mon meilleur outil.

Dans ce mémoire, il est essentiellement question d'une rencontre. C'est l'histoire d'une rencontre inespérée au moment où elle se produit, mais pas inconcevable. Et celle des questions qu'elle a suscitées : quels mécanismes avaient rendu possible ce changement ? J'avais vécu cette conquête du désir d'être en relation-advenue pour ce petit garçon- comme un événement. Mais s'agissait-il d'un processus ou d'un phénomène ?

Comment en étions-nous-on arrivés à être en lien ? Quels mécanismes nous avait conduit vers ce lieu commun où la communication devient possible ? Qu'est ce qui avait participé à

¹ De l'anglais to drip, « laisser goutter », consiste à faire des superpositions de plusieurs couleurs d'un même spectre sur une toile.

l'émergence du désir de s'adresser à l'autre, chez un enfant pour qui l'interaction est déjà habituellement difficile ? Que signifiait l'émotion que je ressentais et que je pressentais chez lui ? Etais-je la seule à l'origine de cette dynamique ? Ou bien encore, quel était son rôle à lui, celui de sa mère, l'impact du cadre de soin ?

S'il avait changé, quelle était l'étoffe de ce changement ? Et comment avais-je moi aussi changé au travers de cette dynamique ?

Ces questionnements me conduisirent à puiser corporellement dans mes souvenirs, ce qui me poussa naturellement à réfléchir sur notre spécificité professionnelle, dont la question du corps en relation est fondamentale. Comment s'articulait ma lecture psychomotrice ? Sur quelles bases ? L'influence et l'importance de ma formation corporelle au sein de l'IFP et à l'extérieur devint une évidence. Y avait-il d'autres influences ?

Durant ce chemin sur le questionnement phénoménologique de la rencontre, j'allais interroger les fonctions neurosensorielles et en général l'équipement qui prédispose à la capacité d'être en lien avec l'autre. Le rôle des neurones miroirs par exemple ; mais aussi la capacité d'empathie à la croisée des chemins entre la préprogrammation phylogénétique et la plasticité cérébrale, régie par les expériences humaines et avant tout relationnelles. Les recherches montrant les fonctionnements atypiques de cet équipement neurosensoriel chez les personnes affectées par un Trouble du Spectre Autistique constituaient une formidable base de réflexion. Mais au-delà, il me fallait interroger ces données quant à leur expression dans l'organisation psychomotrice –donc relationnelle- des personnes avec un TSA ; et tenter de décrypter celle de ce petit garçon en particulier.

Cette rencontre avec Noé eu lieu dans le contexte particulier de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Même si le soutien à la parentalité ne lui est pas exclusif, c'est un lieu officiellement destiné à l'accueil et la prise en soin des parents comme des enfants. Je me demandais quelle influence ce dispositif lui-même et cette intention avaient eu sur ma clinique.

Enfin, je m'interrogeai sur ce qui chez moi faisait expression, corporellement. Cette rencontre me confirmait dans ma découverte faite l'année précédente, lors d'un stage en équithérapie. J'y avais pressenti l'importance de la voix -la mienne- dans mon engagement psychocorporel avec les patients. Quelle était sa place dans ma clinique actuelle ?

Mon investigation s'est faite à la manière de celles menées sur le pré-refléchi de nos actes, ce dont nous n'avons pas conscience sur l'instant. J'ai choisi de construire cette présentation en suivant le cheminement de ma pensée, au fil de toutes ces interrogations. Les pistes y sont donc foisonnantes mais il m'a semblé que seul ce cheminement rendrait compte de ce processus.

Dans son roman Mondial Nomade, P. Pollet-Villard écrit « Dans un voyage ce n'est pas la destination qui compte mais toujours le chemin parcouru, et les détours surtout. »²

La rédaction de ce mémoire s'est faite en partie pendant la période de confinement due à la crise sanitaire du Covid-19. Bien que quelques vignettes cliniques durant cette période illustrent mes propos dans le texte, je partagerai en conclusion quelques questions soulevées par la téléconsultation, ses intérêts et ses limites, et qui me poussèrent à approfondir mon questionnement sur la spécificité de notre métier.

1. L'institution

Mon stage se déroule dans le cadre d'un centre PMI (Protection Maternelle et Infantile). C'est un lieu de dépistage et de prévention.

La PMI est une institution qui dépend du Conseil Départemental. Si les actions de la PMI sont régies par une Ordonnance, les moyens mis en œuvre pour y répondre, que ce soit en termes de matériel ou de personnel, varient d'un département à l'autre. Les besoins peuvent aussi présenter des particularités territoriales.

Son champ d'action se situe dans le médico-social. C'est un rôle de prévention auprès des enfants de zéro à six ans et des familles, concernant la santé et l'éducation. Le soutien à la parentalité y occupe donc une part importante.

L'établissement où j'effectue mon stage offre les trois fonctions possibles de la PMI aux usagers : Protection Infantile-PI- (suivi médical et développemental des enfants de moins de 6 ans, protection de l'enfance entre autres), Protection Maternelle-PM- (suivi des grossesses entre autres)

² POLLET-VILLARD P., 2011

et Planification Familiale-PF- (suivi gynécologique préventif, information et accès à la contraception et à l'IVG, prévention et prise en charge des violences conjugales ou faites aux femmes, entre autres).

L'équipe comprend trois auxiliaires de puériculture, une psychologue deux jours par semaine, trois médecins de Protection Infantile se relayant sur deux jours pleins de consultations, deux infirmières puéricultrices dont la directrice, une psychomotricienne sur une journée, un médecin de PM/PF une journée par semaine, une sage-femme qui reçoit sur place ou se déplace à domicile, une conseillère conjugale et familiale une fois par semaine et une éducatrice de jeunes enfants sur une demi-journée.

Cette énumération de compétences ne laisse pourtant pas transparaître ce qui me semble essentiel dans ce lieu d'accueil. Au-delà des capacités professionnelles et fonctions propres à chacune, l'équipe qu'elles forment est une entité à part entière et offre un écrin contenant.

Cette alchimie pluridisciplinaire mais surtout interdisciplinaire va participer à ma formation. Son existence est possiblement à mettre en lien, avec la difficulté du terrain à laquelle cette PMI, qui se trouve dans une commune défavorisée, fait face.

La profession de psychomotricien.ne est, à ce jour, peu représentée en PMI. C'est une volonté départementale portée dans les années 1980 en Seine-Saint-Denis dans la foulée d'une Recherche-Action-Formation conduite par Serge Lebovici, qui a permis de voir cette profession s'y épanouir au profit de patients pour lesquels cette prise en soin était peu accessible. Ces derniers peuvent être orientés en psychomotricité par l'équipe de la PMI, en cas d'interrogation sur le développement ou pour accompagner une situation de vulnérabilité (enfant ou parents vulnérables), pour objectiver, qualifier et quantifier une éventuelle difficulté (participation au diagnostic), puis accompagner et orienter ces familles vers les soins adaptés si nécessaire. Mais les familles sont parfois aussi envoyées par des professionnels extérieurs, des médecins qui cherchent des éléments pour confirmer ou infirmer un diagnostic en cours d'établissement, des professionnels de la petite enfance (crèches, maternelles) qui orientent les parents devant une suspicion de trouble.

La psychomotricité de PMI répond à un objectif de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. Echanger, informer et accompagner les représentations et les pratiques éducatives et de puériculture des parents- avec cette approche psychomotrice la fois spécifique et transversale- constitue la base commune de l'ensemble des actions en psychomotricité dans le

centre. Et ce quels que soient la situation des usagers et la nature de la demande : accompagnement à la parentalité, situation de troubles du développement ou de handicap.

L'activité de la psychomotricienne en PMI se décline selon trois modalités essentielles : les consultations de psychomotricité sur rendez-vous, l'intervention en salle d'attente (souvent sacrifiée faute de disponibilité) et l'accompagnement ou la formation des autres professionnels du centre pour des savoirs et savoir-faire spécifique (portage, évaluation des plagiocéphalies, mais aussi signes d'alertes et modalités de fonctionnement –et donc adaptation de l'accueil-des enfants avec troubles neurodéveloppementaux, ...) Le planning des consultations de psychomotricité à la PMI comprend des suivis plus ou moins réguliers et fréquents, en fonction de la nature de la problématique et des besoins des usagers : depuis la simple surveillance du développement pour des enfants vulnérables (prématurés par exemple), jusqu'au suivi plus intensif d'enfants ou de parents en situation de troubles avérés et dans l'attente d'un relais par une structure de soins qu'elle participe à organiser. Il existe des plages horaires pour les « premières fois », pour des familles qui n'ont jamais encore été vues en psychomotricité. Les séances se font avec et pour les parents et leurs enfants.

Il existe peu de temps institutionnalisés dans la PMI, ainsi lorsque la demande est interne, ses conclusions sont souvent partagées lors de temps informels, pendant les repas ou autres temps de pause.

Les consultations en PMI ne s'orientent pas uniquement sur l'enfant, mais aussi sur le soutien à la parentalité. C'est un espace d'accueil de la parole des parents, de leurs inquiétudes, de leurs interrogations. On y reprend souvent des informations récoltées sur des sites internet, dans l'entourage, mais aussi celles données dans d'autres consultations, qui leur restent peu compréhensibles parfois. Le rôle de la PMI mais aussi le professionnalisme et la sensibilité de ma maitre de stage rendent possible ces échanges.

Je suis en binôme avec une étudiante de ma promotion. C'est une dynamique que je connais déjà pour l'avoir expérimentée à deux reprises l'année précédente en stage long. C'est une organisation d'une grande richesse car elle élargit les perspectives d'élaboration. Elle peut permettre de se rassurer, d'abaisser la pression. Elle a aussi l'avantage de nous autoriser à nous poser, entre nous, des questions que l'on se pose à voix basse et que l'on n'oserait pas forcément formuler de manière directe.

De plus, dans ce cadre précis de la PMI, être deux, va vite s'avérer utile.

Lorsque nous sommes en séance, il faut être à l'écoute de l'enfant, en capacité de l'observer, de l'examiner ou d'interagir avec lui. Mais il faut en même temps être à l'écoute du ou des parents, répondre à leurs interrogations, leurs inquiétudes, valoriser les compétences observées de l'enfant en temps réel. Parfois ils sont accompagnés d'un frère ou d'une sœur plus petite, parfois d'un interprète...

Nous ne voyons pas forcément les enfants de manière aussi régulière que leur situation le justifierait. Il y a peu de places pour beaucoup de demandes et de besoins.

La salle de psychomotricité est de belle taille mais assez encombrée. On y trouve un espace central autour duquel s'organisent deux grands placards, une étagère, un canapé, un bureau, deux tables pour enfants, des bacs à matériel, un long lavabo à hauteur d'enfant, un toboggan. On y accède en descendant deux marches. Ce dernier détail nous offre une foule d'informations en matière de développement psychomoteur. Son antichambre est la vaste salle d'attente, centrale, commune à toutes les professionnelles. Elle met à disposition de nombreuses possibilités de jeu. Je pense que c'est un lieu d'une grande importance, car il participe à mon sens à la cohésion de l'équipe mais aussi à l'observation et les échanges informels avec les familles. Nous la traversons pour nous rendre dans l'espace réservé au personnel (cuisine, vestiaires, toilettes). Et bien sûr, nous venons y chercher nos patients.

Aparté

Au début de la période du confinement due au covid-19, une réflexion s'est élaborée autour de l'offre en psychomotricité pour les PMI de la commune. Ma maître de stage a créé et rédigé un protocole expérimental. Ce protocole, validé par le conseil départemental de Seine Saint Denis, a permis de proposer aux familles suivies dans ces PMI une continuité de soin en psychomotricité par le biais de la téléconsultation. Cette proposition qui était faite aux familles a largement été appréciée. Il est question en majorité d'aides aux familles et de soutien à la parentalité. Mon binôme et moi-même avons accepté cette poursuite de stage à distance, mais en contact régulier avec notre maître de stage et l'établissement de comptes rendus à chaque séance. C'est dans ce cadre

rigoureux que certaines des vignettes qui illustrent cet écrit ont été rendues possibles.³

2. *Ma rencontre avec Noé*

2.1 Le premier contact

Je rencontre Noé pour la première fois en octobre, il est alors âgé de 3 ans et 2 mois. Il est accompagné de sa maman. Noé est un petit garçon à l'allure fluette, mais dont l'investissement corporel qu'il fait de la salle me renvoie déjà à une grande agitation, et à la perception d'une hypertonie d'action. Je ressens quelque chose de l'ordre de la crispation. Il ne semble pas s'intéresser à nous, ne nous regarde pas. Les rares fois où ses yeux croisent les miens, je me sens invisible pour lui et ce regard non adressé semble se poser bien au-delà de ma personne.

Il déambule dans la salle de psychomotricité, passant d'une découverte à une autre, sans prendre vraiment le temps de l'explorer. Il me fait l'effet de rebondir d'un point à l'autre. Il est difficile à cet instant de concevoir un temps d'arrêt dans ce mouvement perpétuel. D'ailleurs, quand nous tentons des approches pour entrer en contact au travers d'un objet ou d'un jeu qu'il manipule- comme une voiture qu'il fait rouler- il le délaisse. L'allure de ses déplacements s'accélère alors, s'intensifie. Il est le seul initiateur des rares moments de pause. Brusquement, sans prévenir, le mouvement s'interrompt, lorsque son attention est captée, ou peut-être devrais-je plutôt dire lorsqu'il la focalise. Ses centres d'intérêts me semblent alors constitués de stimulations sensorielles, reflets, lumière, ...

Noé, à un moment se fige près du tableau magnétique. Près de celui-ci, il y a un pot en plastique transparent rempli de lettres multicolores et magnétiques. A la maison et à l'aide d'une tablette, Noé a appris seul l'alphabet et du vocabulaire en anglais.

Commence alors, une énumération en anglais, des lettres qu'il pioche au hasard. Il entre dans une logorrhée qui envahit tout l'espace sonore de la pièce, exclamant haut et fort les voyelles et consonnes qui se succèdent à une cadence folle, et me donnerait presque le tournis.

³ Cf. Annexe 1 (Arrêté gouvernemental concernant le télésoin des psychomotriciens)

Annexe 2 (Protocole expérimental de Pavot-Lemoine C. sur le télésoin en psychomotricité en PMI)

Il épèle son prénom, le mot « papa », mais aussi l'alphabet, à l'endroit et à l'envers sur un fond de ritournelle enfantine. Son extravagante énumération envahit l'espace physique de la pièce mais aussi le possible espace psychique partageable.

A l'époque, cette expression m'avait autant interpellée qu'interloquée. Ces égossissements étaient-ils une prise de pouvoir tyrannique sur l'attention de tous ? Était-ce l'expression d'une anxiété ? Une forme de réassurance par le biais d'une immersion sonore saturée ? Ou bien une barrière, la signification d'une limite à ne pas franchir, celle d'un monde sans désir d'interaction ? Sans temps mort, sans silence, sans temps de pause, pas de place pour l'autre...

Noé ne pointe pas, ne demande pas les choses, qui se trouvent hors de sa portée et qu'il veut saisir. Il se contente de geindre ou crier en les regardant. Il ne montre aucune appétence à la rencontre ou à l'interaction. La maman est inquiète et fatiguée.

La tonicité de Noé m'interpelle dès le premier jour. Il y a une dichotomie entre cette crispation affichée, où l'hypertonie fige tout son corps si l'on essaie de rentrer en contact avec lui, et cette silhouette frêle, en manque d'ancrage et qui semble presque fragile. Mais aussi entre le possible calme et silence, lorsqu'il est absorbé dans une tâche et les cris et énumérations hurlantes de lettres et de chiffres qui envahissent ma pensée autant que mes oreilles. Enfin, l'hurlante absence du langage et toutes ces lettres qui défilent à l'endroit, à l'envers, épelant des mots qu'il ne prononce pas. En élaborant *a posteriori* sur mon ressenti, je me souviens avoir été traversée par l'idée que cela soit déjà une forme d'expression pouvant étayer les prémices d'une interaction, voire d'une communication. Mais, ce jour-là, la question que je me pose déjà est : comment faire pour capter son attention, instaurer une interaction et tenter une entrée en communication ?

Sa motricité globale, pourtant déficitaire, ne soulève pas ma réflexion de prise en soin à cet instant. Les interactions s'imposent comme une urgence qui prend toute la place.

2.2 L'approche

Nous reverrons Noé trois fois, de novembre à janvier. Toute notre attention est portée sur la sphère relationnelle et les fonctions exécutives. Au fil des séances, il devient plus simple et plus rapide d'obtenir qu'il nous regarde pour se dire bonjour, au revoir ou pour accéder à une demande qu'il nous fait pour obtenir un jouet. Il répète les mots que nous disons et cela plutôt sur un plan interactif que sur fond d'écholalie. Nous travaillons le « donne », « s'il te plaît », « merci ».

L'intolérance à la frustration régresse. Les cris durent moins longtemps et les possibles signes d'hétéro-agressivité, peu fréquents et généralement tournés vers sa mère disparaissent en séance.

Il devient possible de concentrer l'attention et de partager une action sur quelques secondes. Puis le temps s'allonge. Une attention conjointe se met en place et des jeux d'alternance et d'écoute deviennent possibles. Quelques regards adressés apparaissent, furtifs.

Certains jeux se font autour de comptines, pour soutenir un rythme. Les lettres aimantées, près du tableau magnétique qui est collé au mur, restent l'un de ses centres d'intérêts privilégiés dans cette salle. Les interactions qui se mettent peu à peu en place restent néanmoins fragiles, et tiennent peu dans le temps. Noé tape des mains pour signifier sa joie et paraît heureux que nous lui adressions des bravos.

Durant cette même période, nous rencontrons des parents inquiets, une maman de plus en plus fatiguée et anxieuse. Là où nous voyons une progression nette, elle semble voir s'agrandir la liste des compétences qui sépare Noé des capacités attendues pour son âge, et s'inquiète pour son avenir.

Pendant ces trois mois, nous ressentons toutes que quelque chose est en train d'advenir. Je suis étonnée de la rapidité du changement qui s'opère, relatif aux interactions. Ce qui me questionne pourtant, c'est la fragilité, le côté éphémère de ces échanges, la manière dont il peut soudainement en sortir. Noé commence à montrer des signes de plaisir d'être en interaction. Il est capable d'être attentif et ne me fait pas l'impression de souffrir d'un trouble de l'attention avéré. Comment alors, arriver à construire un lien plus soutenu dans le temps ? Noé avance tellement vite, n'ai-je pas oublié d'où il est parti, quatre mois auparavant ? Dans mon envie d'avancer, mon investissement affectif me joue-t-il des tours, face à ce petit garçon, que je pressens plein de capacités malgré ses difficultés, et face à cette mère, épuisée ? Le fait que Noé ne saute pas sur ses deux pieds, qu'il ne fasse pas de tricycle, ne l'inquiète pas autant que ses difficultés de communication. Il est possible que cela ait participé au temps qu'il m'aura fallu pour m'intéresser de plus près à la motricité de Noé.

2.3 La rencontre

La séance qui suit se déroule fin janvier. C'est la cinquième fois que je vois Noé. Elle reste pour moi le symbole de son entrée dans le champ de la communication avec moi. Ce qui va s'initier,

ce jour-là, marque le début d'une alliance thérapeutique, un début d'expression d'une appétence pour autrui, d'un plaisir du partage.

J'ai choisi, dans un premier temps, de décrire la scène, chronologiquement. Car la succession ordonnée porte en elle la question qui s'est alors posée à moi. Comment tout cela était-il advenu ? Quel avait été le rôle de chacun des acteurs sur le chemin qui avait mené à cet échange ?

Quand nous venons le chercher, lui et sa maman en salle d'attente, Noé, qui a déjà fait de grand progrès, nous regarde d'emblée lorsque nous le saluons. Il accepte plus facilement de se rendre à la salle de psychomotricité et semble calme. Sa maman, pour autant, montre des signes d'une grande fatigue physique et psychique. Sans que cela ait été prédéterminé, l'étudiante en stage avec moi s'assoit avec elle pour entamer un échange et faire le point sur le mois qui vient de s'écouler. Noé, lui, se dirige vers un jeu à empiler. Quand je le rejoins sur son activité, il s'en détache, se déplace rapidement vers un autre jeu, loin de moi, comme pour mettre de la distance. Ce scénario va se reproduire maintes fois. Il est en mouvement perpétuel dans tout l'espace de la salle, passant dans l'étroit passage entre le mur et le canapé sur lequel sa mère est assise, et dont l'accès m'est difficile. Cela m'oblige à redoubler de vigilance dans l'anticipation de ces déplacements pour éviter qu'il ne s'y réfugie, qu'il ne s'y fige. Ses rares moments d'immobilité sont lorsque son attention se porte sur deux tuyaux d'arrivée d'eau, qui longent le mur, du sol au plafond. Sa course s'arrête alors d'un coup, le visage collé à dix centimètres des canalisations. Dans ce début de séance, j'oscille entre mes tentatives infructueuses de stopper l'agitation motrice et remettre du mouvement pour le sortir de cette impasse.

Tout ce bouillonnement est parfois ponctué de cris, en protestation à mes tentatives d'interaction. Noé ne me regarde pas, me tourne le dos si possible, ne répond à aucune de mes invitations ou injonctions. Cette course qui semble dénuée de sens me décontenance et dure plus de la moitié de la séance. Mon esprit s'agite à chercher une clé, l'idée ultime qui stabiliserait ce tohu-bohu. Ma voix tente de canaliser, mais prise que je suis dans ce tourbillon, elle a du mal à être soutenante, apaisante, me semble-t-il. Elle court, elle aussi après Noé.

Et puis, attiré probablement par les lettres magnétiques qu'il affectionne particulièrement, nous nous retrouvons près du tableau. Sans trop savoir comment, nous voilà chacun un feutre à la main. Noé est debout, à ma gauche. Je suis assise par terre à côté de lui. Nous sommes, tous les deux, face au tableau.

Je commence par faire des points, en tapant avec mon feutre. Noé ne semble pas s'en saisir. Je persiste en alliant le geste à la parole avec une comptine, « toc, toc, toc, qui est là ? La souris ... ». Il fait des traits. Je fais des traits. Je dessine un nuage duquel tombent ces traits, « Ok, on fait de la pluie ! ». Il trace une ébauche de patate horizontale, difforme et non fermée.

Je parle de rond et je fais un gros rond. Les formes qu'il trace se ferment, puis les patates aplaties deviennent des ovales, prennent de l'épaisseur et se transforment en ronds. Un rythme graphique s'instaure. Un grand rond puis plusieurs autres, petits et à l'extérieur de celui-ci. Nous faisons des ronds, « des petits », « des grands ». L'opération se répète, puis une variante apparaît. Il y a inclusion de deux petits ronds dans le plus grand. Je dis « des yeux ». Un trait vertical se dessine entre les deux. Je m'arrête de parler. Mon regard, de côté, ne quitte pas sa trace sur le tableau. Puis un trait horizontal, au-dessous du premier. Je n'en crois pas mes yeux. Mon bras par mimétisme lui aussi dessine. À cet instant Noé me guide dans mon dessin. Je suis en résonance muette, tout mon corps est tendu vers la prochaine trace. Sa main imprime deux petits balayages de haut en bas de chaque côté du grand rond, comme pour inscrire de l'épaisseur. Moi : « des oreilles ? ». Ma voix en légère ascension sur la fin du mot, trahie mon incrédulité. Aussitôt je me reprends, et je pose « des oreilles ! ».

Viennent ensuite les traits verticaux au-dessus. Moi : « les cheveux ». Noé ne dit rien, ni oui, ni non, pas d'écholalie qui caractérise parfois son interaction avec l'autre. Nous dessinons ensemble ce que je nomme des « têtes », des « yeux », des « nez » ... Nos espaces se superposent et se croisent sur ce plan vertical en deux dimensions. Un jeu s'instaure, je mets des cheveux sur ses têtes, il colorie les yeux des miennes. Je l'invite à rajouter des oreilles sur une de mes productions, ou des cheveux... Parfois il fait preuve de spontanéité et s'invite à colorier les yeux d'une de mes « têtes ». Là aussi, était-ce une façon de donner de l'épaisseur au regard ? Ce regard si compliqué pour lui à soutenir, à adresser. À certaines de ses productions, il ajoutera deux traits verticaux, sous la « tête » mais jamais reliés à elle. Il y a une attention à mon dessin, jamais il ne le gribouille, on dirait plutôt qu'il l'investit, offrant la perspective d'une intégration de la limite de ce qui est à l'autre.

Je le sens corporellement à mon écoute, je suis à la sienne. Son immobilité debout face à ce tableau est inhabituelle, je perçois une tension dans son corps qui me rappelle l'état de vigilance que l'on peut avoir lorsque l'on anticipe que quelque chose va arriver, lorsqu'on est aux aguets, une sorte de tonus de posture qui précède et prépare le tonus d'action. Et puis il y a ces regards, brefs, jetés sur le côté, dans ma direction et celui de mon espace sur le tableau, mais sans tourner la tête.

C'est très calme. Je parle très doucement, très bas. À un moment il se retourne vers moi, nos deux visages sont distants d'à peine vingt centimètres. Et, me regardant droit dans les yeux, dans un regard adressé que je ne lui connaissais pas, il va me dire : « tête ». Il s'en suit un gros moment d'émotion, de sidération. Le temps s'arrête. Je retiens mon souffle, possible ouragan qui pourrait ébranler ce lien ressenti comme si fragile, parce que si précieux. La seule parole qui peut alors sortir résonne comme une écholalie. Je m'accorde à son tonus. Sa voix est basse, douce et calme. Je lui réponds dans un murmure « oui, oui, la tête ». Pendant tout ce temps qui me semble une éternité, Noé ne quitte pas mes yeux. Je sens l'intensité de sa présence dans ce regard. C'est un regard clairement adressé. Nous sommes figés l'un en face de l'autre. Tout n'est que sensation, à cet instant. Dans ce simple mot, qu'il semble étirer par son immobilité et son silence, il y a tout un monde.

Noé, en disant ce mot, me parle. Dans ce mot, j'entends « je te parle », « je suis avec toi », « je fais des choses, avec toi », « j'ai entendu ce que tu m'as dit », « j'ai compris ce que tu m'as dit », « je te dis que j'ai compris », « je sais que tu sais que j'ai compris ».

Dès ma sortie de séance, je m'interrogeais et je revisualisais la scène.

Cette séance allait devenir un condensé et l'occasion d'une revisite de mes trois années de formation en psychomotricité. Elle allait mettre en relief un bagage théorique passionnant mais parfois abscons, dans un vécu corporel révélateur mais qui a ses limites, tant qu'il reste dans le champ des hypothèses et ne se confronte pas au terrain. De ce simple mot prononcé, les questions allaient pleuvoir.

J'allais entrecroiser les savoirs, les savoir-faire et savoir-être, je partais à la recherche de points de vue différents. Quelque chose de fort s'était joué là, pour lui mais aussi pour moi. Il fallait que je comprenne ce qui s'était passé. Comment en était-on arrivé là ? Quelle part, chacun de nous deux, avait-il joué dans cette partition ? Et comment ? Ces questionnements allaient m'amener à décortiquer la séance, plan après plan, concept après concept. J'allais chercher à mettre du sens, mon sens, sur ce qui venait d'être vécu, j'allais y trouver ma résonnance.

Il y avait ce mot, « tête », tout ce qu'il voulait dire, mais aussi ce temps de silence, tout aussi intense qui l'avait suivi et l'émotion qu'il avait engendrée.

3. De l'implicite à l'explicite

3.1 La place du questionnement professionnel dans la clinique

Piaget souligne que l'action précède la pensée, elle procéderait, dans l'instant, d'une autonomie propre, basée sur des savoir-faire. Comprendre son essence et sa conceptualisation relève d'un processus qui lui est postérieur⁴.

C'est de cette élaboration que ce mémoire prit corps. J'ai pensé cette séance et cet enfant, longtemps après ladite séance. En fait je n'ai jamais cessé de la penser. En confrontant mes hypothèses à d'autres points de vue, j'ai réinterrogé les principes, les théories et moi-même, sous d'autres lumières. Au travers de cet enfant et de cet instant, ce sont mes capacités à être dans une position thérapeutique, de comprendre les principes psychomoteurs et d'essayer de comprendre ce qui peut se passer pour le patient, qui continuent de participer à ma construction professionnelle.

De mon point de vue si cette dynamique avait une fin et si elle ne relevait pas d'un processus continu, c'est ma capacité à exercer ce métier qui serait remis en cause. Ce cheminement s'est fait par couches successives. Je creusais donc, dévoilant, de nouvelles strates, pour lesquelles il me fallait parfois chercher de nouveaux outils. Parfois elles me déviaient de ma trajectoire car en cherchant des réponses, je découvrais de nouveaux chemins. La difficulté fut quelquefois de résister au plaisir de ces découvertes, au risque de m'égarer dans le méandre des élaborations sans fin.

Dans son article à paraître sur la « *mise en intelligibilité des apprentissages réalisés en activités de travail* », M. Paggetti explore les compétences peu visibles des professionnels exerçant dans la dimension corporelle, parmi lesquels se trouvent les psychomotriciens. En s'attachant aux « compétences incorporées » décrites par J. Leplat⁵, elle expose toute la difficulté qu'il y a justement à étudier son propre agir. Son travail mené selon une méthodologie particulière, l'a conduit à l'idée que cette mise en intelligibilité de l'agir offre une nouvelle source d'apprentissage pour les professionnels en question.⁶

⁴ PIAGET J., 1974, p 213-232

⁵ LEPLAT J., 1995, p102, cité par PAGETTI M.

⁶ PAGGETTI M., à paraître

Je développerai plus bas la dimension « d'entonnoir » de la séance pendant laquelle, Noé s'adresse à moi, en l'explorant au travers de concepts psychomoteurs selon une progression allant d'un plan large au plus focal, ce moment où le mot « tête » jaillit. Pourtant, je prends conscience aujourd'hui que le mécanisme de mes premières réflexions a progressé dans le sens inverse au départ. Mon émotion a inscrit un moment comme particulièrement saillant de cette séance. Un relief sur lequel je pouvais, dans un premier temps, prendre ancrage. P. Vermersch parle de cette possible porte d'entrée qu'est l'émotion, pour accéder à une conscience réfléchie qui permet l'analyse de nos actions⁷.

3.2 Quels sont les processus en jeu ?

Quels sont les processus à l'œuvre dans la clinique infraverbale des troubles de l'interaction et de la communication ?

Dès ma sortie de séance, je m'interrogeais, je revisualisais la scène. Mon intérêt se portait alors sur le résultat et j'interrogeais le chemin qui l'y avait mené. Les questions qui s'imposèrent en premier lieu étaient les suivantes. Comment cela s'était-il produit ? Quels mécanismes étaient en jeu ? Comment s'articulaient-ils ? Et qu'est-ce que cela impliquait pour Noé ?

3.2.1 Étude chronologique de la séance : première approche

Lorsque je tape, au départ, avec mon feutre sur le tableau en réalisant des points, je sais que j'essaie de rentrer en contact avec Noé. Cependant je m'interroge sur la manière dont je cherche l'établissement d'un contact. Qu'est-ce que je cherche en tapant avec mon feutre sur le tableau ? Est-ce que je cherche à capter son attention ? Oui, mais laquelle ? Son attention visuelle par la trace laissée, ou la gestuelle facilement identifiable ou encore son attention auditive ? Et qu'est-ce que j'attends en réalité de cette attention au son ? Il me semble que la réalisation graphique n'est pas mon intention première. Je crois que je cherche à mettre du rythme dans la relation. Je suis en quête d'accordage rythmique. Je crois qu'une part de moi était dans un abord très archaïque. *A posteriori*

⁷ VERMERSCH P., 2004, p 71-80

il me semble que cette proposition est arrivée comme une première marche, facilement accessible au plus grand nombre.

Dès sa naissance le bébé est sensible au rythme. Celui-ci se matérialise dans l'alternance, le jour et la nuit, la faim et la satiété, la présence et l'absence de l'autre. Le rythme va permettre de structurer, prendre des repères, d'extraire des invariants. Il va ainsi soutenir les processus de la pensée et de l'individuation. Ce qu'il est important de noter, c'est que comme beaucoup d'autres, cet apprentissage s'intègre par le corps, par les cinq sens courants, mais aussi la proprioception et la kinesthésie. Ces éprouvés archaïques offrent déjà les invitations à la comodalité, l'odeur du lait, le toucher et le regard du parent associé. C'est cette même potentialité de comodalité que l'on retrouve avec le hochet que le bébé agite (je vois, j'entends et je sens mon bras qui agite).

Ma proposition, ce jour-là, appelait, sans que je l'aie anticipé, un large éventail de modalités. Elle offrait des perspectives de comodalité et de transmodalité, que j'expliquerai plus avant, entre les sensations visuelles, auditives, proprioceptives et kinesthésiques. Elle ouvrait un abondant panel de possibilités d'appropriation et de portes d'entrée pour l'échange.

Il est possible aussi, qu'il y ait eu de ma part, une recherche de lien, par résonance corporelle s'exprimant par la voix parlée puis chantée qui soutenait le tempo, « toc, toc, toc ». En l'écrivant aujourd'hui, je pense au lien avec le symbole de la porte d'entrée, lien qui ne m'était pas apparu sur le moment.

Toutefois, je m'interroge sur le chemin que j'emprunte. Car une fois la porte ouverte, est-ce par l'imitation que je cherche à être dans l'interaction ? L'imitation, comme moyen de communication ? C'est un mode de communication et de transmission, lorsque le dialogue verbal n'est pas possible, qui m'est familier à cause de ma pratique de la plongée, (c'est un quasi-automatisme). Peut-être ai-je cherché l'imitation, par automatisme ? Si je pousse ma pensée sur la ressource dans laquelle je puise mes propositions, c'est que je m'interroge aussi sur l'état psychique dans lequel je suis. Quand je suis face à ce tableau, je porte le bagage de la demi-heure qui a précédé. Un temps pendant lequel, ce que je ressens, c'est être ignorée, voire repoussée. Plus tard je comprendrai que ce n'est probablement pas de cela dont il s'est agi. Mais sur le moment, je vis un instant compliqué, qui dure. Qu'est ce qui se construit de ce temps d'avant, mais aussi quelle influence a-t-il ? Il est possible qu'il ait participé au niveau de l'émotion ressentie lorsque Noé s'adresse à moi plus tard, en lui donnant du relief, et qu'il l'ait amplifié.

Pourtant ici ce n'est pas l'imitation qui est attendue, je recherche une dynamique, un faire ensemble plus qu'un mimétisme, qui constituerait une forme d'accordage. Un « faire ensemble » et pas seulement un « faire comme ». Je reviendrai sur l'imitation, et sa dimension structurante chez l'enfant. Cependant, alors que j'en passe par des processus archaïques, je vise déjà plus loin que l'imitation immédiate. Je considère déjà Noé, en capacité d'intersubjectivité. Tout ceci est totalement non conscient dans la séance. Je n'ai pu formuler cette analyse que bien après. Mais cette réflexion soulève l'hypothèse que Noé ait pu y prendre appui pour la suite.

Ainsi, il ne fait pas comme moi, et c'est tout l'intérêt. B. Vandenbroucke rappelle que « c'est grâce à la transmodalité que peut se réaliser cette réponse en miroir qui n'est pas de l'imitation mais qui offre à l'autre à la fois et en même temps, le renfort de la similitude et la découverte essentielle de la différence. Grâce à cette multitude d'expériences infimes se construit au jour le jour l'être, l'être-avec-l'autre. »⁸ Noé se saisit tout de même du rythme et introduit une variante graphique, dans une exécution gestuelle et sonore très proche, en écho. Un jeu d'action - réaction commence avec lui qui fait naître une forme de dialogue. Ses traits répondent à mes points, j'y attache l'idée de la pluie et dessine un nuage. Il fait des sortes d'ovoïdes avachis, j'y mets de l'épaisseur et de la rondeur... Nous sommes dans une co-construction.

Noé laisse des traces et j'y mets des mots. Cela s'apparente, de mon point de vue, à la fonction sociale du langage de L. Vygotski à laquelle C. Pavot-Lemoine fait référence dans le développement de l'enfant, comme d'un premier niveau, celui de la relation à l'autre. Puis vient un processus d'intériorisation, correspondant dans le développement du langage, aux fonctions de représentation langagière qui lui donnent corps en quelques sortes.⁹

Dans cette dynamique Vygotskienne, qui procède de l'extérieur vers l'intérieur, j'offre à Noé du sens selon la définition de Rissom, cité par Schneuwly B., comme « l'ensemble de tous les faits psychologiques que ce mot fait apparaître dans notre conscience », laissant le soin à Noé d'en faire son signifiant, « La signification n'est qu'une des zones du sens que le mot acquiert dans un certains contexte verbal, mais c'est la zone la plus stable, la plus unifiée et la plus précise »¹⁰, du même auteur.

⁸ VANDENBROUCKE B. 2007, p 78

⁹ PAVOT-LEMOINE C., 2018, p 78

¹⁰ RISSOM cité par SCHNEULWY B., p 25

Noé, lorsqu'il s'adresse à moi avec le mot « tête », se retourne vers moi. C'est à dire qu'il passe de sa position face au tableau, à face à moi. Dans la position initiale, face au tableau, nous sommes alors côte à côte, à même hauteur, puisque je suis assise par terre. Cette position semble lui convenir comme mode d'interaction que j'appellerai un mode frontal¹¹, nous sommes côte à côte, épaule à épaule, en faisant tous les deux, face au tableau. Dans sa grille de l'observation du mouvement, L. Auguste relève que sur le plan relationnel, c'est un plan « plutôt basé sur l'écoute, le partenariat, la collaboration, mais aussi la force et la puissance. »¹²

Dans ce plan, Il peut évoluer avec tous ses sens, audition, vision périphérique, proprioception, kinesthésie, olfaction ... J'é mets l'hypothèse que cette façon d'être à l'autre, grâce au regard de côté, lui est moins coûteuse sensoriellement, émotionnellement parlant. C'était d'ailleurs l'un de nos premiers objectifs de travail, que de nous regarder en face pour être en relation, pour l'accompagner dans les habilités sociales, lorsqu'il nous adressait une demande par exemple. Ainsi, pour l'avoir régulièrement invité, dans les séances précédentes, à regarder mon visage pour être en communication avec moi, Noé a eu l'occasion de comprendre que c'était mon mode privilégié de communication. Autrement dit, être avec moi, être dans l'échange avec moi, c'est être face à moi. Dans ce contexte, je trouve tout aussi important, le mot qu'il me dit auquel j'attribue tout le vocabulaire décrit plus haut, que la position qu'il prend pour me le dire.

3.2.2 Quelles sont les fonctions incarnées par le psychomotricien ?

Dans ma recherche sur les processus engagés, je m'interrogeais sur la manière dont s'incarnait ma façon d'être à l'autre ? Quelle était sa nature thérapeutique ? Qu'est ce qui rendait possible cette progression vers la rencontre ? Qu'est-ce qui avait permis de canaliser l'énergie jusqu'à la focaliser vers cet instant partagé ? Qu'est ce qui avait pu faire appui dans cette dynamique ?

¹¹ Le plan frontal traverse le corps de gauche à droite

¹²Formation : <https://www.etre-en-corps.com/formation-danse-therapie-psychomotricite/formation-analyse-mouvement-laban-danse-therapie-psychomotricite/>

a. Fonction de contenance

La notion de contenance est une capacité d'accueil d'un contenu et induit indirectement la faculté de préserver l'intégrité de ce qui est contenu. Dans le développement de l'enfant, la fonction contenante exercée au quotidien par l'entourage participera, comme le rappelle A. Veesper, au sentiment continu d'exister, qui soutient le développement du Moi. En psychomotricité, la contenance s'accomplit sur le plan physique et psychique. Elle s'incarne dans le corps du psychomotricien et ainsi englobe les fonctions sensorielles. Le cadre en est partie prenante. Ainsi, la salle, son aménagement, le matériel, la temporalité, la qualité de notre présence y participent. « Au moyen du cadre thérapeutique, de l'engagement corporel, des prises de paroles, des verbalisations du vécu corporel, des mises en situations corporelles adaptées et des stimulations proposées, la prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe contenante. »¹³

Dans cette fonction de contenance, notre stabilité émotionnelle, notre bienveillance, notre disponibilité à accueillir le monde intérieur, parfois désorganisé, de nos patients sans en être trop ébranlés offre un appui, pour qu'il puisse en élaborer une sécurité interne. Cette sécurité psychocorporelle offre un espace où il est possible de déposer ce qui les déroute ou les inquiète, elle est intimement liée à la fonction suivante de catalyseur.

Lorsque je « cours » après Noé, tout le début de la séance, ou plutôt lorsque Noé me fait courir, il me semble qu'il met, cette fonction à l'épreuve. Il teste sa solidité, un peu comme en escalade, lorsque l'on malmène un rocher du bout du pied pour tester sa résistance et être certain qu'il va tenir, nous supporter si on y prend appui.

Il est vrai que j'ai montré quelques signes de faiblesse, qu'à un moment, ma voix laissait surement transparaître une partie du désarroi que je vivais. Mais j'ai tenu bon, je ne l'ai pas « laissé tomber ».

Je pense pouvoir dire aujourd'hui que je n'ai jamais cessé de croire que Noé allait à un moment cesser sa course et que nous pourrions organiser une proposition conjointe. Sur ce potentiel, dont je suis persuadée qu'il s'exprime corporellement, Noé a décidé de prendre appui, de me faire confiance pour gravir une première marche vers une alliance thérapeutique.

¹³ VEESER A., 2015, p 139

b. Fonction de catalyseur

Les mots diffèrent selon les auteurs, mais l'idée me semble relativement commune. Il s'agit toujours, pour le psychomotricien, d'accueillir les choses complexes ou non signifiantes encore pour l'autre, dont les outils de lecture ne sont pas encore prêts, et de lui en proposer une traduction dont il peut se saisir. Intégrable, intériorisable.

Les perturbations dans les troubles du développement de nos patients malmènent leurs capacités de représentation. P. Scialom parle de manque de « tension d'existence ». Il suggère que dans ces dysfonctionnements, la machine à penser le réel, en panne, participant à un vide d'existence, peut s'étayer sur l'interprétation que l'autre fait de la réalité et ainsi se redynamiser par des processus psychocorporels qui font de chacun de nous des sujets et des acteurs de notre monde.

Pour lui cette fonction de catalyseur, c'est-à-dire d'interprétation, pour rendre la réalité pensable, est une des fonctions du psychomotricien. Elle est selon lui, très dépendante de la couleur de ce dernier, « sa formation, ses méthodes, ses affects, sa relation, son empathie. Ce n'est donc pas le corps qui s'unifie ou se prolonge par l'esprit, mais « l'être au monde ensemble » qui s'incarne en corps pensant et en devenir par la médiation du psychomotricien »¹⁴. Cette capacité à penser des éléments complexes qui sera incarné par l'un, et partagé dans la médiation corporelle, favorisera l'incarnation chez l'autre.

D.COURBERAND l'explique dans sa clinique par « la mise en sens d'un éprouvé à deux afin que le patient puisse se réapproprier son vécu psychocorporel absent ou encore, enfoui dans son monde interne »¹⁵.

La progression du dessin du bonhomme dans cette séance en est un exemple type. Je prête à Noé mon sens et mes représentations. Mais j'y mets aussi mon enthousiasme, mon plaisir de partager cette réalisation. Je mets des mots sur sa production, j'accompagne l'entrée des petits ronds dans le grand. Il y a les éléments, un défilé de mots (yeux, nez, bouche, oreille, cheveux). Il y a la construction, soutenue par ma prosodie. Et il y a comme finalité, une image globale, une

¹⁴ GIROMINI F., ALBARET J.F., SCIALOM P., 2017, p 4

¹⁵ COURBERAND D., 2005, p 87

représentation qui n'est pas virtuelle, et tellement importante dans le développement de l'enfant. Il y a une tête. Un signifiant partageable avec tous, permettant d'être en communication.

Il y a aussi ce jeu de ping-pong, entre les points et les traits, les patates et les ronds. Je prête tout du long mon imaginaire, des mots qui font sens d'un point de vue figuratif pour moi (la pluie, les nuages, les ronds). Mais ce qui me semble plus important que l'aspect représentatif de l'image, c'est le sens caché derrière cette énumération, celui du partage. Je ne me perds pas s'il fait une trace différente de la mienne. Je m'en saisis et la transforme à nouveau. Je suis en train de lui dire en quelque sorte, « ce que tu fais à un sens », « cela a du sens pour moi, un sens que l'on peut partager », « ce que tu fais est tellement génial, que c'est moi qui me saisis de tes propositions ».

Dans sa fonction catalysante, que l'on peut rapporter à ce que Bion nomme la fonction α , le psychomotricien ouvre un possible accès au monde des représentations mais surtout relance un processus d'autonomisation. P. Scialom explique que l'expérience psychocorporelle va non seulement laisser une trace neuronale de l'activité, mais que des connexions propres vont être générées du fait même de cet engrammage.

Dans cette dynamique que je nommerai « l'expérience de l'expérience », ces connexions propres, au-delà des traces, je les appréhende comme un lieu où se situe l'émergence du soi, de la subjectivation, de l'individuation. Ce lieu habité par l'histoire de chacun, sous l'influence de son vécu, va colorer cette agitation neuronale et participer à ce léger décalage entre une réalité vécue à deux, étayée par le sens que met l'autre, et les représentations qui vont s'inscrire. Ainsi, il y aura d'abord la trace laissée par l'expérience partagée, puis un engrammage, légèrement décalé, comme une résonance de la trace ; je postule que ce décalage aussi infime soit-il est à la subjectivation, ce que cet unique mot, « tête », prononcé par Noé, est à la communication.

Cette mise en sens dans les processus thérapeutiques ne nous est pas spécifique, d'autres professionnels font office de catalyseur. Ce qui l'est, par contre, c'est la spécificité corporelle de notre métier.

Dans une discussion avec ma maître de stage et mon binôme concernant la séance avec Noé du mois de janvier, l'hypothèse que corporellement j'ai pu projeter un dessin de bonhomme,

avant même sa réalisation, a été soulevée. Peut-être ai-je dit yeux, face aux duos de petits ronds avant même qu'ils n'entrent dans le grand ? Peut-être ai-je énoncé le mot qui flottait dans ma tête, qui aura participé à leur inclusion pour faire une « tête ». Peut-être l'ai-je fortement souhaité.

Quoiqu'il en soit, cette évolution graphique déployée sous mes yeux en quelques minutes, est habituellement le fruit d'un processus se déroulant sur plus d'un an dans le développement de l'enfant. Ici, il se construit étape après étape, à l'appui de ma fonction contenante et catalysante ; je lui prête, mon corps, mes projections, ma pensée. Au-delà des mots signifiants que je n'ai cessé de lui offrir, des propositions, se jouait un dialogue tonique permanent, entre sa trace et ma voix empreinte d'affect et d'émotion. Finalement, contenir afin de catalyser des processus évolutifs ou redynamiser ceux qui sont comme « en panne », n'est-ce pas le propre de notre métier ?

c. Phénomènes sensoriels

Pour pouvoir interagir, communiquer, il nous faut capter ce qui nous entoure et être capté en retour. Dès la naissance, le bébé est équipé de systèmes sensoriels extérocepteurs, et intérocepteurs. S. Robert-Ouvray souligne que le tact et la proprioception sont des sens qui sont présents chez tout être humain sans exception, et qu'ils participent au sentiment de continuité d'existence qui interviennent dans les processus de représentations¹⁶.

J'y vois un parallèle à la notion de face intérieure et extérieure d'une même enveloppe qui permettra la mise en place de la fonction proprioceptive de A. Bullinger¹⁷. De cette coordination d'informations que sont les flux sensoriels extérieurs couplés à la sensibilité profonde dépend la qualité de l'enveloppe psychocorporelle, dans les mécanismes d'individuation et d'intersubjektivation, mis à mal dans les troubles du spectre autistique.

¹⁶ ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p 97-98

¹⁷ BULLINGER A., 2017

Intégration Sensorielle, Comodalité et Transmodalité

L'intégration sensorielle est la capacité neurologique d'organiser les informations sensorielles captées pour en établir une synthèse cohérente et permettre de s'adapter à l'environnement. Selon S. Robert-Ouvray, « pour toute sensation qui pénètre dans le corps de l'enfant, un travail de mise en forme, de métabolisation et d'intégration s'opère en fonction du niveau de développement du Moi psychomoteur du moment, de ses paliers intégrés et de la maturité neuromotrice. »¹⁸

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que ces sensations, qui vont devenir des perceptions sont étroitement liées aux phénomènes émotionnels. En plus des renseignements quantitatifs, ils vont lui donner sa couleur affective et aussi contribuer à sa stabilité. Il en va donc de la qualité émotionnelle et affective de l'environnement dans lequel les expériences informatives se déroulent.

La comodalité sensorielle consiste à capter des informations émanant d'une même source par différents canaux sensoriels dans une synchronie. B. Golse rappelle la nécessité de comodalité dans son article sur les processus d'intersubjectivité. C'est la présence de deux flux émanant d'un même objet qui va permettre de le conceptualiser comme extérieur à soi.

La transmodalité, est la faculté de passer une même information d'un canal sensoriel à un autre en repérant « les caractéristiques amodales de l'expérience, soit, des caractères globaux tels que le rythme, l'intensité et les formes. »¹⁹

Je fais des points, en fait je frappe des points, avec le feutre sur le tableau. Noé frappe des traits en face de lui, sur ce même tableau. Son rythme est différent, je suis sur un trois temps (toc, toc, toc). Il lui manque le soupir, le silence qui structure.

Mais la rythmicité est là.

Psychomotricien et musicothérapeute, A. Pijulet rappelle que selon D. Marcelli ²⁰ « Le jeu corporel rythmo-mélodique favorise cet accord, entre l'enfant et le thérapeute en créant un espace-temps propice à la répétition, à la mémorisation des gestes et au plaisir partagé »²¹.

¹⁸ ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p 97-98

¹⁹ GOLSE B., 2011, p 36

²⁰ MARCELLI D., 1982, p 57 à 82.

²¹ PIJULET A., 2015, p 3

Pour S. Robert-Ouvray, l'équipement sensoriel du bébé est déjà complété par les outils nécessaires pour en croiser les données et ainsi permettre d'en tirer des informations transmodales. Elle note que cette capacité est « favorisée par la pulsion d'attachement », notamment lors des moments de holding, entre voix, vibrations corporelles, toucher, chaleur, regard, contenu par l'émotion du moment, mis en sens par la personne qui prend soin de lui à cet instant.²²

Noé vient de terminer une de ses « têtes ». En général, elles sont agrémentées de cheveux, représentées par des traits courts et distants les uns des autres, au-dessus du grand rond.

Moi : « *Tu ne lui fais pas de cheveux ?* »

Noé tourne la tête et regarde mes cheveux.

Moi : « *Mes cheveux sont longs.* »

Il entame alors un trait unique faisant tout le tour de la tête, suivant en quelque sorte le grand rond, mais de manière moins rigoureuse et sans fermer la trace.

Moi (*dans ma tête ou à haute voix - je n'en suis pas tout à fait certaine*- : « *C'est des cheveux ?? Tu redessines la tête ? il ne te plaisait pas ce rond ?* »

Noé ne me dit rien.

Ici Noé voit, il entend ma voix, porteuse du signifié « longs » et de la qualité de mon écoute, il en fera un long trait. Cette longueur se traduira d'ailleurs sur deux plans intimement liés, celui de l'espace - la trace est longue, elle entoure le grand cercle, mais aussi celui du temps. Noé constitue cette trace avec lenteur qui contraste avec les yeux ou les traits des cheveux réalisés dans une gestuelle rapide, presque jetés sur le tableau. Quelque chose se construit dans cette projection.

Le jour même, ce long trait a gardé son mystère. Ce n'est que lors de séances ultérieures que j'aurai la confirmation qu'il s'agissait bien de cheveux longs. Était-ce un dessin de moi ? Possible,

²² ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p 97-98

peut-être qu'il symbolisait notre accordage, notre co-construction, ce qui est certain c'est qu'il traduisait dans la trace ce qui se disait et se voyait.

Ce qui a mené au résultat graphique de cette séance s'appuie sur les phénomènes transmodaux. Pour B. Vandenbroucke « la plupart des accordages sont transmodaux »²³ et interviennent dans les phénomènes d'intersubjectivité dont nous reparlerons.

d. Phénomènes empathique et neurones miroirs

Comme nous l'avons vu, c'est de l'identité professionnelle du psychomotricien que dépend en partie la qualité de la rencontre. Elle s'exprime au travers des différents concepts précédents, mais aussi dans les phénomènes empathiques.

L'empathie ²⁴composé du préfixe « em pour en », qui signifie « dedans », et de pathie, apparenté au grec « pathos », qui signifie « souffrance, affection », est la capacité de comprendre, de se mettre à la place de l'autre, de ressentir ce qu'il ressent, d'adopter son point de vue, tout en conservant nos propres émotions. Ce phénomène de reconnaissance des émotions chez autrui en passerait par des neurones particuliers, appelés neurones miroirs. Ils s'activent que l'on observe une action exécutée par autrui ou que l'on exécute soi-même l'action²⁵. Leur stimulation par la perception dans l'observation permet une compréhension du monde qui nous entoure. Cette théorie s'appuie sur de l'imagerie médicale montrant l'activation, dans les deux cas, de la même zone du cortex pariétal inférieur, connecté au cortex prémoteur ventral. Les études des dernières années ont mis en évidence le lien entre cette capacité et l'expression motrice des émotions, comme les mimiques ou des postures associées. Ces attitudes, nos neurones miroirs activés en les observant sur autrui, nous permettraient de ressentir ses émotions, de les faire nôtres corporellement.

On prête souvent aux personnes présentant un trouble du spectre autistique un dysfonctionnement de ces neurones, expliquant ainsi les difficultés dans les domaines des habilités sociales et de la communication, la lecture émotionnelle de l'autre leur étant de ce fait au moins

²³ VANDENBROUCKE B. 2007, p 78

²⁴ <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-empathie/>

²⁵ RIZZOLATTI G. et SINIGAGLIA C., 2011

partiellement inaccessible. Pourtant certaines nouvelles théories réfutent ce parallèle absolu, comme les recherches du Dr I. Dinstein²⁶ ou celles du neuroscientifique N. Danziger²⁷, de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui explique que ressentir « comme l'autre » engage d'autres processus, tels que ceux impliqués dans les capacités de représentation et d'imagination.

Avec Noé, devant ce tableau, je fais l'hypothèse que même s'il lui est difficile d'élaborer une représentation de tout ce que je lui raconte (et ceci est loin d'être certain), il a néanmoins accès à mon intention, mon attention tournée vers lui. Mes adaptations successives, mes tâtonnements constituent en eux même une dynamique psychique. Je pense qu'elle est repérable par lui. Tout comme le fait qu'il est inclus dans cette dynamique. À ce moment du phénomène thérapeutique, il n'est pas tant important de comprendre que d'être ensemble.

Ces va-et-vient entre sa production et la mienne, que j'élabore à haute voix, cette recherche d'accordage, je ne m'y perds pas. Je ne m'ébranle pas d'être parfois en décalage, de ne pas savoir, d'oser avouer que je cherche et ne comprends pas. On peut être ensemble, différents et différemment. Cette réflexion me ramène à la capacité de contenance du psychomotricien, qui comme vue précédemment, vient faire appui à nos patients pour le dessein qui les anime à cet instant.

Après avoir mis en lumière, dans cette première partie, quelques-uns des processus acteurs de la rencontre, nous allons nous intéresser, dans la suivante, aux mécanismes qui les sous-tendent. Ces deux parties illustrent l'étonnante complexité de ce qui se passent dans nos séances où ils interviennent parmi d'autres, se superposent, s'entrecroisent, s'alimentent et s'influencent.

3.3 Quels mécanismes soutiennent ces processus ?

3.3.1 Dialogue tonique et phénomènes d'accordage

Le tonus du grec « tonos » qui signifie tension, est un état de tension des muscles qui résulte d'un influx nerveux. Il est permanent et se décline sous plusieurs formes. Il y a le tonus d'action, celui que nous identifions facilement. Ce sont les contractions musculaires qui préparent et

²⁶ <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/autisme-les-neurones-miroirs-hors-de-cause-10588.php>

²⁷ <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/empathie-la-fin-des-neurones-miroirs-10227.php>

soutiennent le mouvement ; le tonus de posture qui préside à la répartition tonique, permettant à la fois de lutter contre la pesanteur (fonction antigravitaire) et de s'orienter vers les objets du milieu (fonction d'orientation). Le tonus de fond qui se caractérise par une légère tension isométrique des muscles au repos. Il est involontaire et permanent. Plus petite unité de base, il est singulier et se fait lieu d'inscription de nos émotions. C'est ainsi qu'il détermine l'expressivité de nos mouvements.

Le tonus possède deux polarités quantitatives, variant dans son intensité allant de l'hypertonie à l'hypotonie. Cette variabilité, le bébé l'expérimente dès sa naissance au travers de ses besoins et de leur satisfaction. Lorsqu'il a faim ou que quelque chose le gêne, il se raidit, pleure. Il est alors en situation d'hypertonie qu'il va assimiler à un sentiment désagréable de dureté. Au contraire si on répond de manière appropriée à son besoin, il y aura relâchement musculaire, état d'hypotonie, qu'il mettra en lien avec le bien-être, le mou, la sensation agréable. Dans le holding de D.W. Winnicott., l'enfant dans les bras du parent qui le nourrit, reçoit la résolution de son besoin d'être nourri. Mais il y a aussi la chaleur du corps à corps, la qualité du portage qui offre un arrière fond sécurisant et l'affect qui se partage, notamment par le regard et la voix. Il souligne l'importance de la qualité de ce moment.

Lors du portage va s'instaurer un jeu de réajustement tonique d'un corps à l'autre. Cet accordage non médiatisé entre partenaires de la relation, par modulations successives du tonus est une expérience corporelle indispensable au tout-petit, incapable encore de se réguler par lui-même sur la base de représentations qui feraient sens et permettraient de lutter contre une insupportable angoisse. Il s'agit du dialogue tonique, décrit par J. de Ajuriaguerra dans la continuité des travaux de H. Wallon, et qui semble fonctionner comme une communication infraverbale.

Cette fusion affective primitive sera significative pour tous les développements psychomoteurs à venir de l'enfant. E. W Pireyre, relativement aux travaux de H. Wallon, qualifie le tonus de « trace physique de l'histoire relationnelle du sujet ».²⁸ L'enfant, dans ce premier dialogue va vivre et éprouver dans son corps des actions- réactions tonico-émotionnelles. Le corps au travers du tonus devient le premier organe de communication et toile de fond de la relation. Dans cet échange, il y a réciprocité, le bébé comme le parent est acteur, à la fois sujet et objet dans la relation.

²⁸ PIREYRE E.W., 2015, p 105

3.3.2 Le corps du psychomotricien

Le corps du psychomotricien est un des éléments du cadre thérapeutique. C'est un corps en relation dont il s'agit, qui accueille, observe et ouvre un espace d'expression. Toutes les fonctions énumérées plus haut s'y incarnent. Le corps du psychomotricien est un corps engagé, avec et pour l'autre, notamment dans le jeu.

Je me souviens lors d'un stage en psychiatrie adulte avoir été étonnée lorsque les patients se racontaient et expliquaient la place des séances de psychomotricité dans leurs vécus. Ils disaient y déposer des paroles qu'ils ne déposaient pas dans d'autres lieux. Ils ne pouvaient pas dire en quoi cet espace de discussion, d'accueil, était différent mais ils le « sentaient » différent. Bien sûr il y avait la qualité d'écoute de ma maître de stage, mais cette histoire, je l'ai entendue et vécue dans d'autres stages. Je pense que notre d'écoute diffère car le corps en est partie intégrante. Notre accueil est corporel, nos réponses le sont tout autant.

Nous nous autorisons à communiquer et interagir avec nos patients au travers d'un dialogue tonico-émotionnel, c'est-à-dire que nous nous autorisons aussi à être traversés par l'émotion. Nous venons de voir l'importance que revêt le dialogue tonico-émotionnel dans la mise en place des processus de l'émergence de soi, de l'agentivité, de la subjectivité, mais aussi les fonctions qui en sont à la base, et qui sont incarnées par le psychomotricien. Les fonctions de contenance, de catalyseur et d'empathie s'expriment au travers de ce canal. Cela n'implique pas forcément d'être au contact physique du patient, de le toucher directement ; cette disponibilité psychocorporelle s'organise et se vit dans nos postures et dans notre voix, nos intentions et notre attention qui s'y animent.

Le propre de notre profession est de mobiliser tous nos sens pour être à l'écoute. Dans un chapitre sur l'engagement corporel du psychomotricien, A. Veesser relève que nous devons adapter régulièrement notre posture pour « identifier les moments opportuns pour interagir, échanger ou au contraire laisser explorer le patient de façon autonome. [...] de comprendre les conduites de nos patients, en particulier ceux qui n'ont pas acquis le langage verbal ». ²⁹ Cette disponibilité corporelle fait partie de nos particularités et a une place importante dans l'établissement de nos bilans psychomoteurs en matière d'observation qualitative.

²⁹ VEESER A., 2015, p 146

Dans ce corps en relation et le dialogue qu'il invite, n'oublions pas l'importance du regard, le nôtre, contenant, porteur de signifié et d'émotion, celui du patient, mode d'expression, reflets de l'âme qui l'anime. Il y a aussi la voix, à laquelle je souhaitais dédier un chapitre tant elle me semble importante dans ce dispositif d'accueil et dans ma clinique en particulier.

Ce corps médiateur fait office de lien selon F. Joly, « entre deux psychés d'une part, et entre la psyché du sujet et le monde d'autre part. »³⁰

Mais il peut aussi participer à la fonction de tiers séparateur du psychomotricien par l'expression qu'il sous-tend.

Le petit toboggan de la salle de psychomotricité fait le bonheur de Victor. Victor, comme Noé, investit tout l'espace de la salle, rebondissant d'un endroit à un autre. Régulièrement, il profite d'une fraction de seconde où notre regard le lâche, nous posons un jouet, répondons à sa maman pour se précipiter vers le toboggan.

Victor a deux ans, son équilibre est chancelant, le toboggan n'est pas fixe, il est hors de question qu'il y monte sans que nous l'accompagnions. A peine le pied posé sur la première marche je lui dis « non », ma voix est posée et je ne crie pas, mais mes paroles s'incarnent dans ma posture, tout mon corps lui fait face. Dans ma voix raisonne ma détermination. Mon corps est habité de cette pensée, il véhicule l'émotion qui l'accompagne. Victor l'entend, il lâche le toboggan.

Cette fonction de tiers, habituellement attribuée au père pour accéder à l'individuation, l'interdit en fait partie. Ici, il se reflète non seulement dans la parole, véhiculée par ma voix, elle-même expression tonique de mon intention. Mais il y a aussi la tonicité de ma posture. Tous sont à cet instant des témoins du dialogue tonico-émotionnel à distance physique.

³⁰ JOLY F., 2016, p 33

a. La résonnance corporelle

En parlant du dialogue tonique J. de Ajuriaguerra³¹ écrivait, « lors de la phase de dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécues ainsi que le montre Wallon, comme des attitudes interchangeables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent. »

D. Courberand parle du concept de résonnance corporelle comme d'un processus, « de puiser en soi ce que l'on perçoit du corps de l'autre. »³² La prise d'informations est multisensorielle. M. Paggetti³³ s'inspire de A. Berthoz³⁴ et de ses travaux pour rappeler d'y adjoindre le « sens du mouvement ». À ce stade rappelons les caractéristiques des motoneurons particuliers, appelés neurones miroirs, qui s'activent que l'on soit en train d'effectuer un mouvement ou que l'on voit ce mouvement être exécuté par autrui.

José est adolescent et vient nous voir en libéral. Il fait face à des difficultés psycho-affectives. Sa tête est souvent légèrement penchée vers l'avant et le côté, ce qui donne au regard une tournure particulière.

Je me rends compte avec le temps que cela se traduit dans mon corps par deux réactions différentes. Parfois, au moment de se dire bonjour, je sens dans mon corps une forme de raideur, comme si j'essayais à distance de l'accompagner vers une verticalité de sa tête, lui offrant ma propre verticalité comme point d'appui.

Mais au moment des aurevoirs, ma corporéité est différente. Mon corps est souple. Il faut dire que cela me semble être un moment difficile pour José, qui s'accompagne presque toujours, d'un balancement d'avant en arrière, léger, rythmé, et même lorsque l'on se serre la main. Je pense que mon corps accompagne ce mouvement, de manière transmodale, c'est-à-dire que je retiens la rondeur de ce va-et-vient qui fait écho au bercement enfantin.

³¹ JOLY F. et LABES G., 2009, p117

³² COURBERAND D., 2005, p 86

³³ PAGETTI M., à paraître

³⁴ BERTHOZ A., 2019

La résonance corporelle je la comprends comme ce qui se traduit dans notre corps de la perception que l'on a de l'autre. Mais la perception en passe par les portes de mon bagage neuronale. Ce mécanisme compliqué inclut mon histoire, mon vécu en général, et corporel en particulier. Mais parfois nos histoires corporelles sont tellement loin de celle de nos patients.

Cela a commencé l'année dernière, en équithérapie. C'est l'heure du passage, temps de soin et d'équipement du cheval. Romuald qui a six ans râle, crie. Il souffre d'une atteinte neurologique importante. Cette activité requiert des efforts physiques qui lui sont difficiles, même soutenu par nous ou sa maman, et des efforts d'attention. Il n'a pas acquis le langage verbal. Les dystonies entravent le geste. Parfois, quand ils sont accompagnés de cris, on pourrait penser qu'il se débat. Pourtant ses yeux indiquent qu'il prend plaisir à être là dans le partage de ces moments avec nous. Ce ne sont pas des cris de protestation. Parfois ils me font penser à une possible expression, parfois à un recrutement tonique, un agrippement tonique pour tenir la posture. Romuald n'est pas le seul à émettre des sons variables en intensité, mais de même type, et récurrents.

Rosa que je vois en PMI, est allongée par terre sur le tapis. Elle a six ans. Elle non plus n'a pas accès au langage verbal. Elle claque souvent la langue. Et se balance, de droite à gauche.

Et tous les autres. Il y a les frappes sur le thorax, les diverses vocalises d'onomatopées ...

Il y a toutes ces postures particulières avec leurs impacts sur la perception visuelle, ce qu'elles modifient de la vision du monde. Et il y a moi, qui ne sais même pas à cet instant ce que je cherche vraiment.

Comprendre, est-ce mettre du sens, à tout prix ? Celui de la « faculté de bien juger » ? De « l'entendement » ? De la « raison » ? Ou cette autre étymologie : « chacune des fonctions par lesquelles l'homme et les animaux peuvent éprouver les diverses catégories de sensation »³⁵ ?

Alors, il me vient sans y réfléchir l'impériosité de faire pareil. Quand je suis chez moi, ou à l'écart des regards, j'expérimente ces sons, ces mouvements, insolites pour mon vécu corporel. J'ai besoin de les faire pour interioriser les ressentis. Où cela résonne-t-il dans mon corps ? Quelles sensations, émotions en découlent ? Quelle influence cela a-t-il sur ma façon de voir le monde

³⁵ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/sens//1>

environnant ? Je me souviens ne pas avoir osé en parler autour de moi, au début, de peur de paraître étrange. Et puis d'avoir été rassurée lorsque j'échangeais avec plusieurs psychomotriciennes. Je n'étais pas la seule à laisser place à l'expérience du phénomène pour étayer le sens.

Même s'il est une évidence que nos ressentis pouvaient être différents de ceux de nos patients, dans cette expérience, nous avons néanmoins besoin de mettre en éprouvés ce qui pouvait l'être pour comprendre.

Je m'interrogeai donc sur cette nécessité, cette envie, ce besoin, ou la motivation qui nous animait. Pourquoi cela ne m'arrivait que pour certains patients ? C'est ainsi que je me mis à réfléchir mon corps, ou plutôt ses éprouvés comme une vaste bibliothèque et à me demander comment elle s'était constituée.

4. *Des mécanismes préconscients*

Aparté neurophysiologique :

Nous avons expliqué en amont le rôle des neurones miroirs en général et dans l'empathie en particulier. A. Berthoz explique que pour comprendre l'autre, il nous faut non seulement percevoir et éprouver ses sentiments, mais qu'il est aussi nécessaire d'avoir une conscience de soi cohérente. C'est ce qui va participer à la différence entre empathie et sympathie, différence essentielle dans nos séances. Cette conscience en passe selon lui et de nombreux auteurs, en premier par « un corps en acte ».³⁶ Pour intégrer cette notion de corps propre, il faut, d'abord le percevoir, grâce aux phénomènes sensoriels vu plus haut³⁷, puis le vivre, avec la mise en sens de l'expérience. L'imagerie médicale montre que ce corps en acte influence notre schéma corporel, « par l'extension des récepteurs haptiques neuronaux lors de la manipulation d'outil ». Ce corps vécu sera ensuite projeté par les systèmes miroirs sur d'autres zones corticales, comme l'aire de Broca (aire en lien avec le langage).

³⁶ BERTHOZ A. & JORLAND G., 2004

³⁷ Cf. chapitre 3

Les chercheurs se posent la question de l'influence qu'à l'observation d'autrui sur l'observateur. A. Berthoz nous en propose un historique dans son livre, « le sens du mouvement »³⁸. L'idée que voir un mouvement chez autrui déclencherait chez nous une activité cérébrale équivalente à celle qui aurait eu lieu si nous avions nous même exécuté ce mouvement, n'est pas récente. Grâce aux avancées de l'imagerie médicale, les neurosciences ont permis de confirmer certaines théories, notamment en matière de neurones miroirs.

Beaucoup s'accordent sur le fait qu'observer une action génère chez nous une stimulation des mêmes neurones, mais en plus il existe un lien, avec la prévisibilité de cette action. En d'autres termes, il y a identification de la posture, du contexte, des objets vus. Ainsi le geste observé, soutient un objectif et son but est connu de l'observateur. Si je vois quelqu'un saisir un objet que je connais et un outil que je connais, mon cerveau prédit l'action à venir. S'il me manque l'une des deux connaissances, les activations de mes neurones ne se font pas dans les mêmes régions cérébrales.

4.1 Lecture psychomotrice

La lecture psychomotrice peut se définir par notre capacité à relever chez notre patient, des signaux qui s'expriment, entre autres, corporellement. Dans notre clinique nous écoutons et parlons avec notre corps. Dans la salle de psychomotricité existe une dynamique particulière qui opère en la matière. Même si nous devons être parfaitement immobile, il y aurait une danse à deux.

Elle est notamment liée au dialogue tonique, et aux réajustements qui en découlent. Dans ce mouvement, les neurones miroirs vont participer à la résonance corporelle. C. Potel y adjoint les mots et la mise en sens, parlant d'une « écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots. »³⁹

Que ce soit avec nos patients en alliance thérapeutique, ou avec ceux dont la dynamique psychocorporelle fait justement défaut, nous y sommes toujours vigilants. C'est un peu une seconde peau. Il s'agit d'être en capacité de rebondir, de nous saisir d'une proposition, d'une porte d'entrée ouverte par le patient. Cet état de vigilance, maintient un niveau d'attention élevée qui nous permet

³⁸ BERTHOZ A.,2019, p 15

³⁹ POTEL C., 2010, p 56

de percevoir des indices chez notre patient, indices à peine perceptibles par d'autres et qui participent à spécifier notre lecture.

Dans son article sur l'écoute corporelle, D. Vigne raconte que « lire, écouter un corps, c'est repérer les signes inscrits en lui, déchiffrer le signifiant véhiculé par lui, c'est s'approcher au plus près de l'histoire de la personne. »⁴⁰. Il fait une liste non exhaustive des éléments qui retiennent notre attention : le regard bien sûr, le tonus, la voix, l'ancrage, mais il y a aussi la qualité du mouvement, l'espace relationnel, la communication, les mimiques ou les attitudes. Il rappelle néanmoins la difficulté qu'il y a, à être à la fois dedans- en interaction, en capacité de réajustement, de réponses, d'anticipation- et « dehors » en observation de la scène que nous vivons. C'est un des aspects de la thérapie psychomotrice que je trouve encore des plus difficile à mettre en œuvre.

Quand je suis au tableau avec Noé et que nous commençons à laisser des traces, il est à ma gauche. Cette position, il l'aura longtemps, il dessinera plusieurs têtes en étant dans cet espace. Pourtant, quand il me dit le mot « tête », il est à ma droite. Je sais que mon attention ne l'a pas lâché une seconde. Pourtant je ne me souviens pas de ce changement de position, qui pour des raisons que j'expliquerai dans le prochain chapitre, me semble important. J'étais à ce moment totalement « dedans ».

4.1.1 La bibliothèque corporelle

Nous avons expliqué que lorsque nous observons une personne, les neurones qui s'activent dans notre cerveau, ne sont pas les mêmes, que nous reconnaissons l'action qui est à venir ou que nous ne la connaissons pas.

Alors, si je vois quelqu'un passer une jambe par-dessus un vélo, je sais qu'il va mettre les pieds sur les pédales pour démarrer. Mais si je ne sais pas ce qu'est un vélo ? Vais-je ressentir dans mon corps cette impulsion du coup de pédales ? Si on oublie un instant la part de subjectivité qu'il y a en chacun de nous, et si on imagine que je fais le tour de France chaque été, vais-je avoir la même qualité de ressenti en voyant cette personne et son vélo ?

⁴⁰ VIGNE D., 2001, p 64

Je formule l'hypothèse que non. Je pense que la qualité de ma résonance corporelle est en lien directe avec ce que mon corps a vécu et que la lecture psychomotrice dépend de ce qui s'est déjà inscrit dans le corps du psychomotricien. Et que cette inscription dépend de la pluralité, de la diversité de mes expériences corporelles autant que de leur coloration affective.

Il me semble qu'un danseur professionnel sera plus à-même que moi, de ressentir corporellement une évolution de danse qu'il observe. Son empathie, son ressenti pour une même observation, sera plus affinée. Son cerveau aura plus d'éléments de comparaison perceptifs.

Je pense même qu'il vivra le mouvement plus intensément, qu'il en dégagera plus de détails et d'hypothèses, et plus d'émotions. Il ne s'agit pas seulement d'observer exactement une même discipline corporelle, mais plutôt des types de mouvements. Différentes pratiques corporelles ont en commun des qualités, des fonctions ou des grandes familles communes de mouvements.

Cela ne montre pas qu'un non danseur, ne pourrait pas faire une bonne lecture psychomotrice de son patient en train de danser (pour garder cet exemple), heureusement. Notre lecture est large, j'en ai donné quelques exemples fondamentaux (tonus, regard, communication...) ; elle s'étaye sur plusieurs plans et dans la diversité des situations.

Mais je crois qu'un non initié devra y mettre plus d'énergie. Cela lui demandera plus d'attention, là où un adepte de pratiques corporelles du « même groupe », ressentira directement dans son corps ce qu'il observe avec plus de précision sensorielle. Son cerveau faisant probablement des liens plus rapides et efficaces d'une action connue. Ce temps, cette énergie, qu'il économise, il peut la mettre à profit pour autre chose.

Je me souviens d'Eden, petit garçon de 2 ans que je rencontre en PMI.

Il ne nous regarde pas, nous évite, ne nous répond pas. Après avoir pris ou touché plusieurs jouets qu'il délaisse aussitôt, son attention semble enfin se focaliser sur le toboggan. Il entame alors un inlassable circuit, sans pause. Monter, descendre, monter, descendre ... Nous n'arrivons pas à capter son attention, à ralentir le mouvement. Puis soudain, je sors un son, imitant le rythme que le mouvement de la descente impulse à son corps. En fait, je l'anticipe. J'anticipe et vocalise même une décélération puis une accélération.

Rien n'est réfléchi, sur l'instant, ma voix « fait du toboggan ». Ou plutôt, ma voix exprime dans sa prosodie, mon corps « représenté » qui lui, fait du toboggan. Je ressens toniquement l'accélération de la descente, je pense même que j'accompagne le mouvement en pliant et dépliant légèrement les genoux. Eden s'en saisit aussitôt.

Je ne m'avancerai pas sur ce qui a exactement fait lien pour Eden à cet instant. La transmodalité de ma prosodie transformant le mouvement qu'il vivait dans son corps ? L'intention de l'accompagner dans ce jeu que ma voix véhiculait ? Quelque chose a été entendu qui pouvait faire lien, appui à une interaction. Un jeu va s'instaurer. À tour de rôle nous allons donner à l'autre le tempo à suivre : lui sur le toboggan, avec son corps, moi à côté, avec ma voix.

Je pense que ma faculté de le rencontrer à cet instant était intimement lié au fait que le vécu du toboggan était imprimé dans mon corps, mon corps-mémoire d'enfant qui plus est.

Cette ressource dans laquelle je puise des éléments d'ajustement ou de lecture, je l'appelle « ma bibliothèque corporelle ». J'ai la conviction que ma qualité de lecture psychomotrice ne peut que se nourrir de la richesse de son contenu. Ce qui m'amène à considérer l'importance de notre formation corporelle.

Se former à percevoir est un apprentissage. C. Petitmengin, férue de la micro-phénoménologie, expose la possibilité de se mettre en « disposition attentionnelle ». « Un certain entraînement, l'adoption d'une disposition attentionnelle particulière, permet de prendre conscience de ressentis encore plus subtils », au lieu de « tendre l'oreille vers » il est question de se rendre perceptif, réceptif et de « se laisser toucher par »⁴¹. C'est à cela que nous prépare cette formation corporelle.

⁴¹ PETITMENGIN C., 2010, p 170

a. La formation corporelle

La particularité et la richesse de notre formation résident dans ce qu'une partie de l'enseignement du savoir académique et scientifique se double par sa transmission au travers d'un vécu corporel.

Dans notre profession, le corps est un outil, notre premier outil. Au travers du vécu des Travaux Dirigés (TD) qui nous sont proposés s'impriment corporellement les concepts visités dans les cours magistraux. La concordance des thèmes abordés sur les bancs des cours magistraux et dans ces enseignements basés sur les pratiques corporelles permet d'intérioriser et de singulariser l'essence des notions théorique transmises.

L'article 8 du titre II de l'arrêté du 7 avril 1998 stipule que :

« Les études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien comportent des enseignements théoriques, des enseignements théorico-cliniques, des enseignements pratiques organisés en modules ainsi que des stages. »⁴²

Mais qu'entend-on derrière ces « pratiques » ?

En première année, *« l'étudiant doit découvrir sur lui-même l'organisation des fonctions psychomotrices de base et leur évolution. » « Mettre en application les grands concepts et notions étudiés dans le programme théorique en prenant soin d'intégrer les rapports entre motricité, personnalité et vécu »*

En deuxième année, il est question de pratique des test psychomoteurs, et *« d'observation spécifiques à la psychomotrité⁴³ (pratique des bilans entre étudiants). », « Des techniques spécifiques seront expérimentées. »*

En troisième année, il s'agit d' *« un approfondissement des différentes méthodes de rééducation et de thérapie. »* Mais aussi, *« Les étudiants doivent également enrichir leur pratique personnelle notamment en relaxation. »*

Chacun choisira d'y lire, selon son point de vue, l'errance dans la compréhension de notre métier, ou au contraire la liberté que cet arrêté nous offre de pouvoir continuer à faire évoluer cette

⁴² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897>

⁴³ Ceci est bien le terme qui apparait dans l'arrêté relatif à nos études

profession. Ce qui n'est pas dans l'arrêté, c'est cette impressionnante exigence que je trouve dans ce corps professionnel à toujours s'interroger, voire se remettre en question. Il ne s'agit pas de douter de sa légitimité mais de questionner sans cesse sa clinique au service du patient. De l'éclairer des nouvelles découvertes scientifiques en constante évolution, mais aussi de se confronter à ses pairs autant qu'aux autres acteurs du soin. Il en résulte un décalage plus ou moins profond qui fournit du relief à notre clinique propre et une approche globale de la compréhension de nos patients.

F. Giromini nous livre l'ensemble⁴⁴ de ce qui constitue la conscience corporelle qui va être expérimentée par l'étudiant dans son propre corps, mais insiste sur l'importance qu'il convient de l'expérimenter avec « l'autre », cela va nous permettre entre autres d'intérioriser des notions abordées théoriquement comme le dialogue tonico-émotionnel. Dans l'éprouvé de la rencontre, chacun puisera les informations qui lui permettront d'avancer dans la construction de son identité professionnelle. Au fil du temps, confrontés à la diversité des pratiques corporelles proposées aux, et entre étudiants, « il [le psychomotricien] va également développer sa capacité à observer finement les attitudes corporelles, à modeler et à s'adapter à toutes les situations rencontrées. Sa fonction créatrice va se construire, se développer et s'enrichir »⁴⁵.

L'arrêté qui concerne la mise en application pratiques des « *grands concepts et notions étudiés dans le programme théorique en prenant soin d'intégrer les rapports entre motricité, personnalité et vécu* », me ramène à mon vécu durant ma première année de formation. J'en fais état car il témoigne- malgré la difficulté- de la prouesse qu'il y a à mettre en œuvre cet entrecroisement entre théorie et pratique.

Je vais y rencontrer un concept essentiel en psychomotricité, dont je ne saisis pas à l'époque toute l'ampleur, c'est la place du « silence ». Ce que j'entends par là, c'est un espace d'enseignement qui ne se dit pas comme tel, la matière ne fera pas office d'un examen, elle n'aura pas d'existence officielle, elle n'est que potentiel. Ce module « fantôme », c'est un temps laissé à l'intégration, c'est un peu l'espace transitionnel de D.W. Winnicott. Ce silence, si cher à la subjectivation, j'ai fait sa

⁴⁴ La structure corporelle, la fonction tonique, la posture, l'organisation du geste, le corps engagé dans l'action (équilibres, marches, courses, sauts, coordinations dynamiques générales), la latéralité, la relation à l'espace et au temps, le schéma corporel, l'image du corps, les fonctions sensorielles (les flux sensoriels, le regard, le toucher, la voix, l'écoute)

⁴⁵ Ibid., p 257-258

rencontre *a posteriori*, et je n'ai pu le reconnaître qu'en deuxième année, en stage long. J'y reviendrai plus loin.

Cet « apprentissage » informel mérite d'être mis en lumière par sa rareté. C'est une place laissée à l'étudiant de « se » former, terme souvent employé à mauvais escient et confondu avec « être formé », loin des savoirs intellectuels, des protocoles d'enseignement ; c'est un enseignement transversal où le corps, notre corps est un levier d'apprentissage, le seul à décider du timing de son programme. C'est un présent que je juge fondamental à ma clinique présente et à venir.

Nos pratiques corporelles se déroulent en groupe. Elles vont nous permettre de réaliser combien les perceptions d'une même proposition peuvent être différentes d'un individu à l'autre. Il y a des paramètres dans l'expérience qui feront base commune, et d'autres très subjectifs. Ces partages de nos perceptions enrichissent aussi- je le pense- cette bibliothèque corporelle. Nous n'avons pas vécu l'expérience énoncée par l'autre, mais nous avons vécu la même proposition : la trace corporelle laissée est encore fraîche nous pouvons tenter d'y rattacher les propos recueillis.

Ces partages de ressentis et les élaborations que nous en faisons participera à notre capacité d'accueil. Ils sont là pour nous aider à éviter tant que possible les écueils et limites de la subjectivité de nos ressentis.

Concernant, le corps et compte-tenu que lors de notre lecture psychomotrice, notre corps est engagé dans la relation, je voulais aborder le sentiment du ridicule.

Je me souviens lors de la première année, de « l'électrochoc » du premier cours, un TD sur le jeu. Nous ne nous connaissions pas et l'on demandait à nos corps d'adultes, de jouer à 1.2.3 soleil, à « bonjour ma cousine » ... Nous nous jetions des regards qui balançaient entre amusement et envie de fuir. Où avons nous mis les pieds ? Ce TD n'aura lieu que deux fois, le deuxième clôturait l'année. La différence de nos capacités d'expressivité corporelle, compte-tenu du travail réalisé avec notre corps, durant l'année, était impressionnant.

Nous avons gagné en aisance, en richesse de mouvement, en capacité de s'autoriser à jouer de ce corps, à s'en servir pour s'exprimer. Il y a dans l'apprentissage de ces pratiques une autre notion cachée, celle d'apprendre à s'autoriser. S'autoriser ce qui nous vient en séance, sans peur du ridicule, s'autoriser à le faire avec notre corps ; car ce corps, sans nous en rendre compte, nous l'investissons peu à peu comme un outil thérapeutique à part entière.

Se libérer de cette peur excessive du ridicule me semble essentiel : nous pouvons incarner cette liberté pour nos patients et ainsi ouvrir des espaces d'expression et de sécurité interne. En gagnant en aisance, nous ouvrons les portes de la spontanéité et de la créativité.

Anne Vachez-Gatecel et Aude Valentin-Lefranc nous rappellent que les pratiques et expériences corporelles proposées pendant la formation initiale de psychomotricité favorisent la mémoire corporelle et la conscience de soi et offrent à l'étudiant les outils pour « réaménager sa propre unité psychocorporelle »⁴⁶ qui lui permettront la distanciation, nécessaire dans la pratique, entre son corps propre et son corps dans la relation thérapeutique. Ce médium dont, F. Giromini nous rappelle qu'il est pour nos patients une aide à « se différencier et se construire comme sujet »⁴⁷.

Toutes ces découvertes, cette mémoire corporelle en construction, nous les approfondirons auprès et grâce à nos patients en stage. Eux aussi sont à l'œuvre dans notre formation corporelle initiale.

Cette acuité corporelle est indispensable dans la clinique de l'infraverbal. Elle se construit au fil de la formation, rien n'en est réellement dit, cela se fait. C'est une magnifique orchestration pédagogique qui est à l'œuvre.

b. Les traces du passé

Nous avons vu que les expériences corporelles enrichissent nos capacités d'être à l'autre en particulier, et possiblement notre lecture psychomotrice dans le cadre de la formation. L'importance des pratiques corporelles est une évidence, tout comme le fait de continuer à les enrichir au-delà de notre formation initiale.

Mais si ces nouveaux vécus- faisant partie de ma formation- avaient leurs influences dans ma clinique, qu'en était-il de ceux qui avaient précédés ? Quelle place le vécu de mon corps jusqu'alors prenait-il ?

⁴⁶ VACHEZ-GATECEL A. et VALENTIN-LEFRANC A., 2019, p 506

⁴⁷ LESAGE B., 2017, p 255

Le fait d'avoir eu des enfants, d'être mère, est-ce que cela modifiait mon accueil, le rendait-il plus alerte à certaines situations ? Mon corps en devenait-il un outil plus affiné, mon écoute en était-elle modifiée ? Ou au contraire, mettait-il des barrières ?

Il me semble que tout notre vécu corporel entre dans la bibliothèque. Ce qui a été gravé dans le corps y reste. Je pense que ses aspérités de nos vécus sont autant d'aspérités offertes à nos patients. Des points d'accroche favorisant l'étayage, l'alliance thérapeutique, la résonnance corporelle. Distancier notre corps propre de notre corps en relation thérapeutique n'implique en rien de faire « page blanche ». D'ailleurs, ne serait-ce pas effrayant pour nos patients de n'avoir face à eux que des êtres sans passé ou des corps lisses, sans failles ...

Ce vécu colore nos émotions, que nous leur partageons. Il s'inscrit dans notre tonus que nous le souhaitons ou pas. À nous d'être vigilant sur le corps dont il est question dans nos séances, de rester à l'écoute et à la qualité de notre accueil.

c. Qui d'eux ou de nous ?

Dans le domaine de l'infraverbal, et en particulier avec nos patients ayant des difficultés dans celui des interactions ou de la communication, nous sommes souvent dans une dynamique de proposition. Cela peut faire penser de prime abord que nous en sommes à l'origine. Mais le sommes-nous vraiment ou répondons-nous à une sollicitation non identifiée ? Ces légers décalages que nos patients induisent ne sont-elles pas des invitations ? En les rejoignant dans leurs intérêts du moment, sommes-nous vraiment les seuls à l'œuvre ?

Il se pourrait bien que ces aspérités, sculptées par la vie et que j'évoque précédemment offrent des prises à nos patients. Ces phénomènes transférentiels, D. Courberand nous en explique l'importance dans la facilitation à l'émergence de la pensée au travers d'éprouvés psychocorporels⁴⁸, entre autres. Il décrit le concept de résonnance corporelle comme le « processus de puiser en soi ce que l'on perçoit du corps de l'autre ».

Pour moi la résonnance est à double sens.

⁴⁸ COURBERAND D., 2005, p 86 & 88

Dans notre clinique avec des patients ayant des troubles de l'interaction et de la communication, je pense qu'ils peuvent eux aussi être à l'initiative, consciemment ou non, de notre action thérapeutique et plus souvent qu'il n'y paraît. Je pense que ce qui est pris parfois pour de la dissonance, pourrait être reçu comme une invitation à rentrer dans leur monde, déclenchant la dynamique de notre ajustement. C'est une capacité et qualité à être en lien qui est possiblement autre et atypique et reste à interroger.

5. *Quels sont les processus qui nous animent ?*

5.1 Problématique relationnelle

La relation se définit par un « rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes », mais aussi « Rapport qui lie des personnes entre elles, *en partic.*, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque. »⁴⁹

5.1.1 Généralités des troubles du spectre autistique

L'autisme "typique", que le pédopsychiatre Leo Kanner avait décrit en 1943, est aujourd'hui inclus dans un ensemble plus vaste, celui des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), qui rendent mieux compte de la diversité des situations.

- Les critères de diagnostic sur lesquels s'appuient les médecins français en matière de troubles autistiques sont ceux préconisés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle prend ses critères sur la base de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et du DSM-5⁵⁰ (traduit en 2015 en français) qui les répertorie dans les troubles neurodéveloppementaux. « Les critères diagnostiques actualisés par le DSM-5 sont définis dans deux dimensions symptomatiques qui sont : les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des

⁴⁹ <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

⁵⁰ American Psychiatric Association, 2013

contextes variés ; le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. »⁵¹

- Ce trouble « qui apparaît durant la petite enfance. [...] peut aussi s'accompagner ou non d'une déficience intellectuelle. Chaque situation est unique : les manifestations de l'autisme varient de façon importante selon les personnes, entraînant un impact sur le quotidien et des situations de handicap très différents. Si le chiffre de 600 000 adultes autistes est parfois avancé pour estimer la prévalence en France, aucune donnée épidémiologique n'existe à ce jour. »⁵²

Selon l'INSERM, en 2018 il y avait 700 000 personnes concernées par ce diagnostic en France, dont 100 000 avaient moins de 20 ans.⁵³

- A ce jour, l'étiologie est multifactorielle, avec une forte composante génétique. Être un garçon et présenter des antécédents familiaux sont d'ailleurs deux facteurs de risque reconnus. Il existerait un ratio d'une fille pour quatre garçons, mais différentes études le remettent en question.

Il peut y avoir une intervention de facteurs environnementaux durant la grossesse, mais leur nature exacte n'est pas connue actuellement. On s'interroge sur le rôle éventuel de la prise de certains médicaments comme la Dépakine (antiépileptique) pendant la grossesse. La naissance prématurée constitue un autre facteur de risque reconnu et important.

Les troubles du spectre autistique sont liés à des anomalies très précoces – d'origine anténatale – et de type neurodéveloppemental.

« L'imagerie médicale, entre autres techniques, a mis en évidence chez ces personnes des défauts de mise en place et d'organisation de certains réseaux cérébraux spécialisés, dédiés à la communication sociale et à la modulation du comportement en fonction de l'environnement et de ses changements. La biologie moléculaire a pour sa part identifié plusieurs centaines de gènes dont l'altération semble conduire à une plus grande susceptibilité à l'autisme. Ces gènes sont impliqués dans des processus biologiques divers, mais nombre d'entre eux participent précisément à la

⁵¹ HAS, 2018

⁵² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2828597/fr/autisme-de-l-adulte-tout-mettre-en-oeuvre-pour-l-autonomie-l-inclusion-sociale-et-la-qualite-de-vie

⁵³ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

formation du système nerveux et des connexions synaptiques, ainsi qu'à la synthèse de substances chimiques indispensables au bon fonctionnement du cerveau. ».⁵⁴

E. Fombonne *et al.* proposent une étude assez riche sur la diversité des prévalences pour les TSA dans le monde. Ils y exposent les difficultés méthodologiques d'étude de ce sujet. En effet, il existe de nombreux facteurs qui limitent l'analyse transversale des données épidémiologique : la taille des échantillons, les modes d'évaluation, l'année de la recherche... Nous pouvons retenir qu'ils proposent une prévalence moyenne de 69 pour 10 000.⁵⁵

- Un certain nombre d'hypothèses étiologiques sont aujourd'hui officiellement écartées : c'est le cas de l'implication de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR). Mais le plus notable est sans doute la reconnaissance de l'absence de causalité entre les caractéristiques psychologiques parentales (avec en particulier une incapacité d'accordage maternel) et la survenue d'un TSA chez l'enfant⁵⁶. Ce qui n'exclue pas l'existence de difficultés psychologiques parentales dans ce cadre.

Elles peuvent préexister à la naissance de l'enfant concerné ou- et cela se comprend aisément- trouver leur source dans la désorganisation qu'un tel trouble peut entraîner dans le psychisme parental. Qu'elles soient primaires ou secondaires, de telles difficultés aggravent les manifestations pathologiques de l'enfant avec TSA, génèrent une situation de surhandicap et amoindrissent ses potentialités d'évolution. Elles doivent donc être considérées et prises en charges, et dans la mesure de leur nature secondaire, être prévenues par un accompagnement précoce. On notera également que les manifestations cliniques existant chez des enfants souffrant de troubles psychoaffectifs graves et précoces peuvent être très proches de celles repérées dans les TSA, ce qui rend le diagnostic différentiel complexe et participe sans doute à alimenter le débat étiopathogénique de l'autisme.

- Les comorbidités recensées par la HAS sont, entre autres, les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression, le déficit de l'attention, l'hyperactivité, l'épilepsie et le retard mental⁵⁷.

⁵⁴ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

⁵⁵ Fombonne, É., Myers, J., Chavez, A., Presmanes Hill, A. & Zuckerman, K., 2019, p 13-47

⁵⁶ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

⁵⁷ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted#toc_1_1

● Une grande place est faite au dépistage précoce, en 2018 « La HAS propose [...] différents outils pour renforcer le repérage précoce et améliorer le diagnostic dès 18 mois. L'objectif est d'accélérer les étapes jusqu'au diagnostic et proposer des premières interventions sans attendre afin de favoriser le développement et les apprentissages de l'enfant. »⁵⁸

Il est question d'optimiser et d'harmoniser les pratiques et procédures, au service d'une efficacité de diagnostic. Une recommandation est faite pour une évaluation transdisciplinaire à laquelle participe le psychomotricien au travers du bilan psychomoteur quantitatif et qualitatif.

Dans son article sur les enjeux du diagnostic précoce et ses effets à court et long terme, dans les TSA, B. Rogé rappelle que -même si le diagnostic peut se faire vers 2 ans- la moyenne d'âge des enfants diagnostiqués était de 4 ans en 2019, alors que l'on peut déjà suspecter les troubles dès l'âge de six mois chez un certain nombre de bébé selon les auteurs. Elle ajoute que dans la volonté actuelle, de réduire le coût de la prise en charge de chaque patient, au profit de l'augmentation de l'accès aux soins aux plus grands nombres, on risque non seulement de diminuer la qualité de ces soins à court terme mais en plus d'augmenter les coûts de prise en charge à long terme.⁵⁹

Avec l'apparition du DSM-5, l'approche diagnostique s'est modifiée « en proposant une pondération différente entre deux domaines du développement : le traitement social et le traitement perceptif de l'information, en sortant des critères comme le langage et le jeu, en introduisant la notion de spectre et celle de trouble du neurodéveloppement ».⁶⁰

5.1.2 Les mécanismes développementaux atypiques dans l'autisme

a. Empathie et Théorie de l'esprit

L'empathie joue un rôle important dans les interactions sociales et permet une coexistence harmonieuse. Rappelons que c'est la capacité de partager et comprendre les états émotionnels de l'autre, c'est un partage de représentation.⁶¹

⁵⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2829216/fr/autisme-travaux-de-la-has

⁵⁹ ROGÉ B., 2019, p 5-12 cite (Sacrey *etal.*, 2018).

⁶⁰ PRY R., 2019, p 145-151

⁶¹ DECETY J., 2010, p 133-144

Pour qu'un phénomène empathique puisse advenir, il faut pouvoir identifier ce qui se passe chez celui que nous observons. Ce phénomène est rendu possible, entre autres, par l'activité des neurones miroirs (cf. chapitre 3 et 4). Or cette activité semble atypique chez l'enfant avec des TSA ce qui rendra difficile la lecture et donc, la capacité de se mettre à la place de l'autre. « Chez les sujets porteurs de troubles du spectre autistique, la capacité d'empathie se trouve mise en déroute dès la construction de ses précurseurs, l'imitation motrice et l'imitation émotionnelle, qui précèdent l'empathie proprement dite »⁶². Si la capacité d'empathie s'étaye sur la conscience d'être « comme l'autre », elle répond également dans sa forme mature à la conscience de l'autre dans sa différence et sa singularité de son point de vue.

Peu à peu l'enfant va non seulement reconnaître l'émotion de l'autre, mais aussi vouloir aider l'autre s'il est en difficulté. Arrive alors la phase suivante, où il comprend et considère qu'aider l'autre c'est répondre à ses besoins qui ne sont pas identique aux nôtres. L'autre pense différemment pour une même situation.

C'est ce qui est appelé théorie de l'esprit, cette capacité de prêter à l'autre des pensées, des émotions et des croyances différentes des nôtres. Celle de lui attribuer la possibilité d'avoir un autre point de vue que soi-même, au même instant, sur une même situation. Cette capacité se développe progressivement sur des bases relativement précoces, et joue un rôle essentiel dans le développement des interactions sociales et de la communication.

Ces compétences qui conduisent à interagir avec l'autre dans une relation intersubjective régulée et adaptée dépendent à la fois d'une pré-programmation neurosensorielle génétiquement déterminée et de l'expérience que l'enfant fait au jour le jour dans son environnement humain, et qui doit être soutenue et encouragée. Il semble évident que certains adultes sans troubles repérés ne sont pas tout à fait fonctionnels dans ce domaine et éprouvent des difficultés à considérer le point de vue de l'autre, sa valeur singulière. « Le processus qui conduit à reconnaître l'autre comme un égal, respectable et attachant, dans les ressemblances et les différences est une « coproduction » (B. Golse) affective, culturelle et sociétale entre l'enfant et les adultes qui l'accompagnent. »⁶³

Si les personnes avec TSA ne disposent pas d'une pré programmation fonctionnelle dans ces

⁶² TISSERON S., CLÉMENT M. & JONCOUR A., 2015, p 55-94

⁶³ PAVOT-LEMOINE C., 2018, p 141

domaines, cela ne ferme pas l'ensemble des perspectives neurodéveloppementales. Elles disposent d'outils différents, certes, mais qui peuvent être mis à l'appui d'une coproduction thérapeutique et plus largement environnementale pour « apprendre » l'autre, développer des compétences relationnelles et construire les habilités sociales.

b. L'imitation

« L'imitation est un véhicule de la plasticité du développement. »⁶⁴

Pour J. Nadel ce sont les comportements qui sous-tendent cette plasticité. Elle nous en explique les rouages, spécifiant que cette capacité, participe à l'élargissement d'un répertoire moteur, et que nous en disposons dès la naissance. Faisant « du neuf avec du vieux », l'imitation participe aux apprentissages et aux fonctions sociales. Au travers de la perception elle va permettre d'enrichir le répertoire moteur et donc la gestuelle. Dans ce jeu à deux, elle est fondamentale dans les processus qui conduisent à l'intersubjectivité relationnelle.

Dans le cadre des apprentissages -la perception du nouveau permettant de réorganiser le répertoire moteur-, elle montre que cette capacité est accessible aux enfants ayant un TSA ; ce qui, selon elle en fait un critère intéressant pour un diagnostic précoce.

Dans un tableau elle nous détaille les divers rôles que l'on a prêté à l'imitation au siècle dernier⁶⁵.

Cette faculté d'imitation aurait été préservée au cours de l'évolution humaine comme un outil fondamental pour comprendre autrui, créer et entretenir un lien social -gage de survie individuelle et de l'espèce-, apprendre et transmettre sur le plan culturel.

La répétition y tient une place importante, surtout pour les enfants avec des TSA, car le système neuronal miroir qui est plastique, y participe. Ces neurones qui comme nous l'avons vu⁶⁶, dysfonctionnent dans les TSA, offrent des capacités tout de même d'apprentissage au travers de l'imitation.

Pour J. Nadel, on distingue trois types d'imitation avec la notion du « quand », mais aussi

⁶⁴ NADEL J., 2019, p 133-144

⁶⁵ Cf. Annexe 3

⁶⁶ Chapitre 3.2.2.4 Phénomènes empathique et neurones miroirs

celle du « comment » et du « quoi »⁶⁷.

La question du « quoi » concerne l'intérêt de l'imitation des actions familières. C'est la répétition pour l'ancrage et le bénéfice moteur qui sont recherchés. Concernant le « quand », J. Nadel en distingue trois formes :

L'imitation immédiate (ou synchrone)

Elle a cette particularité de modifier dans un même temps l'imitateur et l'imité. Je fais le lien avec la particularité qu'a le sens du toucher, seul sens qui s'exerce de manière réciproque (on ne peut toucher sans être touché). Sa fonction n'est pas l'apprentissage, mais le lien social en devenant un moyen d'interaction. C'est un mode de communication préverbal entre 18 et 42 mois. C'est un moyen de dire à l'autre que nous nous intéressons à lui et les personnes avec des TSA y sont sensibles. L'imagerie fonctionnelle permet d'objectiver ce processus chez les personnes avec TSA en montrant des réactions cérébrales s'apparentant à des bouffées d'ocytocine, « l'hormone de l'attachement ». De plus dans cette imitation, il y a cette caractéristique majeure de la synchronie des activations dans les deux cerveaux des acteurs engagés.⁶⁸

Il faut cependant différencier l'imitation spontanée- liée aux interactions habituelles ou routinières, émanant d'un mouvement interne, importante dans la plasticité qui en découle- de l'imitation sur demande, qui est le fruit d'une motivation externe à celui qui imite. Dans la première comme dans le fait de se percevoir comme soi-même imité, la zone préfrontale est activée. Or, cette même zone est à mettre en lien avec les habilités sociales.

L'imitation décalée

Sa fonction est davantage liée aux apprentissages. Elle se déroule peu de temps après l'observation. C'est celle que nous utilisons parfois en séance lorsque nous montrons le mouvement, en donnons un exemple. Elle se fait alors sous le regard bienveillant du thérapeute. Ce temps décalé offre le temps nécessaire de se sentir prêt, respecte le rythme interne de chacun.

⁶⁷ NADEL J., 2016

⁶⁸ Cf. Annexe 4

L'imitation différée

Son bénéfice est l'apprentissage, mais intervient aussi dans les capacités de représentation et les capacités mnésiques car elle se déroule à distance de la scène observée. De plus, réaliser sans voir implique une analyse du mouvement et de ses caractéristiques temporo-spatiales qui fait trace et participe à l'engrammation cérébrale sur le plan moteur.

Je vais avoir l'occasion d'observer les trois lors d'une même séance. Cette séance a lieu durant le confinement.

Je fais un aparté pour rappeler que l'objectif premier de nos téléconsultations est une proposition d'aide et de soutien aux parents. Pour Noé qui est atteint de TSA et qui petit était très attiré par les écrans, je reste d'autant plus vigilante.

Au début des téléconsultations, le dessin était un peu notre terrain de retrouvailles à Noé et moi-même. Un terrain possible d'interaction, car à mon sens, déjà partagé et émotionnellement teinté, connu, rassurant.

La semaine précédant cette séance- déjà en téléconsultation- j'avais dessiné un soleil- un rond, des traits. Aujourd'hui, il m'en dessine un sur sa tablette effaçable. Il en a fait plusieurs pendant la semaine. C'est un dessin qu'il ne faisait pas auparavant, sa maman me le confirme, « c'est nouveau pour lui ». Noé s'est approprié ce symbole, en une séance.

Depuis mars, je sens Noé dans une grande appétence de découvrir, d'apprendre, d'explorer le nouveau avec l'autre. Au vu de ce qui précède, je décide dans cette même séance de tenter le dessin d'une maison. Je m'appuie sur le fait que Noé est sensible aux formes géométriques et je décide d'exécuter ce dessin dans une addition de formes géométriques pour capter son attention, lui permettre un accès au symbole global, la maison, en passant par ce qui fait encore partie de ses intérêts restreints (ici les chiffres et la géométrie). Sa maman raconte que déjà à l'âge de deux ans, dans la rue, il disait « iang » lorsqu'il voyait un panneau de signalisation de danger ou tout ce qui ressemblait à un triangle, de même pour les carrés et les rectangles...

Dans cet exercice compliqué, qu'est le dessin par téléconsultation, je dois montrer ma main qui dessine ; mais comme je ne suis pas dans la pièce, mon corps ne peut induire par le dialogue tonique le mouvement vers lequel il tend, à savoir, l'acte graphique.

Aucun signe corporel direct n'indique qu'il y a peut-être un intérêt à regarder ce que je fais. Je dois donc énoncer : « regarde », et j'entame. Je nomme « un carré » (pour la bâtisse), « un triangle, le toit », « un rectangle, la porte » ... Je n'atteindrai pas la cheminée, que Noé aura déjà commencé, mais cette réalisation s'est tout de même faite, compte tenu des circonstances, avec ce léger décalage recherché et espéré...

La fin de séance vient mettre en lumière le déficit d'imitation immédiate dont souffre Noé. Ma lecture psychomotrice rejoint à ce stade les propos de J. Nadel sur la question du quoi. Bien qu'ici la finalité ne relève pas d'habileté praxique à développer, il s'agit d'habilités sociales fondamentales pour vivre en société.

Malgré tous les progrès de Noé, il est un domaine qui lui est visiblement encore très difficile. Cela se reflète à chaque fin de séance en PMI, et à nouveau ce jour. Au moment du aurevoir, j'agite ma main, symbole social du moment de séparation, de la fin de séance. En PMI comme à cet instant, Noé regarde ma main s'agiter, son regard semble perdu dans le mouvement ; sa petite sœur de dix-huit mois à côté de lui, me renvoie le signe de sa main.

Noé a trois ans et demi. Il n'est pas le seul des enfants avec des troubles du spectre autistique à présenter cette difficulté. Alors nous insistons « lourdement ». Parfois le parent qui accompagne prend la main de son enfant et l'agite à sa place. Instinctivement, sans le bagage théorique universitaire, ils « font » de la psychomotricité, inscrivant de manière proprioceptive, ce qui se passe visuellement, dans une recherche inconsciente que la transmodalité opère.

Ce jour-là, j'insiste peut-être plus, je joue du ballet que m'offre sa petite sœur, qui apparaît et disparaît en agitant sa main. Et je mets de très nombreux mots, « on se dit aurevoir, à bientôt, à la semaine prochaine, au revoir petite sœur, au revoir Mme N... » Ce regard que je qualifiais de perdu, je le sens plus intense. Noé cherche. Cherche-t-il la connexion entre le visuel et son corps ? Entre le signe et le symbole ? Et puis soudain- j'ai envie de penser qu'il n'y tient plus-, il se dirige vers le téléphone. Je vois alors apparaître une bouche en gros plan. Noé fait un bisou, pour me dire au revoir. S'il ne peut pas le reproduire de cette même manière, Noé semble avoir compris le signe que j'ai utilisé et sa dimension symbolique. Et se l'approprier de manière adaptée dans l'interaction.

La question du « comment » est un marqueur de la qualité. Elle comprend les capacités perceptives, créatives. Elle favorise le lien, l'interaction ; dans une dynamique d'alternance elle participe aux processus de subjectivation et d'intersubjectivation. C'est un peu la question de la lecture psychomotrice.

Cherchant à adapter le cadre thérapeutique du télésoin, je décide de ritualiser la séance, notamment avec un rituel de fin de séance. Compte-tenu des problématiques de Noé et des problèmes de confinement, et m'appuyant sur une anecdote que la maman me raconte, je décide de le faire au travers de l'imitation spontanée.

Le début du confinement a été compliqué pour Noé. Sa maman me le décrit agité. Il crie beaucoup. La maman elle, est très tendue. Il n'y a plus d'école, les parents sont à la maison. Il n'est plus sorti dans la rue depuis le début. Il lui arrive de taper sa sœur. Une fois, il y avait une séance de yoga à la télé. Noé est resté à regarder, et sa mère qui l'observe a pensé qu'il bougeait « comme s'il voulait faire pareil ». Je m'en saisis pour mon rituel de fin de séance.

Nous ferons ensemble en face à face (par téléphone interposé), trois fois de suite, une grande inspiration accompagnée par les bras qui se lèvent sur le côté jusqu'au au-dessus de la tête, puis en expirant nous rebaisserons les mains, passant devant le visage, leurs courses s'arrêtant une fois en bas.

Ce rituel a son propre intérêt d'exister, en tant que tel. Il me permet de tenter à distance un travail sur la régulation tonique, s'appuyant sur la respiration. C'est peut-être un concept dont la maman peut se saisir pour apaiser parfois le mouvement. Il y a l'imitation, l'intériorisation du schéma corporel, qui fait défaut à Noé, l'interaction...

La première fois, je suis bien seule dans ce rituel. Noé ne semble pas comprendre. D'ailleurs, il ne reste pas jusqu'à la fin devant l'écran. Je lui dis, « c'est notre façon à nous, de se dire au revoir quand on se voit par téléphone », « c'est l'idée que j'ai trouvée pour se dire au revoir (dans ces conditions particulières), mais si tu as une autre idée, une autre façon, tu me le dis, tu me le montres ».

Nous sommes début mai, c'est le moment de se dire aurevoir, j'annonce à Noé que l'on va entamer le rituel. Noé reste devant le téléphone. Pendant tout le rituel il m'observe. Il n'est pas passif, son regard indique qu'il cherche, cette fois encore. Parfois il s'approche du téléphone,

comme pour examiner en détail le mouvement. La maman, d'une main, attrape un de ses bras, le droit, pour le faire imiter mon geste. Elle soutient elle aussi, de sa prosodie le rituel, m'accompagnant dans mes explications verbales ce qui se traduit sous ses yeux.

Moi : « on lève les bras, et on inspiiiiiire, et puis on baisse les bras et on souuuuifle ... » Mon rythme décélère à mesure que les enchainements se succèdent. La maman : « Allez Noé, tu lèves les bras (en tenant son bras) ... tu souuuiffles » Nous sommes toutes les deux en résonance.

Noé est immobile, scotché à l'image. J'ai terminé les trois mouvements. Son bras droit se plie alors légèrement, la main monte et arrête sa course au niveau du ventre. Les doigts entament une très légère danse de déliement. Imitation décalée ou pas, j'y mets immédiatement du sens, « Oui, c'est ça, bravo Noé ! » La maman, me rejoint immédiatement « Super Noé ! ». Noé sourit.

Je sens mon impatience d'être à la prochaine séance.

c. Les particularités sensorielles

L'intérêt scientifique que soulèvent les particularités sensorielles des personnes souffrant de TSA est assez récent. Comme le développe V. Cruveiller dans son article⁶⁹, ils se fondent sur de nouvelles recherches empiriques, le visionnage de films familiaux des personnes concernées lorsqu'elles étaient bébés, ainsi que les récits d'adultes pouvant témoigner de leurs vécus. Elles font partie depuis 2010, des préconisations de la HAS en matière d'évaluation. Le focus était mis auparavant sur les comportements, qui sont des signes saillants, et dont les possibles liens avec la sphère sensorielle étaient peut-être moins visibles. Ils sont peu détaillés dans la CIM-10, contrairement au DSM-5 qui s'y intéresse plus largement.

Des études en 2007 réalisées avec le profil sensoriel de Dunn⁷⁰ montrent que 95 % des enfants entre 3 et 6 ans avec des TSA présentent une sensorialité atypique.

D'autres menées ces dernières années montrent de manière statistique, des liens entre des réactions sensorielles inhabituelles et les troubles qui opèrent sur le plan social (interactions,

⁶⁹ Cruveiller, V., 2019, p 455-470

⁷⁰ Ensemble de questions à remplir par les parents ou personnes prenant soin de l'enfant, décrivant ses comportements face à diverses expériences sensorielles de la vie quotidienne.

habilités sociales, communication) mais aussi sur les comportements caractéristiques que sont les stéréotypies.

Je ne rentrerai pas dans le détail de chacune de ces particularités sensorielles et de leur possible expression. Qu'elles soient sur le versant d'une hyposensibilité ou d'une hypersensibilité, ces particularités peuvent engendrer un repli, un retrait du monde, si elles ne sont prises, ni en considération ni en soin.

Elles se traduisent par des recherches excessives de stimulations, ou au contraire, des incapacités à supporter les flux sensoriels du monde qui nous entourent. Dans les deux cas, il y a risque d'isolement.

Elles concernent tous les sens. Mais nous parlons bien ici de modalité, c'est-à-dire tout le système qui va permettre la perception et la reconnaissance, les sens (les capteurs) et le système qui va traduire l'influx nerveux des capteurs et permettre dans le dédale des réseaux neuronaux d'en faire une perception. Je retiens dans le tableau suivant les comportements induits les plus fréquemment observés.^{71 72 73}

⁷¹ VACHEZ-GATECEL A. et VALENTIN-LEFRANC A. (2019), p 174-177

⁷² CRUVEILLER, V., 2019, p 455-470

⁷³ PERRIN J. et MAFFRE T., 2017, p 177-184

Tableau 1.

TABLEAU de TROUBLES SENSORIELS dans les TSA

| | |
|----------------------------------|---|
| <u>La modalité visuelle :</u> | Vision périphérique privilégiée, recherche de contraste visuel, attrait pour ce qui brille, stimulation par mouvement de la tête pour augmenter les afférences, agitation d'objets ou de parties du corps devant les yeux. Difficulté à reconnaître les visages. |
| <u>La modalité auditive :</u> | Intolérance au bruit qui peut engendrer des cris, sélectivité des stimuli pris en compte. |
| <u>La modalité tactile :</u> | Évitement du contact dû à une irritabilité (y compris de la zone orale avec l'intolérance à certaines texture alimentaires), ou recherche de toucher de matières différentes. Il ne s'agit pas tant là d'exploration, mais d'une simple recherche de stimulation souvent restreinte, (même support) et répétitive. Possible surinvestissement de la zone orale. |
| <u>La modalité olfactive :</u> | Dégoût pour les odeurs fortes, allant jusqu'à manger froid et pouvant être mis en lien avec un manque de sensation de faim. Au contraire il peut y avoir une attirance pour les odeurs fortes, notamment corporelles. |
| <u>La modalité gustative :</u> | On trouve des appétences pour les saveurs épicées, relevées ou au contraire une hypersensibilité et une sélectivité de saveurs neutres et restreintes. |
| <u>Le système vestibulaire :</u> | On retrouve un besoin de balancements, des tournoisements pour maximiser les sensations. Un équilibre précaire et des troubles de la posture sont fréquents. |

Mais sont aussi impactées :

| | |
|-----------------------------------|---|
| <u>La thermoception :</u> | Avec par exemple des enfants qui se promènent en tee-shirt en plein hiver- ne semblant pas percevoir le froid-. |
| <u>La nociception :</u> | La douleur peut rester sans plainte, ou engendrer l'auto ou l'hétéro-agressivité. |
| <u>Le système proprioceptif :</u> | Une étude récente menée à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière a mis en évidence le fonctionnement atypique de la proprioception chez les enfants avec TSA et entre autres, ses conséquences sur le contrôle moteur. |

Ces particularités sensorielles semblent très liées aux comportements typiques que l'on prête aux TSA. Mais surtout F. Muratori, F. Apicella et S. Maestro nous rapportent ainsi des propos et hypothèses largement partagées selon lesquelles « à partir des premières phases du développement, des anomalies de la perception et de l'élaboration des stimulations sociales et non-sociales entravent l'émergence de la fonction de l'intersubjectivité⁷⁴. »

Attachons-nous aussi aux troubles de l'appareil moteur qui apparaissent très tôt sous la forme d'un tonus mal adapté, une difficulté pour les parents à établir un dialogue tonique. Selon R. Pry, un déficit sensoriel moteur peut être évoqué dès six mois. Les parents disent avoir senti que quelque chose n'allait pas⁷⁵. C'est le cas pour Noé.

Les troubles du tonus entraînent un dysfonctionnement du dialogue tonique et ainsi la mise en place des interactions. Rappelons que pour B. Golse le dialogue tonique est au cœur de la compréhension des troubles de la communication préverbale.⁷⁶

Dans son livre, C. Pavot-Lemoine rappelle que pour S. Robert Ouvray le développement de l'enfant est basé sur un étayage psychomoteur, et que l'intégration du monde, de ses expériences, s'appuie en premier lieu sur les états tonique du bébé.⁷⁷

Les dysfonctionnements de l'appareil moteur entravent la mise en place de l'intersubjectivité primaire comme le rappellent Muratori *et al.*. Ils formulent l'hypothèse que « chez les bébés avec TSA, la faible intentionnalité vers l'autre s'imbrique avec un équipement moteur qui ne le soutient pas. »⁷⁸

Certaines recherches font des liens et hypothèses entre les périodes charnières dites « sensibles » de myélinisation des axones, de la synaptogénèse, du début de l'élimination synaptique et ces particularités sensorielles. Les avancées scientifiques ont participé à classifier les troubles du spectre autistique dans les troubles neurodéveloppementaux. R. Pry nous les décrits, dans son

⁷⁴JOLY F., 2017, p 136

⁷⁵ ROGÉ B., 2019, p 5-12

⁷⁶ Thérapies psychomotrices et recherches n°162 2010 p 10 du concept de dialogue tonique au concept d'interactions

⁷⁷ Ibid. p 86

⁷⁸ JOLY F., 2017, p 148

article, comme « une orientation particulière des développements moteurs et sensoriels. »⁷⁹ Il les met en lien avec l'évolution des approches de diagnostic.

Toutes ces particularités sensorielles, d'intégration ou de coordination, qui vont entraver la vie quotidiennement des personnes ayant des TSA, vont se retranscrire dans la sémiologie « des bibles » qui servent d'outil de diagnostic « dans des formulations négatives telles que « déficits », « anomalies » ou encore « altération » qui traduisent la non-apparition ou l'apparition déviante de ces habiletés dans le développement des domaines linguistique, émotionnel et cognitif. »⁸⁰

J'y lis une possible volonté de l'auteur, de poser un regard moins stigmatisant. Il me rappelle ma première année d'étude à l'institut de Psychomotricité où l'un de mes professeurs utilisait, un terme qui m'avait déjà plu à l'époque, et dont le symbole du point de vue, continue de prendre de l'épaisseur dans ma clinique. Pour parler des personnes avec des TSA, il parlait de personnes « extra » ordinaires.

5.1.3 Présentation de Noé

a. Anamnèse

Noé est un petit garçon âgé de 3 ans et demi. Né en France, il est d'origine bengale. Il est le cadet d'une fratrie, une grande sœur décédée à la naissance, née un an avant lui et une plus petite, âgée de 1 an et demi. Il naît au terme de 37 semaines d'aménorrhée par césarienne. La maman dit avoir été stressée lors de cette grossesse. Les deux parents travaillent. Ils sont respectivement âgés de trente-cinq et quarante-six ans, et sont arrivés en France il y a huit ans. La famille qui se compose de Noé, ses parents et sa petite sœur, vient de déménager pour un appartement de quatre pièces. Noé a marché à dix-huit mois, sur la pointe des pieds, était capable de bi-syllabisme en français, « tata, papa », avant quinze mois, puis plus rien sur le plan du langage.

Il est arrivé à la PMI, par le biais d'une visite pour sa petite sœur en novembre 2018. Il a alors deux ans et demi. La famille vient d'emménager en ville. L'auxiliaire de puériculture qui s'occupe de

⁷⁹ PRY, R. (2019), p 145-151

⁸⁰ Ibid.

sa sœur de deux mois est interpellée par son comportement. Les parents confirment s'en être inquiétés. Depuis sa naissance il dort mal et crie beaucoup. Noé montre une grande agitation motrice. Un rendez-vous est pris avec la psychomotricienne de la PMI.

C'est ainsi que Noé va pouvoir commencer à être pris en soin. Il a alors deux ans et demi. Il présente un retard de langage, ne communique pas, plaque ses mains contre les oreilles possiblement lorsqu'il est contrarié ou inquiet, notamment par un bruit qu'il ne connaît pas. Parfois cela s'exprime par des cris. Noé présente des signes d'intolérance à la frustration. On observe des intérêts restreints et des comportements répétitifs et stéréotypés. Il est fasciné par les lumières, fait tourner les roues des petites voitures, est attiré par les écrans. L'examen oto-rhino-laryngologique est normal. On ne note pas d'antécédents médicaux caractéristiques dans la famille. Le score obtenu au M-CHAT-R⁸¹ effectué avec les parents est de 9. L'échelle de cotation pour ce test indique qu'un score entre 0 et 2 équivaut à un risque faible, moyen entre 3 et 7, élevé entre 8 et 20.⁸²

Les parents et les équipes se mobilisent et les prises en soin s'articulent rapidement. Après de nombreuses recherches et presque une année d'attente, il est suivi en CMP avec un psychologue à raison de deux fois par semaine, et bénéficie d'une séance hebdomadaire d'orthophonie en libéral. Les séances en psychomotricité à la PMI ont démarré dès le repérage des troubles et ont lieu une à deux fois par mois. Noé intègre une crèche en temps partiel en septembre 2018. Un diagnostic est officiellement posé en janvier 2020, en pédopsychiatrie par deux hôpitaux parisiens et évoquent un trouble du spectre autistique sévère. Des examens sont en attente de conclusions et d'autres sont à venir.

Aujourd'hui, Noé est en petite section de maternelle. Au début, cela a ravivé des comportements gestuels qui avait disparu à la maison (comme de se boucher les oreilles à l'aide de ses deux mains). On peut imaginer que ce nouvel environnement bruyant se heurte à une possible irritabilité auditive.

Noé a appris seul à l'aide d'une tablette, l'alphabet en français et en anglais, du vocabulaire en anglais et à compter jusqu'à cent. Il est donc très en avance sur certains des apprentissages demandés. Mais ses intérêts restreints notamment pour les chiffres et lettres, ses difficultés d'interaction et de communication et son retard de langage rendent plus difficiles l'entrée dans

⁸¹ Outil utilisé pour détecter des risques de troubles du spectre autistique avant 3 ans, rempli par un parent.

⁸² <https://mchatscreen.com/>

d'autres acquisitions ou apprentissages : la socialisation, l'enrichissement du langage ou l'aptitude à répondre aux sollicitations de l'adulte. La demande d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) vient d'être acceptée- via la constitution d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées- mais cette aide n'est pas encore effective à ce jour. Dernièrement, l'une de ses maitresse décrit une progression concernant les habilités sociales. Noé peut s'asseoir parfois avec ses camarades de classe (ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent) et elle valorise ses capacités, atypiques pour son âge.

b. Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Au moment où je rencontre Noé, le M-Chat-R effectué par la psychomotricienne de la PMI date de quelques mois. Noé est encore en attente de rendez-vous dans un service hospitalier en pédopsychiatrie, même si la nature des troubles et les hypothèses étiologiques sont abordées progressivement au cours de séances de psychomotricité à la PMI. L'intention dans ce contexte n'est pas d'établir un bilan psychomoteur quantitatif.

Par ailleurs, il existe peu d'outils adaptés pour effectuer un bilan psychomoteur standardisé pour un enfant de trois ans et présentant des troubles s'apparentant aux troubles autistiques comme décrit plus haut. L'évaluation psychomotrice se fera donc très largement à partir de l'observation qualitative. Je décide de concentrer mon observation psychomotrice sur :

- La Motricité :

La motricité globale de Noé n'est pas fluide. La dissociation du haut et du bas du corps est difficile. Il se retourne souvent d'un bloc. Lors des déplacements, l'avant du pied se soulève, parfois se sont les talons. Ces changements d'appuis successifs dans un plan sagittal, entrecoupés de moments dans une stabilité verticale donnent l'impression d'un manque d'ancrage, qui s'allie facilement à ce sentiment de légèreté que son petit gabarit renvoie. Noé est frêle, il se peut qu'il manque de masse et/ou de force musculaire. Mais ses pantalons assez ajustés me laissent entrevoir un possible *genu recurvatum*. J'ai la sensation qu'il recherche une stabilité dans l'articulation, une recherche de point de blocage pour une stabilité posturale. Mais parfois je me demande si ce ballet, genoux en avant, genoux en arrière n'est pas plus de l'ordre de l'autostimulation proprioceptive, elle aussi à mettre possiblement en lien avec l'hyperlaxité ligamentaire fréquentes dans les Troubles du Spectre Autistique (comme le soulignent J. Perrin et T. Maffre). Noé s'assoit souvent en position du « w », Ce

qui pourrait être l'expression, comme ils le décrivent, d'un manque d'aisance dans les activités motrices⁸³.

Noé descend les deux marches de la salle avec peu d'assurance, une marche après l'autre, et il est en difficulté pour sauter. On observe alors clairement les difficultés de dissociation des ceintures, de coordination entre le haut et le bas du corps, et celles liées à la régulation tonique. Noé a une démarche singulière : les pieds sont en légère rotation interne, il semble les lancer l'un devant l'autre. L'ancrage n'est pas là. L'équilibre est incertain, il chancelle parfois quand il se déplace. La maman dit qu'il tombe souvent.

La motricité fine est empreinte de maniérisme. La pince supérieure se fait souvent entre le pouce et le majeur ou entre le pouce et tous les doigts, à l'exception de l'auriculaire, lorsqu'il tient un scripteur, par exemple. Il est possible que cette particularité soit à mettre en lien avec un déficit proprioceptif ou tactile.

La dextérité en elle-même est bonne, la coordination oculomotrice est de qualité mais la tonicité qui soutient le geste reflète un engagement corporel important au service de cette fluidité.

- Tonus :

Le tonus de fond est plutôt hypertonique. La régulation tonique est de moyenne qualité. Le tonus d'action est variable, généralement hypertonique, il peut aussi être adapté. On observe une légère extension verticale lors du déplacement.

- Relationnel et langage :

Noé ne cherche pas à rentrer en relation. Il s'en détourne si nous tentons de l'y inviter. Il ne regarde pas le visage ou peu. Il présente ce que l'on appelle une intolérance à la frustration, qui s'accompagne de cris, il plaque alors ses mains sur ses oreilles. Bien que cette gestuelle soit en cours de disparition. Je pense qu'elle s'apparente plus à une stéréotypie, possible expression d'une décharge motrice ou forme d'isolation que d'une réelle gêne auditive de type hyperacousie, mais je n'en ai pas la certitude. L'examen ORL n'a cependant révélé aucune anomalie d'audition. Noé se montre parfois très « collé » à sa maman. La régulation proxémique avec les personnes hors contexte familial est plus ou moins adaptée pour l'âge. Noé ne pointe pas (ni en proto-impératif ni en proto-déclaratif) et n'est pas dans l'attention conjointe. Il peut répondre lorsque sa mère l'appelle, mais ne

⁸³ PERRIN J. et MAFFRE T., 2017, p 134

le fait pas systématiquement. Noé présente un retard de langage. Il jargonne plus qu'il ne prononce, des mots esseulés, qu'il n'adresse pas.

- Sensorialité :

Il semble apprécier les stimulations vibratoires, dont les propositions avec des instruments à percussions. Il préférera notamment s'asseoir sur le balafon, ce qui offre aussi des stimulations proprioceptives, car les lames non stables entraînent des micro-déséquilibres. Il semble aussi apprécier le son vibratoire des clochettes.

Au niveau visuel, il n'a pas un franc regard périphérique, il lance plutôt des regards furtifs sur le côté, la tête dirigeant le mouvement. Il n'apprécie pas le contact physique avec nous, mais il ne se désorganise pas si cela arrive ; il cherche alors seulement à s'en échapper et les râlements qui peuvent apparaître, transcrivent plus de la protestation. Il peut aller chercher le contact avec sa maman, pour satisfaire une demande mais aussi dans une recherche affective de réassurance.

- Comportement :

Noé fait preuve d'agitation motrice, d'intolérance à la frustration. Il peut se montrer tyrannique vis-à-vis de sa mère si elle n'accède pas à sa demande. Il va alors s'agripper à elle, tirer sur son vêtement jusqu'à capter toute son attention.

- Cognitif :

Il ne semble pas dans les jeux symboliques et n'imité pas les gestes (comme pour se dire, au revoir par exemple). Noé connaît déjà toutes les lettres de l'alphabet en français et en anglais, qu'il a appris seul, ainsi que quelques mots de vocabulaire qu'il épèle à voix haute, mais qui n'ont pas de fonction de communication dans le contexte.

- Espace et Temps

Il y a une belle exploration par le regard et un investissement de l'espace de la salle. Son intérêt pour certains objets vers lesquels il revient d'une séance sur l'autre, m'évoque une forme de réassurance, un ancrage affectif. Cependant, à chaque séance, il semble qu'il y ait besoin de réinvestir le lieu en se promenant dans tout l'espace.

- Schéma corporel :

Les bras sont peu investis lors des déplacements. S'ils ne sont pas directement et distinctement engagés sur le plan praxique, ils restent ballants, comme « bringuebalés » par le mouvement de la marche. Comme s'ils n'existaient que dans la temporalité directe de l'action à accomplir et pour laquelle ils sont l'outil particulier. Parfois il me semble qu'ils sont remplis d'une mission gestuelle imaginative, qui justifierait leur présence au corps réel. Cette observation ne vaut que lors des déplacements (le dessin du bonhomme qu'il dessinera quatre mois plus tard, montrera un ou deux des ovoïdes non attachés en guise de bras, en dessous du cercle principal et à hauteur des jambes).

Le descriptif précédemment énoncé concernant de possibles déficits de perceptions proprioceptives et la démarche particulière se traduisent dans un investissement du bas du corps de mauvaise qualité.

Le projet thérapeutique s'axe dans un premier temps sur les difficultés relationnelles de Noé. Un travail s'instaure pour favoriser les interactions et la communication, et donc de soutenir les processus de subjectivation et d'intersubjectivation, le repérage spatial et temporel du soi et de l'autre, de l'environnement. Au travers des jeux et activités motrices, dans un engagement relationnel et corporel et avec l'aide des parents acteurs, nous cherchons la mise en sens du fonctionnement sensori-moteur de Noé, ainsi que la dynamisation de processus de représentation au travers du partage.

Il s'agit d'encourager les habilités sociales qui lui font défaut et isole de ce fait la famille d'un possible environnement social, mais aussi d'étayer le langage pour soutenir l'entrée dans les apprentissages avec l'entrée à la maternelle. Les capacités cognitives dont il fait preuve, sont encourageantes et permettront nous l'espérons d'étayer cet objectif.

En parallèle, il s'agit de soutenir la parentalité, d'être à l'écoute, de faire sens ensemble, mais aussi de valoriser les acquis et progression de Noé à ces parents au fil des séances.

c. Le trouble, la famille et la PMI

Les troubles de l'interaction et de la communication ainsi que les intérêts restreints mettent souvent une barrière entre la personne atteinte et son environnement. Cette difficulté est variable en intensité mais toujours présente dans les Troubles du Spectre Autistique. J'ai été confrontée à

plusieurs reprises à l'extrême anxiété que le mot « autisme » peut générer chez les parents, ainsi qu'à leur réaction de déni parfois. Dans le contexte de la PMI, lieu de prévention, de dépistage et d'accueil des parents, et dans le contexte de la psychomotricité, en général, nous accueillons autant l'anxiété que cette dénégation. C'est un exercice compliqué que d'accueillir en respectant ce qui est pensable, à cet instant, pour les parents, tout en restant dans la réalité d'un enfant qui aurait un besoin plus intense d'être pris en soin, et donc reconnu dans ses troubles. C'est un équilibre délicat, car il faut à la fois préserver la nécessaire intervention précoce et prendre soin des possibilités psychiques des parents. Ce qui est « insupportable » ne pourra en aucun cas constituer un levier pour une alliance thérapeutique ni une dynamique de parentalité.

Ce n'est pas le cas pour Noé. Au contraire, dans son cas c'est le corps médical qui n'a pas su ou voulu voir. Nous sommes face à cette faille du système de santé qu'est l'errance médicale. La famille sentait que quelque chose n'allait pas. Je rappelle que Noé avait depuis le début des troubles du sommeil, il hurlait, faisait preuve d'une grande agitation motrice, refusait toute interaction avec autrui, ne regardait pas les visages ... On leur a dit de ne pas s'inquiéter. C'est en tout cas ce qu'ils ont entendu et qui semble attesté par les commentaires reportés dans le carnet de santé de l'enfant.

Probablement, la perte d'un enfant l'année précédente pouvant expliquer une grande anxiété parentale, a-t-elle été surdimensionnée par les professionnels de la petite enfance qui le suivaient, au point de masquer les signes cliniques. Il n'est en rien question, entre l'énoncé de cette réalité et celle qui va suivre, de juger. Mon propos est que cette réalité fait partie de la famille que nous accueillons. Elle influence les parents, les enfants, Noé et sa petite sœur, que j'aperçois lors de séance de téléconsultation avec Noé. Elle peut aussi nous influencer en tant que praticiens, tout du moins je me laisse la possibilité de m'en interroger. La famille va se couper d'une partie de sa vie car il est difficile de partager un quotidien serein avec Noé. Les parents « s'adaptent » aux difficultés de leur fils.

Alors, il y aura un soulagement que leurs craintes passées soient enfin entendues, que l'on s'intéresse aux problèmes de Noé et le prenne en soin. Mais du coup, cette réalité, elle va se nommer, les symptômes qui prenaient corps et auxquels ils faisaient face avec beaucoup d'amour vont devenir « représentés », avec le poids de ce que le mot « autisme » porte encore dans l'inconscient collectif et que l'on retrouve sur internet. Je parle de ce média car les parents d'enfants en difficultés y cherchent régulièrement des réponses à leurs inquiétudes. S'ils y trouvent parfois

du soutien, c'est souvent un exercice qui exacerbe leurs peurs. Il nous faut souvent relativiser les informations qu'ils y récoltent, les expliquer, les nuancer.

Les parents vont donc entamer un parcours médical ayant pour objectif de poser un diagnostic officiel pour Noé, sur lequel la prise en soin pourra s'appuyer. Ils se verront assener la réalité de manière brutale. La consultation qu'ils attendent depuis plusieurs mois, ne dure qu'un quart d'heure, « on a que peu de temps », « votre fils est autiste ». Il est possible que cet épisode se soit déroulé de manière moins caricaturale, mais c'est ainsi que la maman nous la relate, à plusieurs reprises. C'est comme cela qu'elle l'a reçue, vécue, intériorisée.

C'est cette famille que nous recevons dans la salle de psychomotricité.

Le jour où Noé décide de rentrer avec moi en communication, il est accompagné de sa maman. C'est une femme extenuée que nous recevons. Cela se voit sur son visage. Alors qu'elle a coutume de participer à nos interactions avec son fils, elle est déconnectée de ma prise en soin. Je prends conscience *a posteriori* que je n'ai pas- comme nous en avons l'intention et l'« habitude » thérapeutique-, valorisé au fur et à mesure les progrès que Noé me montre au fil de cette séance. Je crois que cela ne m'est jamais arrivé dans ce stage. Il y avait dans cette même pièce, deux séances, deux réalités, deux dynamiques de soin ; mon binôme avec la maman et moi avec Noé.

C'est une chose extrêmement rare, en fait c'est la seule fois où cela s'est passé. Rien ne s'en est dit, cela s'est organisé, parce qu'il y en avait un besoin absolu et que nous travaillons d'abord à partir de ce que les familles nous amènent, quoique nous ayons pré-refléchi ou préconçu de nos activités thérapeutiques.

Noé va courir, entre autres, autour de sa mère, assise sur le canapé, passant entre elle et le mur derrière elle. Quand je revisualise la scène, je me souviens du regard de cette femme qui ne quitte pas le visage de mon binôme, avec laquelle elle parle. Je m'en souviens car cela détonnait de sa conduite habituelle. Elle qui est très présente pour son fils, l'encourageant toujours à nous répondre, rentrant dans nos propositions pour aider une accroche avec lui. Elle ne semblait plus le voir ou l'entendre. Ce ballet, autour d'elle, qu'elle vivait quotidiennement, était devenu invisible, inaudible, imperceptible ; il n'existait plus pour elle, le temps d'une séance.

Cela a-t-il influencé l'agitation motrice de Noé du début de séance ? Je le pense. Cela a-t-il favorisé cette émergence de la parole adressée ? Je n'en ai aucune idée.

Je le souligne parce que s'il est évident que le soutien à la parentalité n'est pas une exclusivité de la PMI, son exercice y est particulier.

5.1.4 Notre objectif premier :

Soutenir le développement des capacités relationnelles

a. Agentivité

Les processus de subjectivation et d'intersubjectivation dans le développement de l'enfant reposent en partie sur le fait de s'éprouver acteur sur le monde. Cette agentivité correspond à la certitude stable de la capacité d'action sur son environnement humain ou non, celle de se ressentir comme pouvant les influencer.

« Cette fonction mobilise un niveau de conscience variable, et qui comprend des mécanismes complètement inconscients. »⁸⁴

b. De l'interaction à la communication

La communication nécessite une source qui émet et une cible qui reçoit, avec entre les deux un message, un signe, une parole, un geste. L'important, c'est que le code soit commun, partageable. Un point important est la boucle qu'elle suscite. Dans l'envoi du message, il y a déjà l'attente de la réponse. On doit aussi savoir que le message est reçu. Celui qui renvoie la réponse, devient acteur (émetteur), et le récepteur devient objet, c'est une boucle dans laquelle on alterne les rôles. Le message pouvant influencer, transformer quelque chose de l'autre à un instant « T ». Il s'y ajoute chez les humains une notion émotionnelle. Cette alternance, cette rythmicité va créer la relation. Rappelons que selon l'œuvre de H. Wallon, « l'homme se crée dans le dialogue de la relation ».⁸⁵

⁸⁴ PAVOT-LEMOINE C., 2018, p 370

⁸⁵ JOLY F. et LABES G., 2009, p 195

c. Les processus de subjectivation et d'intersubjectivation

Dès sa naissance le bébé est compétent. Il possède un équipement biologique de base pour sa survie. Ces compétences sont des comportements dédiés à son environnement et destinés à manifester et satisfaire ses besoins.⁸⁶ L'objectif est double puisqu'il s'agit à la fois que l'on s'attache à lui pour garantir l'objectif précité, comme de les satisfaire. Les informations déclenchant ces comportements sont récoltées par les systèmes sensoriels intérocepteurs et extérocepteurs.

On prête au petit d'homme des prémises de conscience de soi, un proto- soi, dès nourrisson, lui accordant ainsi une vie psychique tôt dans son existence. Socialement compétent, l'attachement lui est capital pour entamer son exploration du monde qui participe à l'individuation. Ceci ne se fera que dans un monde sécurisant. Il faut être bien attacher pour pouvoir se détacher, nous rappelle J. Bowlby.

« La théorie de l'intersubjectivité innée postule que le nourrisson naît avec une conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes, et cherche à interagir avec eux⁸⁷».

L'intersubjectivité primaire de C. Trevarthen soumet l'hypothèse que le nouveau-né possède une proto-conscience de l'autre, différent de soi. Elle va s'épanouir dans un environnement bienveillant, dans des échanges chaleureux.

B. Golse adopte une position nuancée, où les capacités d'intersubjectivité du bébé seraient à la fois présentes et opérationnelles, mais s'alternant avec des périodes plus indifférenciées. De la qualité des interactions qu'il vivra, dépend la stabilisation et la maturation de ses capacités d'intersubjectivité.

- La subjectivation est un processus d'intériorisation. Le bébé va intérioriser sa relation avec l'autre, de ce fait il va faire sien, des processus psychiques qui vont étayer la capacité de se penser comme différencié, de devenir sujet. Le « je » apparaît alors. Dans toute cette démarche le bébé est acteur mais cela nécessite qu'il ait expérimenté d'être acteur dans la relation, notamment dans les phénomènes de prévisibilité. C'est l'exemple type du bébé qui pleure, pour exprimer son besoin et que le parent viendra assouvir. Le bébé a donc agi sur son environnement. B. Golse parle d'intériorisation progressive des représentations d'interactions. Pour lui, nous sommes là dans des

⁸⁶ POMERLEAU, MALCUIT, 1983

⁸⁷ TREVARTHEN, 2003, p 309-428

processus intrapsychiques soutenus par la qualité des relations précoces que D. W. Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire ».

- L'intersubjectivité est la capacité de se percevoir à la fois comme acteur et sujet de la relation, chacun dans sa différence, dans un même temps partagé. C'est un espace-temps partageable pour se penser soi-même et penser l'autre au monde.

« Accéder à l'intersubjectivité, c'est à la fois se reconnaître soi-même comme physiquement et psychiquement distinct du milieu environnant ; reconnaître aussi l'autre dans ce milieu environnant ; et enfin identifier cet autre comme tout à la fois distinct, différent et semblable à soi»⁸⁸. C'est un phénomène qui se construit, dans l'interaction relationnelle. Il y a alternance de rôle, chacun son tour, devient sujet puis objet et inversement, et possède la double capacité d'être transformé et de transformer l'autre.

De cette alternance naîtra la rencontre.

Au tableau avec Noé, nous sommes dans un espace-temps partageable.

Cette position où nous ne nous faisons pas face lui convient, il n'a pas à soutenir le regard. C'est un lieu cohérent pour nous deux pour l'activité en potentiel (nos feutres à la main). La décharge tonique qui a précédé cet instant (lors de la première demi-heure à courir pour m'éviter) favorise sans doute ce temps de qualité attentionnelle. Chacun exécute ses réalisations mais reste attentif à la réalisation de l'autre. Ma lecture de son état tonique de vigilance, ses brefs regards jetés de côté sur mon dessin, la réponse amodale à mes propositions au travers du rythme me le confirment : nous sommes bien dans un faire ensemble.

Nous avons un code commun, le dessin. Chacun fait les siens, mais nous nous répondons en nous laissant transformer par l'autre.

⁸⁸ PAVOT-LEMOINE C., 2018, p.138

Je suis le sujet qui fais et dis les points frappés au tableau.

Noé garde le message subtil et amodal de la rythmicité (on peut imaginer que c'est son accusé réception, une sorte de « je t'ai entendu », « je suis un peu objet », mais il fait des traits.

À ce stade, j'aurais pu garder mes points et entamer une interaction au travers du rythme (chacun en rythme fait sa réalisation cela ouvre des perspectives thérapeutiques d'accordage, d'alternance, etc.) Mais ce n'est pas mon axe à cet instant. Noé a des troubles de l'interaction et de la communication. L'autre ne paraît pas avoir d'intérêt pour lui. Et surtout le plaisir de la relation semble encore trop souvent lui échapper...

D'abord je souligne verbalement qu'il ne fait pas comme moi, « oh, toi tu fais des traits ? »

Puis je lui signifie que j'accepte de devenir objet, « ok, on fait des traits », mais très vite je renvoie que cela a un effet non seulement dans la réalisation, mais aussi psychiquement, « on dirais de la pluie, allez je fais des nuages d'où tombent les traits, ça fait comme la pluie ! ».

Noé expérimente son agentivité, sa capacité d'être à tour de rôle objet et sujet. Il peut être acteur de la relation, car il influence aussi ma pensée.

On connaît la suite, il va se saisir de mon nuage (il est objet), mais ne lui adjoindra pas les traits (il est sujet) pour réaliser ses ovoïdes non fermés, j'arrête la pluie et fais des ronds (il est acteur), etc. Ma voix soutient ces processus, je mets beaucoup de « je », « tu », « on ».

Il me semble que quelque chose s'est passé ce jour-là pour Noé. Quelque chose qui a existé dans notre relation thérapeutique et s'y inscrit : Il ne sera plus jamais le même lors de nos rencontres, en PMI ou par téléconsultation. Noé est particulièrement bien entouré, par sa famille pour commencer, mais aussi par un psychologue qu'il voit deux fois par semaine et une orthophoniste. Peut-être cette séance a-t-elle fait substrat pour un processus en cours d'élaboration. Noé était prêt pour cette rencontre.

Ce qui à mes yeux reste peut-être le plus important dans celle-ci, c'est la jubilation qu'elle a suscitée, une « joie vive et expansive ».⁸⁹ Cette dynamique, à mon sens ouvre des perspectives

⁸⁹ <https://www.cnrtl.fr/definition/jubilation>

fondamentales dans l'existence, car elle sous-tend par appétence de l'autre, l'appétence d'être au monde, qui fait de nous des acteurs de notre vie.

d. La place du silence

Je souhaitais faire cet aparté, car cet écrit parle beaucoup de la voix comme expression tonique et comme verbalisation signifiante. Il est vrai que ma clinique en est très empreinte. Mais, la voix n'est rien sans le silence. C'est lui qui donne de l'épaisseur aux propos, à l'intention, qui module, régule, ponctue. C'est lui qui donne le rythme et donc une dynamique.

Mais surtout, il est la place de l'autre. Il est cet espace transitionnel, de tous les potentiels en devenir des processus de subjectivation dont nous venons de parler. C'est ainsi qu'il est dans notre clinique, tout sauf du vide, mais bien un support thérapeutique. Il est le lieu où la pensée va pouvoir éclore, rappelant la phase qui succèdera la « préoccupation maternelle primaire » de D. W. Winnicott, c'est-à-dire la place qui est laissée petit à petit pour que « l'illusion » de l'objet attendu se crée pour ensuite devenir une « pensée représentative » de cet objet.

C'est en deuxième année que j'ai expérimenté la place du « silence ». Cet instant dans nos séances qui est tout sauf du vide, qui s'apparente à un « ne pas dire ».

Nous sommes dans le manège en équithérapie. Cédric a 7 ans, Il n'a pas acquis la parole. Il souffre d'une maladie rare, avec une atteinte neurologique importante. Il en résulte une très grande hypotonie à sa naissance qui va très largement entraver son exploration du monde et son développement psychomoteur.

Cédric se montre ici et dans son quotidien, « partisan du moindre effort ». Ces derniers lui coûtent beaucoup, c'est indéniable, c'est cependant grâce à eux qu'il tient sur ses deux jambes, contre toute attente du corps médical qui ne le pensait pas possible. Sa démarche est peu harmonieuse par une régulation tonique déficitaire, l'ancrage est absent, l'équilibre est fragile. Sa silhouette frêle renvoie elle aussi, un sentiment de grande fragilité.

Je suis en binôme avec une étudiante de troisième année d'une autre école. Lorsque nous le voyons arrivé accompagné de son papa, nous n'avons qu'une envie : nous précipiter pour aller

chercher sa selle, nettoyer les sabots, brosser ... La psychomotricienne nous prévient « il peut tout faire ». Nous nous regardons avec ma binôme ... Nous aurons grand mal à ne pas remplir cet espace « transitionnel ». D'ailleurs lors du pansage⁹⁰, notre maître de stage nous laissant expérimenter cette capacité à laisser du « silence » (il s'agit ici du silence d'action), nous n'y arriverons pas. Cédric joue de son regard flou, qui se perd dans le nôtre ou au loin. Il pourra pourtant, avec notre aide, mener à pied son cheval jusqu'au manège.

Chaque séance est rythmée, ponctuée de rituels, là dans ce manège, pour monter à cheval, il faut un escabeau. Tout le travail sur l'organisation spatio-temporelle est fondamental pour la structuration de l'enfant. Pour ce qui nous occupe ici, il s'agit de se souvenir de la succession des actions, de faire des liens dans un contexte vécu, de communiquer, d'interagir. Il faut donc soit aller chercher soi-même l'escabeau qui permet de monter, soit demander de l'aide pour ce faire.

Dans un quasi automatisme, ma binôme et moi nous regardons pour savoir qui va aller chercher cet escabeau. Oui mais, nous sommes en équithérapie psychomotrice, ce qui est ici au travail n'est pas de savoir monter à cheval. La psychomotricienne nous arrête, du regard, et attend. Je crois que ce jour-là, elle n'a même pas posé la question à Cédric « qu'est-ce qu'on fait maintenant ? ». Nous avons attendu, plantées sur nos deux jambes que quelque chose advienne. Il a fallu très longtemps, pour que Cédric initie un regard vers l'escabeau, que nous avons tout de suite interprété, mis en sens, pour une demande d'aide à aller le chercher.

Cet espace laissé à l'autre, qui en fait lui appartient, je trouvais ce jour-là, très difficile à laisser « vacant ». Comme pour nombre d'autres de nos patients en difficulté de dynamique psychique. Et puis je l'ai apprivoisé, grâce à ce stage et ceux qui ont suivi.

⁹⁰ Ensemble des soins donnés à certains animaux, en particulier aux chevaux.

5.2 La rencontre

5.2.1 Le phénomène de la rencontre

D'une vraie rencontre sort-on changé ? Je le crois.

Le dictionnaire Littré⁹¹ dans ses différentes définitions parle d'aller vers quelqu'un qui vient-d'occasion qui fait trouver fortuitement une personne - de combat imprévu de deux corps ennemis qui se rencontrent - de combat singulier non prémédité - de concours, conjonction ou opposition des corps - de conjoncture.

Il se dégage à mon sens deux principes qui font écho à notre cas, celui de l'inattendu et celui d'un phénomène où deux sujets sont nécessaires. Dans la surprise ou l'affrontement, on s'ouvre à de nouvelles perspectives.

Aller à la rencontre de l'autre demande donc une certaine sécurité interne, ou bien d'avoir suffisamment confiance en l'autre pour s'aventurer en terre inconnue à ses côtés.

Il me semble que cette notion de surprise est fondamentale. Pas qu'elle advienne forcément, mais dans sa dimension d'éventualité, de se laisser aller à potentiellement être surpris dans un premier temps ; pas de place pour les *a priori*, et d'accepter que cette surprise puisse nous transformer. Que cette transformation participe elle-même à la rencontre.

De plus, cet espace nécessite que chacun reste acteur. Si l'un des deux joueurs manque, la dynamique fait défaut. On peut alors être ensemble, voire même être en lien, on peut se transformer (soi-même) ; mais c'est un tout autre phénomène que d'accepter de se laisser potentiellement transformer par l'autre, sans perdre son identité, sans se confondre, mais aussi de sentir que l'autre se transforme à notre contact, à la hauteur de son assentiment. Cela rend à mon sens l'espace-temps de la rencontre unique dans cette double dimension humaine et temporo-spatiale.

Dans le « comment » appréhender la rencontre, il y a le « comment » on appréhende l'autre. L'espace de la séance en psychomotricité est un espace privilégié pour ce phénomène. Un principe essentiel y préside, celui de l'adaptation. S'en dégagent deux principes, celui d'accepter d'être

⁹¹ <https://www.littre.org/definition/rencontre>

surpris et celui de l'être par l'autre. Nous accueillons notre patient en le considérant comme acteur autant que nous le sommes de ce qui se passe en séance. Cela participera à donner un cadre sécurisant à nos patients, si la sécurité interne leur fait défaut, pour autoriser cette potentielle rencontre. Cette considération est souvent mise à mal par les dogmes des exigences sociales et sociétales. Il faut faire vite, il faut faire « bien », c'est-à-dire dans une certaine norme. Souvent on fait à la place de ceux qui pourraient faire moins « bien » ou moins vite.

Nous incarnons cet abord psychique pour le patient. Cela s'exprime toniquement et est lisible par lui, quel que soit le trouble qui l'amène. C'est un atout précieux pour cette possible rencontre.

Compte-tenu des facteurs émotionnels que recouvrent les phénomènes qui précèdent, il ne peut y avoir de rencontre sans émotion. Il me semble que c'est elle qui pourra inscrire ce qui en restera, ce qui fera office de transformation. Ce lieu de nouveauté va laisser une trace en ce qu'il est porteur d'un nouveau potentiel. Cette trace mnésique pourra être un point d'appui dont chacun des acteurs pourra animer le dessein.

En psychomotricité il existe un espace-temps privilégié pour la rencontre, c'est celui du jeu. On peut jouer ensemble, mais aussi l'un contre l'autre. Surtout, il favorise des potentiels de surprise et de lâcher prise. Pour Winnicott, cet espace potentiel est un espace virtuel, c'est un possible lieu de passage entre deux mondes, une manière d'aborder le monde de l'autre pour aller à sa rencontre.

Dans la rencontre, quelque chose de nous change, elle participe à nous faire grandir, à évoluer. C'est une dynamique de vie.

5.2.2 La dynamique de l'entonnoir : le rapprochement

M'interroger sur la rencontre avec Noé m'a poussé à revisiter la séance du mois de janvier sous un autre angle. En me questionnant sur la dynamique qui avait contribué à l'avènement de la rencontre, je réfléchissais en termes de convergence et m'intéressais pour cela aux principes psychomoteurs qui en étaient le support, et qui avait participé à la dynamique du rapprochement.

La réduction progressive de l'espace d'évolution, de l'intensité du tonus et du niveau sonore ont permis de cheminer l'un vers l'autre pour se rencontrer.

L'espace

« L'espace, c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation, de la communication »⁹²

Au début de la séance, nous allons investir tout l'espace de la salle. Tous sont visités, avec une préférence de Noé pour celui autour du canapé où sa mère est assise. Les légers temps de pause, se font souvent dans les recoins. Dans un deuxième temps, l'espace se restreint près du tableau. C'est un espace connu, Noé y revient au fil des séances pour y coller quelques lettres magnétiques. Cet espace est limité sur trois de ses côtés (l'étagère à sa gauche, le tableau devant et moi à sa droite).

Puis il change de position, pour se retrouver dans un espace confiné. Il choisit de se mettre et de rester dans une grande proximité avec moi ; il est alors entouré de tous les côtés, notamment derrière lui par le bureau. Nombre d'auteurs font état du manque d'arrière fond pour les personnes souffrant de troubles autistiques.

Dans son approche sensori-motrice et selon son concept de l'axe du développement, A. Bullinger situe sa mise en place dans « l'espace du buste »⁹³, qui concerne les capacités d'enroulement et d'extension. Elle correspond à cette période où le bébé va se tonifier au niveau du buste et trouver « un équilibre entre musculature de flexion et d'extension ». C'est le moment- à partir de quatre mois- où en décubitus ventral, il repousse le sol pour se redresser sur ses avant-bras puis sur ses mains. Cette mise en place est capitale pour les capacités d'exploration, les interactions et les coordinations. « Cet arrière-fond n'a pas que des composantes physiques d'appui. La présence humaine, le portage psychique sont essentiels »⁹⁴.

C'est précisément dans cet espace limité, physiquement et psychiquement contenant, et avec un arrière fond possiblement étayant, que Noé décidera de me parler.

⁹² PAVOT-LEMOINE C., 2017

⁹³ Bullinger A., 2006, p 125-139

⁹⁴ Ibid.

Toniquement

« Le développement du tonus et de la motricité est confondu intimement avec le développement émotionnel de l'orientation, du geste et du langage »⁹⁵

Lorsque nous entamons la séance, Noé est hypertonique et dans une grande agitation motrice. Il y a quelque chose de l'ordre d'une motricité explosive, entre arrêt soudain et départ inattendu. Il s'y exprime la marque d'une difficulté de régulation tonique. Il me rappelle cette image de A. Bullinger lorsqu'il parle de « passages chez le cheval du trot au galop »⁹⁶ pour décrire les difficultés de régulation tonique.

Puis la motricité s'apaise, le déplacement incessant prend fin. L'hypertonie qui soutenait le mouvement dans la salle se canalise et le tonus s'organise dans le geste scripteur. Nous tapons des points et des traits au tableau, et peu à peu l'hypertonie de départ disparaît. Un accordage tonique harmonieux se met en place. Dans ce dialogue tonique qui s'organise le terrain est propice à l'écoute de l'autre.

La voix

L'intensité sonore va elle aussi diminuer. Mais contrairement au tonus ou à l'espace, la progression n'est pas linéaire ; c'est une sorte de « tout ou rien », entre les cris du début et le murmure de la fin, c'est le silence.

Les phénomènes relationnels sont des phénomènes dynamiques. De nombreux concepts psychomoteurs y participent. J'ai choisi de n'en présenter que trois.

Ce point de vue m'a ouvert une nouvelle perspective d'observation, dans une autre temporalité, celle de la dynamique, de la progression au cours d'une même séance. S'intéresser de plus près à celles qui fonctionnent ou au contraire peinent, pour mon patient, mais aussi pour moi l'espace d'une séance dans sa globalité ou dans un plan plus général, différent en tous les cas.

⁹⁵ DE AJURIAGUERRA J., BONVALOT-SOUBIRAN G., p 423-494

⁹⁶ BULLINGER A., 2017, p 13 (propos rapporté par DELION P.)

5.3 Le cheminement

5.3.1 Les nouveaux axes thérapeutiques

A la lumière des dernières séances, l'axe de travail se module. Il est toujours question de consolider et de soutenir les interactions et de favoriser la communication, en nous appuyant sur cette alliance thérapeutique. Mais il y a clairement une amélioration à ce sujet. Un nouvel axe me semble important à ce stade. Je souhaite entamer une prise en soin concernant la motricité globale et fine, autour de la régulation tonique ; pour renforcer l'équilibre, harmoniser la motricité, faciliter les dissociations/coordinations, mais aussi soutenir la fonction proprioceptive.

5.3.2 La progression et les consolidations

Après cette séance où la rencontre pu se faire, nous ne revoyons Noé qu'une fois en mars, plus d'un mois s'est écoulé. Il est souriant, et accepte très rapidement de s'asseoir pour interagir avec nous, il paraît même en attente de cela. L'alliance est là, sa capacité attentionnelle est plus grande. Il peut rester assis et concentré sur une interaction plusieurs minutes. L'amélioration des interactions relationnelles est impressionnante. Il montre des capacités d'alternance et ne perd pas patience s'il ne comprend pas de suite ce que je lui demande, ou si cela lui est difficile. Mais ce qui semble très prometteur, c'est qu'il montre clairement des signes de plaisir dans le jeu partagé. Noé adresse des regards d'une grande qualité communicationnelle. C'est de cette séance que la photo de couverture a été extraite.

Concernant le langage, il dit quelques mots dans le contexte de nos jeux, si je l'y invite et le soutiens en ce sens. Cependant, la maman m'ayant autorisé à filmer la séance, je me rends compte en la revisionnant au ralenti- pour en extraire notamment des images-, de la présence de nombreux sons qu'il émet pendant la séance, et auxquels nous n'avons pas prêté attention car ils étaient indéchiffrables sur le moment, ces sons sont en fait des mots, contextualisés de surcroît.

Nous repasserons par le tableau pour y redessiner des « têtes », il me semble que cela soit devenu une sorte « d'habitude communicative » ritualisée et rassurante. Le graphisme se complexifie, j'ajoute un cou, un deuxième rond pour le ventre. Noé se saisit de toutes les

propositions. Je le perçois dans une grande envie d'apprentissage. Il y a de l'attention conjointe et Noé peut orienter son regard vers ce que je lui pointe.

Vers la fin de la séance, je souhaite mettre en application les nouveaux axes retenus concernant la motricité, mais j'ai aussi une autre idée en tête.

J'aimerais interroger les processus de subjectivation et d'intersubjectivation. A chaque fois en séance, nous sollicitons l'attention de Noé pour se joindre à nous dans une activité. Il a fait beaucoup de progrès en matière d'interactions relationnelles, je souhaiterais vérifier son envie de venir se joindre à une activité qu'un autre fait, sans qu'elle lui soit proposée. A peine suis-je montée sur la planche basculante qu'il m'y rejoint, et un jeu autour de la régulation tonique s'instaure. Noé rit, je crois pouvoir dire que l'activité importe peu, il est dans le plaisir de ce jeu partagé.

Je reverrai Noé un mois plus tard en téléconsultation. Il y aurait beaucoup à raconter. Je ne garderai ici que ce qui est en lien avec les séances précédentes. La première fois il me salut, « bonjour, coouine » et crie « tête, tête » et puis « yeux », « nez » ... C'est une énumération de tous ces mots que je lui avais proposés à l'époque. C'est une manière de dire que les choses ne se sont pas effacées, qu'il a pu les garder en lui et en construire des représentations, qu'il met ici en lien avec notre relation de soin. Il a compris que les mots servent et favorisent la relation. Je pense qu'il cherche un moyen de les apprivoiser. Je pense qu'il en trouve au fil du temps de nouveaux. Lors de la dernière séance à la PMI, nous avons joué avec des lettres. Il piochait et disait le nom de la lettre, j'y mettais un nom (Noé : « P », moi : « comme papa », « Noé : D », moi : « comme dinosaure ») ...

Un mois plus tard, en téléconsultation, alors que je parle avec sa maman, Noé « m'amène » un jeu avec les lettres de l'alphabet et il entame « D dinosaure » A un moment, je ne saisis pas ce qu'il dit. Sa maman me répète : « L » comme « Liberté », « E » comme « Égalité », « F » comme « Fraternité ». Je suis abasourdie de ce vocabulaire. Sa maman m'explique que ces trois mots sont inscrits sur le fronton de son école. A ce moment, Noé me rend possible de faire une association – j'y vois là une possible manière de nous dire combien ce confinement est long pour lui, que l'école, peut-être lui manque.

5.3.3 La suite du chemin

Cette rencontre a été je pense un instant important pour Noé comme pour moi.

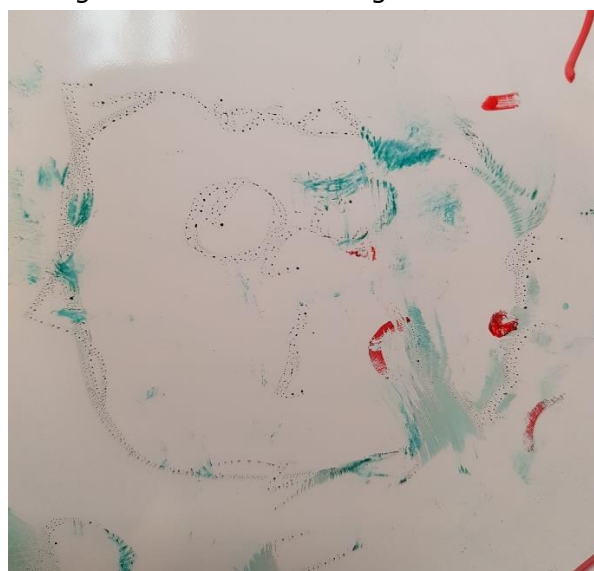
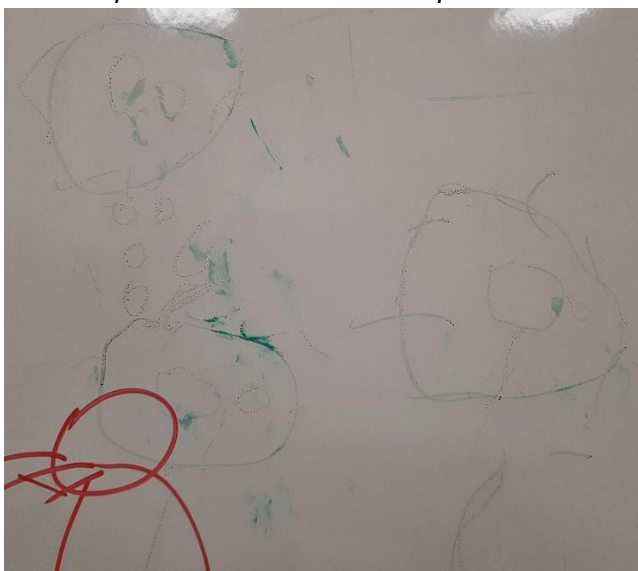
Noé sur le chemin des relations humaines, moi sur celui de mon identité professionnelle. Cette

rencontre n'a pas surgi de nulle part ; l'un comme l'autre, nous avons déjà parcouru un chemin, nous étions prêts pour qu'elle adienne. Elle n'est donc pas vraiment à l'origine des processus enclenchés, mais l'émotion qu'elle a suscitée a permis à mon sens, d'ancrer des acquis encore fragiles.

Les interactions relationnelles et la capacité de communiquer sont capitales en général mais particulièrement à ce stade des apprentissages, elles pourront venir étayer les processus de représentation. Au-delà des progrès dont il fait preuve, ce qui est très encourageant concernant Noé, c'est l'appétence dont il témoigne pour cette nouveauté et le plaisir qu'il semble y prendre.

Séance fin janvier

Duos de petits ronds à l'extérieur puis à l'intérieur Longue trace entourant le grand rond initial



Dessin de bonhommes du 12 Mars

Le long trait autour du visage figurant les cheveux longs persiste et il y a apparition d'un personnage, plus petit (en rouge, en bas à droite), Noé pourra nous confirmer que cela représente sa petite sœur présente ce jour-là.



CONCLUSION

Tout a commencé par une émotion. Elle est née d'une rencontre inattendue avec un enfant présentant des troubles des interactions et de la communication.

Elle fut le point de départ de mon questionnement sur le lien clinique, et plus particulièrement sur les dynamiques relationnelles qui existent entre soignant et soigné, sur leur qualité, ce qui les étaye, les invite. Sur ce qu'on s'en représente et ce que cela impacte de notre manière de les animer et de les vivre. Ces liens cliniques sont tout à la fois universels dans le soin et spécifiques dans le soin psychomoteur. Je me suis interrogée sur la nature de cette spécificité, ce qui l'étaye d'un point de vue théorique. J'ai cherché à éclairer la manière dont notre capacité d'adaptation- celle d'accueillir l'inattendu et qui me semble au cœur de notre identité professionnelle- potentialise l'espace-temps de la rencontre.

Dans cette dynamique du lien clinique, des processus thérapeutiques en psychomotricité, et face à des patients tellement éloignés des fonctionnements interactionnels « typiques », j'ai cherché à interroger le rôle et la fonction de chacun des protagonistes. Qui y est à l'origine de la relation, qui l'entretient, qui la désire ? Qui active et réactive le processus de soin dans ce cadre... « *Qui de nous deux inspire l'autre ?* »

Je me suis intéressée aux processus et mécanismes sous-jacents, les « invisibles » qui permettent, souvent sans que cela soit pensé, réfléchi ou immédiatement conscient, de parvenir à se rencontrer, interagir, communiquer et être ensemble.

Tenter d'y répondre m'a conduite à revenir sur la notion d'engagement corporel spécifique du psychomotricien, fondamental dans ce qui anime cet espace thérapeutique particulier. Il m'est apparu que la nature de la formation initiale en psychomotricité-du moins celle que j'ai reçue- est un élément à la fois fondamental et essentiel pour permettre à ces capacités d'écoute et d'engagement d'émerger, et plus largement pour nous permettre d'intégrer une lecture psychomotrice des situations de soin.

Au travers de ma clinique en général et de cette rencontre en particulier, j'ai perçu à quel point la voix était et resterait sans doute une modalité fondamentale de mon propre engagement psychocorporel dans ma pratique professionnelle. La voix comme actrice du dialogue tonique, mais aussi messenger du signifiant, pour ouvrir un chemin vers les représentations. Elle tient une place

prépondérante dans cette rencontre. Même si je n'ai pas développé plus avant cet axe, elle reste à tout moment comme une toile de fond dans cet écrit.

Un évènement imprévu me permit de continuer ce lien clinique de manière tout à fait inattendue. Malgré la période de confinement, j'ai eu l'opportunité de poursuivre mon stage en participant à un plan de continuité des soins en psychomotricité –pour les familles que j'accompagnais déjà- sous la forme de téléconsultations, en visioconférence.

Bien que nous ayons un cadre rigoureux en matière de protocole et de supervision, cette approche expérimentale a représenté une formidable opportunité d'apprendre encore, en redécouvrant, en créant. Cette expérience a ouvert la voie à de nouveaux questionnements : médiatisation par l'écran, engagement corporel à distance et perte d'épaisseur comme de plurisensorialité... Mais elle a aussi donné lieu à de formidables moments de lien clinique, et m'a permis de réactualiser la modalité voix comme intense représentante du dialogue tonique dans ce contexte... comme en dehors.

Ce travail me conduit à son terme actuel à formuler les idées suivantes. La notion de relation soignant/soigné ne peut suffire à établir ce qu'est le lien clinique en psychomotricité, et peut-être plus généralement dans le cadre de la relation de « prendre soin ». Parce qu'elle ne saurait laisser toute la place à l'intersubjectivité de la relation, à la créativité originelle du patient, là où justement ils ont toute leur importance dans la dynamique thérapeutique.

Enfin, si le cadre pensé de la séance est important et permet d'étayer des représentations contenant pour nous-mêmes et notre patient, c'est bien le phénomène clinique qui participe de cette dynamique en nous conduisant à l'élaborer pour co-construire avec lui. Et c'est au travers de notre engagement psychocorporel que nous animons notre intention de l'accueillir, dans l'espace-temps de la rencontre clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA (De) J. et BONVALOT-SOUBIRAN G.** Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1959, 2, 423-494.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Washington, DC. (2013)
- BERTHOZ A.** (2019). *Le sens du mouvement*. Millau : Odile Jacob
- BERTHOZ A., JORLAND G.** (2004). *L'empathie*. Millau : Odile Jacob
- BOUTINAUD J.** (2017). *L'enfant autiste et son corps*. Paris. Editions In Press.
- BULLINGER A.** (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139. Doi :10.3917/cont.025.0125.
- BULLINGER A.** (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome 1*. Toulouse : Editions ères
- COURBERAND D.** (2005). Le concept de résonance corporelle en thérapie psychomotrice. *Thérapie Psychomotrice et recherche, volume 141*. Nice
- CRUVEILLER V.** (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 62(2), 455-470. doi :10.3917/psy.622.0455.
- DECETY J.** (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie*, volume 2(2), 133-144. doi :10.3917/rne.022.0133.
- DUTRIAUX L. et GYSELINCK V.** (2016). Cognition incarnée : un point de vue sur les représentations spatiales. *L'année psychologique* Vol.116
- FOMBONNE É., MYERS, J., CHAVEZ, A., PRESMANES Hill, A. & ZUCKERMAN, K.** (2019). Épidémiologie de l'autisme : où en sommes-nous ? *Enfance*, 1(1), 13-47. doi :10.3917/enf2.191.0013.
- GIROMINI F., ALBARET J.F., SCIALOM P.,** (2017). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol.2 Méthodes et techniques*. Louvain-la-Neuve : Editions De Boeck
- GOLSE B.** (2011). De l'empathie et de l'intersubjectivité primaires, à l'empathie et à l'intersubjectivité secondaires : le travail de la polysensorialité. « *Le carnet psy* » n°157 p35-37. Editions Cazaubon.
- JOLY F.** (2016). *L'enfant autiste et son corps*. Paris : Editions in press
- JOLY F. et LABES G.** (2009). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Noisiel : Editions du PAPHYRUS

- LEPLAT J.** (1995). A propos des compétences incorporées. *Education permanente*. n° 123 vol.2, p 101-114.
- LESAGE. B.** (2017). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Éditions Érès
- MARCELLI D.** (1982). Le rôle des micro-rythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, 35-1
- NADEL J.** (2019). Imitation et plasticité du développement. *Enfance*, 1(1), doi:10.3917/enf2.191.0133.
- NADEL J.** (2016). *Imiter pour grandir-2e éd.* : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme. Malakoff : Dunod.
- PAGETTI M.** (à venir). Les interactions corporelles dans la construction de l'expérience : l'exemple de la psychomotricité auprès des enfants. *Revue SEPEN n° Agir et apprendre par le corps*.
- PAVOT-LEMOINE C.** (2017). Support de cours de première année en psychomotricité. IFP La Pitié Salpêtrière
- PAVOT-LEMOINE C.** (2018). *Des bébés et des crèches*. Malakoff : Dunod
- PETITMENGIN C.** (2010). La dynamique pré-réfléchie de l'expérience vécue. *Alter : revue de phénoménologie*.
- PIAGET J.** (1974). *Réussir et comprendre*. Paris : PUF
- PIJULET A.** (2015). *La médiation Percussion*. 44è JA Th.Psychomot. Montpellier.
- PIREYRE E.W.** (2015). *Clinique de l'image du corps*. Paris : Dunod
- PERRIN J. et MAFRE T.** (2017). *Autisme et Psychomotricité*. Millau : Editions De Boeck Université
- POLLET-VILLARD. P.,** (2011), *Mondial Nomade*, 2011, Flammarion
- POMERLEAU A., MALCUIT G.** (1983) *L'enfant et son environnement*. Pierre Mardaga éditeurs
- POTEL C.** (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. Toulouse : Éditions in Press
- PRY, R.** (2019). Après-propos : Diagnostic du TSA : obstacles et perspectives. *Enfance*, 1(1), 145-151. doi :10.3917/enf2.191.0145.
- RIZZOLATTI G. et SINIGAGLIA C.,** (2011). *Les neurones miroirs*. Paris : Odile Jacob
- ROBERT-OUVRAY S.B.** (2007). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris : Desclée de Brouwer
- ROGÉ, B.** (2019). Diagnostic et intervention précoce dans les TSA : des enjeux de société. *Enfance*, 1(1), 5-12. Doi :10.3917/enf2.191.0005.
- SCHNEUWLY B.** (1989). Production langagière chez Vygotski. *Enfance* Tome 42 1-2.

- TISSERON S., CLÉMENT M. & JONCOUR A.** (2015). Développer la capacité d'empathie des enfants porteurs de troubles du spectre autistique avec le *Jeu des trois figures*. *Cahiers de PréAut*, 12(1), 55-94. doi:10.3917/capre1.012.0055.
- TOUATI B., JOLY F., LAZNIK M.C.** (2007). *Langage, voix et parole dans l'autisme*. Paris : Presse Universitaire de France
- TREVARTHEN C. & AITKEN K.** (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, vol. 15(4), 309-428. doi:10.3917/dev.034.0309.
- VANDENBROUCKE B.** (2007). Les sensorialités en psychanalyse. *Les Cahiers jungiens de psychanalyse* n° 122.
- VACHEZ-GATECEL A. et VALENTIN-LEFRANC A.** (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Malakoff : Dunod
- VEESER A.** sous la dir.de PIREYRE E. (2015). *Cas clinique en psychomotricité*. Chap.8. Editions Dunod.
- VERMERSCH P.** (2004). Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Education permanente* n°160
- VIGNE D.** (2001). Que faire des indices corporels dans l'écoute en thérapie psychomotrice ? *THERAPIES PSYCHOMOTRICES et recherches* n°126.
- WINNICOTT, D.W.** (1975). *Jeu et réalité l'espace potentiel*. Éditions Gallimard. Collection connaissance de l'Inconscient dirigée par Pontalis J.B. (Mayenne : imprimerie Floch, 1995)

Sitographie

Haute Autorité de Santé. 2018. *Synthèse de la recommandation de bonne pratique (trouble de l'autisme)*.

https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche-antidot-2019?text=diagnostic+autisme&tmpParam=&opSearch=

Le service public de la diffusion du droit.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041798289&dateTexte=&categorieLien=id&fbclid=IwAR1VaRg7DGuFVi29b9->

[KxGCdak_ZFY4TVxVvYHbW0em6CHtDNq6IIYbIEaps&utm_source=Psychomotriciens&utm_campaign=7edb71fac9-](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041798289&dateTexte=&categorieLien=id&fbclid=IwAR1VaRg7DGuFVi29b9-KxGCdak_ZFY4TVxVvYHbW0em6CHtDNq6IIYbIEaps&utm_source=Psychomotriciens&utm_campaign=7edb71fac9-)

[EMAIL_CAMPAIGN_2020_03_16_10_18_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_05ceeb438d-7edb71fac9-182805345](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041798289&dateTexte=&categorieLien=id&fbclid=IwAR1VaRg7DGuFVi29b9-KxGCdak_ZFY4TVxVvYHbW0em6CHtDNq6IIYbIEaps&utm_source=Psychomotriciens&utm_campaign=7edb71fac9-EMAIL_CAMPAIGN_2020_03_16_10_18_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_05ceeb438d-7edb71fac9-182805345)

Annexe 1

Legifrance.gouv.fr le service public de la diffusion du droit

JORF n°0092 du 15 avril 2020 texte n° 12

Télesanté : Arrêté du 14 avril 2020

Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

NOR: SSAZ2009592A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/4/14/SSAZ2009592A/jo/texte>

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu la directive (UE) 2015/1535 du Parlement européen et du Conseil du 9 septembre 2015 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information, et notamment la notification n° 2020/209/F ;

Vu la directive 98/79 (UE) du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;

Vu le [code rural et de la pêche maritime](#), notamment ses articles L. 202-1 et L. 202-6 ;

Vu le [code de la santé publique](#), notamment son article L. 3131-16 ;

Vu le [code de la sécurité sociale](#) ;

Vu la [loi n° 2020-290 du 23 mars 2020](#) d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 4 ;

Vu le [décret n° 2020-293 du 23 mars 2020](#) modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu l'arrêté du 23 mars 2020 modifié prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 9 avril 2020 ;

Considérant que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré, le 30 janvier 2020, que l'émergence d'un nouveau coronavirus (covid-19) constitue une urgence de santé publique de portée internationale ;

Considérant que la télésanté permet à la fois d'assurer une prise en charge médicale et soignante à domicile pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du covid-19 et de protéger les professionnels de santé de l'infection ainsi que les patients qu'ils prennent en charge ; qu'il y a lieu de prendre les dispositions nécessaires pour l'étendre aux activités

d'ergothérapeute et de psychomotricien ;

Considérant que, dans certaines zones, les laboratoires de biologie médicale ne sont pas en mesure d'effectuer l'examen de « détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR » inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale ou d'en réaliser en nombre suffisant pour faire face à la crise sanitaire ; que le représentant de l'Etat dans le département peut désormais permettre, dans ce cas de figure, à d'autres catégories de laboratoires d'y procéder ; qu'eu égard aux risques de tensions d'approvisionnement en dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou de certains composants au regard du nombre de tests à réaliser, il y a lieu de permettre à l'ensemble des laboratoires réalisant cet examen de recourir à des dispositifs ne disposant pas d'un marquage CE dans le respect des conditions de sécurité et de fiabilité nécessaires ;

Considérant que la forte mobilisation des établissements de santé dans la gestion de la crise et la nécessité de limiter les consultations en milieu hospitalier pour tout autre motif justifie d'adapter les modalités pratiques de réalisation de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en dehors d'un établissement de santé par les médecins et les sages-femmes ; que, par ailleurs, la télé médecine permet à la fois d'assurer une prise en charge médicale à domicile pour les femmes qui souhaitent avoir recours à l'interruption volontaire de grossesse et de protéger les professionnels de santé de l'infection ainsi que les autres patients qu'ils prennent en charge ; qu'il y a lieu de prendre les dispositions nécessaires pour permettre le recours à l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en télé médecine et, corrélativement, la dispensation en pharmacie d'officine des médicaments concernés,

Arrête :

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'arrêté du 23 mars 2020 susvisé est ainsi modifié :

1° Le VII de l'article 8 devient le VIII et il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII.-A l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les activités d'ergothérapeute et de psychomotricien peuvent être réalisées à distance par télésoin. La pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'auxiliaire médical. Ces actes de télésoin sont réalisés par vidéo transmission. Ils sont conditionnés à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'ergothérapeute ou le psychomotricien. Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire. Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.

« Les ergothérapeutes et les psychomotriciens informent, par tout moyen, les plateformes de coordination et d'orientation mentionnées à l'[article R. 2135-1 du code de la santé publique](#) de la prise en charge à distance par télésoin dans le cadre du forfait mentionné au IV de l'article R. 2135-2 et du contrat type signé à cet effet mentionné au troisième alinéa de l'article L. 2135-1 du même code. »

Annexe 2

DOCUMENT RELATIF AU MAINTIEN DE LA CONTINUITE DE SOIN EN PSYCHOMOTRICITE

SERVICE DE PMI de la SEINE SAINT-DENIS / CIRCONSCRIPTION ...

1) Cadre de travail :

En accord avec Mme M., Responsable de la circonscription de PMI, un dispositif de continuité des soins en psychomotricité à distance a été évoqué.

J'ai donc imaginé ce dispositif pour répondre aux éventuels besoins des familles, relatifs aux missions du suivi en psychomotricité dans le cadre de la PMI. Et par extension, à la participation du psychomotricien aux missions ordinaires et exceptionnelles de la PMI dans le cadre de la crise sanitaire du coronavirus.

L'annulation des consultations habituelles en psychomotricité, et l'interruption des accueils en PMI, crèches, écoles et de certaines structures médico-sociales sont susceptibles de fragiliser les familles d'enfants en situation de handicap ou de troubles du développement, et en général les familles qui connaissent des difficultés de parentalité.

Les risques que j'identifie à ce jour- afférents à nos domaines de compétences- sont les suivants :

- Risques psycho-sociaux :
 - Rupture de l'accompagnement à la parentalité,
 - Isolement social des parents et des enfants avec déscolarisation ;
 - Conséquences liées au confinement : difficultés à gérer des enfants avec troubles du comportement dans des familles nombreuses, isolées et/ou monoparentales, des logements souvent surpeuplés et exigus.
- Risques sanitaires majorés par :
 - La situation de handicap ou de maladie chronique de certains enfants ou parents
 - L'inadéquation des logements
 - La situation administrative et économique des familles
 - Le faible niveau de maîtrise de la langue française (avec un accès précaire à l'information sanitaire)
 - La méconnaissance des circuits de soin
- Risques économiques : risque de précarité financière grave
 - De nombreuses familles tiennent leurs ressources d'activités (déclarées ou non) dans des secteurs ralentis ou mis à l'arrêt par la crise du COVID 19 (bâtiment, ménage, aide à domicile, restauration, gardiennage/sécurité).
 - Les familles dépendant de ressources non déclarées n'ont accès à aucune contrepartie financière
 - Les dispositifs prévus pour cessation d'activité liée au COVID 19 entraînent parfois des pertes de revenu conséquentes.
 - De nombreuses associations de soutien (distribution de colis alimentaires par exemple) ont suspendu ou ralenti leur activité

La somme de ces facteurs de risque me semble conduire à inventer à ce jour des modalités de continuité de service qui conjuguent protection et accompagnement des usagers les plus fragiles.

2) La méthode de travail :

a) Répertoire des usagers concernés :

Les usagers concernés par le dispositif sont :

- Ceux qui avaient un rendez-vous de consultation dans la période officielle du confinement
- Ceux qui font partie de la file active en psychomotricité et présentent des facteurs majorés et / ou cumulatifs de fragilité
- Ceux qui peuvent être adressés pendant la période par les équipes de PMI, de crèche ou les partenaires habituels du service et qui continuent d'assurer une activité présentielle.

b) Déterminer des priorités :

La priorisation des familles se fait à partir de l'établissement d'un scoring établi selon la connaissance que j'ai des situations particulières de chaque famille, en référence aux critères de fragilité précédemment exposés. *Le scoring ne peut être absolu dans la mesure où il renvoie aux seules connaissances dont nous disposons actuellement et à leur appréciation qui garde une part de subjectivité.* Le scoring est établi selon le tableau suivant :

| Critère de fragilité potentielle | Score attribué |
|--|-----------------------|
| Famille accompagnée dans le cadre de la protection de l'enfance ou repérée « famille en difficulté », ou pour lesquelles un risque de violence conjugale ou familiale a été repéré. | 3 |
| Famille présentant des difficultés de parentalité repérée antérieurement (quelle qu'en soit l'origine) ou des troubles psychiques/psychiatriques | 3 |
| Famille ayant un enfant en situation de handicap ou des troubles du développement avec troubles du comportement importants (en particulier TSA / TDAH ou agitation, TOP...) | 2/ enfant concerné |
| Famille qui avait un RDV de 1 ère fois dans une situation urgente ou complexe | |
| Isolement social important | 2 |
| Rupture de la prise en charge médico-sociale de(s) (l') enfant(s) | 2 |
| Difficultés d'accès au soin quelle qu'en soit l'origine | 2 |
| Précarité du logement (logement inadapté / surpeuplé, situation d'hébergement complexe) | 1 |
| Précarité économique possiblement majorée par le contexte | 1 |
| Pathologies médicales parentales | 1 |
| Famille nombreuse (3 enfants et +) ou naissances multiples (- de 3 ans) | 1 |
| Famille monoparentale | 1 |
| Pondération pour critères non référencés Préciser..... | +2 / -2 |
| SCORE TOTAL | |

Ce tableau est susceptible d'évoluer au fur et à mesure de l'expérience menée.

- Le score final est établi en faisant le total des scores partiels.
- Une pondération de -2 / +2 peut être appliquée sur la base de facteurs non référencés (qui minorent ou majorent le score total). Dans cas le facteur en question doit être précisé.

c) Continuité des soins en psychomotricité : la nature et la gestion des propositions

- L'ensemble des familles ayant un RDV le jeudi sont contactées par SMS individuel (ils ne voient pas les n° des autres familles), au plus tard la veille du RDV et se voient proposer un contact

téléphonique.

Pour exemple, voici le sms que les familles concernées ont reçu la semaine passée :

SMS modèle 1

« Bonjour. Nous traversons une période difficile face à la crise du coronavirus. Les consultations de psychomotricité de la PMI sont annulées mais je tiens à rester à vos côtés pendant cette période. Je vous propose donc de vous contacter par téléphone, par mail ou par WhatsApp pour faire le point sur votre situation. Vous pouvez m'envoyer un sms à ce numéro [il s'agit d'un n° professionnel] ou un mail à ...@seinesaintdenis.fr pour me faire part de vos souhaits et me donner de vos nouvelles. Les familles qui sont suivies par mes stagiaires Corine et L. peuvent également être contactées par elles. Je vous assure de tout mon soutien et vous souhaite bon courage. Bien cordialement. Mme P.L., psychomotricienne PMI. »

- Les familles qui n'ont pas de RDV dans la période immédiate mais sont repérées comme fragiles dans le contexte (voire scoring) sont également contactées par sms selon l'ordre de priorité du scoring.

SMS modèle 2 :

Bonjour. Nous traversons une période difficile face à la crise du coronavirus. Les consultations de psychomotricité de la PMI sont annulées mais je tiens à rester à vos côtés pendant cette période. Je vous propose donc de vous contacter par téléphone le [date] à [heure] pour prendre de vos nouvelles. Si ce rendez-vous téléphonique ne vous convient pas, n'hésitez pas à m'envoyer un sms pour m'en informer. Bon courage et à bientôt. Cordialement [signature selon Mme P.L. psychomotricienne PMI ou L. ou Corine , stagiaire de Mme P. psychomotricienne PMI]

Tableau de suivi en fonction des situations :

| | Familles ayant RDV | Familles n'ayant pas RDV pour repérées comme fragiles dans le contexte | Autres familles n'ayant pas RDV |
|---|--|--|---|
| Familles ayant répondu par une demande de RDV téléphonique | RDV téléphonique, puis reprogrammation si nécessaire d'un autre entretien, avec plusieurs modalités possibles (téléphone, visioconférence, mail...) | | |
| Familles ayant répondu (donné de leurs nouvelles) sans demander de RDV | Rappel de la mise à disposition à J+7 par sms : «Nous vous rappelons que nous restons à votre disposition... » | Envoi d'un second sms (voir sms modèle 2) puis contact téléphonique sauf si refus. | Rappel de la mise à disposition à J+ 15 par sms : «Nous vous rappelons que nous restons à votre disposition... » |
| Familles n'ayant pas répondu au SMS initial | | Envoi d'un second sms (voir sms modèle 2) puis contact téléphonique sauf si refus. Remontée à la puéricultrice concernée ou présente si score élevé | |

- En fonction des demandes reçues, les familles se voient proposer un RDV téléphonique ou en

visioconférence à l'issue duquel un nouveau RDV peut être reprogrammé avec la famille.

- D'autres média peuvent être utilisés : envoi de documents par mail, de lien internet pour différentes ressources.

Par exemple, une famille a reçu par mail une image de la posture asymétrique du nourrisson, complexe à expliquer par téléphone, ce qui a permis de la rassurer sur l'aspect totalement normal et physiologique de cette posture chez son bébé de 2 mois. Une autre, une ressource d'accès libre et gratuit : un tutoriel audio de « relaxation » destiné aux enfants et de bonne qualité, pour compenser le fait que les siens sont fatigués mais refusent de faire la sieste...

4) Recueil des données et transmission aux équipes

- Les données issues de la continuité de soins en psychomotricité sont reportées dans des tableaux de bord standardisés hebdomadaires (modèle en cours de construction).
- Toute information recueillie et qui justifie l'intervention d'un autre professionnel de la PMI est **immédiatement transmise** par téléphone à la PMI B. (puéricultrice de garde) ou par téléphone et mail à la puéricultrice de garde et à Mme F., Responsable de Circonscription de PMI si les **informations sont préoccupantes et / ou urgentes. La famille en est alors informée.**
- **L'activité des stagiaires reste sous ma responsabilité**, dans le cadre de leur convention de stage. **Le contenu des entretiens et la manière de les conduire a fait l'objet d'une préparation**, avec une progression du plus général au plus particulier **dans la limite de leur position de stagiaires** ; et une attention particulière portée aux indices de fragilité. En cas de repérage d'un élément de fragilité particulier, ou dans tous les cas où il existe une problématique particulière, je suis immédiatement informée et je prends le relai en appelant la famille.

Conclusion :

A ce jour, il s'agit d'un protocole expérimental de continuité des soins en psychomotricité qui ne saurait se substituer qualitativement à l'accueil réel de nos usagers dans le cadre des consultations de PMI. Il vise à tenter de maintenir un minimum d'accompagnement de nos usagers mais ne saurait être réellement satisfaisant.

A l'issue de cette période, il me semble important de pouvoir évaluer ce dispositif : je travaille donc à la construction d'un outil d'évaluation.

Mme P.L. psychomotricienne, service PMI départementale de Seine-saint-Denis

Annexe 3

Tableau 1.

Les rôles attribués à l'imitation.

- **Étape du développement cognitif de l'humanité, permettant un passage entre le concret et le symbolique**
(Donald, 1991)

- **Première forme de représentation symbolique au cours du développement cognitif de l'enfant**
(Inhelder et al., 1972 ; Piaget, 1945 ; Wallon, 1942)

- **Type d'apprentissage sans essai et erreur, aussi appelé apprentissage par observation**
(Bandura, 1971)

- **Moyen d'apprentissage social**
(Miller & Dollard, 1941)

- **Moyen de transmission du savoir-faire culturel**
(Tomasello, 2004)

- **Mode d'interaction non verbale entre mère et bébé**
(Kugiumutzakis, 1985 ; Murray et al., 2018 ; Pawlby, 1977, Stern, 1977 ; Trevarthen, 1993)

- **Forme d'action à double finalité, cognitive et sociale**
(Uzgiris, 1981)

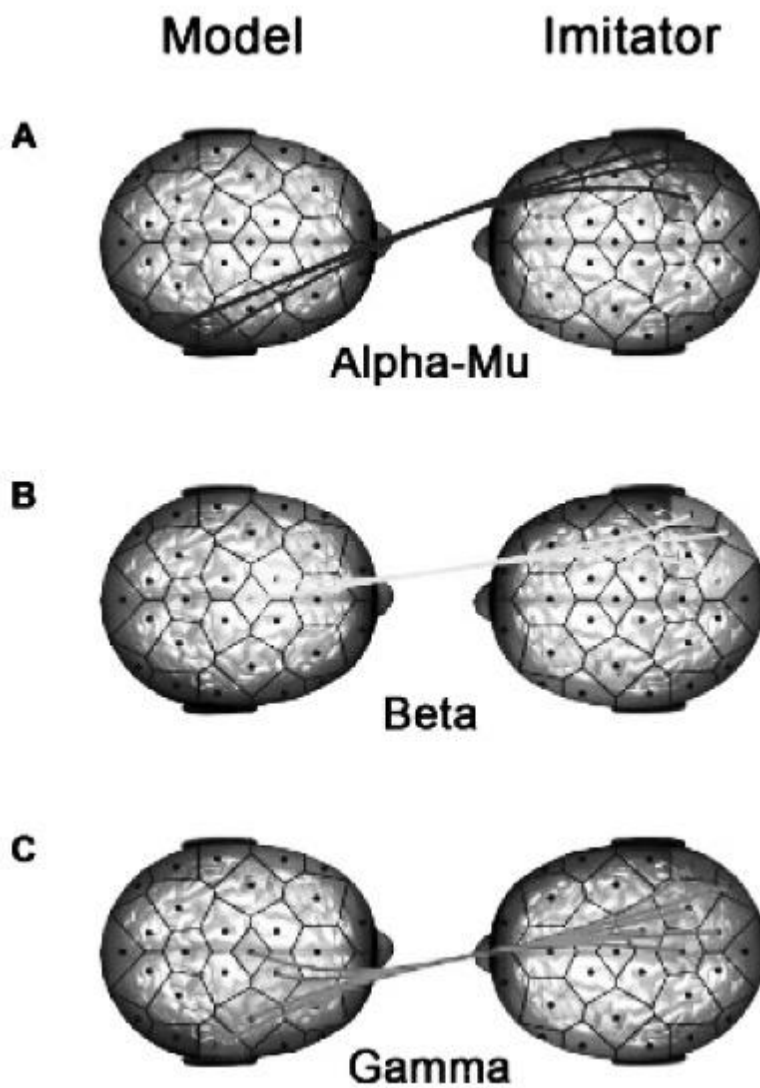
- **Système transitoire de communication préverbale**
(Nadel-Brulfert & Baudonnière, 1982)

- **Précurseur de la théorie de l'esprit**
(Meltzoff & Gopnik, 1993)

Annexe 4

Figure 3.

Synchronisation des rythmes cérébraux et différenciation des rôles durant une interaction sociale par l'imitation synchrone



Annexe 5

L'ensemble des illustrations de ce mémoire, en dehors des autres annexes, ont été réalisées à partir de photographies prises en séances de psychomotricité et dont la famille a autorisé la captation et l'utilisation dans le cadre de ce mémoire de fin d'études.

Résumé :

Dans le cadre de la PMI et au travers de l'accompagnement d'un enfant présentant des troubles des interactions et de la communication, ce mémoire vient questionner les processus et mécanismes du lien thérapeutique qui sont à l'œuvre en psychomotricité. Cette interrogation s'appuie sur le phénomène de la rencontre entre le psychomotricien et son patient. Dans ce lien clinique spécifique, qu'incarne le corps engagé du psychomotricien dans la relation ? Sur quelles sources cet engagement psychocorporel s'est-il construit ? Quelle est la place et la fonction des protagonistes engagés dans la dynamique thérapeutique ?

Mots clés : Psychomotricité – Infraverbal – Rencontre - PMI – Intersubjectivation – Formation - Corps

SUMMARY :

In the context of Mother-and-Child Protection Centre and through the support of a child with interaction and communication disorders, this dissertation questions the processes and mechanisms of the therapeutic link that are at work in psychomotricity. This question is based on the phenomenon of the meeting between the psychomotrician and his patient. In this specific clinical link, what does the committed body of the psychomotor therapist embody? On what sources was this psycho-corporeal commitment built? What is the place and function of the protagonists involved in therapeutic dynamics?

Key Word : Psychomotricity - Infraverbal - Meeting - Mother-and-Child Protection Centre - Intersubjectivation – Training – Body

ⁱ *MATTHIEU CHEDID