



HAL
open science

“ Motricité en relation ” : les enjeux de la construction de la relation en psychomotricité

Maureen Vasselle

► To cite this version:

Maureen Vasselle. “ Motricité en relation ” : les enjeux de la construction de la relation en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944323

HAL Id: dumas-02944323

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944323>

Submitted on 21 Sep 2020

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

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



IFP de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



« Motricité en relation » :
Les enjeux de la construction de la relation en psychomotricité

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien
Session de Juin 2020

Référents de Mémoire :
Ludovic DUVERGER
Cécile SELLINCOURT

Maureen VASSELLE

REMERCIEMENTS

Mes trois années d'études ont été marquées par de nombreuses rencontres à l'aide desquelles j'ai pu enrichir mes connaissances et être guidée dans la construction de mon identité professionnelle.

Je tiens à remercier mes maîtres de mémoire, Ludovic pour sa présence et son dévouement pour cette profession, Cécile pour sa disponibilité et l'authenticité de son vécu de la pratique psychomotrice. C'est grâce au partage de leurs expériences et de leurs connaissances, à leur écoute encourageante et à leur patience inépuisable que cet écrit a pu voir le jour.

Je remercie tous les professionnels qui m'ont accueillie à leurs côtés au cours de mes stages, Myriam, Aurélie, Romane, Benoît, Catia, Justine, Mathilde, Nathalie, Isabelle, Juliette et Loïc.

Merci également à toutes les personnes prises en charge au sein de ces établissements qui ont accepté ma présence et ma participation.

Je remercie mes parents et mes sœurs pour leur soutien au cours de ces trois années d'études, pour leur accompagnement dans cette nouvelle vie parisienne et pour avoir cru en moi à chaque instant.

Merci à Amélie d'avoir partagé cette folle aventure avec moi, sa joie de vivre, sa présence en toutes circonstances et à Alexandre pour son aide sans limite, son écoute attentionnée et son envie de me voir réussir.

SOMMAIRE

Introduction.....	7
Partie clinique.....	9
I. Les débuts d'une vie.....	10
A. Anamnèse et présentation d'Adrien.....	10
B. Rencontres avec Adrien.....	11
1. Première séance.....	11
2. Six mois plus tard.....	13
C. Dynamique relationnelle.....	16
1. En deçà du dialogue verbal.....	16
2. L'intégration des proches dans la prise en charge.....	17
II. Une quête de réponses.....	18
A. Présentation et anamnèse d'Eliott.....	18
B. Rencontres avec Eliott.....	19
1. Première séance.....	19
2. Quatre mois plus tard.....	22
C. Dynamique relationnelle.....	24
1. Au-delà de l'agitation.....	24
2. L'acceptation d'un parcours de soin.....	25
III. Du lâcher prise.....	26
A. Présentation et anamnèse de Monsieur Dolet.....	26
B. Rencontres avec Monsieur Dolet.....	26
1. Première séance.....	26
2. Trois mois plus tard.....	29
C. Dynamique relationnelle.....	31
1. Le lâcher prise.....	31
2. Une demande particulière.....	32
Partie théorie.....	34
I. Des liens de partage.....	34
A. De la relation à la relation thérapeutique.....	35
1. La relation.....	35
2. La réciprocité.....	36
3. L'interdépendance.....	37
B. Une prise en charge globale.....	39
1. Le patient et son environnement.....	39
2. L'engagement corporel.....	40

II. La contenance	41
A. Une enveloppe maternante.....	42
1. Relation primaire.....	42
2. L'environnement sécuritaire.....	43
B. Le cadre thérapeutique.....	45
1. Le cadre physique.....	45
2. Le cadre psychique.....	47
III. L'interaction	49
A. Le dialogue.....	49
1. Dialogue tonique.....	49
2. Dialogue tonico-émotionnel.....	50
3. Dialogue verbal.....	50
4. Dialogue langagier.....	51
B. Une qualité d'échange.....	52
1. L'observation.....	52
2. L'écoute.....	53
3. L'empathie.....	53
Partie discussion.....	55
I. Dans l'ici et maintenant	55
A. Offrir à chacun.....	56
1. Proposer des repères : un contenant.....	56
2. Favoriser les expériences : le contenu.....	58
B. Permettre à chacun.....	60
1. Un espace commun.....	60
2. Un espace pour soi, un espace pour nous.....	62
II. Entrer en relation.....	64
A. La confiance dans la relation.....	65
1. Intégrer une tierce personne.....	65
2. Être à l'écoute.....	68
B. Partager les rôles.....	71
1. Le patient acteur de sa prise en charge.....	71
2. L'implication du psychomotricien.....	72
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	77
Sitographie.....	80
Annexe.....	I
Annexe A : échelles de rythme de Monsieur Dolet.....	I

PRECAUTIONS DE LECTURE

Avant de débiter la lecture de mon écrit, je tiens à préciser certains points :

- L'utilisation des noms et prénoms :

Par soucis de respect de la vie privée et de confidentialité, les noms et prénoms des personnes évoquées dans mon écrit ont été modifiés.

- Les termes de « figure maternelle » et de « mère » :

Bien que j'utilise les termes de « figure maternelle » ou de « mère », la relation parent-bébé ne se résume pas uniquement à la mère. De manière générale, ils désignent les différents individus qui accompagnent et apportent les soins à l'enfant, tels que la mère, le père ou un autre accompagnant.

INTRODUCTION

La formation en psychomotricité m'a été riche en expériences, tant sur l'écoute et la conscience de soi que sur l'œil porté sur le monde qui m'entoure.

Mes stages, rythmés par l'observation et la pratique, m'ont permis de découvrir la psychomotricité auprès d'un public varié. La première année m'a conduite à apprécier le développement de l'enfant dans ses compétences psychomotrices. Au cours de la seconde année, je suis allée à la rencontre du monde de l'adulte au sein d'un foyer de vie accueillant des personnes majeures en situation de handicap mental. Et, pour conclure cette formation, j'ai partagé ma dernière année avec de jeunes adultes accueillis en institution suite à une situation de polyhandicap ainsi qu'avec une population diversifiée rencontrée dans une profession libérale.

Au sein de ce cabinet libéral, j'ai rencontré une clinique très variée allant du nourrisson à l'adulte et de la dysgraphie à l'autisme. J'ai pu également éprouver l'enchaînement des prises en charge, avec parfois des perturbations dans l'organisation telles que du retard et des annulations imprévues.

Je me suis alors questionnée sur les ressources dont dispose le psychomotricien afin d'être disponible à chaque patient, tout en considérant leur unicité.

Ce stage a donc soulevé l'enjeu de la relation auprès des patients en psychomotricité, notamment autour des qualités d'adaptabilité, de présence et de réponse que le psychomotricien semble avoir acquis au cours de sa formation et de son expérience professionnelle.

Cette réflexion accompagne la construction de mon identité professionnelle, au travers de valeurs qui se présentent, pour moi, comme indispensable à ma future pratique psychomotrice :

Comment s'inscrit la relation avec le patient en psychomotricité ?

Il est important de noter que le terme de relation est utilisé par de nombreux professionnels, autres que psychomotriciens. C'est pourquoi, je trouve intéressant d'élaborer ce travail alliant la clinique vécue lors de mon stage en libéral et les concepts théoriques qui éclairent mes questionnements afin d'explicitier ma « couleur » en tant que future psychomotricienne.

Selon moi, plusieurs hypothèses semblent répondre à ce questionnement :

- Le psychomotricien rechercherait une certaine qualité relationnelle auprès de

son patient et de son environnement.

- Le cadre thérapeutique mis en place apporterait un sentiment de contenance au travers de ses propriétés physiques et psychiques.
- La communication favorisée entre les différents acteurs de la prise en charge participerait à la consolidation de l'alliance thérapeutique.

Ainsi, à partir de ces hypothèses je vais étudier ce qu'est la qualité relationnelle qui semble dépendre d'un contexte incluant le psychomotricien, le patient et son environnement, mais aussi le cadre thérapeutique avec notamment la notion de contenance qui me paraît pertinente à étudier et pour finir, la communication que je présente comme un outil de l'alliance thérapeutique.

Dans l'objectif de partager le cheminement de ma réflexion clinico-théorique, je présenterai en premier lieu trois prises en charge auxquelles j'ai pu participer aux côtés de Loïc mon référent de stage. Dans cette partie, mes observations s'accompagneront de mes premières réflexions autour de la création de la relation et de son évolution au fil du suivi.

Ensuite, des recherches théoriques en lien avec les hypothèses énoncées précédemment compléteront mon sujet. Mon intention sera de les illustrer par des concepts autour de la relation, de la forme prise par le cadre thérapeutique ainsi qu'autour des différentes interactions observables en pratique psychomotrice.

Enfin, j'aborderai l'élaboration de ma réflexion dans une partie discussion. Par l'association des différentes notions et des vignettes cliniques, je discuterai autour de la place accordée à la relation en psychomotricité ainsi que de son rôle dans une prise en charge globale du patient.

PARTIE CLINIQUE

Dans la clinique présentée ci-dessous, j'ai choisi de présenter trois cas cliniques qui diffèrent selon l'âge, l'histoire de vie, le motif de consultation et la durée de la prise en charge. L'objectif est d'illustrer un point commun à ces situations pourtant différentes : est-ce la présence du psychomotricien ou sa posture ? Son approche ou la relation construite ?

Pour chacune d'elle, j'ai décidé de retranscrire et de mettre en avant le premier contact ainsi qu'une autre séance : cette méthode vise à montrer l'évolution de la relation depuis sa création ainsi que l'importance de la présence du psychomotricien dans sa qualité de contenance et de soutien à cette relation.

Dans l'écriture de ces deux séances, je débute par la description d'un instant T, suivie par l'expression de mes ressentis face à cette situation avant de terminer sur un point de vue plus théorique. L'idée est d'illustrer ce que le psychomotricien semble combiner au cours de sa pratique : un regard professionnel en lien avec ses connaissances et un vécu plus subjectif par son engagement dans le suivi.

Mon aventure dans le monde du tout petit a débuté par la prise en charge d'Adrien, un « super-héros en formation »¹. Je me suis questionnée sur les modalités d'élaboration de la relation lorsque le langage n'est pas acquis et sur la place des parents (ou accompagnants) en séance.

Mon stage long a commencé par la rencontre avec Eliott, un jeune garçon débordant d'imagination. J'ai été amenée à réfléchir sur la place d'observateur et la qualité de l'observation en séance de psychomotricité ainsi que sur l'accompagnement des différents acteurs de la prise en charge, c'est-à-dire patient et parents, dans un projet de soin en psychomotricité.

Ma réflexion autour de l'étayage du psychomotricien dans la relation thérapeutique s'est enrichie avec le suivi de Monsieur Dolet, un homme actif dans sa vie professionnelle et ses loisirs. Je me suis interrogée sur l'importance de l'engagement du psychomotricien dans les séances mais aussi sur les contraintes présentes dans sa pratique.

¹ Cf. *infra*, 2. Six mois plus tard. p. 13

I. LES DEBUTS D'UNE VIE

Adrien est âgé de quatorze mois lors de notre première rencontre, il est suivi depuis ses sept mois par mon référent de stage. Il bénéficie aujourd'hui d'une séance par semaine de quarante-cinq minutes, en présence de l'un de ses parents.

A. ANAMNESE ET PRESENTATION D'ADRIEN.

Ses parents ont pris rendez-vous au cabinet sur les conseils du pédiatre. La demande initiale est d'évaluer les difficultés d'Adrien qui présente une hypertonie des membres et une hypotonie majeure de l'axe.

La consultation avec le pédiatre a été motivée par l'inquiétude des parents d'Adrien qui constataient un décalage dans le développement de leur petit garçon par rapport aux autres enfants et parce qu'il n'attrapait pas les objets dès le cinquième mois.

Adrien est également suivi en pneumologie pédiatrique pour un asthme important du nourrisson et en kinésithérapie. Il est traité pour un reflux important.

Il est le premier enfant du couple. Aucun antécédent périnatal n'est à signaler, la grossesse et l'accouchement s'étant déroulés normalement.

Adrien est un bébé souriant, éveillé qui babille. Il présente un retard global de son développement psychomoteur dont nous ne connaissons pas l'étiologie. Il a également une plagiocéphalie, c'est-à-dire un aplatissement du crâne, diagnostiquée par l'hôpital qui le suit.

Les examens réalisés en neurologie montrent à l'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) des hypo-signaux de la substance blanche ainsi qu'un retard de myélinisation. Des examens génétiques sont en cours.

Le bilan d'Adrien établi lors de son premier rendez-vous en psychomotricité (à sept mois) met en avant son hypotonie du tronc et son hypertonie des membres. Il garde souvent ses membres supérieurs tendus le long de son corps et ses poings fermés. Toutefois, il présente une hyperlaxité des doigts.

L'agrippement lui est plus facile à droite. Sur le ventre, il se met en opisthotonos. La tenue de tête n'est pas encore acquise et, malgré quelques mouvements latéraux il ne réalise aucune ébauche de retournement.

Pour Adrien, la poursuite oculaire est plus facile de droite à gauche avec décrochage du regard au passage de l'axe, à mettre en lien avec son strabisme convergent de l'œil gauche alerté par Loïc.

Le réflexe des points cardinaux est encore présent, il correspond à l'orientation de la bouche et de la langue vers la stimulation proposée autour de la bouche – au niveau de la commissure des lèvres, du nez et/ou sous la lèvre – suivi de l'enclenchement du réflexe de succion.

En ce qui concerne ses réponses aux différentes stimulations, il montre peu de réactions aux stimuli sonores (bip).

B. RENCONTRES AVEC ADRIEN.

1. PREMIERE SEANCE.

Lors de cette première séance, Adrien alors âgé de quatorze mois nous attend en salle d'attente dans les bras de son père. Pour chacune des prises en charge, Loïc donne la possibilité au patient et à l'accompagnant de refuser ma présence pour différentes raisons : par soucis de confidentialité, par gêne ou par sentiment d'intrusion.

Le psychomotricien me présente en tant que stagiaire de troisième année et future collègue, et explique que je serai présente chaque mercredi. Le papa accepte et me présente de nouveau à son fils.

Pendant ces présentations, je remarque qu'Adrien glisse dans les bras de son père. Je cherche son regard afin d'établir un premier contact avec lui, mais je ne parviens pas à le capter. Nous entrons tous les quatre dans la salle de psychomotricité, le père participe à la séance. En effet, à cet âge de la vie, le lien parent-enfant est primordial au bon développement de l'enfant et les séances sont également le lieu d'un soutien à la parentalité et d'une guidance.

Adrien est installé sur le tapis, au sol, par son père, qui lui retire son manteau et ses chaussures. Loïc s'agenouille face à Adrien, pendant que le père va s'asseoir sur une chaise à côté du tapis. Je décide de m'installer au sol de l'autre côté du tapis.

Allongé sur le dos, Adrien montre un intérêt pour les objets qui l'entoure, son corps entre alors en mouvement. Sa tête s'oriente vers les jouets, sa main droite s'ouvre et se ferme légèrement alors que sa main gauche reste fermée et que ses pieds glissent sur le tapis.

Il semble vouloir attraper un jeu en bois situé à sa droite, Loïc approche le jouet d'Adrien. Il lui regroupe ensuite les jambes et dégage le bras coincé entre le tapis et son corps afin qu'il puisse se positionner sur le côté. Dans cette nouvelle posture, Adrien peut jouer avec l'objet.

Lorsqu'Adrien revient seul sur le dos, le psychomotricien lui propose de suivre du regard, de droite à gauche, une peluche faisant du bruit. Son regard ne peut suivre la peluche que dans la première moitié de son trajet, ne pouvant franchir l'axe médian et reste alors fixé vers le plafond pendant la fin du trajet.

Je remarque également que, tout au long de la séance, son regard est difficile à capter et se fixe sur certains objets de la salle de psychomotricité (un spot au plafond, un tableau, un miroir).

Au cours de la séance, le père d'Adrien explique et questionne des éléments de santé et de suivi de son fils. L'attention du psychomotricien se retrouve alors partagée entre Adrien et son père.

La séance se termine, Adrien retrouve les bras de son père et est rhabillé. Loïc et moi-même les accompagnons dans la salle d'attente.

La prise en charge d'Adrien a fait naître en moi un mélange de curiosité et de stress. D'une part je me demande ce qu'il est possible de proposer aux nourrissons et comment communiquer avec eux car c'est un public que je ne connais pas. D'autre part, les bébés me renvoient un sentiment de fragilité, par leur petite taille et leur vulnérabilité au monde extérieur.

Dans ma position d'observatrice, je me suis placée de telle sorte à avoir le psychomotricien, Adrien et son père dans mon champ de vision, notamment pour observer leurs interactions.

Loïc ne m'a pas indiqué l'âge d'Adrien avant de débiter la séance. Je suis surprise par le contraste entre sa taille et ses capacités. En effet, sa taille me donne bien l'impression qu'il est âgé d'environ un an, cependant sa tenue de tête et les retournements sont en cours d'acquisition et, la position assise ainsi que la marche ne sont pas acquises.

Lorsqu'Adrien tente de rouler sur le côté, j'observe des temps de pause lors desquels il est : soit dans un élan où ses mains entrent en mouvement et sa tête se tourne vers son objectif soit, dans un temps d'immobilisation pendant lequel je vois son regard et sa position se fixer.

Il présente une grande fatigabilité, sa tenue de tête est de courte durée et souvent, des pleurs suivent un moment d'efforts, ce qui peut expliquer ces fluctuations.

Une fois sur le côté, le regard d'Adrien est dans ma direction. J'ai la sensation que son

regard me transperce, je ne sais pas dire s'il me regarde ou si son attention est orientée vers le radiateur derrière moi.

J'essaye de l'interpeller en lui demandant ce qu'il est en train de faire, dans l'idée d'entrer en relation et certainement de me rassurer. Adrien ne répond pas à ma sollicitation, ni sourire, ni mimique, je décide donc d'agiter un jouet ce qui lui donne un nouvel élan.

Une contradiction s'opère concernant l'attention que j'accorde au père d'Adrien pendant la séance. D'un côté sa présence me gêne, ma façon d'entrer en relation avec son fils me paraît maladroite et je crains qu'il porte un jugement sur mon manque d'assurance. D'un autre côté, même s'il est intervenu plusieurs fois pour discuter et questionner la situation de son enfant, mon attention s'est concentrée sur Adrien au détriment de l'observation du comportement et des réactions du père.

En revanche, l'attitude du psychomotricien m'a rassurée. Il s'est montré contenant et à l'écoute d'Adrien, lui apportant de l'aide et verbalisant ce qui semble se passer. Son attention est également partagée avec le papa, auquel il apporte des réponses et propose une réflexion autour d'Adrien.

En position dorsale, Adrien présente une hypertonicité des membres supérieurs, les poings serrés, ses pouces s'insèrent entre l'index et le majeur. A quatorze mois, il n'a pas encore acquis le retournement dos-ventre, ni la position assise. La tenue de tête est en cours d'acquisition, mais cela lui est coûteux en énergie. En effet, sa tête tombe lourdement après un court temps de maintien. Il vocalise peu, néanmoins il semble le faire volontairement.

Lorsque ses pieds repoussent le sol, Adrien se rapproche des jouets mais le verrouillage de ses épaules complique le passage dos-côté et donc leur manipulation. Le psychomotricien accompagne le bon déroulement du passage dos-côté, il regroupe les jambes d'Adrien pour réaliser un transfert de poids et pour faciliter le dégagement du bras bloqué sous le corps. L'idée est qu'Adrien « imprime » ces niveaux d'évolution motrice afin de les utiliser par la suite de manière autonome.

2. SIX MOIS PLUS TARD.

Avant de débiter la séance, je partage un instant avec Adrien et son père dans la salle d'attente, Loïc étant en rendez-vous avec un autre patient. Monsieur installe son fils sur le fauteuil, en position assise et s'assied à côté de lui, avant de lui enlever ses chaussons et son manteau. Quant à moi, je suis installée non loin sur une chaise, cette

proximité me permet de palier à une chute éventuelle, de veiller à sa sécurité.

Dans cette installation, je capte le regard d'Adrien et lui demande comment il va. Ensuite, je m'adresse au père pour savoir si les vacances ont été reposantes pour eux. Il acquiesce et explique qu'Adrien s'est levé aux aurores ce matin et qu'il n'a bu que la moitié de son biberon. Son fils accompagne le discours par de nombreuses vocalises. A cet instant, il reçoit un appel et se lève du fauteuil pour y répondre.

Je remarque qu'Adrien glisse sur le côté gauche et va bientôt se retrouver en position allongée. Je décide d'observer comment il va s'organiser – se laisser glisser ou se redresser – tout en lui verbalisant et en veillant à sa sécurité. Mais son père vient le redresser.

Loïc sort de la salle de psychomotricité pour raccompagner le patient avec qui il était en séance, nous salue verbalement, fait un signe de la main à Adrien et nous invite à entrer dans la salle. J'y entre la première pour déposer mes affaires.

Comme à son habitude, le père d'Adrien installe son fils au sol sur le tapis, et s'assied sur la chaise proche du bureau. Agenouillé face à Adrien, le psychomotricien lui fait des compliments concernant le pull qu'il porte, sur lequel est marqué « *Superhero in training*² ». C'est avec des vocalises et des sourires adressés qu'Adrien lui répond.

Le papa nous informe que son garçon se retourne de plus en plus au sol (dos-ventre, ventre-dos), même si une fois sur le ventre, ses mains restent bloquées sous son corps. De plus, lorsqu'il attrape un objet, il utilise régulièrement ses deux mains. Loïc propose donc à Adrien différents jouets en arc de cercle au-dessus de lui pour observer les progrès décrits par le père.

C'est avec rapidité qu'Adrien réagit aux stimulations proposées, ce qui permet à Loïc de l'accompagner vers une solution afin qu'il prenne appui sur ses avant-bras. Avec cet appui, la tête relevée, Adrien regarde les jouets qui l'entourent avec de nombreuses vocalises. Sa tête retombe et il revient sur le dos. Nous le félicitons tous les trois, ses vocalises nous font écho.

Avant de terminer la séance, Loïc tend ses mains à Adrien pour qu'il attrape ses doigts. Dans ce moment d'échange, ils discutent au travers du regard et dans un dialogue de questions-réponses. Le psychomotricien bruite la montée en accompagnant Adrien vers la position assise, tandis qu'Adrien lui répond par des sourires, des rires et beaucoup de vocalises.

² Traduction anglaise de : Super-héros en formation

Le psychomotricien installe ensuite Adrien sur un plan incliné (module en mousse), en lui demandant de pousser avec ses pieds pour se regrouper et se hisser vers le haut du module en prenant appui sur ses avant-bras.

Nous observons que la tenue de tête est plus brève et il semble s'enraidir. Loïc décide donc d'arrêter et prend Adrien dans ses bras pour le calmer. Le père prend le relai, ce qui marque la fin de la séance.

Voilà trois semaines qu'Adrien n'est pas venu en séance, je suis curieuse de voir comment il va. Il est aujourd'hui âgé de vingt mois. Ce premier temps partagé dans la salle d'attente avec lui et son père m'a permis de l'observer dans un autre contexte. Installé sur le fauteuil, son regard est accessible et être en interaction avec lui me paraît possible.

En essayant d'attirer son attention, la prosodie de ma voix se modifie, je chuchote presque, ce qui m'étonne. Dans ce moment de relation, je lui montre et lui explique les images d'un livre très colorées. Son regard est dirigé vers le livre, il semble attentif.

Une hésitation me parcourt lorsqu'Adrien commence à glisser sur un côté, assis dans le fauteuil. Je suis partagée entre la volonté de voir comment il va lui-même réagir à ce changement de position incontrôlé et mon rôle dans cette situation.

Par la présence du père, je ne me suis pas autorisée à redresser Adrien mais j'ai porté une attention particulière à sa sécurité et à son confort. Dans ce moment d'incertitude, je verbalise à Adrien qu'il glisse et lui demande comment il compte faire pour se redresser, ce qui me permet indirectement d'en informer le père qui ne s'en est peut-être pas rendu compte puisqu'il est au téléphone.

Aujourd'hui, Adrien marque particulièrement sa présence par de nombreuses vocalises qui accompagnent ses actions et les discussions, d'autant plus lorsque son père parle. En effet, pendant que je discute avec le papa en salle d'attente, Adrien participe à la conversation. En revanche, quand Monsieur est au téléphone, le tout petit est plus silencieux.

Ses vocalises ont également marqué ses envies au cours de la séance. Lors de la dernière proposition qui l'a mis en difficulté, Adrien nous a fait comprendre son souhait d'arrêter par une grosse colère. A ce moment, il ne pleure pas mais se manifeste avec des cris, rougit et entre en hyperextension.

Dans cette fin de séance, le père semble moins disponible à accueillir ce qu'il se passe.

Présent dans la relation, il verbalise certaines actions de son fils, mais lors de sa colère, il n'intervient pas physiquement bien qu'il en a le droit. C'est pourquoi Loïc s'est autorisé à rassurer Adrien en le prenant dans ses bras avant de terminer la séance.

Pendant cette séance, j'ai réussi à partager mon attention entre Adrien et son père, ce qui m'avait semblé très difficile lors de la première rencontre. Cependant, son papa étant moins présent verbalement, mon observation n'a pas été surchargée par d'autres informations.

Je me sens également plus impliquée dans le suivi et dans cette relation, grâce à la répétition des rencontres qui me permet de mieux connaître Adrien et son père. Je ne découvre plus la situation, j'y participe.

A son retour de vacances, nous constatons une évolution dans le développement d'Adrien. Il maîtrise de mieux en mieux sa tenue de tête, tant en position assise qu'en position ventrale. En revanche, sa fatigabilité persiste. Il présente une grande appétence pour les jouets proposés, ce qui l'incite à réaliser des retournements dos-ventre, ventre-dos plus fréquemment. Aujourd'hui, il ne parvient pas à libérer ses mains du poids de son corps une fois sur le ventre, ce qui l'empêche de manipuler les jouets.

En plus de ses progrès sur le plan psychomoteur, Adrien entre plus facilement en relation avec autrui non seulement grâce à ses nouvelles postures qui lui apportent un autre regard sur le monde environnant et par les vocalises qu'il partage. Mais aussi par sa qualité de regard, il est plus facile d'attirer son attention et même de capter son regard pour un moment de partage.

C. DYNAMIQUE RELATIONNELLE.

1. EN DEÇA DU DIALOGUE VERBAL.

Le suivi d'Adrien a soulevé différentes questions concernant la qualité d'échange à adopter : quel mode de communication privilégier ? Comment lire le langage du corps ? Son retard de développement influence-t-il ses habiletés relationnelles ?

La communication avec Adrien est impactée à différents niveaux. Ses capacités d'expression verbale sont influencées par son retard global de développement. Même s'il vocalise et semble attentif aux sons, le langage n'est pas encore acquis.

Il me semble réagir plus à la prosodie qu'aux mots quand nous lui faisons une

proposition. J'ai remarqué par ailleurs, que la quantité de ses vocalises est très différente d'une séance à l'autre. Ces fluctuations paraissent en lien avec son état général (fatigue, somatique).

Avant que l'enfant acquière le langage, la communication est possible au travers du dialogue tonique. Le corps est vecteur de ce dialogue. Chez Adrien, différents facteurs viennent entraver la qualité de ce mode de communication : son retard de développement, son hypertonie et sa fatigabilité.

La communication passe également par le regard. Celui d'Adrien est difficile à capter, son regard se fixe sur des objets et échappe au nôtre. J'apprendrais par la suite qu'il porte des lunettes mais celles-ci ont été perdues. Elles ont été refaites depuis, mais il ne les porte pas régulièrement.

Afin d'entrer en communication avec Adrien, la qualité de l'observation est importante et la verbalisation est à privilégier, notamment sur ce qui semble se passer pour lui, pour le proche présent et pour nous afin d'accompagner ses réactions. En effet, pour le tout petit, l'environnement conditionne une partie des réponses ; l'individuation et le développement du vocabulaire permettent de les préciser.

Adrien nous communique, au travers de son corps, ses envies et ses besoins auxquels nous, c'est-à-dire le psychomotricien, ses parents et moi-même lui répondons par un étayage verbal et corporel sur la base de nos hypothèses. Ainsi, lorsqu'il oriente son regard vers un jouet, nous verbalisons son intention puis nous lui laissons un temps pour qu'il puisse s'essayer à l'attraper, avant de l'accompagner corporellement et verbalement pour le retournement dos-ventre s'il en a besoin.

2. L'INTEGRATION DES PROCHES DANS LA PRISE EN CHARGE.

L'âge d'Adrien implique la présence d'un de ses parents en séance, ce qui met en avant la question de la place et du rôle de chacun : comment accueillir les questions et remarques des parents ? Quelle influence leur présence a sur le déroulé de la séance ? Quel cadre mettre en place dans un accompagnement parental ?

Lors de la prise en charge d'un bébé un des parents est présent. A ce stade, la relation bébé-parent est déterminante de son développement. De plus, ce sont des acteurs importants puisqu'ils partagent le quotidien de leur enfant et apportent donc des informations nécessaires à la qualité du suivi. Leurs observations viennent compléter et préciser celles que nous avons à un instant T, celui de la séance.

Loïc m'informe que dans les premières séances, la mère semblait plus investie et accompagnait son fils. Actuellement, la maman est moins présente, Adrien vient

exclusivement accompagné de son papa.

Nous pouvons nous demander pourquoi ce changement ? Est-il dû à une réorganisation familiale ? Les séances sont-elles trop douloureuses pour la mère ? Est-elle en difficulté avec Adrien ? Beaucoup d'hypothèses sont envisageables mais nous ne pouvons, au regard de ce que nous connaissons de la famille, en privilégier une plus qu'une autre.

Au cours des séances, je remarque également des fluctuations dans la qualité de présence du père. A certains moments, il semble se mettre en retrait et sa participation dans la prise en charge avec Adrien diminue. A d'autres en revanche, il aborde de nombreux points, comme s'il attendait une réponse précise du psychomotricien.

Il partage ses remarques, parfois négatives, sur les différents suivis d'Adrien, les avancées concernant la recherche de l'étiologie du retard de développement, ses inquiétudes et ses attentes par rapport aux compétences de son fils.

L'attention de Loïc doit être partagée entre le parent et le patient et, parfois les demandes sont nombreuses ce qui influence la prise en charge d'Adrien. Effectivement, il se peut que l'apport d'une réponse demande au psychomotricien de détourner son attention d'Adrien.

L'objectif est de favoriser une relation triangulaire parent-bébé-thérapeute fluide. Pour cela, il semble intéressant de se questionner sur le rôle de chacun dans ce flux relationnel, est-ce le psychomotricien qui distribue les cartes ou existe-t-il une réciprocité entre chaque acteur ?

II. UNE QUETE DE REPONSES

Eliott est un garçon de six ans et demi, scolarisé en Cours Préparatoire (CP), lorsque je le rencontre. En début de prise en charge, Eliott bénéficiait d'une séance par semaine, accompagné une fois sur deux par sa mère ou son père. A ce jour, il vient en séance une semaine sur deux, uniquement en présence de son père.

A. PRESENTATION ET ANAMNESE D'ELIOTT.

Fils unique du couple, il vit une semaine sur deux chez sa mère puis son père, ces derniers étant divorcés depuis ses deux ans et demi. Lors de l'entretien, ses parents évoquent l'impact que cet événement a eu sur la relation qu'Eliott entretenait avec son père, notamment par des conflits lorsqu'il était chez son papa avec sa nouvelle compagne et les enfants de celle-ci. Il a aujourd'hui un petit frère du côté paternel.

La marche a été acquise vers un an et les premiers mots dans la même période. Dans la petite enfance, Eliott a été traité par coussin vibrant pour une plagiocéphalie.

L'école maternelle et le centre de loisir ont mis en avant certaines difficultés en motricité. Son institutrice a notamment relevé de grandes difficultés graphiques, des difficultés d'attention et une certaine maladresse.

Suivi depuis sept mois en psychomotricité, l'étiologie des difficultés d'Eliott n'était pas connue jusqu'à aujourd'hui. En décembre 2019, suite à la réalisation d'examens complémentaires, un diagnostic d'épilepsie a été posé suivi de la mise en place d'un traitement.

La conclusion du bilan psychomoteur d'Eliott réalisé par Loïc met en relief un certain nombre de difficultés : « Elles correspondent à des troubles moteurs importants apparents à la dyspraxie, des difficultés rythmiques assimilables à une dyslexie, une dysgraphie à relier aux troubles de la régulation tonique et un trouble visuel, une latéralisation non homogène ainsi que des troubles visuo-perceptifs ». Ce qui a amené Loïc à conseiller aux parents des examens complémentaires dont une consultation neuropédiatrique.

B. RENCONTRES AVEC ELIOTT.

1. PREMIERE SEANCE.

Eliott est le premier patient que je rencontre lors de mon stage. Avec Loïc, nous allons le chercher dans la salle d'attente. Il est accompagné par son père. Après les avoir salués de vive voix et avant de retrouver la salle de psychomotricité avec ce jeune garçon, le psychomotricien me présente : « Je vous présente Maureen, stagiaire en dernière année de psychomotricité, elle sera avec moi chaque mercredi pour voir comment je travaille et s'initier au métier de psychomotricien ». Ils acceptent tous les deux.

Le papa reste dans la salle d'attente, nous le retrouverons en fin de séance.

Eliott, une fois dans la salle, va s'asseoir devant le bureau et fait face à Loïc. Il se tient tête baissée. Le psychomotricien demande à Eliott comment s'est déroulé son début de journée, il lui répond brièvement : « oui, ça va », d'une voix presque inaudible, sans lever le regard.

Loïc l'invite à se lever et dispose des haies en plastique d'environ vingt centimètres de hauteur, les unes derrière les autres. L'objectif est de les enjamber en marchant. Bras tendus, poignets « cassés », il passe au-dessus des haies comme un robot et

présente des syncinésies axiales notamment au niveau de la bouche.

Le psychomotricien, ensuite, sort une échelle de rythme et lui propose un *challenge* où les niveaux sont de plus en plus difficiles (marche, pas chassés, saut pieds joints). Le saut à pieds joints met Eliott en difficulté, il perd souvent l'équilibre et fait tomber les haies. C'est alors qu'il décide lui-même de modifier les règles et essaye à cloche-pied. Malgré la complexité de la tâche, il persévère jusqu'à ce que le psychomotricien intervienne en lui proposant de faire une pause.

Pour terminer la séance, Eliott choisit les Kapla[®] (lamelles de bois de taille et de forme identiques). Il souhaite réaliser une tour. Assis au sol, Eliott change fréquemment de position. La base est déjà construite, il suit cet exemple. Chacun notre tour, nous apportons une « brique » à la tour. Lorsqu'il pose un Kapla[®], il le lâche rapidement et la tour risque de tomber.

Une fois la tour écroulée, nous rangeons et retrouvons le père d'Eliott dans la salle d'attente qui demande si la séance s'est bien passée. Eliott reste silencieux et laisse Loïc expliquer les activités que nous avons faites.

Eliott marque le début de mon stage puisqu'il s'agit du premier patient de ma première journée au cabinet libéral. Je suis non seulement impatiente de découvrir la manière de travailler de mon référent de stage et les personnes qu'il suit, mais aussi stressée par l'idée de trouver ma place dans une relation déjà existante entre Eliott, son père et le psychomotricien.

Arrivée dans la salle d'attente je salue oralement Eliott et son père avant que le psychomotricien ne me présente. Dès qu'ils approuvent ma présence, mon stress diminue : ils m'offrent une place dans la relation.

Loïc m'avait expliqué en amont que certains parents, dont ce papa, restent en salle d'attente. Cette décision est prise, en accord avec le patient et les accompagnants, lorsque le psychomotricien estime que le patient peut participer seul à la séance, selon son âge, ses capacités de compréhension et la dynamique relationnelle existante entre enfant-proche et établie entre professionnel-enfant-proche. Cela permet de voir comment se comporte et répond l'enfant lorsqu'il n'est pas sous le regard d'un parent, mais aussi de symboliser un temps et un lieu consacré à l'enfant.

Une fois dans la salle avec Eliott, je le regarde et lui souris. Tandis que nous nous installons tous les trois au bureau, il me répond timidement par un sourire.

Pendant la première proposition, je me place en tant qu'observatrice et m'assieds près du bureau. Eliott regarde plusieurs fois dans ma direction, brièvement, j'ai l'impression que ma présence le gêne. Je décide donc d'arrêter ma prise de note et le félicite lorsqu'il atteint le niveau suivant, malgré cela son regard m'interroge toujours.

Au moment où il doit sauter pieds joints entre les barreaux de l'échelle de rythme il est en difficulté. Eliott entre en hypertonicité, ses syncinésies oro-chirales s'accroissent, ses sauts manquent de fluidité et leurs réceptions entraînent une perte d'équilibre.

Je ne comprends pas pourquoi il choisit de sauter à cloche pieds, d'autant plus qu'il enroule une jambe autour de l'autre. Alors que la situation demandée – ici le saut pieds joints – le met en difficulté, il choisit une modalité plus compliquée comme pour gérer cette situation d'échec. Ce moment n'est pas évident pour lui mais il est présent et essaye de se débrouiller, c'est pourquoi je continue de l'encourager, dans l'espoir qu'il réussisse ou que Loïc lui vienne en aide.

Pendant la construction de la tour à l'aide des Kapla[®], le psychomotricien m'invite à venir m'installer avec eux au sol et de participer à la construction. Il arrive qu'Eliott ne respecte pas le tour de rôle, je me demande alors s'il est d'accord pour que je participe à l'activité.

Même si ma présence a été acceptée lors des présentations, je n'ose pas intervenir quand la tour risque de tomber, n'étant pas encore bien sûre ni de ma place, ni de mon rôle.

La séance se termine et lorsqu'Eliott repart avec son père, je constate que sa voix n'est toujours qu'un murmure. En revanche, son regard est moins fuyant.

Au cours de cette première séance, je remarque que ses gestes et sa démarche manquent de fluidité. Les haies ainsi que l'échelle de rythme engendrent des syncinésies oro-chirales ainsi qu'un recrutement tonique en extension. Lors de l'activité avec les Kapla[®], il semble ne pas trouver les appuis nécessaires pour stabiliser sa posture et prend appuis sur l'une de ses mains.

Dans ces différentes activités, Eliott donne l'impression de vouloir se débrouiller seul. Face à ses difficultés, il prend l'initiative de modifier les consignes comme pour reprendre le contrôle de la situation. Lorsque nous lui proposons de l'aide, il paraît ne pas en vouloir et continue ses expérimentations.

2. QUATRE MOIS PLUS TARD.

Eliott vient d'arriver en salle d'attente accompagné par son père. Le psychomotricien et moi-même les rejoignons et leur serrons la main avant d'entrer dans la salle de psychomotricité avec Eliott.

Avant même de s'installer au bureau, il s'empare de la Physioball® (balle de grande dimension) et tente différentes méthodes de déplacement. Il commence par s'allonger dessus, la coince entre ses jambes pliées et prend appui au sol à l'aide de ses mains. Il avance d'abord ses bras, puis ramène ses jambes et la balle près de son buste pour se déplacer. Ensuite, il essaye de se laisser glisser sur la balle, son corps roule dessus, du buste jusqu'aux pieds.

Après l'avoir observé, le psychomotricien lui demande s'il sait faire la brouette (une personne est debout, elle tient les chevilles de l'autre afin que cette dernière se déplace à l'aide de ses mains au sol). Eliott propose de lui faire une démonstration avec la Physioball®, mais ne persiste pas quand Loïc l'invite à la laisser de côté pour l'instant.

Eliott commence par faire la brouette, il se place au début du tapis et se déplace jusqu'à l'autre extrémité à la force de ses bras tandis que le psychomotricien lui tient les chevilles.

Puis, ils inversent les rôles. Eliott me regarde et demande à voix haute comment faire pour soulever Loïc. Il décide de glisser la Physioball® en dessous du ventre du psychomotricien, lui attrape les chevilles et l'aide à glisser sur la balle jusqu'à l'autre bout du tapis. Il souhaite essayer cette technique en étant la brouette, ce qui l'amuse beaucoup.

Pour terminer la séance, Eliott doit sauter pieds joints entre les haies de quinze centimètres de hauteur, ce qu'il réussit facilement.

x | x | x | x | x | x | x x = saut | = haie

Ensuite, la largeur des haies est doublée. Il se lance rapidement et triomphe en ajoutant : « trop facile ».

x || x || x || x || x

Puis, l'objectif est de sauter le plus de haies possibles. Lorsque le psychomotricien en aligne quatre, Eliott affirme qu'il ne peut y arriver et propose d'essayer à cloche pieds. Loïc lui suggère plutôt de prendre de l'élan, après une démonstration Eliott tente et réussit.



Il arrête après avoir sauté cinq haies accolées car il a peur de tomber, mais affirme que c'est une fois de plus trop facile.

Le psychomotricien lui propose de nouveau la dernière étape mais cette fois-ci avec des haies de vingt-cinq centimètres de hauteurs. Il réussit fièrement à sauter une haie, puis deux et ira jusqu'à quatre.

Après cette séance dynamique, nous raccompagnons Eliott dans la salle d'attente où il retrouve son père.

Eliott arrive dans la salle dynamique et souriant. Dès lors qu'il joue avec la Physioball®, le psychomotricien et moi-même l'observons sans l'interrompre.

Il nous sollicite par ses explications à voix hautes : « j'essaye d'avancer avec le gros ballon », et cherche notre regard. Nous le félicitons pour ses capacités d'équilibre et l'encourageons.

Je suis étonnée qu'il accepte rapidement la proposition de Loïc, je m'attendais à ce qu'il persiste sur l'utilisation de la balle. A contrario, il participe, prend plaisir et rigole lors du jeu de la brouette.

Au moment où c'est à son tour de porter les jambes du psychomotricien il se rend compte que cela va être difficile. Après nous avoir sollicité par le regard et son questionnement, il prend l'initiative de glisser la balle sous le ventre de Loïc. Cela lui a permis de ne pas le porter et donc de ne pas se blesser, tout en l'accompagnant vers l'extrémité du tapis.

La dernière activité avec les haies m'a permis d'apprécier les progrès d'Eliott, notamment grâce à la comparaison avec la première séance. Ses sauts sont plus harmonieux et ses réceptions contrôlées, il retrouve l'équilibre. Même s'il est en difficultés pour sauter les quatre haies accolées, il a su se saisir de l'aide de Loïc et se faire confiance.

Son premier saut avec élan n'est pas pieds joints mais plutôt en « saut de cabri ». Après lui avoir fait remarquer, il a souhaité réessayer et a réussi.

A cet instant, il est donc à la fois à l'écoute de l'autre et à son écoute puisqu'il a su arrêter lorsque cela ne lui semblait plus possible (à cinq haies pour celles de quinze centimètres et quatre haies pour celles de vingt-cinq centimètres).

Il invite et participe également à la relation, notamment en cherchant de l'aide et des encouragements. Sa voix est audible, il nous a partagé de nombreuses explications pour que nous comprenions ses actions et exprimé ses difficultés afin de trouver des solutions.

Cette qualité de communication, tant dans l'expression que dans la réception, m'a donné l'impression de redécouvrir Eliott dans une situation de partage. Tout au long de la séance, chacun de nous a pu trouver sa place, participer et proposer : nous sommes en relation.

Dans la première partie de séance où Eliott se déplace avec la Physioball®, il parvient à conserver son équilibre malgré les différentes positions qu'il prend sur la balle (assis, allongé). Nous observons une bonne régulation tonique, son tronc est gainé et les articulations de ses membres supérieurs et inférieurs sont assez souples pour permettre le déplacement. Il en est de même pour le jeu de la brouette.

La deuxième partie consiste en la réalisation de sauts pieds joints au-dessus d'un obstacle. Pour chaque premier saut, il débute accroupi. L'hypertonie d'action est toujours présente notamment dans un schéma d'extension au niveau des membres supérieurs, cependant les syncinésies oro-chirales ont nettement diminué. Ses réceptions sont contrôlées et fluides.

C. DYNAMIQUE RELATIONNELLE.

1. AU-DELA DE L'AGITATION.

La prise en charge d'Eliott amène à se poser certaines questions concernant l'utilisation du corps comme vecteur des émotions : qu'exprime son agitation ? Comment la contenir ? Quel vécu a-t-il de ses difficultés ?

Au fil des séances, j'observe qu'Eliott sort progressivement de sa réserve et le découvre comme étant un jeune garçon dynamique et souriant. Il participe facilement aux propositions du psychomotricien et prend l'initiative pour certaines activités.

Cependant, lorsqu'il est en difficulté il détourne la situation avec une certaine agitation : il apporte de nouvelles consignes, accompagnées de nombreux mouvements, de recrutements toniques et de syncinésies oro-chirales. Eliott utilise une modalité différente de ce que j'ai pu imaginer pour faire face à ses difficultés.

Ses réactions me laissent parfois perplexe, il m'est difficile de comprendre son

agitation comme une modalité d'expression. Lorsqu'il parvient à penser ses actions, elles sont maîtrisées et son agitation semble disparaître, je me demande également si elle n'est pas l'expression d'une difficulté d'accès aux représentations et à la pensée.

Parfois, j'ai le sentiment qu'il s'agit de l'expression d'un inconfort voire d'un manque de contenance. J'essaye de l'accompagner verbalement et physiquement mais je m'imagine qu'il le refuse, comme si je ne parvenais pas à m'accorder avec lui.

Eliott présente également des troubles du langage, il est suivi en orthophonie pour des troubles de l'articulation. Il est difficile de le faire verbaliser malgré l'étayage verbal proposé, sa voix reste faible et ses explications pauvres. Ceci est à mettre en lien avec l'hypothèse d'une difficulté à structurer sa pensée en accord avec le diagnostic d'une épilepsie.

2. L'ACCEPTATION D'UN PARCOURS DE SOIN.

L'accompagnement d'Eliott interroge également sur le caractère indispensable du cadre pour contenir les différents acteurs de la prise en charge : quel cadre appliqué en séance ? Comment y inclure les proches ? Quel impact s'il n'est pas investi ?

Le cadre thérapeutique est nécessaire auprès d'Eliott, notamment dans les situations de difficultés. Il existe au travers de l'accompagnement physique et verbal, et des règles à respecter que j'aurai l'occasion de détailler.

Ce soutien lui offre la contenance nécessaire à sa concentration et à son expérimentation tout en le laissant acteur de sa prise en charge.

Le cadre concerne également les proches d'Eliott. Les manifestations toniques qu'il présente ont rapidement questionné Loïc. Les informations transmises par ses parents lors de l'anamnèse et du bilan psychomoteur n'ont pas permis de clarifier l'étiologie de ces troubles.

Cependant, malgré de nombreuses relances de la part du psychomotricien, les parents ne semblent pas mesurer les difficultés de leur fils.

Un diagnostic d'épilepsie a été posé après une année de prise en charge, accompagné de la mise en place d'un traitement. Il est donc possible que, lors de la première année de suivi, certaines compétences ont été impactées par les crises.

Cette situation pose question sur l'investissement des parents dans la prise en charge, par quels moyens le psychomotricien les accompagne-t-il dans ce projet de soins ?

III. DU LACHER PRISE

Monsieur Dolet est un homme âgé de trente-deux ans. Le psychomotricien le reçoit une fois toutes les deux semaines, au cours d'une séance de quarante-cinq minutes.

A. PRESENTATION ET ANAMNESE DE MONSIEUR DOLET.

Monsieur Dolet est arrivé au cabinet avec une demande très précise concernant des difficultés d'appréhension des rythmes.

L'anamnèse est assez succincte et nous n'avons pu recueillir que peu d'éléments sur sa vie.

Célibataire, il travaille sur la commune du cabinet dans une entreprise de développement de réseaux numériques.

Sportif, il a décidé suite à une discussion avec un ami de devenir soldat réserviste. C'est au cours d'un week-end de classe qu'il a pris conscience de son incapacité à marcher au pas. Son sergent, avec qui il a discuté de cela, lui a conseillé de prendre rendez-vous avec un psychomotricien.

Monsieur Dolet a pu associer cette difficulté à d'autres domaines où les rythmes entrent en jeu. Ainsi, il s'était essayé à la Salsa, mais avait arrêté car cela était trop fastidieux. Il reconnaît aimer et avoir besoin de répéter les mêmes mouvements. Il pratique donc le CrossFit, la boxe Thaï et fait du Parkour. Il a également une pratique de Yoga et de méditation.

B. RENCONTRES AVEC MONSIEUR DOLET.

1. PREMIERE SEANCE.

Je rencontre Monsieur Dolet lors de ma première journée de stage, sur l'heure du midi. Tandis qu'il entre dans la salle de psychomotricité, je le salue verbalement et serre la main qu'il me tend.

Loïc me présente, laissant toujours la possibilité de refuser ma présence, cependant Monsieur Dolet approuve avec un sourire.

Le psychomotricien pose des *boomwhackers* ou « tubes-à-sons » au centre de la salle. Chacun des tubes en plastique produit une note de musique spécifique lorsque nous le faisons résonner en le frappant contre soi, au sol, sur un objet ou contre un autre tube.

Avant de commencer l'activité, Loïc m'invite à participer, nous nous installons donc au

sol, en formant un triangle.

La première proposition est que l'un d'entre nous frappe à l'aide d'un tube un rythme régulier. Les deux autres doivent alors synchroniser leurs frappes avec ce dernier.

Monsieur Dolet commence et donne le rythme, le psychomotricien et moi-même le suivons. Monsieur Dolet est très concentré, son regard fixe le sol et ses sourcils se froncent. Lorsque nous changeons les rôles, son regard est systématiquement dirigé vers le tube du meneur et il présente des difficultés à se caler sur le rythme proposé.

Après que nous ayons réussi à reproduire le rythme de manière synchrone, le psychomotricien suggère que les accompagnateurs viennent compléter la phrase proposée au lieu de s'y synchroniser. Pour cela, il est possible de frapper le contre-temps ou augmenter la fréquence des frappes par exemple.

En tant que chef d'orchestre, Monsieur Dolet reprend la même posture que précédemment. En revanche, lorsqu'il doit compléter le rythme, son regard reste fixé au sol. Bien qu'il prenne un temps pour écouter avant de proposer un accompagnement, ses frappes manquent de régularité et rejoignent souvent le rythme principal.

Pour terminer la séance, chacun notre tour, nous devons reproduire la phrase rythmique suivante, avec un tube dans chaque main :



Loïc fait la démonstration, je prends le relai lorsqu'il fait une faute. Puis vient le tour de Monsieur Dolet, en même temps qu'il joue, il regarde ses mains et annonce à voix basse laquelle doit taper.

Après plusieurs erreurs, le psychomotricien retranscrit la suite rythmique au tableau :

1 1-2 1 1 1-2 1

Avec ce support visuel et les explications de Loïc, Monsieur Dolet lit l'inscription face à lui et réussit à jouer la phrase plus longtemps.

Monsieur Dolet est tenu par le temps, la séance touche à sa fin.

Avant de rencontrer Monsieur Dolet, le psychomotricien m'a informée du motif de prise en charge. J'étais curieuse de voir comment travailler autour des difficultés de

perception et de reproduction des rythmes, notamment avec un adulte.

Dans cette séance, j'ai eu la sensation d'être intégrée facilement à différents signes : une fois arrivé dans la salle, Monsieur Dolet me tend la main sans hésitation, lorsqu'il parle son regard s'adresse autant à Loïc qu'à moi, le psychomotricien m'invite à participer dès la première activité et physiquement nous formons un triangle ce qui attribue une place à chacun.

Pendant l'utilisation des boomwhackers, j'essaye de poser mon regard sur un objet quelconque de la salle entre le psychomotricien et Monsieur Dolet par crainte d'être intrusive si mon regard se pose sur ce dernier. Ma présence influence obligatoirement le déroulement de la séance puisqu'une nouvelle personne entre en jeu dans la prise en charge.

Cependant, malgré mon sentiment d'intégration je souhaite rester discrète tant verbalement que physiquement, afin que les comportements et réactions de Monsieur Dolet ne soient impactés qu'à minima.

Dès la première consigne, je remarque que Monsieur Dolet ne parvient pas à se synchroniser, il frappe soit trop tôt, soit trop tard, cela m'interpelle. Pour moi, venir me caler sur les frappes du psychomotricien me semble naturel. J'essaye alors de décomposer l'action pour adapter mon comportement et l'aider (taper plus ou moins fort, faire de plus grands gestes avec le tube pour apporter un support visuel).

Pendant ma réflexion, je me rends compte que je me décale légèrement du rythme, je me recentre donc sur la séance.

Pour la deuxième consigne, lorsque je mène le rythme, je me concentre pour être régulière, tant dans le tempo que dans la tonalité de mes frappes. J'espère que cela va aider Monsieur Dolet.

Cependant, Loïc complète par des frappes « complexes », il alterne lent, rapide, fort, faible, ce qui perturbe ma régularité. Ensuite, il propose une phrase rythmique qui continue de mettre en avant les difficultés de Monsieur Dolet.

Je ressens de la frustration à ce moment, mais par la suite je comprends que la relation préalablement établie entre Monsieur Dolet et le psychomotricien permet ces situations de mise en difficultés.

Finalement, ils plaisantent ensemble de cet instant en fin de séance.

Le motif de prise en charge de Monsieur Dolet fait suite à des difficultés d'appréhension et d'expression du rythme. Lorsqu'il est demandé de jouer un même rythme en même temps, il ne parvient pas à anticiper le prochain coup et tape trop tard. C'est en cherchant à se synchroniser qu'il finit par frapper le contre-temps, nous pouvons considérer qu'il est dans le rythme mais il ne respecte pas la consigne demandée.

Dans la deuxième proposition, le temps de latence entre le début du rythme meneur et l'accompagnement de Monsieur Dolet est assez long. Nous remarquons que, pour favoriser ses capacités de concentration, il fixe son regard mais également sa posture.

En revanche, pour reproduire un rythme, il privilégie le contrôle visuel notamment en observant le tube meneur et la phrase retranscrite au tableau. Ce qui lui semble être un facilitateur ne l'est pas en réalité, en favorisant la vision focale, il est dans le détail du mouvement ce qui engendre des difficultés supplémentaires (concentration, mouvements des yeux). Dans cette situation, il est préférable d'utiliser la vision périphérique qui permet de réceptionner plus d'informations, à moindre efforts. Chez Monsieur Dolet, le rythme semble être intellectualisé avant d'être ressenti.

2. TROIS MOIS PLUS TARD.

Monsieur Dolet entre dans la salle et nous salue. Une fois installé au bureau, il remercie le psychomotricien et moi-même pour notre travail. En effet, il n'a plus cette impression de décalage lorsqu'il frappe ou danse sur le rythme d'une musique. Il souligne également qu'il se sent « lâcher prise » dans sa vie quotidienne.

Suite à cet échange, Loïc lui propose de travailler avec une échelle de rythme. Monsieur Dolet se place face à l'échelle, au niveau d'une extrémité. Il doit d'abord marcher en posant un pied dans chaque case et cela au rythme d'un métronome. Il essaye de discuter, ce qui porte son regard à hauteur d'Homme et non pas vers le sol.

Après plusieurs aller-retours, le psychomotricien se place perpendiculairement à l'échelle et propose différentes coordinations³ à réaliser au rythme du métronome, dont le tempo accélère progressivement. Monsieur Dolet se concentre, il oriente son regard vers le sol. Il réussit les différentes coordinations et ses pas sont, à quelques exceptions près, toujours synchrones avec le son du métronome.

A l'évocation de l'échelle de rythme, Monsieur Dolet nous a partagé que lorsqu'il pratique une activité sportive, il se sent plus lent que les autres pour assimiler une

³ Cf. *infra*, Annexe A p. I

consigne.

Le psychomotricien lui explique que différents facteurs entrent en jeu mais surtout que chacun est différent et, au vu de ce que nous avons pu observer aujourd'hui, il ne présente pas de trouble apparent.

Pour terminer la séance, Monsieur Dolet doit taper le rythme de la musique qu'il entend. Habituellement, il le reproduit avec son pied ou sa main et regarde Loïc qui lui aussi tape le rythme presque inconsciemment.

Ce jour-là, Monsieur Dolet ferme les yeux et fait de plus grands gestes avec les bras, face à lui, comme un batteur. La tête entre en mouvement et son corps oscille en même temps : il est dans le rythme.

Le premier temps où Monsieur Dolet nous remercie est important. D'un côté, il met en valeur le travail du psychomotricien et, d'un autre côté, il aborde ses ressentis qui jusqu'ici me semblaient contrôlés. A cet instant, il exprime son sentiment d'exister et valorise l'expérience d'être en relation avec nous.

Selon moi, Monsieur Dolet a non seulement progressé en ce qui concerne le rythme, mais également en ce qui touche sa qualité d'expression. En effet, par le lâcher prise qu'il exprime, son attitude apparaît plus ouverte vers l'extérieur et son expression tant corporelle que verbale est plus libre, donc plus riche.

La régularité du cadre et de la temporalité des séances a permis de créer un climat de confiance. Toutes les deux semaines, Monsieur Dolet prend rendez-vous pour travailler sur ses difficultés d'appréhension du rythme et, à chaque fois, il retrouve les mêmes personnes, Loïc et moi-même.

Au moment où il doit marcher au rythme du métronome, j'ai l'impression qu'il est à l'aise. Tandis que le psychomotricien est assis au bureau pour régler le tempo, je suis installée près du tableau, de telle sorte à ce que l'échelle soit perpendiculaire à moi afin d'observer Monsieur Dolet. Il me questionne sur l'avancée de mon mémoire tout en continuant de marcher.

A cet instant, Monsieur Dolet est capable de détourner son attention de sa démarche pour discuter. Même si je pense au fait que lui répondre puisse le déconcentrer et donc perturber sa marche, je me permets de le faire sans culpabiliser.

Aujourd'hui, j'accepte de le mettre en difficulté notamment grâce à l'évolution de la relation. En effet, au cours des séances ma place s'y est inscrite, je suis actrice et non

plus qu'observatrice de la prise en charge.

Pour ma part, je constate la différence entre l'observation passive et active. Pendant les premières séances, j'observais l'évolution de Monsieur Dolet et la manière de travailler du psychomotricien.

Maintenant, je m'autorise à partager mes observations et remarques. Toutefois, diviser mon attention entre la discussion et l'observation de Monsieur Dolet me demande un certain effort de concentration.

Cette séance illustre l'importance du rôle actif du patient dans sa prise en charge. Son investissement me semble constant et il applique le travail effectué au cours des séances dans la vie quotidienne.

Je pense que les progrès de Monsieur Dolet sont autant dus à l'adaptation des propositions à ses besoins, qu'à son engagement.

Cette séance est une séance clé dans le suivi de Monsieur Dolet, elle met en lumière sa progression. D'une part, le développement du lâcher prise a permis une qualité relationnelle plus ouverte vers le monde extérieur et une meilleure régulation tonique visible lors des différentes propositions avec l'échelle de rythme. Ses mouvements et déplacements sont plus fluides, nous pouvons notamment observer le ballant au niveau des membres supérieurs lorsqu'il discute en même temps. Cette évolution a également donné la possibilité à Monsieur Dolet d'exprimer ses ressentis.

D'autre part, il a fait preuve de rythme tout au long de la séance. Le temps de latence entre la mise en route du métronome et le début de son déplacement est réduit. De plus, même s'il arrive que Monsieur Dolet perde le rythme particulièrement lorsqu'il accélère, il parvient à le retrouver rapidement. Le moment où il doit frapper le rythme d'une musique montre qu'il n'intellectualise plus seulement le rythme, il le ressent.

C. DYNAMIQUE RELATIONNELLE.

1. LE LACHER PRISE.

D'une part, la prise en charge de Monsieur Dolet m'a interrogée sur le corps comme vecteur de la communication : quel accompagnement vers une écoute de ses sensations ? Comment travailler sur le lâcher prise avec un adulte ? Le contrôle de soi a-t-il une influence sur les sensations ?

Lors des séances, je remarque que pour Monsieur Dolet l'intellectualisation prime sur

les sensations. Pour repérer et reproduire les rythmes dans les différentes propositions, il s'appuie sur les explications plus théoriques du psychomotricien. S'il n'en donne pas, Monsieur Dolet se base plutôt sur l'imitation que sur ses ressentis.

Lorsqu'il doit taper un rythme, ses gestes sont de faible amplitude mais sa concentration est forte.

Au cours de la prise en charge, nous avons remarqué une évolution dans sa qualité d'expression, et à ce moment il nous fait part d'une sensation de lâcher prise.

En effet, au départ pour taper le rythme d'une musique, le contrôle visuel et la mentalisation prédominaient (imitation des gestes du psychomotricien, comptage du rythme à voix basse). Aujourd'hui il s'y prête plus volontairement, de manière fluide et au travers du corps.

Pour Monsieur Dolet, la qualité de lâcher prise semble avoir émergée après une phase de mentalisation de rythmes, une phase de contrôle. La répétition de certaines propositions lui a permis de prendre confiance, de maîtriser et donc de pouvoir varier leur perception et leur retranscription.

En proposant des musiques qu'il apprécie et des activités demandant une certaine logique, il a pu prendre plaisir et percevoir des progrès concernant son motif initial de consultation.

2. UNE DEMANDE PARTICULIERE.

D'autre part, la demande spontanée de Monsieur Dolet m'a questionnée sur l'apport d'une réponse à une demande précise : comment ajuster les propositions à un adulte ? Comment adapter l'objectif de prise en charge ? Quel cadre poser ?

Monsieur Dolet est un homme de trente-deux ans, avec une demande particulière : un travail autour du rythme. Ce suivi se distingue des autres auxquels j'ai pu participer lors de mon stage suite à différents points : il s'agit de l'unique prise en charge d'un adulte sans pathologie déterminée.

Une majorité des patients rencontrés dans ce stage en activité libérale sont des enfants présentant une situation de handicap, avec ou sans étiologie connue. Les difficultés de Monsieur Dolet n'entraînent ni une limitation d'activité, ni une restriction de participation dans la société.

De plus, sa demande est spontanée. Ce critère influence la qualité de prise en charge notamment par le fait qu'elle soit volontaire. Pour demander de l'aide, il faut percevoir voire accepter ses difficultés.

Chez les enfants, la demande émane souvent des parents. Ici, Monsieur Dolet exprime une gêne et souhaite y remédier. Son investissement est continu et cette conscience lui permet d'appliquer le travail réalisé en séance dans sa vie quotidienne.

Pour favoriser l'investissement du patient dans son suivi, il est important de prendre en compte ses centres d'intérêts et ses préférences en matière d'activités et de méthodes de travail. En s'appuyant sur ces points, il est plus simple de solliciter son envie et donc de faciliter sa participation dans la prise en charge.

Le cadre est également garant de la qualité du suivi proposé. Il regroupe l'assiduité, la qualité de présence et le respect des règles, critères pour lesquels le patient est autant concerné que le professionnel.

Ici, Monsieur Dolet, le psychomotricien et moi-même sommes les seuls acteurs. En revanche, dans d'autres prises en charge telles que pour des enfants ou des personnes dépendantes, il est également demandé aux accompagnants de respecter le cadre.

PARTIE THEORIE

« Lorsque l'on entend parler des psychomotriciens, on retrouve toujours les mots suivants : plaisir, sécurité, empathie, langage du corps ou communication pré-verbale, le réel et l'imaginaire intriqués, les émotions, le vécu, évoquant du palpable plutôt que du nommable. » (Labalette, 1989, p. 21).

Après une trentaine d'années écoulées, ces mots peignent toujours le tableau de la psychomotricité tel que nous l'observons dans les suivis d'Adrien, d'Eliott ou de Monsieur Dolet. Je vais éclairer dans cette partie théorique les enjeux de la relation dans la pratique psychomotrice, favorable à l'émergence de ces expériences.

J'explorerai en premier lieu la relation dans différents contextes afin de mettre en avant les modalités de la relation psychomotrice, en abordant notamment les qualités de réciprocité et d'interdépendance qu'elle implique. Ensuite, j'orienterai mon propos autour de la globalité recherchée en prise en charge, en m'intéressant aux outils de lecture du psychomotricien.

Dans un second temps, j'évoquerai le phénomène de contenance présent en psychomotricité. Pour cela, je présenterai quelques théories issues des premières années de vie du bébé, avant de les mettre en lien avec le cadre thérapeutique proposé en séance.

Enfin, je parlerai de l'interaction en explorant les différentes modalités du dialogue existant au cours du développement de l'enfant, ainsi que les diverses qualités de l'échange auxquelles le psychomotricien est sensible.

I. DES LIENS DE PARTAGE

La psychomotricité nous amène, en tant que professionnel, à rencontrer des personnes toutes différentes les unes des autres. Une relation se tisse au fil du temps avec le patient notamment grâce aux expériences partagées ensemble, et s'étend aux autres acteurs de la prise en charge tels que les parents afin de les accompagner sur ce bout de chemin.

Pour Ajuriaguerra, neuropsychiatre, psychanalyste français et père fondateur de la psychomotricité en France, « *la psychomotricité est une certaine façon d'être au monde. C'est l'expérience du corps propre, tel qu'il est structuré, intégré et vécu, sous forme d'attitudes et de gestes qui sont en relation avec autrui et le monde extérieur* » (Thiffault, 1978, p. 346).

La relation semble donc avoir une place à part entière au sein de la pratique psychomotrice, dans laquelle le professionnel s'engage aux côtés du patient.

A. DE LA RELATION A LA RELATION THERAPEUTIQUE.

1. LA RELATION.

De nature sociable, l'être humain entretient avec son monde environnant des relations distinctes les unes des autres par la nature du lien qui l'unit à l'autre. C'est au travers de ces interactions, présentes dès la vie *in utero*, qu'il se développe sur le plan physique et psychique. Ici, j'aborde les différentes allures de la relation, en partant de généralités afin d'arriver aux modalités de celle présente en psychomotricité.

Dans son aspect philosophique, la relation est définie comme un « *rapport entre deux personnes, entre deux choses, considérées respectivement l'une à l'autre. La relation du père au fils et du fils au père* » (« Relation », s. d.) selon le Littrée. Au sein d'une relation, sont présents deux ou plusieurs objets, notions ou individus, distincts les uns des autres mais réunis par un lien de réciprocité et d'interdépendance.

Au coeur de la vie quotidienne, nous entretenons des relations dans lesquelles nous partageons notre intimité. Nous faisons par exemple l'expérience des relations familiales déterminées dès la naissance, parfois appelées « les liens du sang ». Existente également des relations amoureuses dans lesquelles des sentiments forts et exclusifs sont partagés avec une autre personne, ainsi que des relations amicales caractérisées par un rapprochement avec une personne ne faisant pas partie de notre famille, rencontrée à l'école ou lors des loisirs. Contrairement à la relation familiale, ces deux dernières font suite à un choix.

Il existe d'autres types de relation où l'intimité est souvent mise à distance, comme la figure d'autorité visible entre un directeur et son employé ou entre un maître et son élève.

D'autres facteurs influencent la relation tels que l'âge, le sexe, les liens génétiques et le contexte dans lequel elle se crée et évolue.

Dans le cadre de soins, nous parlons de relation thérapeutique entre le professionnel et son patient. En médecine, le terme thérapeutique correspond aux moyens mis en place par un professionnel de santé ou un thérapeute dans l'intérêt d'un individu présentant une maladie. L'objectif peut être préventif c'est-à-dire avant l'apparition des troubles ou, curatif afin de réduire les signes voire de guérir la maladie.

La relation thérapeutique implique au moins deux acteurs : un patient avec un besoin

et un professionnel de santé ou thérapeute proposant un accompagnement. Elle peut naître d'une demande d'aide venant du patient ou d'une recommandation de la part du professionnel. Cette relation inscrite dans le cadre de soins est réglementée par la déontologie et présente différents aspects selon les professions, les établissements et la personnalité de chacun.

Ce rapport implique un partage de certaines informations personnelles qui concernent le patient, c'est pourquoi le professionnel de santé engagé dans la prise en charge a l'obligation de respecter le secret professionnel⁴. Il s'agit de « *l'interdiction faite à certaines personnes de révéler ce qu'elles ont appris dans le cadre professionnel sous peine de sanctions pénales* » (Verdier, 2007, p. 8). L'objectif est de respecter l'intimité de chacun et de favoriser l'instauration d'un climat de confiance.

Toutefois, le psychomotricien est tenu au secret partagé⁵. Cet échange d'informations, entre les professionnels qui participent à la prise en charge uniquement, n'est possible qu'en cas de nécessité pour assurer un suivi adapté.

Dans la pratique psychomotrice, afin de favoriser l'engagement corporel et psychique indispensables à la prise en charge, la relation prend une place centrale. En 1964, Bernard Jolivet, médecin des hôpitaux psychiatriques, énonce que : « *la psychomotricité est une motricité en relation* » (cité par Ballouard, 2008, p. 23).

Il est question d'une « *relation d'implication* » repoussant l'idée de neutralité que peut soulever le terme de relation thérapeutique (Gatecel, 2012, p. 35). En psychomotricité, patient et thérapeute sont co-créateurs des expériences, où chacun découvre de nouveaux détails le concernant lui et son environnement et cela en présence de l'autre. Ces découvertes entraînent des émotions et des réactions qui sont partagées avec l'autre.

La subjectivité du psychomotricien est alors mise en jeu au même titre que celle du patient, cependant sa posture de professionnel lui confère un certain recul. La construction de cette identité professionnelle débute dès l'entrée dans la formation de psychomotricité, s'enrichit au sein des stages réalisés et se poursuit au cours de la vie professionnelle.

2. LA RECIPROCITE.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la

⁴ Code de la santé publique - Article L1110-4

⁵ Code de la santé publique - Article L1110-4

réciprocité correspond au « *caractère de ce qui est réciproque, état d'un sentiment, d'une relation, d'une action réciproque* », c'est-à-dire « *avec l'intention ou l'obligation de rendre l'équivalence de ce qu'on a reçu* » (« Réciprocité », s. d.). Observable dans un contexte scientifique, relationnel ou commercial, elle implique un échange égal, de même niveau d'un côté comme de l'autre.

La réciprocité est une qualité présente dès le plus jeune âge dans la relation mère-bébé. Stern, pédopsychiatre et psychanalyste américain, parle d'« *accordage affectif* » qui « *exprime la propriété interne d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne* » (Rosenblum, 1998, p. 171). Lorsqu'un enfant exprime de la peur par des pleurs ou des cris, sa mère lui répond par des réactions corporelles, des mimiques. Dans cet échange, le message de chacun a un impact sur l'autre.

Dans une prise en charge thérapeutique, le caractère réciproque de l'engagement de chacun est indispensable. En psychomotricité, il concerne l'engagement du patient, des accompagnants et du professionnel dans le suivi et l'investissement de chacun au cours de chacune des séances.

Lors des premiers rendez-vous, un projet de soin personnalisé est établi à la suite d'un bilan et/ou d'observations et à son annonce, les modalités du suivi sont mises en place : fréquence, durée, objectif et axes thérapeutiques, cadre, etc. Le patient s'engage au même titre que ses parents et le psychomotricien à respecter les détails énoncés dès lors que le projet est accepté par chacun.

Au cours des séances, bien que leurs identités diffèrent (thérapeute, patient, accompagnant), leur présence physique et psychique dans les prises d'initiatives, la participation et la réflexion est essentielle. Le psychomotricien est disponible à la situation et au patient et inversement puisqu'il est question d'une co-création et d'expériences partagées.

3. L'INTERDEPENDANCE.

Au sein d'une prise en charge, différents acteurs entrent en jeu : les professionnels, le patient et, selon les situations, les accompagnants du patient.

Un acteur est « *celui qui joue un rôle important, qui prend une part active à une affaire* » (« Acteur », s. d.) selon le CNRTL. Ces caractéristiques impliquent que chacun a un rôle déterminé et reconnu par les autres, ce qui permet également le droit d'expression et de décision.

Le patient est l'acteur principal du suivi, il est au centre. Le projet thérapeutique et les

séances s'organisent autour de ses besoins, de ses attentes et de ses intérêts. Une attention particulière est accordée au fait qu'il accepte lui-même cette prise en charge – et non pas seulement les parents – sinon son investissement s'en verra influencé.

L'étymologie révèle que « *dans le terme de patient, dérivé du latin pati, supporter, souffrir (par opposition l'agent), deux idées sont présentes : la souffrance et la passivité ; le patient est celui qui pâtit et qui subit l'action de l'agent* » (Lagrée, 2004, p. 846). L'idée de souffrance correspond au mal être subi par le patient, en lien avec des difficultés ou des douleurs. Celle de passivité laisse entendre l'existence du paternalisme médical, présent avant les années 2000, qui attribuait au médecin tous les savoirs. Aujourd'hui et ce depuis la loi du quatre mars 2002 nommée loi Kouchner⁶, qui apporte au patient protection et droits en le positionnant en tant qu'acteur de sa prise en charge, l'idée d'une passivité tend à disparaître.

Être patient met en jeu trois critères :

- Une situation de dépendance :

Le sujet se dirige vers un professionnel lorsque lui et son environnement quotidien (famille, amis) ne suffisent plus pour l'aider dans ses difficultés. Le terme de dépendance est à comprendre en tant que contraire de l'indépendance.

- Un besoin :

Avant de demander de l'aide, la personne concernée tente d'abord de reconnaître voire d'identifier ses difficultés, puis il est question de les exprimer face à une tierce personne jusqu'ici inconnue.

- Une certaine vulnérabilité :

En demandant de l'aide, l'individu n'est plus le seul responsable de son bien-être. Par ce partage de responsabilité et de confiance, le professionnel avance aux côtés du patient en prenant compte de son sentiment de fragilité (Marmilloud, 2019, pp. 69-75).

Les parents sont également des acteurs de la prise en charge, ce sont « *le père et la mère, collectivement (c'est la signification étymologique et propre). Un enfant doit obéir à ses parents* » et « *par extension, ceux de qui on descend* » (« Parent », s. d.) selon le Littré. Biologiques ou adoptifs, ils représentent une figure d'autorité de l'enfant.

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002

Houzel (2002, pp. 63-69), pédopsychiatre et psychanalyste français, distingue trois axes dans la parentalité, terme qui correspond au fait d'être parents :

- L'exercice de la parentalité :

D'un point de vue judiciaire, les parents ont des droits et des devoirs envers leur enfant tels que la sécurité, l'éducation, les soins. Ils sont reconnus comme responsable de ce dernier au regard de la société.

- L'expérience de la parentalité :

Cette expérience est subjective puisqu'elle met en jeu le vécu de chacun et est à la fois consciente et inconsciente. Dans un premier temps s'observe le désir d'avoir un enfant qui se distingue de l'acte sexuel en tant que source de plaisir. Dans un second temps arrive le fait de devenir parents, tant au niveau psychologique que judiciaire, en créant une famille suite à une naissance ou une adoption.

- La pratique de la parentalité :

Les parents jouent un rôle dans la vie quotidienne de leur enfant, ils assurent les soins physiques (toilette, changes, alimentation) et ceux psychiques (satisfactions des plaisirs, protection, sécurité). Ils soutiennent également les capacités de communication de l'enfant avec son environnement notamment au travers des interactions comportementales, affectives, fantasmatiques et symboliques.

En tant que parents, demander de l'aide signifie reconnaître avoir besoin d'autrui pour aider leur enfant, c'est-à-dire que leur seule aide ne suffit pas ou plus. Selon l'âge et les compétences du patient, ses parents l'accompagnent en séance voire même y participent. L'enjeu est double : conserver voire protéger leur rôle et leur image de parents tout en autorisant un tiers à prendre soin de leur enfant.

B. UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.

1. LE PATIENT ET SON ENVIRONNEMENT.

La psychomotricité offre une prise en charge globale du patient, cette globalité se retrouve dans l'importance accordée à la mise en jeu du corps, aux modes et à la qualité de communication, aux moyens d'adaptations à l'environnement, et à l'histoire du patient. Pour cela, le psychomotricien prend en compte le patient et son environnement, et non pas seulement les symptômes mis en avant dans le motif de prise en charge.

Lorsqu'il reçoit un patient, un premier temps est consacré à l'entretien dans lequel s'effectue une présentation administrative du sujet concernant son identité, sa situation familiale, scolaire et/ou professionnelle et les éventuelles mesures judiciaires mises en place. Il comprend également l'anamnèse regroupant les antécédents médicaux, familiaux et personnels. Le motif de consultation en psychomotricité est abordé, ainsi que les autres suivis existants ou ayant existés.

La prise en charge psychomotrice ne consiste pas seulement à travailler autour des symptômes présents, il est question d'articuler ces éléments sémiologiques au sujet lui-même dans sa personnalité, son comportement et son environnement. Un symptôme seul n'existe pas, il naît, se développe et disparaît chez un individu, dans un environnement et un contexte particulier.

Il est possible d'appliquer la lecture psychodynamique à la psychomotricité, bien qu'il s'agisse d'un concept psychanalytique : « [...] *une lecture psychodynamique, qui observe et entend le symptôme, non seulement comme une manifestation pathologique mais aussi comme une "invention" du sujet pour vivre, même si c'est une invention peu adaptée, voire totalement inadaptée* » (Potel, 2019, p. 238). L'objectif n'est pas d'analyser les événements qui peuvent se jouer en séance, mais de les intégrer à l'histoire et à l'environnement du patient.

Prendre en charge le patient dans sa globalité est également à mettre en lien avec les questions autour de l'étendue et de la substance, présentes dès les débuts de la philosophie. Deux courants principaux s'opposent : le dualisme de Descartes ou de Platon qui définit une relation entre le corps et l'esprit comme deux entités distinctes et, le monisme qui aborde plutôt la matière et la pensée comme une seule et même chose, avec l'absence d'un lien de cause à effet.

En ce qui concerne la pratique psychomotrice, il est possible de se référer à la théorie de Spinoza, philosophe néerlandais, qui adopte plutôt une vision moniste. « *La dualité de l'homme n'est pas substantielle comme chez Descartes, mais expressive* » (Busschaert et al., 2015, p. 210). Selon lui, la matière et l'esprit sont indissociables l'un de l'autre pour définir l'être humain, ils correspondent à différents points de vue d'une seule et même entité. Cela implique que « *tout ce qui affecte le corps affecte de fait la pensée et inversement puisqu'il s'agit d'une seule et même réalité.* » (Busschaert et al., 2015, p. 210).

2. L'ENGAGEMENT CORPOREL.

Lors d'une séance en psychomotricité, l'engagement corporel du patient nous apporte

des informations sur sa maturation physique, physiologique et psychique. « *La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre* » (Ballouard, 2006, p. 7).

D'un point de vue physiologique, la mise en mouvement du corps peut être impactée directement ou indirectement lors de difficultés de régulation tonique (hypertonie, hypotonie, paratonie), des fonctions exécutives (planification, inhibition, flexibilité mentale) ou de réception des flux sensoriels (hypersensibilité, hyposensibilité, paresthésie).

Des réactions de prestance (impulsivité, inhibition) sont notamment observables chez certains patients, ou des difficultés de régulation émotionnelle (intolérance à la frustration, mauvaise intégration des limites).

Bien que le patient puisse tenter de cacher partiellement ou totalement ses difficultés, en limitant son flot de parole ou en investissant particulièrement l'aspect physique de sa personne par exemple, l'engagement corporel au travers de jeu permet de baisser ce niveau de vigilance et donc de mettre en avant ses difficultés et capacités.

Le psychomotricien quant à lui ne maintient pas une position d'observateur au cours de la séance, il met en jeu son corps au même titre que son patient. Par la démonstration, l'imitation ou encore les explications, il lui propose un support sur lequel s'appuyer afin de favoriser l'investissement global du patient. C'est au travers d'un étayage corporel, verbal et psychique qu'il l'accompagne au cours de l'activité.

Le psychomotricien, dans sa pratique comme dans sa réflexion, part du corps de l'enfant, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. Dans ce dispositif théorique, il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels (Potel, 2019, p. 359).

Son corps habite l'espace par le biais d'activités autour de l'imitation, de l'expressivité corporelle, de démonstration ou de jeu en duel.

II. LA CONTENANCE

En psychomotricité, la mise en place du cadre thérapeutique a pour objectif d'apporter une contenance au patient. Ce cadre fait référence aux premières relations du nouveau-né avec la figure maternelle ainsi qu'à la qualité sécurisante de

l'environnement. L'enveloppe maternante « *est constituée essentiellement par le thérapeute en psychomotricité mais aussi par les parents qui peuvent être présents et actifs en séance, ainsi que par le matériel, le lieu, le temps de la thérapie* » (Labalette, 1989, p. 21). Le cadre est mis en place par le professionnel, il le respecte tout autant que le patient et les proches afin d'assurer une sécurité – physique et psychique – au suivi.

A. UNE ENVELOPPE MATERNANTE.

1. RELATION PRIMAIRE.

In utero, le fœtus est contenu physiquement et psychologiquement dans le ventre de sa mère, il est bercé par ses rythmes biologiques et sa mise en mouvement dans le monde environnant. Dans ses premières années de vie, le petit a besoin de ce sentiment de contenance pour se développer, sous l'œil bienveillant et sécurisant de ses parents. En grandissant, cette qualité contenante va permettre à l'enfant de construire son identité grâce aux ressentis de stabilité et de solidité.

Le sentiment de contenance est présent dès les premiers instants de vie du nourrisson, notamment par le *holding* et le *handling* définis par Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique. Dans sa « théorie de la relation parent-*infans* » il attribue le terme de *holding* au portage physique de l'enfant, adapté aux besoins « *de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température) mais également de sa sensibilité auditive, visuelle, ainsi que de sa sensibilité à la chute (effet de la pesanteur)* » (Lehmann, 2007, p. 173), ce qui ajoute une composante psychique au portage. Quant au *handling*, il correspond aux soins apportés à l'enfant ainsi qu'aux touchers affectifs apportés par la figure maternelle ou les soignants.

Cette fonction contenante, dépendante de l'environnement, permet au bébé de réaliser de premières expériences amenant à la continuité d'existence et à l'unicité du corps, nommée *self* par Winnicott. La « mère suffisamment bonne » répond aux besoins de son enfant par ce portage et ces soins, il s'agit alors d'un premier mode de communication permis grâce au dialogue tonique. Les différentes stimulations apportées sont soutenues par un sentiment de sécurité physique et psychique, appelée également sécurité affective.

En grandissant, cette sécurité interne amène peu à peu la distinction entre le soi et le non-soi, ce qui va amener progressivement l'enfant à se détacher de sa mère, suite à un développement suffisamment bon, et à découvrir son environnement différemment.

Le nourrisson, avant même d'être contenu dans les bras de sa mère est contenu par

sa peau. Elle représente à la fois une enveloppe physique et psychique, délimitant un dedans et un dehors. Cette enveloppe physique correspond au plus grand organe du corps humain puisqu'elle le recouvre dans sa totalité. Elle présente diverses fonctions nécessaires au bien-être de l'organisme telles que la fonction de protection contre les agressions de l'extérieur, de régulation concernant la température du corps, de sécrétion par l'élimination de certains déchets, de sensorialité grâce à ses nombreux récepteurs, de transmission par son importante vascularisation et de communication notamment dans l'expression des émotions.

D. Anzieu, psychanalyste français, développe la notion d'enveloppe psychique qu'il nommera « le Moi-peau », pour laquelle « *le concept du Moi-peau met en évidence l'importance des expériences sensorielles véhiculées dans une relation d'attachement positif, de maternage et de communication pour la constitution du Moi psychique* » (Labalette, 1989, p. 21).

Dans ses premiers mois de vie, le nouveau-né ne fait pas de distinction entre le soi et le non-soi, il existe une fusion entre lui et son environnement.

L'infans acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle. Il parvient ainsi non seulement à la notion d'une limite entre l'extérieur et l'intérieur mais aussi à la confiance nécessaire à la maîtrise progressive des orifices, car il ne peut se sentir en confiance quant à leur fonctionnement que s'il possède, par ailleurs, un sentiment de base qui lui garantit l'intégrité de son enveloppe corporelle. (D. Anzieu, 1985, p. 37).

C'est suite aux diverses sensations venues de l'extérieur, de l'intérieur et, notamment par la présence suffisamment bonne de sa mère, qu'il va pouvoir s'identifier lui et se construire en tant qu'individu unique et différencié des autres.

2. L'ENVIRONNEMENT SECURE.

Les qualités de la relation primaire évoquées ci-dessus mettent en avant le besoin d'une sécurité de base, apportée chez le nouveau-né par la mère. A sa naissance, le bébé est dépendant physiquement (nourrissage, habillage, déplacements) et psychiquement (limite soi/non-soi, dehors/dedans). La mère apporte une stabilité physique au travers du dialogue tonique ainsi qu'une sécurité interne par sa vigilance et l'adaptation de ses réponses aux besoins de son enfant.

In utero, le fœtus se trouve dans un lieu sécurisé et sécurisant : le ventre de sa mère. Cette enceinte lui offre différentes protections : le liquide amniotique dans lequel il

baigne amorti ses mouvements, la peau de sa mère constitue une paroi entre l'extérieur et son habitat et les mouvements de cette dernière peuvent parer certaines attaques extérieures.

A sa naissance, le bébé se retrouve face – de façon directe cette fois-ci – aux éventuelles agressions de l'environnement. A cet âge, il n'est pas encore capable de s'en protéger physiquement et mentalement, il est dépendant de quelqu'un. Selon Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, le nouveau-né choisit une figure d'attachement à laquelle il fait appel par des cris, des réactions physiologiques ou des recrutements toniques lorsqu'il se sent en danger suite à des menaces externes ou internes faisant références aux besoins physiologiques.

« *La figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection dans un contexte d'activation physiologique ou de menace environnementale, et comme base de sécurité pour l'exploration* » (Tereno et al., 2007, p. 152). Cette sécurité apportée par la figure d'attachement, appelée sécurité de base puisqu'elle répond aux besoins primaires de l'enfant, est également favorable aux expériences car il sait qu'en cas de danger imminent cette personne va intervenir.

La figure d'attachement primaire correspond le plus souvent à la mère, puisqu'elle passe beaucoup de temps aux côtés de son enfant, notamment pour assurer les fonctions de *holding* et de *handling*. Elle est hypervigilante aux réactions de son bébé et tente de lui apporter des réponses adaptées. Il se peut que celle-ci ne soit disponible au moment où le bébé en a besoin, c'est pourquoi il existe pour lui une ou des figures d'attachement secondaires, qu'il sollicite alors. En revanche, dans certaines situations, lors d'une menace très intense, il est possible que le nouveau-né ne retrouve pas sa sécurité interne si la figure d'attachement primaire n'intervient pas. Elle est préférée aux autres.

Face aux expressions de son bébé, notamment dans l'*infans*, c'est-à-dire lorsque l'enfant n'a pas encore acquis le langage, la figure d'attachement lui apporte des réponses basées sur des hypothèses qu'elle construit au fil de la situation. Par exemple lorsqu'il pleure, il s'agit peut-être qu'il a faim, qu'il est fatigué ou, qu'il a mal quelque part. Etant donné qu'il n'est pas encore habilité à mettre en mot ce qu'il ressent, la figure maternante interprète ce qu'il exprime corporellement ou au niveau verbal (à différencier du langage) afin de le calmer.

Selon Bion (1979), psychiatre et psychanalyste britannique, cette transformation correspond à la fonction alpha. Il décrit les éléments-alpha comme des impressions captées par les sens suite à une expérience et qui engendrent une émotion suite à

leur conscientisation. *A contrario*, les éléments-bêta correspondent à des impressions qui ne sont pas transformées et ne peuvent donc atteindre la conscience. De ce fait, elle ne déclenche pas d'émotions et peuvent, par leur incompréhension, provoquer de l'angoisse.

Cette angoisse s'explique par le fait que la réalité interne du bébé diffère de la réalité extérieure. Les éléments-bêta étant déstabilisant pour lui, puisqu'il se retrouve perturbé par des impressions qui restent incompréhensibles, sont communiqués à la figure d'attachement.

« *Durant le séjour dans le bon sein [la mère], ils [les éléments bêta] sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet qui est réintrojecté apparaît tolérable à la psyché du nourrisson* » (cité par Bronstein, 2012, p. 770). La figure d'attachement réceptionne, transforme puis exprime, permettant ainsi à son enfant de retrouver une sécurité interne. Elle remanie ces informations non digérées au travers de ses réactions toniques, de ses expressions faciales ainsi que par les mots qu'elle met dessus en données acceptables pour le bébé.

B. LE CADRE THERAPEUTIQUE.

1. LE CADRE PHYSIQUE.

La composante physique du cadre thérapeutique comprend l'espace dans lequel se déroule les séances notamment son organisation spatiale et son matériel et le temps du suivi et d'une séance selon les rythmes qu'il implique.

L'espace représente une surface délimitée, physique. D'un point de vue philosophique, c'est également un « *milieu idéal indéfini, dans lequel se situe l'ensemble de nos perceptions et qui contient tous les objets existants ou concevables* » (« Espace », s. d.) selon le Larousse.

En séance, le psychomotricien distingue deux espaces, celui de la salle d'attente et celui de la salle de psychomotricité. La séance commence dès l'arrivée du patient en salle d'attente. Plusieurs questions se posent, que pouvons-nous mettre à disposition dans cet espace ? Restant sans surveillance le temps des séances, il est souhaité de respecter le matériel ainsi que le calme afin de ne pas perturber la prise en charge en cours. Comment le patient et son accompagnant investissent-ils cette pièce ? Elle peut être lieu de partage ou de silence, ils peuvent s'installer dans une proximité ou patienter dans un espace plus personnel.

C'est également le lieu où le professionnel accueille le patient et son accompagnant,

oralement ou par une poignée de main. Dès cet instant, le psychomotricien peut observer la réaction de chacun lorsqu'il entre dans la salle d'attente : qui est présent ? Les personnes se lèvent-elles ? Comment l'espace est investi ? Quelle posture ont-elles ? Comment saluent-elles le professionnel ?

La salle de psychomotricité quant à elle est un point de repère pour le patient, il retrouve cet espace à chaque rendez-vous, ainsi que son matériel et le professionnel. Ici, un grand nombre de jeux et jouets sont présents (jeux de société, de construction, de création). Le matériel disponible reflète en partie le psychomotricien et sa pratique. Dans cette grande boîte à outils, il s'est muni d'objets qu'il connaît, qu'il aime, qu'il trouve intéressant pour ses activités. Le patient investit lui aussi certains objets plus que d'autres selon ses intérêts, leur matière et souvent ceux qu'il maîtrise le mieux.

En psychomotricité, « *l'espace est, d'abord et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite, de la finitude* » (Miglioranza, 2006, p. 104). Pour aller au-delà de la condition de surface de l'espace, elle représente aussi la distinction du soi/non-soi, du dedans/dehors, du début/fin, soit les limites.

Dans un premier temps chez le nouveau-né, l'espace est un tout, englobant soi et l'environnement dans une idée de fusion. En grandissant, il va faire l'expérience de s'éloigner de la mère pour expérimenter son corps et le monde environnant. Il va réaliser son influence sur l'extérieur et les personnes qui l'entourent et inversement, l'impact de l'environnement sur lui avec les informations sensorielles et sensibles qu'il en reçoit.

Chez certains patients, l'espace investi est très proche de leur corps, avec des mouvements de faible amplitude. Pour d'autres, l'espace est envahi d'agitation et bruits, le psychomotricien propose donc de le structurer avec un départ et une arrivée par exemple.

Selon le CNRTL, le temps est un « *milieu indéfini et homogène dans lequel se situent les êtres et les choses et qui est caractérisé par sa double nature, à la fois continuité et succession* » (« Temps », s. d.), processus qui rythme la vie de l'homme notamment avec les dates d'anniversaire, la nouvelle année, mais aussi le temps des vacances, des repas et des relations.

Dans le champ de la psychomotricité, « *le temps est un organisateur fondamental qui permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser* » (Galliano et al., 2015, p. 253). En effet, nous retrouvons trois temps dans le développement de l'enfant : le temps vécu qui correspond aux premiers rythmes ressentis par le fœtus (biologique, physiologique,

environnementaux), le temps vécu et perçu suite au perfectionnement par l'entraînement et la répétition d'actions. Enfin, le temps représenté qui une fois symbolisé, peut se détacher de l'instant présent et continuer d'exister à distance de ces actions.

Au cours de la prise en charge, se distinguent trois temps : la rencontre lors de laquelle se déroule l'entretien, la réalisation du bilan pour objectiver les difficultés et les capacités du patient afin d'établir avec lui un projet de soins personnalisé et enfin le suivi s'il a lieu, composé d'un nombre de séances très variable d'une personne à l'autre. Cette prise en charge se termine par une séparation qui peut caractériser l'accomplissement des objectifs définis en début de suivi, mais également par une rupture décidée par le patient ou l'accompagnant pour diverses raisons.

2. LE CADRE PSYCHIQUE.

La composante psychique du cadre quant à elle prend en compte la rencontre dans son déroulé et sa forme ainsi que la posture professionnelle, instaurant un cadre thérapeutique sur la base de l'alliance thérapeutique et du cadre interne du psychomotricien.

Une rencontre invite deux individus à entrer en contact. Elle peut être le fruit du hasard, prévisible ou programmée et cela dans un contexte personnel ou professionnel. Au sein du cadre thérapeutique, *« cela suppose que deux êtres humains s'approchent et prennent la mesure de la manière dont ils sont semblables et dont ils se distinguent l'un de l'autre, en considérant leur mode d'être-au-monde »* (Adandé, 2014, p. 30).

Dans la vie quotidienne nous choisissons nos relations, notamment selon les différences et les points communs que nous avons avec l'autre. En thérapie, il n'est pas question d'établir un profil selon des qualités et des défauts, mais de découvrir l'autre dans son environnement, sans porter de jugement quant à la comparaison entre son mode de fonctionnement et le nôtre.

Au cours de l'entretien, le patient et son accompagnant partagent des informations avec le psychomotricien, cela marque la première rencontre. L'histoire de vie du patient est racontée, des informations administratives jusqu'à ses antécédents médicaux, familiaux et personnels en passant par l'environnement dans lequel il évolue. Le professionnel se présente lui aussi, en abordant son parcours professionnel, ses formations et sa pratique.

L'objectif est d'obtenir les informations nécessaires à l'établissement du projet thérapeutique. Ces éléments font partie de la vie privée de nos patients, il est donc

important de favoriser un climat de bien-être et de confiance.

« *Une relation asymétrique ne suffit pas, des conditions pour obtenir de l'information sont nécessaires. En tout premier lieu, être facilitateur, mettre à l'aise. Être neutre également, mais bienveillant, ce qui conduit à une attitude qui oscille entre laisser faire et direction.* » (Ballouard, 2011, p. 114). Il semble également précieux de laisser une certaine liberté d'expression lors de cet entretien pour ne pas réaliser un interrogatoire qui peut être stressant voire inhibant.

Lorsque le patient et le professionnel se rencontrent pour une séance, le rôle du psychomotricien est de lui proposer des expériences afin qu'il crée ou qu'il enrichisse ses compétences, ses réflexions quant à son fonctionnement au sein de son environnement.

Afin que l'accompagnement réponde au mieux aux besoins du patient, la transparence est attendue de la part des différents acteurs de la prise en charge : être soi-même, c'est-à-dire ne pas craindre de montrer sa personnalité, son caractère, ses capacités ou ses difficultés à l'autre, au risque de fausser les objectifs du suivi.

La création d'un climat de confiance favorise cette qualité de transparence. L'alliance thérapeutique correspond donc à « [...] *la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire à la réduction de ses résistances naturelles à changer son cadre de référence* » (Nasielski, 2012, p. 16). Par cette qualité de présence, le cadre interne du psychomotricien expose ce qui est acceptable et ce qui est interdit.

La distance thérapeutique, distance physique et psychique, s'applique à tous professionnels de santé afin de maintenir le cadre de la relation. Cette distance n'est non pas une contrainte, mais propose une enveloppe sécurisante dont le patient et ses proches bénéficient tout autant que le praticien. Telle une prévention, elle permet d'anticiper la réaction à tout débordement, en instaurant une limite à ne pas franchir.

La distance physique n'exprime pas l'idée d'une absence de contact physique, d'autant plus qu'il fait partie de la palette du psychomotricien, mais elle définit la qualité du toucher acceptée, pour qu'il n'existe aucune connotation sexuelle par exemple.

La distance psychique quant à elle détermine le caractère de la relation qui est thérapeutique donc professionnel, et éloigne l'intimité d'une relation personnelle, sentimentale.

III. L'INTERACTION

Selon le Littrée, l'interaction est l'« *action de deux ou plusieurs objets l'un sur l'autre* » (« Interaction », s. d.). L'être humain est en interaction avec ses semblables et avec son monde environnant, c'est-à-dire qu'il existe un échange entre eux, l'un donne et l'autre répond.

Dans les interactions précoces mère-bébé sont distinguées les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques. Elles s'observent à travers différents dialogues que chacun utilise pour communiquer avec l'autre. Ces interactions sont également soutenues par la qualité d'échange qui existe entre les deux individus.

A. LE DIALOGUE.

1. DIALOGUE TONIQUE.

Avant toute chose, le tonus correspond à l'état de tension des muscles. Permanent et involontaire, il soutient les activités motrices grâce au maintien des postures et à la préparation de la contraction musculaire. Vecteur des émotions, il est mis en jeu dans le dialogue infra-verbal, c'est pourquoi le corps est considéré comme premier organe de relation.

La notion de dialogue tonique est issue des travaux de Ajuriaguerra, faisant suite à ceux de Wallon, psychologue, médecin et homme politique français, pour qui le tonus est un vecteur de la communication et plus particulièrement des émotions : « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (Wallon, 1949, p. 174).

Ajuriaguerra définit ensuite le dialogue tonique comme premier outil de communication observable dans la relation mère-bébé, où l'*infans* échange avec sa figure d'attachement au travers d'un dialogue corporel :

ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. Le corps est intégré aussi bien objectivement que subjectivement en tant que corps en relation et non en tant que forme ou masse abstraite considérée en soi. D'autre part, ce corps en relation n'est intégré que par l'intermédiaire du corps d'autrui et dans la mesure où le corps propre se projette dans le corps d'autrui et l'assimile, en premier lieu, par le jeu du dialogue tonique (cité par Fortini, 2009, p. 37).

Ce dialogue tonique se caractérise par des réponses corporelles aux stimuli extérieurs, caractérisées par des contractions et des détentes musculaires. Comme pour tout

dialogue, il concerne au moins deux individus au travers d'un échange de questions-réponses exprimé corporellement.

2. DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL.

Très en lien avec le terme de dialogue tonique évoqué précédemment, voire presque indissociable, le dialogue tonico-émotionnel met en avant le lien étroit qui existe entre les tonus et les émotions. Prenons l'exemple d'une mère qui berce son enfant dans ses bras. Si un fou-rire lui prend, bien qu'elle essaie de le réfréner pour ne pas réveiller son bébé, un recrutement tonique est observable. Selon Ajuriaguerra :

ce dialogue entre un bébé et sa maman est à la fois affections du corps organique (sensations vestibulaires, auditives, olfactives, tactiles, toniques...) et en même temps affections psychiques en tant qu'émotions partagées à partir desquelles les représentations d'amour par exemple pourront se former. Aucune des deux dimensions ne peut fonctionner sans l'autre (cité par Busschaert et al., 2015, p. 212).

Ce dialogue tonico-émotionnel permet les premières représentations des émotions. A la naissance, le nourrisson ne se représente pas lui et son environnement, c'est au travers de la figure maternelle qu'il va pouvoir (se) ressentir et (se) penser. Le dialogue tonico-émotionnel va permettre au bébé de symboliser ces émotions, grâce aux différentes informations sensorielles que cet échange implique (Livoir-Petersen, 2008, p. 68).

3. DIALOGUE VERBAL.

Le dialogue verbal est à différencier du langage puisqu'il ne demande pas une maîtrise correcte de la langue française (ou d'une autre langue selon la culture de chacun). Il est visible, dans ses composantes d'expression et de compréhension, dans les premiers mois de vie du bébé :

- De la naissance à trois mois :

Le nouveau-né est attentif aux sons et y réagit, il gazouille (petits sons) puis vocalise (suite de sons).

- De trois à six mois :

Le nourrisson gazouille beaucoup plus et répond par des vocalises, des cris de plaisir et des rires.

- De six à neuf mois :

Le bébé réagit à l'appel de son prénom, il produit des lallations et jargonne, la fin de

cette période correspond aux débuts du langage avec l'expression des syllabes « ba, da, ka » et des mots « papa » et « maman » (Buil, 2019, p. 55).

Ces différentes étapes du développement de la communication ne sont pas figées, les périodes peuvent varier selon les enfants mais l'ordre reste identique.

Le grommelot par exemple est une forme d'expression verbale inintelligible, utilisée au théâtre. Il s'accompagne d'expressions corporelles, faciales et d'intonations qui permettent à l'interlocuteur de s'imaginer ce que souhaite exprimer le locuteur.

4. DIALOGUE LANGAGIER.

Le langage s'acquiert progressivement au cours du développement de l'enfant, et se perfectionne au-delà de l'âge adulte. Dès sa vie *in utero*, le fœtus est familiarisé avec la langue maternelle qui offre un flot de paroles dans lequel il baigne. La connaissance d'une langue s'accompagne de l'écriture, qui en est une retranscription sur un support et offre une temporalité à l'expression, éphémère dans la parole.

Le langage fait son apparition aux alentours de neuf mois :

- Entre neuf et douze mois :

Le bébé associe les syllabes avec « dada-bada », il exprime le non en tournant la tête et peut dire un mot de deux syllabes.

- Entre douze et dix-huit mois :

Il constitue des mots-phrase, son jargon devient expressif et il maîtrise quatre à six mots significatifs.

- Entre dix-huit et vingt-quatre mois :

L'enfant possède un jargon mature avec l'utilisation de sept-huit mots significatifs, il nomme des images, constitue des phrases de deux mots et comprend des consignes courtes.

- Entre vingt-quatre et trente mois :

Il utilise le « je-moi-tu » avec une forte croissance de son vocabulaire, début du calcul (compte jusqu'à trois-quatre).

- Entre trente et trente-six mois :

Il s'agit de la période des « pourquoi ? ».

- A partir de trente-six mois :

Il connaît son nom et son prénom et compte jusqu'à dix (Buil, 2019, pp. 55-56).

Le développement du langage se fait par imitation et par réponse aux sollicitations de l'environnement. Les interactions sociales auxquelles participe l'enfant, notamment à l'école et au sein de sa famille, lui permettent d'enrichir son vocabulaire, d'améliorer la compréhension et la maîtrise de sa langue maternelle.

B. UNE QUALITE D'ECHANGE.

1. L'OBSERVATION.

Spontanée ou lors d'une mise en situation, elle apporte des éléments qualitatifs ce qui donne une coloration plus détaillée du patient. En pratique psychomotrice, la qualité d'observation est importante puisqu'elle peut révéler des informations méconnues jusqu'alors.

L'anxiété, la douleur, le stress ou les phobies sont des motifs de prises en charge en psychomotricité. Le professionnel prend connaissance, le plus souvent, de leur intensité ainsi que de leurs conséquences par le biais du discours. La prise en compte de ses données subjectives est indispensable. Afin de mieux les appréhender, l'observation de certaines manifestations somatiques peut traduire le fonctionnement psychique de la personne.

« La réalité psychique n'est pas observable en soi. Elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. » (Ciccone, 2014, p. 69).

Travaillée au cours de la formation de psychomotricité, la posture d'observateur est l'un des principaux outils du psychomotricien qui demande attention, patience et présence. Les faits que nous observons sont obligatoirement influencés par notre présence, c'est pourquoi il est important d'adopter une posture et un regard bienveillant pour accompagner le patient. Pour cela, les axes de travail élaborés permettent d'orienter notre regard afin de faire exister un intérêt dans cette observation.

Bien qu'elle soit liée à une part de subjectivité, étant donné que l'homme perçoit et garde en mémoire ce qui lui semble important et en premier lieu indispensable à sa survie, le thérapeute réalise cette observation avec l'idée de non jugement.

L'observation, en restant dans l'idée d'une prise en charge globale, ne concerne pas seulement le patient. « *L'outil de la co-observation est précieux. Il est important d'entendre les parents dans leurs émotions, leurs doutes et aussi dans leurs compétences. Le psychomotricien se positionne aussi dans une " juste " présence, en les accompagnant, sans juger ou faire à leur place* » (Collin-Bertheuil, 2019, p. 75). Le professionnel s'intéresse également à son environnement et notamment à ses parents.

2. L'ÉCOUTE.

Selon Le Robert, écouter signifie « *s'appliquer à entendre, prêter son attention à (des bruits, des paroles)* » mais aussi « *recevoir, accepter* » (« Ecouter », s. d.). L'écoute est souvent assimilée à une prise de parole, dans une discussion quelqu'un parle et l'autre écoute.

Elle peut également s'appliquer au corps, chez une personne fatiguée nous écoutons les signes de cette fatigue, tels que les bâillements, les difficultés de concentration ou les clignements de paupières plus fréquents et prolongés. Ecouter signifie également prendre en compte les conseils d'autrui, suivre une idée ou quelqu'un.

En psychomotricité, écouter c'est : savoir se taire, accompagner, être disponible, être attentif, être empathique, percevoir à travers ses sens, savoir, penser, mettre en mots, proposer du sens, s'écouter, communiquer, faire confiance, être garant d'un cadre, agir, créer, parfois accepter de ne pas savoir et surtout écouter c'est un savoir-être (Debieux, 2008, p. 41).

L'écoute prend différentes formes selon les demandes et les besoins, d'un côté elle requiert et favorise chez le psychomotricien sa disponibilité, son attention et sa qualité d'observation. D'un autre, elle apporte au patient un accompagnement, un sentiment de sécurité et de confiance.

3. L'EMPATHIE.

L'empathie consiste à imaginer et ressentir ce qu'une autre personne peut vivre dans une situation donnée. Selon le CNRTL, l'empathie est la « *capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve* » (« Empathie », s. d.). Par exemple, lorsque nous observons un individu tomber dans la rue après s'être tordu la cheville nous supposons dans un premier temps qu'il ressent de la douleur et de la gêne, puis nous éprouvons à notre tour une sensation de douleur suite à cette chute ainsi qu'une sensation de malaise que cela soit arrivé en public.

En psychomotricité, le professionnel fait preuve d'empathie envers le patient ainsi que ses accompagnants. Au cours des trois années de formation, les étudiants en psychomotricité expérimentent différentes sensations et mettent en mots leurs ressentis. L'objectif est d'apprendre à mieux se connaître et à développer la qualité d'empathie en se représentant ce que l'autre peut ressentir au travers d'une même situation.

Au sein d'un suivi, elle permet d'appréhender la réponse de l'autre face à une situation, différente de la nôtre en se mettant à sa place. « *D'une part, elle nous permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif de nos interlocuteurs ; d'autre part, elle nous fait entrer en résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels* » (Tisseron, 2010, p. 18). Cette résonance offre un autre regard, favorable à une meilleure adaptation de l'accompagnement proposé dans ce contexte au sujet.

PARTIE DISCUSSION

Dans cette dernière partie, mon objectif est de mettre en lien les éléments cliniques observés au cours de mon stage long en cabinet libéral avec les éléments théoriques apportés sur les thèmes de la relation, du cadre et de la communication.

Ma réflexion porte sur la qualité relationnelle proposée par le psychomotricien aux patients reçus en prise en charge. Selon moi, il est question de leur assurer une certaine disponibilité tant dans l'écoute que dans le soutien.

Les rencontres avec Adrien, Eliott et Monsieur Dolet relèvent les capacités d'adaptabilité du psychomotricien pour répondre aux besoins de chacun en respectant le caractère unique de la relation. Cette unicité est due à la singularité de chaque individu selon l'âge, l'histoire de vie, la personnalité, l'environnement dans lequel il vit, la demande d'aide et bien d'autres facteurs.

Dans un premier temps, j'aborderai la valeur symbolique du cadre thérapeutique par la contenance qu'il apporte au patient, à son accompagnant ainsi qu'au professionnel. Il délimite le possible de l'interdit et accorde un espace privilégié pour chacun grâce à la sécurité physique et psychique qu'il fournit.

Dans un second temps, je parlerai de l'élaboration de la relation dans l'idée d'un climat de confiance instauré entre les différentes personnes ainsi que d'une reconnaissance de la place de chacun au sein du suivi. Au travers de la communication et d'un accompagnement personnalisé, le psychomotricien privilégie une « *relation d'implication* » (Gatecel, 2012, p. 35).

I. DANS L'ICI ET MAINTENANT

Une séance de psychomotricité se déroule à un instant T, dans un lieu donné, avec certaines personnes. Le psychomotricien, à l'aide du cadre thérapeutique et de son propre cadre interne délimite et soutient ce qu'il se passe en séance. En offrant un espace contenant dans lequel chacun peut vivre des expériences et s'exprimer, il se porte garant de la sécurité des éléments partagés.

L'organisation spatiale est pensée pour accueillir et contenir les personnes et leurs ressentis, notamment en essayant de proposer une place à chacun adaptée selon les situations présentées. Cet espace semble alors à la fois un lieu partagé et un lieu privilégié.

A. OFFRIR A CHACUN.

1. PROPOSER DES REPERES : UN CONTENANT.

Lors de mon stage, j'ai pu participer aux entretiens qui donnent lieu à la rencontre entre le patient et le professionnel. Au-delà de la simple découverte de l'autre par l'échange des informations permettant de constituer le dossier du patient, j'ai observé que le patient entre également en contact avec la salle de psychomotricité. Ce premier temps initie la construction d'un contenant caractérisé par l'horaire du rendez-vous, la surface de la salle et son contenu comprenant le matériel et les personnes présentes telles que le patient, l'accompagnant, le psychomotricien et peut-être le stagiaire.

Après un temps laissé à la découverte de la situation et des individus impliqués, vient la mise en place du cadre thérapeutique par l'annonce des modalités du suivi. Je trouve que discuter de façon explicite des lignes qui le définissent amène le psychomotricien à symboliser un soutien apporté à la relation thérapeutique. Il me paraît alors indispensable d'être dans une recherche d'un commun accord.

Ce cadre comprend tout d'abord des limites physiques, telles que la composante temporelle du cadre. En général, la durée d'une séance de psychomotricité varie entre quarante-cinq minutes et une heure. La fréquence peut être hebdomadaire, plusieurs fois par semaine ou une fois toutes les deux semaines. Ces données varient selon l'établissement, le public accueilli ou encore selon le praticien lui-même.

Dans cette durée j'identifie différents instants : un début et une fin, un moment pour se saluer, accueillir et un autre pour se dire au revoir. Chez certains patients, ces temps de séparation représentent un moment difficile, caractérisé par des cris, des pleurs, de la frustration ou de l'agitation.

En effet, « *accéder à la notion d'un temps qui commence et qui finit, c'est avoir intégré la dimension symbolique de la castration, accepter le non et les limites, enfin avoir une notion de la finitude de la vie* » (Potel, 2019, p. 135). C'est pourquoi il est important de respecter une régularité dans le rythme et la durée des rencontres puisqu'elle marque une répétition dans l'organisation temporelle du patient. Il peut ainsi prendre des repères, ce qui favorise les sentiments de sécurité interne et de continuité.

Il est toutefois possible que ces données temporelles soient modifiées selon l'évolution du suivi, et cela en accord avec le patient et son accompagnant.

Les limites physiques comprennent également la composante spatiale du cadre. Pour ma part, je l'interprète de deux manières. D'un côté, l'espace correspond à l'organisation spatiale de la salle de psychomotricité, par sa surface et le matériel

qu'elle contient. Les retrouvailles avec le lieu et les objets rassurent le patient puisqu'il y retrouve des repères physiques. Cette reconnaissance favorise sa disponibilité à la séance et au professionnel.

Cependant, en tant que professionnel nous ne pouvons garantir au patient qu'il va retrouver l'espace tel qu'il l'a laissé lors de notre dernière rencontre. D'une semaine à l'autre, les objets vont forcément bouger ce qui peut engendrer de l'anxiété chez le patient, dans l'autisme notamment. Cet aspect variable va obliger le patient à se réadapter à l'environnement.

L'objectif pour le psychomotricien est donc de proposer des invariants comme repères principaux, tels que les quatre murs qui délimitent la surface de la salle, la ou les portes ainsi que les meubles par exemple.

D'un autre côté, il est question de l'espace du corps. Au travers des activités ludiques proposées en psychomotricité, le thérapeute invite le patient à explorer son environnement par le biais de stimulations diverses. L'idée est d'éprouver la première enveloppe que connaît le tout petit, nommé le Moi-peau par D. Anzieu (D. Anzieu, 1985).

Par un travail autour du lâcher prise, Monsieur Dolet expérimente son corps dans l'espace. Grâce à cette nouvelle conscience corporelle, enrichie par les stimulations proposées autour du rythme, il habite aujourd'hui son corps d'une manière différente et son investissement spatial s'en voit influencé. Ses mouvements sont plus amples et fluides, il perçoit les rythmes et son attitude s'est ouverte vers l'extérieur.

Le patient fait l'expérience de son corps dans l'espace et, par les sensations que cela lui procure, il enrichit la connaissance de son corps et son investissement.

A ces limites physiques s'ajoutent des limites psychiques, telles que des règles, dont les trois suivantes retrouvées au sein de mes stages :

- Nous ne nous faisons pas de mal :

Le fait de se faire mal peut être un moyen de s'exprimer. L'idée ici est d'ouvrir une voie qui prend en compte cette possibilité, mais qui permet d'évoquer l'existence d'une autre forme d'expression.

- Nous ne faisons de mal à l'autre ni à personne :

Cette proposition rétablit une des règles sociales, celle de ne porter atteinte à autrui. En psychomotricité, elle inclut l'extérieur dont les parents, les frères et sœurs voire les autres proches.

- Nous n'abîmons pas le matériel :

Le matériel est un accessoire utilisable par tout le monde, puisqu'il appartient à la structure. Cette règle symbolise les notions de partage et de respect.

Communes à toutes les prises en charge auxquelles j'ai assisté, leur application assure une sécurité physique, psychique, ainsi que le respect du matériel mis à disposition. Le « nous » s'adresse ici au patient, au professionnel ainsi qu'à l'accompagnant s'il est présent afin d'éliminer le caractère impératif de ces règles. Si l'une d'elles n'est pas respectée, la séance peut prendre fin pour cause de mise en danger.

Progressivement, la condition est de ne pas déroger ces règles afin de pouvoir être ensemble. Dans mes stages, j'ai toutefois porté une grande attention au fait d'être juste et de différencier un geste volontaire d'une maladresse afin que ces règles prennent sens.

Les composantes psychiques prennent également en compte la rencontre entre les personnes présentes. Selon moi, la rencontre correspond à différents moments : l'entretien où les individus se voient pour la première fois et font connaissance et, les séances dans lesquelles le psychomotricien et le patient partagent des expériences. En effet, je pense qu'« *il faut pouvoir rencontrer chaque fois le patient comme si c'était la première fois qu'on le voyait, et oublier nos théories, faire taire nos attentes* » (Ciccione, 2014, p. 73).

Associée à la composante spatio-temporelle, la rencontre tend à s'inscrire dans une régularité car, lorsque le patient ainsi que l'accompagnant retrouvent les mêmes personnes c'est-à-dire le psychomotricien et le stagiaire s'il est présent, un sentiment de familiarité s'installe. Tel un repère, cela favorise le partage d'un sentiment de confiance.

En revanche, bien que j'utilise le terme de limites, ces éléments sont modulables en fonctions du contexte et des problématiques soulevées. Selon moi, ces lignes prennent la forme de repères et permettent d'accueillir les états du jour du patient ainsi que ce qu'il a à nous partager à un instant T. Il n'est pas question de figer le contenu du suivi mais de le sécuriser.

2. FAVORISER LES EXPERIENCES : LE CONTENU.

Au travers des différentes prises en charge auxquelles j'ai participé, j'ai ressenti l'importance de la qualité de présence et de réponse du psychomotricien. Les

conditions d'implication et de disponibilité m'ont paru primordiales à la création et au maintien d'un environnement alliant stabilité et sécurité.

Afin que le patient s'investisse pleinement dans les séances et se risque de dévoiler ses difficultés, le thérapeute cherche à garantir un sentiment de sécurité physique et psychique, au même titre qu'un parent auprès de son bébé. En effet, « *le cadre, c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur* » (Potel, 2019, p. 367).

L'objectif principal étant d'accompagner le patient dans le maintien et le développement de ses compétences psychomotrices, l'enjeu de notre profession est selon moi, de proposer un espace propice aux expériences au travers d'activités ludiques favorisant les échanges. Par l'intermédiaire des dialogues et de la mise en jeu du corps, le psychomotricien adapte son cadre interne par sa posture et ses réflexions pour recevoir les expressions du patient et ajuster les limites si cela est nécessaire.

Les premières séances partagées avec Eliott m'ont demandé d'adapter mon propre cadre interne. J'ai souvent eu l'impression que, lors des situations difficiles, il s'enfermait dans une boucle caractérisée par la répétition d'une même action. Je me suis d'abord sentie frustrée de ne pas réussir à l'accompagner dans ce vécu d'échec. Mais par la suite, j'ai pu verbaliser mes ressentis et lui proposer un étayage verbal et corporel lui apportant un soutien, par l'ouverture vers d'autres possibilités.

Par sa disponibilité et les appuis qu'il propose, le psychomotricien accompagne le patient dans les différentes situations. D'une part, si le patient se met en danger de manière physique en grimpant en haut de l'espalier ou psychique en étant pris par une crise de panique, le professionnel se doit d'assurer sa protection. En participant aux activités avec le patient, il se trouve à ses côtés et cela de telle sorte à réagir face à ces événements.

Par son âge et son retard de développement psychomoteur, les stimulations du milieu sont nombreuses pour Adrien et peuvent le désorganiser. En le prenant dans ses bras, Loïc transmet à Adrien un sentiment de protection au travers du dialogue. Celle-ci inclut l'idée de réceptionner voire transformer les agressions de l'extérieur et de lui proposer les appuis nécessaires à son bien être corporel et psychique.

Il est parfois possible de les anticiper grâce à l'écoute et l'observation du thérapeute. Dans ce cas, il est possible de proposer des appuis au patient par le toucher, le dialogue, ou à l'aide d'un médiateur. Soit cela rassure l'enfant sur le fait que le

professionnel soit assez solide pour supporter ce qu'il exprime et cela sans se casser, soit cela peut lui proposer une alternative et le rendre autonome dans la gestion de ces émotions.

Grâce à la qualité de présence du psychomotricien et de moi-même au cours des séances, Elliott a pu nous exprimer ses difficultés. Au départ, il nous les a partagées par l'intermédiaire de son corps en se plongeant dans des activités complexes et fatigantes pour lui. C'est avec le temps et la régularité des rencontres qu'il a réussi à mettre des mots sur ces situations pour ensuite nous demander de l'aide.

Le sentiment de sécurité du patient passe également par l'annonce de la séance, en la présentant il sait ce qu'il va être amené à faire et il peut éprouver la notion du temps.

Les différents dialogues entrent alors en jeu : par le toucher et le portage s'engage le dialogue tonico-émotionnel, par les paroles apportées pour exprimer ce qu'il semble se passer pour chacun est mis en avant le dialogue langagier. Le dialogue verbal quant à lui accompagne les diverses expressions de surprise, de joie ou autres. « *Les trois axes essentiels de la fonction thérapeutique sont ainsi incarnés : protection, pare-excitation, appuis* » (Potel, 2015, p. 112).

B. PERMETTRE A CHACUN.

1. UN ESPACE COMMUN.

Mon stage en cabinet libéral a mis en avant deux espaces distincts : la salle d'attente et la salle de psychomotricité. Les situations qui s'y jouent diffèrent tant dans le comportement des personnes présentes que dans les enjeux existants.

L'espace de la salle d'attente représente un espace commun aux personnes reçues par le thérapeute, mais aussi commun au patient et son accompagnant. Les actions qui s'y passent font partie intégrante de la prise en charge. En effet, il est possible d'observer les interactions, les postures, l'occupation de l'espace et l'activité de chacun dans ce temps d'attente.

Le jour où je me suis retrouvée en salle d'attente avec Adrien et son père⁷ avant de débiter la séance, j'ai pu observer une toute autre dynamique parent-bébé. Dans cet espace, le père se montrait proche physiquement de son enfant et échanger plus avec lui par rapport à ce que j'avais pu observer dans les prises en charges précédentes.

⁷ Cf. *supra*, 2. Six mois plus tard. p. 13

Selon moi, trois temps se distinguent dans ce premier espace :

- L'accueil :

Le psychomotricien entre en salle d'attente et salue oralement ou par une poignée de main les personnes présentes. Un échange autour de l'état du jour du patient principalement et des informations le concernant s'en suit. Le professionnel questionne également l'accompagnant, s'il est présent, sur son état du jour au travers du « comment allez-vous ? ». L'accompagnant peut être une personne de sa famille ou le représentant légal attribué par la justice.

Ensuite, le proche est invité à patienter ou à entrer dans la salle de psychomotricité au même titre que le patient. Cette décision est prise en amont, lors de l'entretien voire des premières rencontres, en prenant en compte l'âge, les compétences et le bien-être du patient. Elle comprend l'acceptation du patient de rester seul en séance avec le psychomotricien et de l'accompagnant de patienter en salle d'attente.

Pour la prise en charge d'un nourrisson, l'accompagnant participe aux séances puisqu'il est garant de la sécurité interne de son enfant et il s'agit également d'un temps de guidance parentale.

A chacune des prises en charge, l'un des parents d'Adrien participe à la séance pour son bien-être mais aussi afin de proposer un accompagnement parental.

Pour les enfants et adultes, la proposition est faite à chacun selon la problématique mise en avant. Cela dépend notamment de l'existence d'une dépendance affective ou physique.

Le père d'Eliott patientait en salle d'attente le temps de la séance. Puisque le développement psycho-affectif et physique d'Eliott lui permettait d'être seul avec le psychomotricien, Loïc leur a proposé ce fonctionnement au début du suivi. L'objectif était également de lui proposer un espace privilégié.

- L'entre-deux :

Un temps existe alors entre le début et la fin de séance pour l'accompagnant qui reste en salle d'attente. Il peut s'agir d'une ou plusieurs personnes, le couple parental ou les frères et sœurs par exemple.

Dans la salle d'attente, les personnes présentes ont le choix de s'installer sur une chaise, un fauteuil, et d'emprunter des livres, magazines et jouets mis à disposition. Les toilettes sont également accessibles.

Dans ce temps de latence, l'accompagnant s'occupe comme il le souhaite en respectant le calme afin de ne pas perturber la séance en cours. Toutefois, il lui est demandé de prévenir le professionnel et le patient avant que la séance débute s'il a l'intention de quitter la salle d'attente le temps de la séance. Il est possible que le patient souhaite aller aux toilettes à un moment donné ou ouvre par curiosité la porte de la salle d'attente pour voir ce qu'il s'y passe. S'il n'y retrouve pas son parent et qu'il n'en a pas été prévenu, cela peut engendrer du stress ou de l'anxiété.

- Les aurevoirs :

Une fois la séance terminée, le patient et le psychomotricien regagnent la salle d'attente. Si le parent était présent au cours de la séance, cela peut être le lieu du change de l'enfant ou du rhabillage avant de quitter le cabinet. Le psychomotricien les salue avant de retrouver sa salle.

En revanche, si le patient était seul en séance, le retour en salle d'attente signe les retrouvailles avec son proche. Un temps d'échange s'organise autour du déroulé de la séance soit dans une simple description des activités, soit en relevant certaines observations, soit en explicitant les axes travaillés et parfois autour du prochain rendez-vous. Une fois les informations partagées, le professionnel les salue et retourne dans sa salle.

L'espace de la salle d'attente et de la salle de psychomotricité symbolisent donc des temps de séparation et de retrouvailles observables dans le suivi. Dans le cas où le patient participe seul en séance, il se sépare dans un premier temps de son proche pour retrouver le psychomotricien. S'en suit le temps de la séance en présence du thérapeute et en l'absence de l'accompagnant. Le retour en salle d'attente symbolise la fin de la séance au cours duquel le patient se sépare du professionnel pour retrouver son parent.

2. UN ESPACE POUR SOI, UN ESPACE POUR NOUS.

Pour certains patients, il est possible de questionner l'idée que la séance de psychomotricité symbolise un espace privilégié. J'entends par là l'idée d'offrir un espace-temps consacré au patient, au travers d'un sentiment de reconnaissance, de valorisation, et cela en l'absence du parent lorsque la situation le permet.

Le parent représente une figure d'autorité pour l'enfant, en sa présence ses comportements sont adaptés suivant ce qui est autorisé et ce qui est interdit. Or, en psychomotricité, l'idée est de réaliser des expériences dans le but de découvrir et de

développer des compétences. La présence du parent en séance peut inhiber ce temps d'exploration alors que, pour d'autres elle offre une sécurité et favorise l'expérimentation.

Dans les premiers temps de séance, le thérapeute accorde une attention particulière à cette dynamique relationnelle entre le patient et son parent. Dans le cas où le patient semble avoir besoin de cet espace privilégié, l'idée est de favoriser la réduction voire la disparition des réactions de préstance, de défense et de permettre au patient d'être lui-même.

La prise en charge d'Eliott m'a permis d'expérimenter cet espace privilégié. Alors que son père patiente en salle d'attente, le psychomotricien et moi-même sommes en séance avec son fils. J'ai pu observer le contraste dans le comportement d'Eliott entre ces deux lieux, entre la présence et l'absence de son père.

Energique et bavard, les séances avec Eliott sont dynamiques. Il fait face à de nombreux challenges où il teste les limites de ses compétences et explore toutes les modalités des activités proposées.

Une fois dans la salle d'attente, Eliott devient un enfant timide et calme, laissant son père prendre la parole.

Le psychomotricien vient soutenir ces expériences en assurant les qualités de contenance, de sécurité et de bienveillance. De plus, il tente de proposer des activités en fonction des préférences du patient afin de susciter sa curiosité et son intérêt.

Dans d'autres cas, le parent participe à la séance. Sa présence physique rassure le patient, et sa présence psychique maintient un sentiment de sécurité interne chez son enfant favorisant les expériences. Ici, le parent est placé en tant qu'observateur de la situation. Cependant, il peut prendre dans ses bras son enfant parce qu'il pleure ou peut demander de participer à l'activité avec son enfant s'il le souhaite.

Le psychomotricien lui, intervient en tant que tiers dans les interactions parent-enfant. Cet instant accorde au professionnel un temps d'observation des échanges dans la relation parent-enfant. Loin d'être source de savoir absolue, ce regard extérieur peut rassurer l'accompagnant notamment en lui permettant de questionner le développement de son enfant, de partager ses inquiétudes et ses espoirs. Il s'agit d'un temps partagé où la lumière est mise sur le patient, avec l'inclusion du parent dans un accompagnement auprès de son enfant, s'il se trouve en difficulté par exemple face à certaines ses réactions.

Adrien étant un nourrisson, ses parents sont invités à partager la séance avec le

psychomotricien et moi-même. Dans la deuxième séance⁸, je décris l'instant où Loïc s'autorise à prendre Adrien dans ses bras, pour le calmer suite à sa colère. A ce moment, le père aurait pu s'autoriser à prendre son enfant dans ses bras, or il est resté en retrait.

Dans cette vignette clinique, le psychomotricien a permis un relai au père, qui n'était pas disponible à ce moment.

Différentes questions peuvent nous venir à l'esprit : pourquoi n'a-t-il pas pris son enfant dans ses bras ? Est-ce un signe de fatigue physique et/ou psychique face à la situation de son bébé ? Ne savait-il pas comment faire pour le calmer ? Ne s'est-il pas autorisé à le faire face à la présence du psychomotricien ?

Ces hypothèses sont à garder en tête toutefois sans porter de jugement face aux réactions du père. Loïc, selon son ressenti à cet instant T, s'est autorisé à prendre le relai du parent avant de le laisser prendre en main la situation quand il était plus disponible.

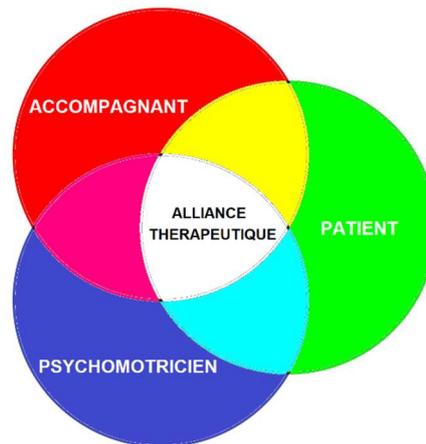
Bien que le parent soit présent, il est possible qu'il ne s'autorise pas à rester près de son enfant ou à l'accompagner dans les différentes propositions. Tel un médiateur, le psychomotricien peut faire le lien entre le parent et l'enfant, par un étayage physique et verbal.

II. ENTRER EN RELATION

Le suivi psychomoteur, par l'idée d'une prise en charge du patient dans sa globalité, met en avant l'importance de la création d'une alliance thérapeutique. Pour moi, elle est possible grâce aux informations partagées entre les différents acteurs, à l'investissement ainsi qu'à la disponibilité de chacun dans le suivi.

J'assimile le schéma relationnel recherché en psychomotricité à l'illustration de la synthèse additive des couleurs primaires : la relation prend une coloration différente selon les échanges entre chacun. L'objectif est de favoriser une transparence (représentée par la partie blanche) et un engagement réciproque (illustrée par des cercles de taille identique).

⁸ Cf. *supra*, 2. Six mois plus tard. p. 13



Pour cela, la confiance est une qualité morale souhaitée entre le patient et le thérapeute, ainsi que par les accompagnants. Contenu par le cadre thérapeutique mis en place et la disponibilité du psychomotricien, cette confiance accorde une place à chacun reconnue par les autres, ce qui favorise l'investissement des différents acteurs du suivi et l'accompagnement de chacun dans les expériences réalisées dans la pratique psychomotrice.

A. LA CONFIANCE DANS LA RELATION.

1. INTEGRER UNE TIERCE PERSONNE.

L'entrée dans une prise en charge thérapeutique implique l'intégration d'une tierce personne au sein de la relation parent-enfant, en l'occurrence le thérapeute. « *Le tiers, même simple témoin, redistribue les cartes en sortant les adversaires de leur affrontement binaire* » (Rognon, 2016, p. 55). Tel un médiateur, ce tiers intervient dans une relation duelle afin de départager, sans pour autant prendre parti pour l'un ou l'autre. Il est également possible qu'il induise, « *par sa seule présence physique, sans avoir eu le temps d'engager la procédure de médiation proprement dite, une reprise du dialogue entre les parties* » (Rognon, 2016, p. 55). Le rôle de cette tierce personne n'est pas toujours de séparer deux individus, mais parfois de rétablir la relation entre eux.

Au niveau judiciaire, il est possible de demander l'assistance d'une tierce personne en cas d'incapacité afin qu'elle aide la personne en situation de handicap à réaliser les « actes ordinaires de la vie »⁹.

Dans la pratique psychomotrice, la rencontre avec le patient est initiée lors du premier rendez-vous. L'entretien guide les présentations dans un question-réponse animé par

⁹ Code de la sécurité sociale - Article D434-2

les différentes personnes présentes. Il est, de manière indirecte, un préambule à l'acceptation de chacun au sein du suivi.

Comme pour toute relation, la rencontre d'autrui entraîne de premières impressions. Le psychomotricien mesure s'il est habilité à répondre aux attentes mentionnées ou si une réorientation est nécessaire et, le patient ainsi que le parent réagissent au parcours du professionnel, à sa proposition d'accompagnement mais aussi au *feeling* ressenti.

En effet, en psychomotricité il est question de relation, il me semble indispensable d'accorder une importance aux ressentis quant à la rencontre de l'autre. Il est possible de proposer au patient et au parent d'être mis en lien avec un collègue si une réticence existe de leur part.

Suite aux présentations, l'acceptation d'une prise en charge accorde une place à chacun dans la relation. Le schéma présent en psychomotricité n'implique pas un niveau de supériorité appartenant au professionnel, il existe un lien d'interdépendance entre chaque individu. Pour cela, je pense que le rôle de médiateur se partage entre le professionnel, le patient, le parent mais aussi le médecin prescripteur et le stagiaire.

Le psychomotricien intervient en tant que tierce personne dans la relation parent-enfant. Dans cette situation, il s'agit d'une personne « en plus », il n'est alors pas question de prendre la place du parent ou de l'enfant. *A contrario*, le professionnel prend en compte ce qu'implique d'être patient et d'être parent.

Lors des rencontres avec Adrien, Loïc a respecté l'enjeu pour ce bébé d'être le patient en acceptant les difficultés et la fatigabilité qu'il exprime, sans attendre plus de compétences de sa part.

Je pense qu'il est normal qu'en tant que professionnel nous souhaitons voir évoluer nos patients jusqu'à accomplir les objectifs fixés. Cependant, être dans l'attente de compétences et éprouver une sorte de déception si le patient « n'est pas à la hauteur de nos espérances » et à différencier de l'idée de souhaiter, d'une manière générale, voir le patient progresser en acceptant et en travaillant avec ce qu'il nous partage au cours de la séance, à un instant T, selon son état du jour. Ces attentes, si elles existent, peuvent mettre le patient en situation d'échec et nous entraîner à « faire à la place de » inconsciemment.

De plus, par l'accueil du parent en séance, le psychomotricien l'invite à participer et échanger dans une relation triangulaire, au sein de laquelle il préserve son identité de parent. De ce fait, il peut éprouver la séance en tant qu'observateur ou qu'acteur selon

son envie et ses besoins.

Le père d'Adrien échange avec nous pendant la séance, mais il n'accompagne pas physiquement son fils, laissant Loïc prendre Adrien dans ses bras pour le réconforter. Pour autant, cela ne signifie pas que le père se désintéresse de la séance, il éprouve peut-être un besoin de soutien dans l'accompagnement de son fils.

Quant à lui, l'enfant est un médiateur dans les échanges parent-professionnel. Même si les séances se déroulent en l'absence du parent, l'idée de prendre en charge le patient dans sa globalité indique que le parent, appartenant à son environnement, a toute sa place.

Suite à la réalisation d'un bilan psychomoteur, Loïc mis en avant le besoin d'examens complémentaires afin d'aider au mieux Eliott, pour qui aucun diagnostic n'a été posé malgré les difficultés qu'il présente. Pendant une année, les parents d'Eliott l'ont accompagné au cabinet de psychomotricité sans donner suite à cette proposition, dans l'idée que les difficultés de leur enfant vont disparaître.

Eliott, par sa présence aux séances ainsi que par son évolution au sein de son environnement, a entraîné une reprise de cette discussion entre ses parents et Loïc. Suite à cela, des examens complémentaires ont objectivé un diagnostic d'épilepsie, permettant d'adapter la prise en charge afin de répondre au mieux aux besoins d'Eliott.

De son côté, le parent peut être considéré comme médiateur dans le rapport patient-professionnel. Il est possible que l'enfant ne comprenne pas l'intérêt de venir en séance ou pense que le psychomotricien propose des activités inintéressantes voire inadaptées. Dans cette situation, le parent est à même de lui expliquer l'intérêt de cette prise en charge ainsi que l'objectif visé par le professionnel ou même de proposer un rendez-vous afin d'en discuter tous ensemble.

Le parent apporte également son aide au psychomotricien lors de difficultés ou d'incompréhensions. En effet, le professionnel n'a pas le savoir absolu et éprouve parfois des situations de doute, de stagnation avec un patient. Le parent intervient soit pour partager les mêmes difficultés présentes dans la vie quotidienne ou l'évolution de son enfant suite aux séances, soit pour l'accompagner en proposant une approche différente qu'il utilise lui, dans le quotidien de son enfant.

D'autres tiers interviennent dans une prise en charge psychomotrice tels que le médecin prescripteur. Il est important de tenir compte que la prise en charge en

psychomotricité est possible sur prescription médicale¹⁰. Il permet de coordonner les soins dont dispose le patient, concernant les besoins, les objectifs et la fréquence, afin que chaque professionnel avance dans la même direction pour assurer son bien-être.

La présence d'un stagiaire entraîne également l'intégration d'une tierce personne dans la relation patient-professionnel. Par sa présence et les nouvelles idées qu'il apporte, le fonctionnement de la séance ne se passe plus en duo mais en trio, voire en quatuor si un accompagnant y participe. Même s'il prend place en tant qu'observateur, sa présence influence le comportement du patient voire même celui du professionnel.

Dans le suivi de Monsieur Dolet, ma présence a apporté une nouvelle dynamique relationnelle. De manière presque inconsciente, Loïc et moi avons soutenu de façon complémentaire l'investissement de Monsieur Dolet dans les séances. Tandis que l'un pouvait représenter le modèle de réussite dans une activité, l'autre montrait quelques difficultés. Dans ce contexte, Monsieur Dolet a ainsi pu prendre appui sur nous, en s'autorisant à lâcher prise.

Le stagiaire est aussi un tiers dans la relation établie entre le parent et le professionnel. Sa présence au sein d'un suivi peut être vécue comme une intrusion selon les situations, même s'il est soumis, au même titre que le psychomotricien, au respect du secret professionnel. Il s'agit là d'immiscer une énième personne dans la vie personnelle du patient étant donné que le stagiaire, dans la plupart des cas, a accès au dossier du patient.

2. ÊTRE A L'ECOUTE.

Dans les séances de psychomotricité, de nombreuses informations sont partagées par les différentes personnes intégrées au suivi¹¹. Afin de répondre au mieux aux attentes de chacun, le psychomotricien adopte une qualité d'écoute différente selon les situations, il fait preuve d'adaptabilité. Ces différentes qualités d'écoute peuvent être permises par une attitude non-directive.

La non-directivité est un concept développé par Rogers, l'un des pères fondateurs de la psychologie humaniste. Elle est définie comme « *une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imposer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser que le client doit penser, sentir ou agir d'une*

¹⁰ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 1988

¹¹ Cf. *supra*, 1. Intégrer une tierce personne. p. 65

manière déterminée » (Pagès, 1993, p. 37).

Bien que ce processus soit décrit dans un contexte de psychothérapie, il me paraît applicable à la psychomotricité puisque notre pratique implique une relation d'aide. Il favorise une prise de recul du professionnel et, par cette distanciation, facilite la différenciation entre nos interprétations subjectives et la possible signification de ce que partage le patient ou l'accompagnant, plus objective.

Rogers décrit quatre principes dans ce concept de non-directivité : le regard positif inconditionnel, l'empathie, la congruence et, l'écoute et la réflexion (Prouty, 2005). Je vais ici les reprendre un à un afin de les illustrer au travers de la première séance partagée avec Eliott¹² :

Dans la description de cette première séance, j'exprime mon incompréhension lorsqu'Eliott décide de complexifier un exercice alors qu'il est déjà en difficulté. Bien que Loïc lui explique que son idée est trop dure, il persiste jusqu'à épuisement.

- Le regard positif inconditionnel :

Dans ce moment, j'ai l'impression qu'Eliott n'écoute pas les conseils car la situation l'amuse. Mais en le regardant persévérer avec tant d'énergie et cela malgré les échecs, j'accepte qu'il se mette tant en difficulté et l'encourage.

Si j'étais restée sur ma première interprétation, ma réaction aurait certainement été plus directive envers Eliott et je n'aurais pu comprendre pourquoi il a préféré ajouter une difficulté plutôt que d'éprouver celle initiale (le saut pieds joints).

Cette idée consiste en l'acceptation de ce que nous montre le patient, sans jugement ni attente particulière. Ce non-jugement aide le thérapeute à faire preuve de compassion, de respect et de disponibilité vis-à-vis du patient afin de lui apporter son soutien.

- L'empathie :

En l'observant faire tomber des haies, s'essouffler, recommencer alors que ses jambes fatiguent, j'éprouve toute la difficulté de cette activité, comme si je suis épuisée à sa place. Je me sens démunie lorsqu'il rate un saut alors qu'il ne lui reste plus que deux haies pour réussir. Je me vois même réfléchir à des solutions pour qu'il y parvienne.

Tel un miroir, l'empathie définit la capacité à se mettre à la place de quelqu'un, à imaginer ce que la personne peut ressentir, penser, vouloir. Cette sensibilité

¹² Cf. *supra*, 1. Première séance. p. 19

accompagne le professionnel à mieux comprendre les comportements et les besoins de la personne observée.

- La congruence :

En tant qu'observatrice de la situation, je me suis permise d'exprimer la complexité de sa proposition mais aussi de l'encourager en le voyant se débattre face à ce problème.

Pour cette première rencontre, j'aurai pu simplement observer Eliott et Loïc en partageant mes ressentis après la séance. Cependant, ce moment m'a semblé compliqué, d'autant plus qu'il s'agissait du premier rendez-vous de ma première journée de stage.

Il s'agit ici, pour le thérapeute, d'être lui-même dans ses réactions et ses ressentis. Cette qualité est travaillée lors de la formation en psychomotricité, au travers de la multiplicité des expériences proposées et vécues. Cette attitude naturelle invite le patient à être, lui aussi, dans une expression plus libre.

- L'écoute et la réflexion :

Eliott nous transmet, à travers la complexité de sa nouvelle consigne, qu'il est présent à la séance par son initiative, mais aussi que ce moment est difficile pour lui en le déclinant. En modifiant l'activité, Eliott refuse indirectement la proposition et en choisissant une difficulté supérieure il tente de montrer qu'il peut faire mieux ou semble décider la situation d'échec au lieu de la subir, suite à la demande.

L'idée est de comprendre que l'écoute ne correspond pas simplement à ce que nous dit le patient mais à ce qu'il nous partage de manière globale. Nous y sommes attentifs et lui transmettons en retour ce qu'il semble se passer avec empathie et sans jugement.

Néanmoins, les principes de regard positif inconditionnel et de congruence peuvent être discutés. Le regard positif inconditionnel est à mettre en lien avec le cadre thérapeutique mis en place et élaboré avec le patient. Même s'il est possible que, pour certaines problématiques telles que dans l'inhibition, le thérapeute puisse espérer que le patient teste les limites de ce cadre, tout ne peut être accepté.

Le psychomotricien, en tant que garant du cadre, délimite le possible de l'interdit. Il est à même de juger une situation de mise en danger ou un comportement inadapté au cadre thérapeutique en ce qui concerne le comportement du patient envers lui-même, le matériel ou envers le professionnel par exemple.

Le principe de congruence est à nuancer quant à la posture du professionnel ainsi qu'au cadre de la thérapie. Bien que la transparence soit privilégiée en psychomotricité, elle présente ses limites.

Il est vrai que le psychomotricien est engagé psychiquement et corporellement aux côtés du patient dans les expériences qu'ils partagent au cours des séances. Toutefois, en prenant appui sur les expériences vécues au cours des trois années de formation, il filtre certaines de ses réactions puisqu'il est le professionnel. D'un côté, il ne peut se frustrer s'il perd au jeu de société contre un patient parce qu'il est mauvais perdant. D'un autre côté, il a la possibilité d'exprimer son désaccord face à l'accompagnant lorsque le régime alimentaire du patient n'est pas respecté alors qu'il s'agit d'un besoin vital.

B. PARTAGER LES ROLES.

1. LE PATIENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE.

Avant la loi Kouchner de 2002, le professionnel de santé semblait détenir le savoir absolu, notamment le médecin, au détriment de la place du patient. Aujourd'hui, et particulièrement en psychomotricité, le patient est considéré en tant qu'acteur de sa prise en charge. Je trouve que le suivi est riche lorsqu'il prend des initiatives. Ses questionnements et réflexions sont pris en compte dans l'idée de répondre au mieux à ses besoins.

Loin d'être dans une position passive, le patient a des droits. En tant qu'acteur, il peut refuser, discuter ou accepter les propositions du thérapeute : il a le choix. La prise en charge le concernant, il est primordial qu'il soit en accord avec ce qui est proposé en ce qui concerne la fréquence, l'horaire, l'engagement, les objectifs et les activités. Même s'il est sous la responsabilité de ses accompagnants, il est ici responsable de son projet de soins.

Afin de favoriser la prise d'initiative, le psychomotricien peut demander s'il souhaite faire une activité particulière aujourd'hui. L'objectif est de lui permettre de s'exprimer ou de proposer un étayage si cette position active lui semble difficile.

Aux côtés d'Eliott, cette notion de patient acteur de sa prise est fondamentale. Par sa manière de faire face à ses difficultés, Loïc et moi-même avons essayé de lui laisser suffisamment de liberté afin qu'il n'éprouve pas les activités comme des situations d'échec à répétition.

Dans cette idée, il n'est pas question de laisser une entière liberté au patient. Sa venue

en séance est liée à des objectifs thérapeutiques et l'intérêt est qu'il puisse se débrouiller par la suite seul, sans le psychomotricien. Pour certains patients, il est pertinent d'apporter le fait qu'ils puissent choisir la première ou la dernière séance. Pour d'autres, cela se fait de façon spontanée. Il est également possible que cette proposition déstabilise le patient et qu'il ne sache pas quoi répondre à cette question ouverte.

Selon moi, grâce à son adaptabilité, le psychomotricien a la possibilité de détourner la plupart des activités afin de travailler les axes thérapeutiques fixés. Cela se fait notamment en proposant une évolution du jeu proposé, tout en gardant l'idée du patient comme base.

Avec Monsieur Dolet, le psychomotricien s'est intéressé à ses goûts musicaux dans l'objectif d'allier travail et plaisir. Lorsqu'il lui était demandé de taper le rythme d'une musique qu'il appréciait, ses frappes étaient plus facilement accompagnées d'un mouvement global du corps, il se laissait entraîner par la mélodie.

Le psychomotricien tente également d'apporter la notion de plaisir autant que cela est possible. Si le patient trouve un intérêt ou apprécie une activité, son investissement en sera d'autant plus fort.

2. L'IMPLICATION DU PSYCHOMOTRICIEN.

Le corps représente le premier outil de l'être humain pour entrer en relation. La psychomotricité s'en empare comme l'un des outils principaux de sa pratique, ce qui implique la subjectivité du psychomotricien dans la prise en charge thérapeutique au travers de son engagement corporel.

Dans son implication, il semble pouvoir assurer une fonction alphabétisante et représenter une certaine figure d'attachement auprès du patient. Ces concepts, bien qu'ils soient initialement décrits dans la relation parent-bébé, prennent sens au travers de la contenance apportée dans la relation psychomotrice.

En s'appuyant sur le cadre mis en place ainsi que sur l'alliance thérapeutique créée avec le patient et son accompagnant, le thérapeute assure le respect des identités de chacun – être patient, être parent et, être professionnel – par l'application des limites, la prise de repères et l'importance accordée aux interactions avec les différents acteurs.

La fonction de figure d'attachement concerne principalement le parent de l'enfant, puisqu'il lui assure les soins et répond à ses besoins. Cependant, dans le cas de carences affectives il est possible que celle du nourrisson soit un des professionnels

de santé qui s'en occupe quotidiennement, ou une autre personne assurant ses besoins vitaux.

Lorsqu'il est question d'une fragilité dans le lien enfant-figure d'attachement primaire, le psychomotricien intervient dans une guidance parentale afin de le soutenir et de le développer.

Le psychomotricien peut représenter une figure d'attachement secondaire, c'est-à-dire une personne symbolisant un repère et proposant une sécurité à l'enfant, non préférée à la figure d'attachement primaire. Dans une situation où le patient se retrouve en difficultés voire en danger, il peut lui exprimer son besoin d'aide par l'intermédiaire des différents dialogues.

Cette idée est à mettre en lien avec le concept de « tuteur de résilience » proposé par Cyrulnik, neuropsychiatre français, selon qui les personnes présentes dans la relation de soin « *accompagnent et aident le sujet à supporter les souffrances et à les dépasser, et favorisent ainsi l'entrée dans un processus de résilience* » (Anaut, 2009, p. 75). Dans cette idée de résilience, le thérapeute accompagne son patient dans l'objectivation, l'acceptation et l'évolution de ses difficultés.

Cette question du psychomotricien comme figure d'attachement est à mettre en lien avec la fonction alphabétisante observable par l'étayage physique et verbal qu'il propose. Après de personnes autistes ou de nouveau-né par exemple, il transforme – par l'intermédiaire de ses postures, de ses mouvements, de ses paroles – les stimulations qui peuvent venir les désorganiser. « *Pour cela, il [le thérapeute] lui fait trouver des comportements, des attitudes, une qualité d'être dans son corps, sensible au patient, qui puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses, assure la sécurité de chacun* » (Potel, 2019, p. 377).

En effet, une attention particulière est accordée au bien-être voire au plaisir qu'éprouve le patient dans les différentes activités. Il n'est alors pas question de provoquer un envahissement de sensations incontrôlées, mais d'accompagner le patient dans cette expérience afin de les intégrer. J'entends par l'idée d'intégrer des sensations, le fait de les ressentir, de les comprendre, de se les représenter et donc de pouvoir les éprouver.

Lorsque Loïc est au contact d'Adrien, par le toucher ou la parole, il accorde une attention à ces éléments qui peuvent devenir perturbateur. S'il le porte et qu'il sent qu'il va éternuer, il l'exprime verbalement à Adrien, en le regardant avant d'éternuer.

Par le dialogue tonique, Adrien va ressentir cet éternuement comme un recrutement

tonique, une sensation soudaine qui ne sera peut-être pas identifier immédiatement. Afin de ne pas agresser le sentiment de sécurité travaillé depuis le début de séance, Loïc anticipe les stimulations qu'il va partager à Adrien et l'accompagne dans une continuité de ce sentiment.

Le psychomotricien présente à son arc divers outils pour favoriser cette disponibilité. Soutenu par sa qualité d'observation et d'écoute, il tente d'être présent dans ces instants d'angoisse et grâce au dialogue qu'il favorise, il accompagne le patient dans la digestion de ces éléments bêta afin de les transformer en éléments alpha, accessibles à la représentation.

CONCLUSION

A l'issue de mon stage en cabinet libéral, ma réflexion s'est orientée autour de l'inscription de la relation avec le patient en psychomotricité. Ma place de stagiaire m'a permis de vivre la recherche d'une posture étayante et sécurisante. C'est en prenant appui sur les qualités relationnelles qu'expérimente le tout petit dans la relation mère-bébé et sur les qualités de la relation thérapeutique que j'ai eu la sensation d'ouvrir un espace propice à la rencontre et à la réalisation d'expériences partagées.

L'écriture de ce mémoire m'a amenée à rechercher les outils que possède le psychomotricien pour créer et enrichir la relation avec le patient et son environnement.

Grâce aux notions apportées dans ma partie théorique, à mon parcours de formation et à mes stages, j'ai pu enrichir mes connaissances et mes compétences à ce sujet. Cette construction m'aidera dans ma future profession et je tiendrai à y porter une attention particulière afin de nourrir ma réflexion au cours de mon expérience.

Pour le moment il me semble, qu'en tant que psychomotricien, nous possédons trois outils propices à la qualité relationnelle qui me paraît indispensable à notre pratique.

Le premier outil est nous-même. La présence physique du professionnel symbolise le cadre dans lequel est reçu le patient. Par notre engagement dans un projet de soin, nous initiions une relation thérapeutique dans laquelle nous invitons le patient et son environnement à partager des expériences dans un climat de confiance et de sécurité.

Le second outil vient offrir un lieu propice à ce climat, il s'agit pour moi du cadre thérapeutique. Telle une enveloppe contenant au sein de laquelle chacun y trouve une place, il propose un espace délimité à la fois ferme et modulable afin de contenir ce qu'il s'y joue. Ces caractéristiques assurent un caractère privilégié suite auquel chacun peut se dévoiler et se découvrir en toute sécurité et, une adaptation au bien-être et aux besoins du patient et de ses accompagnants.

Le troisième outil et le dernier traité pour ma part me paraît assurer un lien entre les différentes personnes présentes dans la prise en charge. Ce partage s'observe au travers des interactions. Grâce à notre engagement corporel, nous donnons la possibilité de communiquer avec ou sans parole, de mettre des mots sur les ressentis du patient mais aussi des nôtres lors d'une situation et de laisser nos corps exprimer ce vécu dans d'autres. S'y ajoute notre disponibilité psychique qui permet de proposer, de transformer et de permettre les expériences contenues dans les séances.

Loin d'être les seuls à la disposition des psychomotriciens, ces trois outils font partie

des appuis dont je me suis servie au cours des différentes prises en charge vécues sur mes lieux de stage.

Aujourd'hui, une question persiste suite à la crise sanitaire que connaît la France. Mes stages ayant pris fin subitement, le sujet de la séparation me semble être au premier plan. Le suivi en psychomotricité peut prendre fin pour différentes raisons, telles que l'accomplissement des objectifs, un changement de situation du patient ou de son environnement, le départ en retraite du professionnel, et bien d'autres. Dans l'idée de préparer la fin de ces rencontres et d'accompagner le patient vers une autonomisation, qu'en est-il lorsque cette interruption arrive soudainement ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET CHAPITRES

- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris, France : Dunod.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité : 25 notions clés* (2^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Buil, A. (2019). Les compétences du bébé de 0 à 36 mois. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 53-56). Malakoff, France : Dunod.
- Busschaert, B., Vandewalle, B., & Meurin, B. (2015). Chapitre 6 : Le corps et ses représentations. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (pp. 201-246). Berchem, Belgique : De Boeck-Solal.
- Collin-Bertheuil, N. (2019). Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 69-79). Malakoff, France : Dunod.
- Galliano, A.-C., Pavot, C., & Potel, C. (2015). L'espace et le temps. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (pp. 247-286). Berchem, Belgique : De Boeck-Solal.
- Gatecel, A. (2012). *La psychomotricité relationnelle*. Paris, France : EDK, Groupe EDP Sciences.
- Houzel, D. (2002). IV – Les enjeux de la parentalité. In L. Solis-Ponton (dir.), *La parentalité* (pp. 61-70). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lagrée, J. (2004). Patient. In D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale* (p. 846). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Lehmann, J.-P. (2007). *La clinique analytique de Winnicott*. Toulouse, France : Erès.
- Marmilloud, L. (2019). *Donner vie à la relation de soin*. Toulouse, France : Erès.

- Pagès, M. (1993). *L'Orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale* (3^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel*. Toulouse, France : Erès.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle édition augmentée). Toulouse, France : Éditions érès.
- Rosenblum, O. (1998). Du bébé à l'empathie : une approche des interactions affectives. In A. Braconnier, & J. Sipos (dir.), *Le bébé et les interactions précoces* (pp. 167-194). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Tisseron, S. (2010). *L'Empathie au coeur du jeu social : vivre ensemble ou mourir*. Paris, France : Albin Michel.
- Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

ARTICLES

- Adandé, M. (2014). Être en confiance dans la rencontre thérapeutique. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 33(2), 29-52. <https://doi.org/10.3917/cges.033.0029>
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156(6), 70-78. <https://doi.org/10.3917/inso.156.0070>
- Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 28-29(1), 17-26. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0017>
- Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Ciccione, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 65-78. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0065>
- Fortini, K. (2009). Le dialogue tonique dans la psychothérapie analytique de relaxation. *Psychothérapies*, 29(1), 33-38. <https://doi.org/10.3917/psys.091.0033>
- Labalette, D. (1989). Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 83, 17-28.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*,

28-29(1), 41-70. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>

Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), 104-112. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0104>

Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144(4), 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>

Prouty, G. (2005). L'attitude non-directive et les conditions nécessaires et suffisantes appliquées aux schizophrènes et retardés mentaux. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2(2), 75-89. <https://doi.org/10.3917/acp.002.0075>

Rognon, F. (2016). Qu'est-ce que la médiation? *Études, Juin*(6), 53-64. <https://doi.org/10.3917/etu.4228.0053>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Thiffault, J. (1978). Note de recherche. La psychomotricité et le développement de l'enfant : rôle du psychologue. *Revue des sciences de l'éducation*, 4(2), 345-349. <https://doi.org/10.7202/038272ar>

Verdier, P. (2007). Secret professionnel et partage des informations. *Journal du droit des jeunes*, 269(9), 8-21. <https://doi.org/10.3917/jdj.269.0008>

SITOGRAPHIE

Acteur. (s. d.). In *CNRTL*. Consulté 13 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/acteur>

Code de la santé publique - Article L1110-4 | Legifrance. Consulté le 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119>

Code de la sécurité sociale - Article D434-2 | Legifrance. Consulté le 15 avril 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000027267037&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20130301>

Debieux, G. (2008). *L'écoute psychomotrice en structure d'accueil petite enfance* (DU de psychopathologie du bébé, Université Paris 13, Paris). <http://gladysdebieuxpsychomotricienne.fr/wp-content/uploads/2018/06/dossier-ecoute-prevention-psychomot-GD.pdf>

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice | Legifrance. (1988). Consulté le 22 avril 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid>

Ecouter. (s. d.). In *Le Robert*. Consulté 12 avril 2020, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/ecouter>

Empathie. (s. d.). In *CNRTL*. Consulté 12 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/empathie>

Espace. (s. d.). In *Larousse*. Consulté 9 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/espace/31013>

Interaction. (s. d.). In *Littre*. Consulté 9 avril 2020, à l'adresse <https://www.littre.org/definition/interaction>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance. (2002). Consulté le 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Réciprocité. (s. d.). In *CNRTL*. Consulté 6 avril 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9ciprocit%C3%A9>

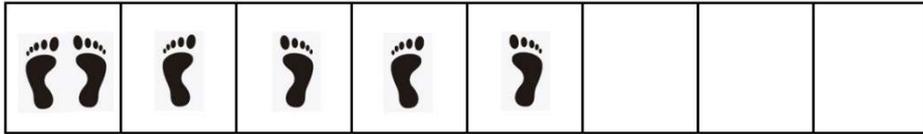
Relation. (s. d.). In *Littre*. Consulté 6 avril 2020, à l'adresse <https://www.littre.org/definition/relation>

Temps. (s. d.). In *CNRTL*. Consulté 25 février 2020, à l'adresse <https://cnrtl.fr/definition/temps>

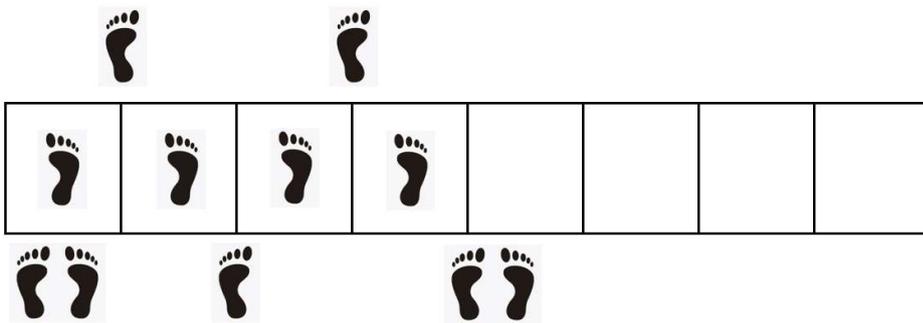
ANNEXE

ANNEXE A : ECHELLES DE RYTHME DE MONSIEUR DOLET

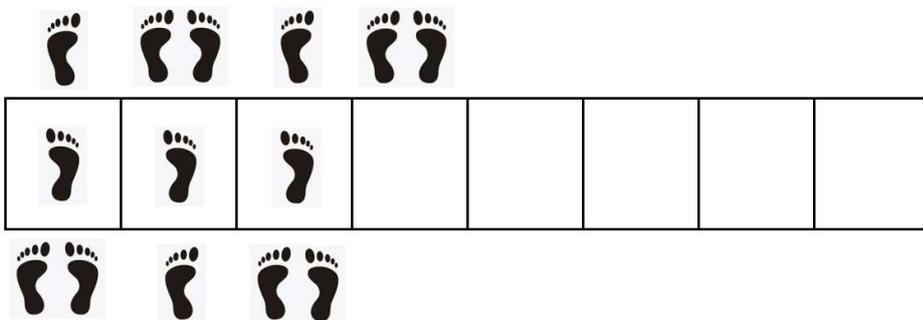
Première coordination :



Deuxième coordination :



Troisième coordination :



RESUME

La demande d'aide à l'origine d'une prise en charge en psychomotricité invite le patient et son environnement, notamment son parent, à rencontrer le psychomotricien. Accueillis au sein d'un environnement thérapeutique alliant contenance, sécurité et partage, chacun est intégré au suivi en tant qu'acteur dans l'objectif de construire un accompagnement au plus proche des besoins du patient. Le professionnel propose, au travers de son engagement corporel et psychique favorisé dans la pratique psychomotrice, un espace propice aux échanges et aux expériences. Les séances prennent la forme d'une co-création où le partage prend appui sur une dynamique relationnelle privilégiée, par la subjectivité et la réciprocité qu'elle induit.

Mots-clés : Psychomotricité, Relation, Cadre thérapeutique, Communication, Contenance

ABSTRACT

A request for psychomotor therapy care implies that the patient and close people, the parents, first meet the therapist. The latter must offer a favourable safe and open therapeutic environment where each one will participate to the support of the needs of the patient. Psychomotor therapy sessions not only demand a body and psychological engagement from the patient but also provide the opportunity and a space to communicate and share experiences. Sessions are co-created, where sharing relies on a dynamic fuelled by a privileged relationship and the subjectivity and reciprocity that goes with it.

Key words: Psychomotor therapy, Relationship, Therapeutic frame, Communication, Countenance.