



HAL
open science

L'adaptation du psychomotricien : contraintes temporelles et individualité

Pauline Bourgouin

► **To cite this version:**

Pauline Bourgouin. L'adaptation du psychomotricien : contraintes temporelles et individualité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293618

HAL Id: dumas-03293618

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293618>

Submitted on 21 Jul 2021

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



L'adaptation du psychomotricien : contraintes temporelles et individualité

Mémoire présenté par Pauline BOURGOUIN
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricité

Référente de mémoire
Claire SIRMAI

Session de juin 2021

REMERCIEMENTS

Il est grand *temps* de remercier toutes les personnes qui m'accompagnent,

A ma référente de mémoire, Claire, qui m'a donné de son *temps* et de ses conseils avisés,

A l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité, pour la richesse de leurs enseignements et leur soutien indispensable par les *temps* qui courent,

A mes tutrices de stage aux quatre coins de la France qui m'ont ajoutée à leur emploi du *temps*,

Aux patients, et plus particulièrement Hugo et Monsieur B., qui ont accepté de partager leur *temps* avec moi,

A mes futurs collègues de la promotion de « la fin du monde » (2017-2020) avec qui j'ai aimé passer du bon *temps*, pour que cela continue,

A mes amies présentes depuis *longtemps*,

A ma famille qui m'a permis de réaliser ces études tout en prenant mon *temps*,

Merci Maman et Jennifer d'avoir ajouté la relecture de mon mémoire à vos *passé-temps*.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : LES CONTRAINTES TEMPORELLES : CONSTATATIONS	9
I. La présentation d'Hugo	9
I.1. Le lieu de prise en charge et son fonctionnement.....	9
I.2. L'anamnèse.....	9
II. La présentation de Monsieur B.	12
II.1. Le lieu de prise en charge et son fonctionnement.....	12
II.2. L'anamnèse	13
II.3. La première rencontre : l'entretien	15
III. Les facteurs temporels dans les situations cliniques	16
III.1. Le temps	16
III.2. La temporalité	18
III.3. Le temps dans la prise en charge d'Hugo	19
III.4. Le temps dans la prise en charge de M. B.....	21
III.5. La contrainte temporelle.....	23
PARTIE 2 : LE DISPOSITIF DE SOIN PSYCHOMOTEUR	25
I. Le cadre	25
I.1. Le cadre dans le langage courant.....	25
I.2. Le cadre légal.....	27
I.3. Le cadre spécifique à l'exercice du psychomotricien libéral.....	27
I.4. Le cadre thérapeutique	28
I.5. Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	32
II. La conception du dispositif de soin	35
II.1. Les premières étapes	35

II.2. Le projet thérapeutique	38
II.3. Les séances	40
III. Le psychomotricien en tant qu'individu	42
III.1. L'identité du psychomotricien.....	42
III.2. L'implication dans la relation thérapeutique	46
III.3. La spécificité psychomotrice : l'implication corporelle.....	47
III.4. L'ajustement corporel du psychomotricien en pratique	50
PARTIE 3 : L'ADAPTATION EN PRATIQUE	53
I. Hugo	53
I.1. Une première adaptation de la conception du dispositif de soin.....	53
I.2. L'évolution des aspects temporels du cadre.....	56
I.3. La réadaptation du dispositif de soin	57
I.4. Conclusion	60
II. M. B.	62
II.1. L'adaptation dans la conception du dispositif de soin	62
II.2. L'adaptation dans les séances	63
II.3. Conclusion	64
PARTIE 4 : LES CONSEQUENCES ET LES LIMITES DE L'ADAPTATION	67
I. Jusqu'où le psychomotricien peut-il s'adapter ?	67
I.1. Mon expérience.....	67
I.2. Quelques hypothèses sur les situations de mes tutrices de stage	70
I.3. La disponibilité psychocorporelle.....	71
II. Jusqu'où la profession peut-elle s'adapter ?	74
II.1. Quelle place pour le psychomotricien ?.....	74
II.2. La place du bilan	75
II.3. La formation	77

II.4. La diversité des pratiques.....	79
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83

INTRODUCTION

« *Adaptation* ». « *Adaptez-vous* ». « *On s'adapte* ». Ces mots ont ponctué mes trois premières années de formation initiale, sans que je n'y mette réellement de sens. Mais quand j'ai réalisé en troisième année que je devrais réaliser des stages, valider les enseignements théoriques et pratiques, effectuer une Mise en Situation Professionnelle et écrire un mémoire de fin d'études, tout cela en dix mois, j'ai pris une autre voie. J'ai sauté sur l'occasion du « report de mémoire », ce compromis qui permet de ne valider le mémoire que l'année suivante, avec la possibilité d'effectuer des stages. J'ai envisagé cette année supplémentaire comme un moyen de déjouer la contrainte temporelle de la troisième année de formation.

Avec davantage de temps, j'ai pu aborder différemment mes stages tout au long de ces deux dernières années. Avidé de découvertes, j'ai souhaité faire un tour d'horizon des pratiques psychomotrices : du nouveau-né à la personne âgée, de l'Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes au cabinet libéral, en passant par des services hospitaliers. J'ai alors effleuré le concept d'adaptation dont on m'avait tant parlé en cours et qu'Albaret évoque dès la première page du premier tome des Manuels d'Enseignement de Psychomotricité :

Le concept d'adaptation est, en soi, difficile à préciser. Il nécessite de passer par d'autres concepts. Disons d'abord qu'un être vivant est adapté à un milieu lorsqu'en face de ce milieu, dit encore situation, il est capable de fournir une réponse adéquate ou adaptée. (Soppelsa & Albaret, 2011, p. 1)

Avec la notion d'adaptation en tête, je me suis alors retrouvée dans des situations de stage comme celles de Monsieur B. et Hugo¹. Les facteurs temporels ne semblaient pas jouer en faveur de la prise en charge psychomotrice.

¹ Afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées au cours de ce stage, tous les prénoms ont été modifiés.

En m'appuyant sur ces deux situations, je vais tenter de comprendre **comment le psychomotricien peut concevoir et adapter le dispositif de soin psychomoteur en présence de contraintes temporelles.**

« *L'individu, le milieu et la réponse sont trois éléments indissociables.* » (Soppelsa & Albaret, 2011, p. 1). Ainsi, dans une démarche clinico-théorique, la réflexion s'étayera sur les vécus des différents protagonistes du soin psychomoteur : les patients, les psychomotriciennes et l'étudiante stagiaire. Les apports théoriques nous permettront alors de prendre du recul sur ces situations.

A partir de la présentation d'Hugo et Monsieur B., nous proposerons des constatations cliniques et théoriques, d'un point de vue temporel.

Pour comprendre ce qui entre en jeu dans ces cas cliniques, nous nous appuierons sur les fondements du dispositif de soin psychomoteur. A partir des notions de cadre, projet, bilan ou encore d'individualité nous nous représenterons le dispositif de soin, sa construction et évoquerons alors la place de l'adaptation. Nous retournerons ensuite auprès d'Hugo et de Monsieur B. pour comprendre le dispositif de soin et la place de l'adaptation en pratique. Finalement, nous terminerons par étudier les conséquences et les limites de cette adaptation, sur le psychomotricien en tant qu'individu et sur la profession.

PARTIE 1 : LES CONTRAINTES TEMPORELLES : CONSTATATIONS

I. La présentation d'Hugo

1.1. Le lieu de prise en charge et son fonctionnement

Lors de ma 3e année d'études, j'ai réalisé mon stage long d'une demi-journée par semaine, avec une psychomotricienne exerçant en cabinet libéral.

Ce cabinet libéral est situé à l'étage d'un centre d'activités. Il se compose d'une grande pièce, où se déroulent les prises en charge, et d'une seconde pièce plus petite, qui sert de lieu de stockage (jeux, modules et intendance).

La salle principale est spacieuse, elle fait plus de 30m². Elle est notamment organisée avec un espace-bureau, un espace-détente, un tableau effaçable et des rangements.

Le public reçu se compose principalement d'enfants, jusqu'à 12 ans. Les principaux motifs de consultation sont des difficultés scolaires, des troubles spécifiques des apprentissages et des troubles de la régulation tonico-émotionnelle.

1.2. L'anamnèse

Hugo est un garçon âgé de cinq ans. Lorsque nous nous rencontrons, il est accompagné de son père et de sa belle-mère. Il vit actuellement avec eux, les deux fils de sa belle-mère ainsi qu'une demi-sœur plus jeune. Le père d'Hugo est intérimaire. Hugo est scolarisé en grande section de maternelle.

Sur décision de justice, Hugo a été placé en famille d'accueil vers ses deux-trois ans, par l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.). Nous ne connaissons pas les raisons de ce placement. Pendant environ deux ans il a grandi au sein de différentes familles d'accueil. Depuis cet été,

Hugo est retourné vivre chez son papa. Au début de la prise en charge nous savons qu'Hugo voit très rarement sa maman, lors de visites médiatisées.

Il a bénéficié d'un suivi psychomoteur durant son placement, via l'A.S.E.. Le suivi psychomoteur entamé, au sein du cabinet libéral, répond à une demande de poursuite de prise en charge faite par l'A.S.E. Le motif principal de consultation annoncé par la famille est le comportement d'Hugo, il se dispute beaucoup avec sa belle-mère et sa fratrie. Il est question de crises de colère et d'hétéro-agressivité. Il semblerait qu'Hugo présente également des fragilités au niveau de ses acquisitions psychomotrices au vu de ce que rapporte son entourage. La famille explique qu'il lui semble important qu'Hugo soit pris en charge rapidement.

Le père d'Hugo évoque des consultations chez un neuropédiatre avec une notion d'hyperactivité, voire de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité. Nous n'avons aucune précision supplémentaire.

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité est, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux² (American Psychiatric Association, 2015, p. 67-69), un trouble neurodéveloppemental. Il se caractérise par une inattention, une hyperactivité et une impulsivité. L'inattention se manifeste chez l'enfant par une grande distractibilité et des difficultés à rester fixé sur une tâche. L'enfant cherche sans cesse de nouvelles sources de stimulation. L'hyperactivité se définit par un excès de mouvement, avec une activité motrice assez désorganisée, mal coordonnée. Enfin, l'impulsivité, liée à l'hyperactivité, est l'incapacité à inhiber une réaction immédiate. L'acte moteur est plus rapidement exécuté qu'il n'est pensé.

Nos connaissances théoriques nous permettent à ce moment-là de savoir que sur le plan tonique, le T.D.A.H. peut être caractérisé par une hypertonie, l'individu est en permanence entre la retenue et l'explosion motrice ; ou au contraire une hypotonie avec une motricité désordonnée, des difficultés de coordination, de contrôle et de régulation

² En anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

émotionnelle. Des troubles de la posture sont repérables avec une marche moins automatisée, un risque de chute et des difficultés d'intégration multisensorielle. Au niveau statique, la tenue de la posture est de moins bonne qualité et des mouvements de contrôle sont présents. Une improductivité de l'instable se répercute sur les praxies, avec une pseudo-aisance. Cela a également un impact sur la représentation et l'image du corps qui ne seront pas fiables au vu de sa surutilisation. Nous pouvons retrouver des troubles de la latéralisation, ainsi qu'une désorganisation dans les capacités de représentation de l'espace. Enfin, les capacités de représentation et de localisation temporelles, comme la représentation d'une histoire, seront probablement déficitaires.³

Les éléments dont nous disposons dans cette anamnèse sont peu nombreux et peu précis. Cela est caractéristique de la prise en charge d'Hugo.

Aucun bilan psychomoteur n'est évoqué car le budget de la famille ne permettrait pas de le payer. En effet, le coût du bilan est nécessairement plus cher qu'une séance de psychomotricité car il demande plus de temps au professionnel. De plus, un bilan a été réalisé quelques mois auparavant dans le cadre du suivi avec l'A.S.E.. Nous n'avons pas accès au compte-rendu au début de notre suivi.

Nous comprenons que l'ensemble du suivi sera marqué par la problématique financière de la famille.

Un rendez-vous hebdomadaire de 45min dès la semaine suivante est alors décidé avec la famille.

³ Renault-Dulong, A. (7-12-2018). *Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité*. Cours de sémiologie psychomotrice.

II. La présentation de Monsieur B.

II.1. Le lieu de prise en charge et son fonctionnement

J'ai rencontré M. B. à l'occasion d'un stage court. J'ai choisi de réaliser, durant quatre semaines, un stage dans un service hospitalier de rééducation, afin de découvrir les patients accueillis, une institution et une équipe.

La psychomotricienne que j'ai accompagnée travaille à la fois en Hôpital De Jour gériatrique, dans le service de réadaptation neuro-vasculaire et en Service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique. Le pôle comprend également un Service de Soins de Suite et Réadaptation Neurologique et une Unité Cognitivo-Comportementale.

La psychomotricienne dispose de sa propre salle. C'est une salle d'environ 20m² où se trouvent une table Bobath, quelques modules d'installation, deux bureaux et plusieurs chaises et tabourets. Un miroir, un chariot Snoezelen et du matériel sont rangés dans un coin de la salle.

Au total, trois psychomotriciens se répartissent l'ensemble des patients de ces services.

Le fonctionnement du service de réadaptation neuro-vasculaire s'apparente à celui d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation. Les patients accueillis arrivent principalement des services de soins aigus, il y a une continuité dans leur prise en charge.

Au sein du service, **les prises en charges sont généralement dites courtes selon la politique de l'établissement.** Les patients sont présents pour **un séjour d'environ deux mois : cette durée peut être réajustée au cours du séjour.**

L'équipe de rééducation est pluridisciplinaire : en plus des psychomotriciens, le service emploie des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes.

Les prises en charge par ces professionnels sont nombreuses : cela répond à la nécessité d'une **rééducation intensive et rapide** en situation post-AVC, pour optimiser les capacités de récupération (*Post-AVC : quatre messages-clés pour une rééducation optimale*, 2019). Les patients sont **pris en charge quotidiennement**. Le programme de rééducation est établi selon les besoins du patient. Par exemple : il pourra avoir de la kinésithérapie et de l'orthophonie quotidienne, de l'ergothérapie trois fois par semaine et de la psychomotricité une fois par semaine.

Lorsqu'il y a une prescription de psychomotricité, la psychomotricienne a généralement un court temps de transmission avec le médecin prescripteur. Il lui présente brièvement le patient et lui explique pourquoi il souhaite l'orienter en psychomotricité. Des informations au sujet du patient ont également pu lui parvenir indirectement en réunion pluridisciplinaire, avant même de voir le patient.

Nous sommes ici dans une rencontre en deux temps, car nous disposons de l'anamnèse médicale avant de rencontrer physiquement le patient. C'est de cette manière que nous allons présenter M. B.

II.2. L'anamnèse

Lors d'une réunion pluridisciplinaire M. B. a été présenté à l'ensemble du personnel paramédical par le médecin.

M. B. est un homme quinquagénaire. Il est hospitalisé depuis deux jours au sein du service de réadaptation neuro-vasculaire au moment de notre rencontre. Cette hospitalisation se fait dans la continuité de sa prise en charge hospitalière pour un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), qui a eu lieu dans les 2-3 semaines précédentes.

L'AVC est un « *déficit neurologique focal d'apparition brutale* » liée à une perturbation brutale de la vascularisation du cerveau. Il existe deux types d'AVC. Il peut être ischémique : le caillot de sang bouche une artère et l'apport sanguin est interrompu au niveau d'une région

du cerveau, les cellules nerveuses vont souffrir puis mourir si le flux n'est pas rétabli en quelques minutes. Il peut aussi être hémorragique : l'artère bouchée par le caillot de sang éclate, les contraintes physiques liées à l'hémorragie sont responsables de la dysfonction et/ou de la destruction des cellules nerveuses. Les conséquences de l'AVC sont variables en fonction de la lésion, mais récurrentes (*Accidents vasculaires cérébraux*, 2016).

M. B. a contracté la COVID-19 à la fin du mois de février 2020. Il a été hospitalisé en réanimation pendant plusieurs semaines.

Le tableau clinique de M. B. se compose d'une faiblesse musculaire, d'une hémiparésie et d'angoisse.

L'hémiparésie est une « *paralysie d'un côté du corps* », elle touche l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale : « *il s'agit d'une hémiplégie mineure* » (« Définition de l'hémiparésie », s. d.). Elle consiste en une diminution du recrutement volontaire d'unités motrices sur un muscle agoniste, lors de la contraction musculaire.

L'angoisse est une crainte intense, sans objet, associée à des manifestations somatiques. Elle est handicapante par sa persistance et son intensité. Dans la nosographie actuelle (American Psychiatric Association, 2015, p. 221-223), nous trouvons la phobie spécifique parmi les troubles anxieux. La phobie est une peur soudaine, irréfléchie et irrationnelle, d'un objet ne présentant pas de caractère objectivement dangereux. M. B. souffre de claustrophobie, c'est-à-dire qu'il a peur de l'enfermement.

Le médecin annonce **une durée initiale d'hospitalisation de M. B. de quatre semaines.** Elle oriente M. B. en psychomotricité pour de la relaxation, au vu de son angoisse. Il a également des séances de kinésithérapie et d'ergothérapie plusieurs fois par semaine.

II.3. La première rencontre : l'entretien

Nous rencontrons M. B. pour un entretien. M. B. se déplace en fauteuil roulant. Il n'est pas autonome, nous l'accompagnons de sa chambre à la salle de psychomotricité. Il nous raconte son parcours médical compliqué des mois précédents, mais également son quotidien à la maison et en famille.

Il est marié et a deux filles indépendantes. Retraité depuis sept mois, il a longtemps travaillé à la gestion d'un hôtel et continue d'y rendre service. M. B. est de nature très actif, il a pour habitude quotidienne de marcher avec son chien. Il souffre de claustrophobie.

M. B. nous parle de son hospitalisation il y a quelques mois à cause de la COVID-19. Il garde un souvenir très difficile de cette période, son retour à la maison s'est associé à une anxiété et une humeur triste. M. B. a regretté de ne pas avoir accepté le suivi psychologique proposé à cette période-là.

Il est capable de parler de ses angoisses : il n'apprécie pas les espaces clos, a peur que la situation sanitaire empêche les visites et les permissions des week-end. Il ne veut surtout pas effectuer de rendez-vous « visio » avec sa famille car il l'a très mal vécu lors de sa précédente hospitalisation. Il appréhende particulièrement les examens d'imagerie médicale comme les scanners. **M. B. souhaite surtout pouvoir retourner chez lui au plus vite, pour retrouver ses proches.**

Cet entretien a également pour but de présenter la psychomotricité au patient et de réfléchir à ce qu'elle peut lui apporter. Cet échange permet alors de proposer à M. B. l'idée d'un temps de relaxation. Nous lui suggérons d'y réfléchir d'ici la prochaine séance.

Lors de la réunion pluridisciplinaire cette semaine-là, l'équipe soignante met en avant les améliorations et efforts de M. B. sur le plan de la rééducation motrice. Il y a cependant une interrogation sur d'éventuelles conséquences de l'AVC et de la COVID-19 sur le plan cognitif et thymique. Une évaluation neuropsychologique est prescrite.

III. Les facteurs temporels dans les situations cliniques

C'est au regard de leur temporalité que ces deux situations cliniques m'ont marquée. La rencontre avec ces deux patients, mais aussi avec les fonctionnements de leurs lieux de soin, amène les constatations de base suivantes :

- la prise en charge de M. B. peut être qualifiée de courte et intensive
- les difficultés, au départ financières, rencontrées avec la famille d'Hugo ont, et auront, un impact sur la temporalité du suivi

Pour argumenter autour de ces observations nous définirons le temps et préciserons les notions développementales qui s'y associent. Nous étudierons ensuite la définition de la temporalité et ses composantes, pour proposer une définition spécifique au cadre de ce mémoire. Nous reviendrons alors sur la temporalité de ces situations cliniques, pour en dégager la notion de contrainte temporelle.

III.1. Le temps

Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales définit le temps comme suit:
« 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.).

Le temps est décrit, par la majorité des auteurs, selon trois principales composantes : l'ordre, la durée et la succession. Elles sont les fondations de la structuration temporelle : dans son développement, elles vont progressivement permettre à l'enfant d'appréhender la notion de temps.

Comme expliqué dans le Manuel d'Enseignement de Psychomotricité (Galliano et al., 2015, p. 253-256), dès la vie intra-utérine le fœtus commence à intégrer des informations temporelles par son vécu. Cela est rendu possible par les nombreux cycles et rythmes de la

maman, initialement, puis les siens. Il s'agit par exemple du rythme cardiaque et de l'alternance faim-satiété.

Puis, durant la petite enfance le temps n'est plus seulement vécu par le bébé : il est perçu. Son évolution tonico-motrice lui permet d'assimiler les étapes du geste. Il maîtrise alors une première forme d'orientation temporelle vers ses cinq ans.

L'étape suivante est l'acquisition de la structuration temporelle. Il s'agit de se représenter objectivement le temps et d'en maîtriser les repères, à distance de l'action en elle-même.

D'autres caractéristiques temporelles seront aussi intégrées par l'enfant au cours de son développement, enrichissant cette structuration : il s'agit notamment de l'intervalle, de l'irréversibilité, de la vitesse, de la notion de cycle ou périodicité, puis plus tard du rythme.

Les explorations sensori-motrices vont faire naître et évoluer, pour l'enfant, mais pour l'adulte également, sa perception, représentation et structuration temporelles. Cette intégration va démultiplier les possibilités d'actions sur le monde environnant : par l'adaptation, la socialisation, la communication ...

Le temps peut être considéré sous les abords objectif et subjectif. D'une part, il peut être objectif : la séance de psychomotricité dure 45 minutes. Nous pouvons alors le mesurer, le quantifier. Mais il peut aussi être subjectif : une séance qui passe en « un claquement de doigts ». Le temps dépend alors plutôt de la sensibilité du sujet, c'est la manière qu'il a de percevoir la durée, l'ordre et la succession de la séance.

III.2. La temporalité

La temporalité peut être définie comme le « *caractère de ce qui existe dans le temps* » (« Le Petit Larousse illustré », 2008, p. 999). Mais cela reste un concept qui peut paraître à la fois commun et inexprimable.

D'un point de vue étymologique, ce terme prend racine dans le latin chrétien *temporalitas* comme « « *caractère de ce qui est éphémère, par opposition à l'éternité* » et « *circonstances* » » (*Étymologie de TEMPORALITÉ*, s. d.). Cela lui confère une dimension philosophique.

L'emploi du suffixe *-ité* dans le terme *temporalité* permet, en linguistique, de l'identifier comme une qualité, une propriété ou une fonction.

Par mes propres mots je formulerais la temporalité comme étant la manière d'être face au temps et avec le temps. C'est une notion qui me semble être à la fois objective et subjective, comme l'est le temps lui-même. Je la conçois comme objective car elle repose sur les caractéristiques du temps. La façon qu'a le sujet de s'en imprégner, la vivre, la percevoir et s'adapter à ces caractéristiques constitue pour moi son côté subjectif.

La temporalité peut être individuelle ou collective. Lesage (Lesage, 2018, p. 88) dira qu'elle est une « *modalité personnelle de naviguer d'un moment à l'autre.* » Cette référence parle du caractère subjectif d'un temps, vécu à partir de la perception et de la représentation temporelle de chaque individu. La temporalité est ainsi dépendante de la part de conscience que chacun accorde au temps.

Quelles sont donc les caractéristiques de la temporalité qui semblent intervenir dans le dispositif de soin psychomoteur ? La temporalité dépend d'évènements qui s'inscrivent dans le temps. Ces événements, comme les séances de psychomotricité, s'inscrivent donc dans la durée, l'ordre et la succession. Mais ils peuvent aussi être caractérisés par une fréquence, un rythme ou encore des horaires.

La temporalité ne dispose pas de caractéristiques qui lui sont propres. Ce qui va finalement nous intéresser le plus c'est, comme indiqué dans ma définition, la « manière d'être face au temps et avec le temps ». Cela peut être rattaché au tempo des protagonistes, qui dispose d'ailleurs du même radical que *temporalité*, et sera également perceptible dans le fonctionnement même des établissements de soin.

Le tempo est défini par Piéron de la manière suivante : « *Allure spontanée propre à un individu dans ses activités, plus particulièrement dans l'exécution d'actes déterminés* » (Piéron et al., 2005).

Le choix de ces caractéristiques est en lien avec les situations cliniques rencontrées comme nous allons le voir. Par exemple, nous emploierons plus le mot *fréquence* que *rythme*, car ce dernier est caractérisé par la régularité, à la différence des situations cliniques présentées.

III.3. Le temps dans la prise en charge d'Hugo

Afin de placer le patient au centre de cette réflexion il est intéressant de comprendre sa temporalité. Pour cela nous allons établir une hypothèse, à partir des rares éléments dont nous disposons, sur son tempo spontané. Quand nous entendons le mot *hyperactivité* nous pouvons imaginer un garçon qui court, partout, tout le temps, ne sait pas s'arrêter, se hâte ... sans ressentir le besoin de ralentir, se poser, prendre le temps. Au vu de la notion d'hyperactivité qui lui est associé, Hugo semble ainsi être sur **un tempo naturellement rapide**.

Qu'en est-il maintenant de la temporalité de sa prise en charge ? La temporalité de cette prise en charge est marquée par **l'urgence exprimée par le père et la belle-mère**.

Hugo vient en séance de psychomotricité, initialement, une fois par semaine. La séance est à un horaire fixe et sa durée est de 45 minutes. Les cinq dernières minutes sont généralement l'occasion d'échanger avec l'accompagnateur de l'enfant. **Ce rythme, cet**

horaire et cette durée sont les caractéristiques temporelles du dispositif de soin psychomoteur d'Hugo.

Mes constatations initiales m'amènent à établir un lien de causalité direct entre la problématique financière de la famille d'Hugo et des aspects temporels du dispositif de soin.

La **fréquence de prise en charge** a été décidée pour répondre à l'urgence apparente de la situation pour la famille. Cette raison aurait pu amener la psychomotricienne à proposer deux séances par semaine, : augmenter la fréquence de prise en charge pourrait éventuellement permettre de diminuer la durée du suivi. Mais le contexte financier ne le permet pas.

En effet, la psychomotricité en cabinet libéral n'étant pas remboursé par la Sécurité Sociale, le suivi est à la charge de la famille. **les ressources financières de la famille d'Hugo ne permettent pas le financement d'un bilan psychomoteur.** C'est un élément-clé de l'analyse de ce cas clinique comme nous allons le voir par la suite.

La complexité de la situation financière de la famille a eu un autre impact sur la temporalité du dispositif de soin et plus particulièrement des séances.

De manière générale, **le règlement des séances de psychomotricité** est un paramètre temporel à considérer : peu importe la fréquence à laquelle cela est fait, c'est un temps à prendre nécessairement sur la séance. Ce temps peut augmenter lorsque la psychomotricienne accompagne dans les démarches (Maison Des Personnes Handicapées, remboursement par la complémentaire, aides exceptionnelles, ...). Ce fut le cas pour la prise en charge d'Hugo.

Dès l'initiation du suivi ma tutrice de stage a pris le temps de discuter des problématiques financières avec son père pour trouver des solutions afin qu'Hugo puisse bénéficier de ces soins psychomoteurs.

Comme nous le voyons ici, dès le début de la prise en charge d'Hugo, **l'aspect financier a influencé la durée des séances**. D'une part, elle s'est vue **diminuée par les échanges entre ma tutrice et le père** ; d'autre part, **elle ne pouvait être adaptée à la réalisation d'un bilan psychomoteur standard**.

III.4. Le temps dans la prise en charge de M. B.

Qu'en est-il du tempo naturel de M. B. ? Nous percevons dans l'entretien que M. B. a toujours été très actif dans sa vie quotidienne. Les situations de vie qui l'ont obligé à ralentir ont souvent été source d'angoisse. Il souhaite d'ailleurs que son hospitalisation soit la plus courte possible. Cela nous amène à penser que M. B. a un **tempo naturel rapide**.

Quant aux facteurs temporels du service, nous avons vu qu'en son sein les prises en charge sont généralement dites courtes. Ici, **elle est particulièrement courte** au vu de ce qui a été annoncé par le médecin et de la volonté du patient de quitter au plus vite le service. De plus, au vu de son âge et de son dossier médical il a été établi que M. B. présente de bonnes capacités de récupération.

A cela s'ajoute **la fréquence de prise en charge**. Nous avons noté que dans ce service les rééducations sont nombreuses. Pour respecter cela, la durée d'hospitalisation des patients étant courte, c'est la fréquence des différentes prises en charge qui est augmentée . Même si le séjour est court, l'augmentation de la fréquence des prises en charge permet d'optimiser la rééducation. Ce fonctionnement respecte également la nécessité d'une rééducation intense.

Généralement, la psychomotricienne reçoit les patients une à deux fois par semaine. Cette fréquence est inférieure à celle des autres rééducateurs. En effet, la complexité des emplois du temps et la fréquence des autres prises en charge rééducatives ne permet pas de disposer de plus de créneaux pour la psychomotricité. De plus, cette fréquence peut être bousculée par des rendez-vous médicaux externes du patient.

Dès l'initiation de cette prise en charge nous savons qu'il sera compliqué de voir M. B. deux fois par semaine. En plus du rendez-vous hebdomadaire nous prévoyons de surveiller régulièrement son emploi du temps, affiché dans sa chambre, à la recherche d'un nouveau créneau disponible.

Rappelons que la durée de séjour est estimée à l'arrivée du patient puis adaptée selon l'évolution du patient. Il y a ainsi un **caractère imprévisible dans les facteurs temporels de cette prise en charge.**

Nous percevons que s'entremêlent ici les caractéristiques temporelles du service, notamment la durée du séjour et la fréquence des prises en charge, la temporalité du service qui en découle et la temporalité de M. B.

L'approche rééducative, répondant aux besoins somatiques des patients, et la **temporalité du service** s'associent ici à la temporalité du patient. Ces éléments interrogent alors sur la façon de concevoir le dispositif de soin pour ce patient.

III.5. La contrainte temporelle

A la suite de cette réflexion autour des facteurs temporels en général et du parallèle effectué avec les situations spécifiques à Hugo et M. B., nous utiliserons le terme de contrainte temporelle pour parler de la complexité des spécificités temporelles que nous avons rencontrées.

Le Dictionnaire Larousse en ligne indique :

Contrainte :

- *Action de contraindre, de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté ; pression morale ou physique, violence exercée sur lui [...].*
- *Obligation créée par les règles en usage dans un milieu, par les lois propres à un domaine, par une nécessité, etc. [...].*
- *État de gêne de quelqu'un à qui on impose ou qui s'impose une attitude contraire à son naturel, à son penchant. (« Contrainte », s. d.)*

Nous disposons de trois versants de la contrainte : la force, la règle et la sensation. Les contraintes temporelles de nos situations cliniques semblent dépendre principalement de l'obligation. Pour Hugo, cette obligation c'est le financement. Pour M. B, l'obligation provient du fonctionnement institutionnel.

Le terme de contrainte temporelle permet donc, de mon point de vue, de décrire ce qui a pu se passer dans les dispositifs de soin de M. B. et Hugo, au vu des facteurs temporels. C'est un choix qui n'est pas anodin et se reflétera dans la suite de ce travail.

Dans cette première partie nous avons présenté Hugo et Monsieur B, ainsi que les lieux où ils sont pris en charge. A partir de constatations initiales, nous avons défini les notions temporelles puis explicité les facteurs temporels de ces situations. Nous avons alors pu mettre

en avant leur aspect contraignant. Afin de comprendre comment le psychomotricien peut concevoir et adapter un dispositif de soin en présence de contraintes temporelles, nous allons maintenant reprendre les fondements du dispositif de soin psychomoteur. Pour cela nous nous intéresserons notamment aux représentations que mes tutrices de stage et moi-même pouvons en avoir.

PARTIE 2 : LE DISPOSITIF DE SOIN PSYCHOMOTEUR

J'ai choisi de décomposer le dispositif de soin en plusieurs parties. Pour assimiler les bases du dispositif de soin psychomoteur, nous commencerons par établir les fondements du cadre. Pour cela, nous définirons le cadre et nous intéressons plus particulièrement à la vision psychomotrice. Dans un second temps nous discuterons de la conception du dispositif de soin, du bilan aux séances. Enfin, nous nous préoccupons du psychomotricien en tant qu'individu.

I. Le cadre

I.1. Le cadre dans le langage courant

Le terme de *cadre*, tel qu'il est employé couramment, appartient au champ lexical de l'art selon Le Dictionnaire Larousse en ligne : « *Bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau, un objet d'art, etc.* » (« Cadre », s. d.).

Mais le cadre est défini dans de nombreux autres champs lexicaux et la notion principale qu'il en ressort est la délimitation. Si l'on cherche à définir ce terme, on aborde ainsi indéniablement la question des limites.

Le mot *cadre* peut également définir un « *Salarié ayant acquis une formation supérieure et qui exerce en principe une fonction de commandement, de contrôle ou de direction dans une entreprise ou une administration* » (« Cadre », s. d.). Cette approche du mot *cadre* met en avant une relation asymétrique, que nous pouvons retrouver dans la relation soignant-soigné. Elle nous rappelle que le professionnel doit rester maître de la situation. Cette asymétrie est également présente dans la relation stagiaire-tuteur de stage. Pour cela, la tutrice de stage s'appuie elle-même sur le cadre réglementaire du stage dit « d'apprentissage thérapeutique », qui est notamment délimité par des objectifs pédagogiques :

Au cours de ce stage l'étudiant devra :

- *Percevoir sa qualité relationnelle dans la mise en œuvre du travail thérapeutique*
- *Acquérir les techniques psychomotrices d'évaluation et de soin utilisés par les psychomotriciens*
- *Mesurer la place de la psychomotricité dans la vie institutionnelle*
- *Participer aux réunions de synthèse ⁴*

Le cadre s'emploie symboliquement pour parler du contexte et des limites qui peuvent être posées pour une activité, une personne. C'est ainsi que nous nous rapprochons progressivement de la notion de cadre thérapeutique. L'adjectif *thérapeutique* vient du grec ancien *therapeutikós*, « *qui prend soin de* », « *qui concerne le soin qu'on prend de quelqu'un ou de quelque chose* » (Etymologie de THÉRAPEUTIQUE, s. d.).

Mais avant cela, il est utile de faire un détour par ce qu'on peut appeler le cadre légal de la psychomotricité.

⁴ Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (2017). *Livret des stages, validation des TD, TP et approche méthodologie des travaux écrits.*

1.2. Le cadre légal

Le Décret de compétences qui régit la profession de psychomotricien autorise les professionnels habilités à réaliser les actes suivants :

- 1. Bilan psychomoteur.*
- 2. Education précoce et stimulation psychomotrices.*
- 3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités (...)*
- 4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.*⁵

A partir de ces fondations juridiques, le psychomotricien peut exercer sa profession.

1.3. Le cadre spécifique à l'exercice du psychomotricien libéral

Saint-Ges écrit « *le libéral pose, encore plus qu'ailleurs, la question du cadre* » (Saint-Ges, 2019, p. 476). En effet, nous allons parler ici du fonctionnement spécifique de l'exercice libéral de la psychomotricité.

De manière général, le psychomotricien en libéral est relativement seul : il doit « *assumer seul la clinique, la tenue du secrétariat, l'entretien des locaux et toutes les autres démarches administratives par exemple.* » (Saint-Ges, 2019, p. 475). Le psychomotricien

⁵ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.
NOR : ASEP8800683D

exerce toujours sur prescription médicale, c'est l'unique lien obligatoire qu'il a avec un autre professionnel de santé.

L'exercice libéral de la psychomotricité est dépendant du paiement par les familles : « *N'étant pas régi par une convention avec l'assurance maladie, le psychomotricien peut fixer librement le montant de ses honoraires dans le respect du tact et de la mesure.* » (Jacquet & Miermon, 2015, p. 170)

Les honoraires vont généralement être définis proportionnellement à la durée de l'acte psychomoteur effectué. Le bilan psychomoteur est un acte spécifique qui va nécessiter plus de temps qu'une séance classique : son tarif sera différent.

De la même manière, la durée d'une séance peut être adaptée au patient. Le psychomotricien pourra alors ajuster ses honoraires à celle-ci :

Les montants d'honoraires peuvent être indiqués sous forme de fourchettes sous réserve que les critères de détermination de ces honoraires soient expressément mentionnés. A défaut un seul tarif maximum par acte peut être annoncé, libre au praticien par la suite d'appliquer un tarif inférieur en fonctions de la situation. (« Obligations d'affichage et d'information de vos patients », 2018)

Le cadre de l'exercice libéral est marqué par cette contrainte temporelle liée à l'aspect financier, que nous retrouvons dans le cas d'Hugo.

1.4. Le cadre thérapeutique

La notion de cadre thérapeutique est fréquemment abordée en psychomotricité. Pour comprendre cette notion historique, il est nécessaire de revenir sur les concepts psychanalytiques où elle prend racine.

En 1969, Winnicott reprend la théorie de Freud sur le cadre clinique pour la lier à sa notion de préoccupation maternelle primaire : « *Le cadre de l'analyse reproduit les techniques primitives de maternage, les toutes premières. Elle invite à la régression en raison de sa stabilité.* » (Winnicott, 1969b, p. 260). C'est à cette période qu'il théorise les techniques ici nommées. Il s'agit du holding - portage physique et psychique - et du handling - manière de s'occuper de l'enfant dans les soins -, associés à l'état de préoccupation maternelle primaire. Dans cette période pendant laquelle la mère porte son attention à son enfant, elle lui offre ce que Winnicott nomme le setting, « *la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif* » (Winnicott, 1969a) » (Bleger, 2013, p. 257), soit un cadre sécurisant pour son développement. Le vrai Self, ou Soi, peut alors se construire sur des bases saines, adaptées. Une défaillance à ce moment-là peut induire la construction d'un faux-Self.

Ainsi, la reproduction des conditions sécurisantes de cette période de la vie va permettre au psychanalyste de conduire son patient vers une régression et le travail d'analyse, au travers du cadre thérapeutique.

Bleger, soutenu par Kaës (Kaës, 2013), avait précisé dès 1979 le concept du « setting », qu'il appelle situation psychanalytique. Cette situation se compose du processus d'analyse contenu dans « *un cadre, c'est-à-dire un « non-processus » en ce sens qu'il est fait de constantes, à l'intérieur duquel le processus lui-même a lieu* » (Bleger, 2013, p. 257)

Mais alors, que sont les constantes ? Liotard cite Roussillon qui lui-même explique que c'est Deleuze, naturaliste du 18^e siècle, qui a basé les prémices du cadre thérapeutique sur « *un ensemble de données constantes, aussi régulièrement reproduites que possibles* » (Liotard, 2010, p. 53). Une constante, définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, est un « *élément invariable, utilisé le plus souvent comme point de repère* » (« Constante », s. d.).

Le cadre tend, dans sa conceptualisation, à devenir un jour « *muet* » (Bleger, 2013, p. 260), « *non-processus* » et laisser la place au travail qui se passe en son sein. Dans cet objectif, il doit disposer de constantes et être garant d'une sécurité. Les constantes peuvent être matérialisées par une activité qui est faite à chaque séance de la même manière, par

exemple, enlever ses chaussures en entrant dans la salle ou encore le fait de venir toutes les semaines, le même jour, à la même heure. Nous allons voir par la suite que pour Potel ce sont ces éléments-là qui conditionnent le cadre thérapeutique en psychomotricité. La notion de cadre thérapeutique est souvent présente dans les réflexions psychomotrices.

Outre la forme du dispositif de soin, c'est l'interaction avec le fond, le contenu de la prise en charge qui prédomine.

En stabilisant le cadre par des constantes, le processus thérapeutique plutôt mobile peut avoir lieu. Nous pouvons trouver un équilibre entre les deux, mais il sera rendu précaire par sa dépendance à l'adaptabilité de chacune des composantes du dispositif de soin. Le respect de ces constantes qui constituent les « rebords » du cadre thérapeutique permet la réalisation du processus. Des fonctions sont alors attribuées au cadre.

Au regard de l'évolution historique de la notion de cadre, les travaux de Kaës (Kaës, 2012) nous permettent de lui prêter six fonctions : contenante, de limitation, transitionnelle, d'adossement, de transformation et symboligène.

Par sa fonction contenante, le cadre est un lieu où peuvent être déposés des éléments. D'un point de vue linguistique, le terme *cadre* est d'ailleurs souvent associé à la préposition *dans*, qui indique l'intérieur de quelque chose.

La fonction contenante ne semble pas être assurée par le cadre proposé à Hugo et son père. En effet, les éléments qu'ils soient de vie ou matériels, ne seront pas apportés au début de la prise en charge. L'anamnèse d'Hugo, comme écrite précédemment, est très pauvre. Les rares éléments que nous avons sur son enfance, comme le placement, nous laissent croire que ses premières années de vie ont été mouvementées mais nous n'en saurons pas plus. Il en est de même pour le compte-rendu de prise en charge psychomotrice rédigé lors du suivi par l'A.S.E., qui ne sera apporté qu'au bout de plusieurs mois.

En comparaison, M. B. a pu nous délivrer de tels éléments sur son parcours de vie comme le fort lien qu'il a avec son chien et qui lui donne envie de rentrer chez lui ou ses

regrets sur le refus de suivi psychologique après son hospitalisation. Le patient ne s'est confié à ce sujet qu'en séance de psychomotricité. De cette manière, les fonctions contenante et d'adossement du cadre ont été préservées. Le comportement de M. B. montre que le cadre, en arrière-plan, est bien garant de sa sécurité : la fonction d'adossement est respectée.

La fonction transitionnelle repose sur le cadre qui est « *muet* » (Bleger, 2013, p. 260) lorsqu'il est fonctionnel et perçu lorsque ses limites sont attaquées. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'en parlant aujourd'hui du cadre thérapeutique, non muet, de ces cas cliniques, nous avons conscience que leur fonction transitionnelle est mise à mal. Les contraintes temporelles ont été pour moi l'origine de ce questionnement sur le cadre thérapeutique. Dans la situation de M. B. nous savons dès le début que nous devons revoir régulièrement l'emploi du temps. Ces modifications intempestives de séances, pour des raisons internes au service sont les attaques des limites les plus visibles. Or, aucune constance au niveau temporel n'est ainsi permise : pas de rythme régulier, pas d'horaires ni de jours précis. La fonction transitionnelle ne peut pas s'établir.

La fonction conteneur est également dite « de transformation ». Elle signifie que le cadre contient le processus analytique.

La fonction de limitation, ou pare-excitatrice, est celle qui montre que le cadre assure des limites au sujet et aux éléments qu'il y dépose. Penser le cadre c'est alors choisir de réguler les sources d'excitation pour le patient.

Enfin, la fonction symboligène découle des cinq autres fonctions et donne son sens au cadre : « *Il instaure un processus de symbolisation et, en ce sens il constitue une condition de la pensée.* » (Kaës, 2012, p. 655).

Ces fonctions sont étroitement liées à la pratique du psychomotricien : il est alors tout à fait logique qu'un psychomotricien ait besoin de penser et repenser régulièrement son cadre thérapeutique ; et nous avons vu que ce questionnement est nécessaire dans les situations d'Hugo et M. B..

Ballouard nous propose alors, à partir de ces éléments, le résumé suivant du cadre thérapeutique :

Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé [sic].

(Ballouard, 2011b, p. 186)

Nous retrouvons dans cette citation les concepts évoqués par les auteurs étudiés précédemment : la sécurité, les constantes du cadre et le processus. Premièrement, la garantie c'est l'assurance d'une sécurité. Deuxièmement, l'image de la réservation signifie que le patient va retrouver à chaque venue un espace et un temps personnels : c'est le respect des constantes du cadre. Si ces prérequis sont respectés, les fonctions du cadre s'établissent et le processus thérapeutique peut avoir lieu.

Nous noterons que Ballouard évoque également l'aspect temporel qui nous tient à cœur dans les cas cliniques rencontrés. Par l'expression « *de part et d'autre* » il introduit la notion de relation d'individu à individu, que nous détaillerons par la suite. Avant cela, nous allons nous intéresser aux spécificités psychomotrices du cadre thérapeutique.

1.5. Le cadre thérapeutique en psychomotricité

Les conditions qui constituent le cadre thérapeutique en psychomotricité, sont selon Potel (Potel, 2010a, p. 322-323), l'espace, le temps, le matériel, l'encadrement, le fonctionnement institutionnel et le projet thérapeutique. Il s'agit à la fois d'éléments concrets comme la durée de la séance ou l'agencement de l'espace et d'éléments plus abstraits comme le projet institutionnel ou les médiations employées. Ces conditions peuvent être mises à mal dans des situations cliniques comme celles d'Hugo et de M. B.

Nous avons déjà établi un parallèle entre le fonctionnement institutionnel et les facteurs temporels de nos situations cliniques. Nous pouvons désormais rattacher cet

ensemble au concept de cadre thérapeutique : nous savons que cela est caractéristique du cadre.

Notons que pour Potel (Potel, 2010a) le projet thérapeutique est également intégré dans le cadre thérapeutique, nous verrons son importance dans la suite de l'argumentation.

Les conditions d'encadrement sont remplies par le ou les professionnel(s) de santé. La séance peut être menée par le psychomotricien, en cothérapie ou encore par un stagiaire. D'une personne à l'autre la manière d'encadrer ne sera pas la même.

A cela s'ajoutent la formation du psychomotricien et son identité. Effectivement, Bourger nous rappelle en évoquant le « *cadre psychique* » que « *Celui-ci dépend pour beaucoup de la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien et de sa structure psychique* » (2010, p. 71). Il propose alors de replacer ce cadre dans la spécificité psychomotrice : avec « *le corps dans un cadre bien précis* » (Bourger, 2010, p. 72).

Ces conditions peuvent devenir des constantes. Ne pas assurer ces constantes limiterait la fonctionnalité du cadre pensée par Kaës (2012). Par exemple, l'encadrement peut être déstabilisé par l'arrivée ou le départ d'un stagiaire. Cette arrivée, ce départ sont inévitables mais peuvent être préparés tout simplement en parlant. Cela peut être d'autant plus important si le stagiaire est activement impliqué dans la prise en charge. Si le patient n'est pas prévenu en amont cela peut être une importante source d'excitation : la fonction pare-excitatrice n'est plus assurée.

Lorsque le père d'Hugo est présent dans la salle pendant la séance, cela modifie l'encadrement. Nous pouvons alors nous interroger sur les fonctions conteneur, contenante et pare-excitatrice dans cette situation où tout le dispositif de soin est modifié.

Mais les constantes se rapportent également à « *l'unicité thérapeutique, tant au niveau du lieu, du temps, de l'écoute que de l'étanchéité.* » (Bourger, 2010, p. 72). Elles permettent au patient de se repérer dans l'environnement de la prise en charge, d'une séance

à l'autre. Le moindre détail peut servir de repère au patient, mais nous savons que certains aspects peuvent particulièrement jouer ce rôle.

C'est notamment le cas des aspects spatiaux qui ont une importance dans le cadre thérapeutique. Une salle avec une taille inadaptée ou des changements de salle, d'aménagement intempestifs vont jouer sur la fonction de limitation du cadre. Cela aura aussi un impact sur les fonctions contenant, de transformation et d'adossement, au sens propre comme figuré. Dans les situations cliniques étudiées, ces aspects spatiaux sont constants, le lieu de prise en charge ne varie pour aucun des deux patients : il s'agit systématiquement d'une pièce dédiée. Les aspects spatiaux semblent adaptés, même si nous pouvons nous questionner sur l'effet contenant de ces salles dites spacieuses.

Dans la pratique, la constance temporelle repose généralement sur l'horaire, le rythme et la durée des séances. Pour Hugo c'est initialement établi comme suit : une séance de 45 minutes hebdomadaire, chaque mercredi. Malheureusement, nous allons voir que cela n'a pas duré. Pour M. B., nous avons pu voir dès le début que les éléments temporels ne sont pas stables.

L'écoute et l'étanchéité sont des éléments que nous pouvons, idéalement, considérer comme constants. Elles permettent d'apporter un cadre contenant, conteneur, limitant et sûr. Cependant, cela reste dépendant de l'encadrement et des individus qui le constituent.

Malgré les constantes qui constitue le cadre thérapeutique, ses limites sont malléables (Potel, 2010a, p. 344), le cadre est adaptable. Le dispositif de soin se sert alors du cadre comme un support pour accueillir et étayer un processus.

Pour comprendre comment le reste du dispositif de soin est conçu, nous devons imaginer, hors du cadre, des notions comme le bilan psychomoteur, le projet thérapeutique et les séances. Toutes ces composantes sont pour moi incluses dans le dispositif de soin lorsque je le pense : le cadre thérapeutique, le projet thérapeutique, le bilan mais aussi

l'individualité du psychomotricien. La distinction établie à l'écrit n'entraîne pas l'omission du lien important avec le cadre thérapeutique.

II. La conception du dispositif de soin

Afin de comprendre le dispositif de soin psychomoteur, il est essentiel de reprendre les étapes de sa conception.

Cette présentation repose sur mon interprétation des enseignements⁶ reçus au cours de ma formation initiale. Pour cela, nous déroulerons les différentes étapes, du bilan aux séances, en passant par le projet thérapeutique.

II.1. Les premières étapes

Un patient consulte un psychomotricien avec un motif initial, sur prescription médicale. Un premier contact est établi avec la prise de rendez-vous. En libéral, cette dernière est souvent l'occasion de recueillir quelques éléments sur le patient (prénom, sexe, âge) et le motif de consultation.

« Cette première rencontre va augurer de ce qui va suivre et va poser en quelque sorte les premiers jalons d'une relation où parents et thérapeute vont être, chacun à leur manière, acteurs. » (Potel, 2010b, p. 401).

Par la suite, un entretien va permettre de recueillir les données qui constituent le motif de consultation mais aussi toute l'histoire de vie du patient afin de construire l'anamnèse. Il peut s'agir d'éléments médicaux, éducatifs, familiaux, environnementaux ou autres que le patient, ou son tuteur légal, apporte à son initiative ou sur demande du psychomotricien.

⁶ Notamment : Martin, J. (4 avril 2019). Cours pratique d'expressivité du corps.
Santamaria, F. (2018-2019). Cours de pratiques psychomotrices.
Belin, J. (2019-2020). Cours de préparation à la Mise en Situation Professionnelle.

Au sein de son cabinet libéral, ma tutrice de stage a pour habitude de réaliser le bilan psychomoteur initial sur un créneau de deux à quatre heures. En amont, elle aura demandé aux parents (les patients étant majoritairement des enfants) de répondre à un questionnaire d'anamnèse. Ces éléments peuvent être repris en début de bilan. C'est un fonctionnement établi, qui correspond à sa pratique psychomotrice. A ce moment-là, celui-ci m'a semblé un peu éloigné de ma vision du temps d'entretien au cours duquel se constitue l'anamnèse.

La situation d'Hugo est encore différente. Nous avons récolté les données d'anamnèse, que j'ai présentées plus haut, à l'oral, lors d'un bref créneau de rencontre.

Je pensais l'anamnèse comme un réel temps d'interaction où la famille présente spontanément l'enfant, les questions du psychomotricien sont alors adaptées aux informations recueillies et il peut rebondir sur certains éléments. Parfois, des éléments sont omis, volontairement ou pas. Le psychomotricien juge de l'importance de les demander ou pas.

Dans le service de neurologie, ma tutrice de stage a choisi de fonctionner différemment. Elle essaie autant que possible de ne pas disposer de ces informations avant de rencontrer le patient, notamment en ne consultant pas son dossier médical à ce moment-là. Cela lui permet de ne pas avoir de préjugés sur le patient à partir des dires des autres professionnels. Ainsi, elle profite réellement du temps de bilan pour découvrir et s'adapter au patient présent, avec son regard psychomoteur. Mais cela n'est pas toujours admis par le fonctionnement du service, comme dans le cas de M. B.

Ce fonctionnement quelque peu différent de ma conception de base de l'entretien, a pu être évoqué au cours de ma formation. Il me semble que chaque fonctionnement présente ses avantages et inconvénients, il m'arrivera sûrement un jour de tester celui-ci.

L'initiation de la prise en charge psychomotrice me semble ensuite reposer sur la réalisation du bilan psychomoteur. Il permet de mettre en évidence les compétences et difficultés du patient au travers d'épreuves mettant en jeu les différents items psychomoteurs. Raynal explique que le bilan « *a pour objectif de faire état du niveau de*

développement et de la qualité de la mise en œuvre des fonctions psychomotrices d'un sujet. »
(Raynal et al., 2018, p. 1) et donc d'établir un diagnostic psychomoteur.

Pour cela, le professionnel a à sa disposition des moyens d'évaluation qualitatifs et quantitatifs. Le choix des moyens d'évaluation s'appuie sur les affinités de chaque professionnel et la population rencontrée. Mais il dépend aussi beaucoup du patient en face : les informations dont nous disposons à son sujet, celui de sa pathologie et le vécu du temps de bilan peuvent nous amener à adapter le bilan. Par exemple, si une épreuve met en avant des difficultés auxquelles nous ne nous attendions pas, nous pouvons proposer un autre test pour creuser cette problématique. L'inverse est aussi possible.

Alors que ma tutrice de stage en cabinet libéral s'appuie entièrement sur une trame composée de tests standardisés, la psychomotricienne du service de neurologie a dans sa trame plusieurs tests standardisés ou non, qu'elle choisit d'employer selon les patients.

Nous retrouvons ici une première forme d'adaptation du bilan psychomoteur au patient.

Ce qui est également intéressant, c'est le but dans lequel le bilan psychomoteur est réalisé. Personnellement, le profil psychomoteur du patient m'apparaît comme étant un soubassement pour la construction du projet thérapeutique qui va suivre : réaliser un bilan psychomoteur c'est apprendre à connaître le patient d'un point de vue psychomoteur, à un instant T. Dans ma représentation du dispositif de soin psychomoteur, le bilan est une constante : c'est une composante que nous retrouvons, autant que possible, dans chaque dispositif de soin. Il apporte de la stabilité à ma pratique psychomotrice.

La rédaction d'un compte-rendu à l'issue de ce bilan permet de conserver une trace écrite de cette étape, mais est surtout un moyen de communication. Le psychomotricien rend compte de ses réflexions au patient, à son tuteur, ainsi qu'au médecin prescripteur. Le patient (ou son tuteur) pourra ensuite choisir de le communiquer à son entourage familial, scolaire ou encore médical.

A partir des résultats qualitatifs et quantitatifs du bilan psychomoteur le psychomotricien peut comprendre le profil psychomoteur du patient. Vincent résume cela en écrivant : « *le bilan est l'acte premier d'un soin psychomoteur. Cet acte permet – à travers une analyse qualitative et quantitative – de délimiter au mieux les compétences et difficultés du patient* » (2019, p. 40).

Il est à noter que le dispositif de soin psychomoteur peut prendre fin ici : si les conclusions du bilan montrent qu'il n'est pas nécessaire de réaliser un suivi psychomoteur, alors la prise en charge peut s'arrêter dès cette étape. L'existence du compte-rendu permettra tout de même d'avoir une trace du profil psychomoteur du patient pour d'autres prises en charge ou pour le futur.

Ces premières étapes inaugurent le dispositif de soin. Nous voyons qu'à partir de représentations initiales, ces étapes peuvent varier selon le patient, le psychomotricien, ou bien d'éventuelles contraintes temporelles. Ces étapes sont réalisées afin d'élaborer un projet thérapeutique.

II.2. Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique fait partie intégrante du cadre thérapeutique selon Potel (2010a) , comme nous avons pu le voir ; mais il est surtout la trame du processus qui a lieu dans ce cadre. Alors, à quoi correspond-il ?

Le projet peut être défini par le Dictionnaire Larousse en ligne comme quelque chose de plus ou moins précis : « *But que l'on se propose d'atteindre [...]. Idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes* » (« Projet », s. d.). A cela s'ajoute le cadre du soin psychomoteur.

Pour établir le projet thérapeutique du patient le psychomotricien détermine des objectifs et des axes thérapeutiques. L'objectif est une ligne de conduite répondant de

manière très générale au motif initial de la consultation, sur le long terme. Les axes thérapeutiques s'appuient plus précisément sur le profil psychomoteur du patient et ses éléments notables. Ils peuvent constituer des objectifs dits à court ou moyen terme : ils contiennent les éléments thérapeutiques qui vont, dans l'idée, nous permettre d'atteindre l'objectif.

Nous retrouvons dans l'objectif et les axes thérapeutiques l'idée d'une continuité : dans la représentation que je m'en fais, ils guident le psychomotricien tout au long du suivi. Cette description du projet thérapeutique peut sembler généraliste. Néanmoins ma rigueur et mon peu d'expérience m'amènent à accorder beaucoup d'importance à cette étape.

Chaque psychomotricien pense le projet thérapeutique à sa manière. Cependant, il faut replacer l'apport du bilan là-dedans. En ayant cerné le profil psychomoteur du patient à un instant T, nous pouvons construire un projet thérapeutique en adéquation. Plus que ses capacités et ses points faibles, le profil psychomoteur met en avant l'interaction permanente entre son individualité et son fonctionnement psychomoteur. Chaque projet thérapeutique est ainsi ajusté au patient, qui est indéniablement au centre du dispositif de soin. A nouveau, ce sont ses capacités d'adaptation qui vont guider le psychomotricien dans la conception du dispositif de soin.

Le projet thérapeutique est voué à coïncider aux besoins du patient et donc à évoluer avec lui. Pour objectiver à nouveau cela, certains professionnels s'appuient d'ailleurs sur la réalisation d'un bilan psychomoteur dit « d'évolution ».

Le projet thérapeutique est une composante du cadre qui peut apporter rigueur et constance au dispositif de soin. Même si nous nous appuyons sur une conception rigoureuse de ce projet et que certaines situations rencontrées dans les salles de psychomotricité peuvent se ressembler, c'est bien à une individualité que le psychomotricien s'adresse et s'adapte.

Le projet thérapeutique découle des étapes décrites précédemment. Pour l'adapter au mieux, le psychomotricien doit disposer d'un minimum d'informations issues de ces étapes.

Nous percevons ici le processus d'équilibration qui est présent dès la construction du projet thérapeutique : nous pouvons émettre l'hypothèse que l'expérience professionnelle permet progressivement de trouver un équilibre entre rigueur et adaptation. Il ne faut pas non plus oublier que le projet thérapeutique, bien qu'étant un élément-clé de la conception du dispositif de soin, n'est pas sa seule composante. Cette adaptation est encore plus perceptible au cœur même de nos séances, comme nous allons le voir maintenant.

II.3. Les séances

Pour comprendre la place de l'adaptation dans les séances, je vais parler de leur préparation en tant que stagiaire. En m'appuyant sur le projet thérapeutique, j'apprécie avant chaque séance planifier des activités ordonnées sur une liste, avec des variantes, des évolutions possibles ou encore un rituel de début. Il m'arrive aussi de noter à côté les items psychomoteurs particulièrement abordés, afin de garder en tête le projet thérapeutique du patient. Dans ma pratique psychomotrice, cela correspond d'une certaine manière à un rituel, une constante qui m'offre la stabilité dont j'ai besoin.

Mes tutrices de stage préparent parfois leurs séances. Dans les deux cas, elles effectuent une prise de notes rapide pendant et/ou après la séance. Ainsi la préparation repose souvent sur quelques idées notées pendant la séance précédente, parfois elle est plus poussée et d'autres fois elle n'est pas explicitée. Nous allons aussi voir que l'accueil d'un stagiaire amène les psychomotriciens à penser la préparation des séances différemment.

Ces conceptions différentes de la préparation des séances laissent transparaître l'influence de l'expérience professionnelle et de l'individualité sur les capacités d'adaptation du psychomotricien.

Cependant, il est difficile de décrire une séance de psychomotricité avec précision. C'est un moment d'interaction avec le patient, où le psychomotricien va mettre en pratique par le biais d'activités, propositions, jeux, travaux selon sa pratique, le projet thérapeutique établi. Pour cela, il peut partir de ses idées mais surtout de celles de son patient. C'est alors une adaptation de tous les instants, dans cette relation d'individu à individu.

La séance peut se clôturer par un temps de restitution. En service de réadaptation neuro-vasculaire, pour la psychomotricienne cela consiste parfois en un temps d'échange avec le patient, à la fin de la séance, sur leurs ressentis respectifs, les difficultés qui ont pu transparaître et l'évolution du patient. Dans sa pratique libérale, mon autre tutrice de stage invite le tuteur présent à entrer dans la salle : elle récapitule le déroulé de la séance, selon le temps restant elle peut proposer à l'enfant de le faire et fait un rapide retour sur ses progrès. C'est un élément constant dans sa pratique : l'enfant sait qu'à la fin de la séance il peut aller chercher son parent dans la salle d'attente, pour venir dans la salle de psychomotricité.

Le déroulé d'une séance comme l'évolution d'un patient nous amènent souvent à laisser place à l'imprévu. C'est le psychomotricien lui-même qui doit gérer ou du moins adapter sa pratique à l'imprévu. Pour cela, il doit notamment faire preuve de flexibilité mentale qui est définie comme étant la « *capacité à s'adapter à la nouveauté et aux changements* » (*Les fonctions cognitives*, s. d.). Elle repose sur son propre fonctionnement cognitif : les capacités d'adaptation vont donc s'étayer sur l'individualité. Et c'est ainsi que nous sommes amenés à réfléchir à la place de l'individualité du psychomotricien dans ce dispositif de soin.

III. Le psychomotricien en tant qu'individu

Le psychomotricien est au cœur du cadre thérapeutique : par son autorisation d'exercer, son rôle d'encadrant mais aussi de garant de l'unicité. Alors, qu'en est-il de sa personne ?

Pour aborder cette partie il est nécessaire d'ancrer le postulat fondamental que le psychomotricien, bien avant d'être un professionnel de santé, est un être humain singulier. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales définit l'individu de la manière suivante : « *Tout être concret, donné dans l'expérience, possédant une unité de caractères et formant un tout reconnaissable.* » (« Individu », s. d.). L'individu est donc un être humain qui dispose de caractéristiques personnelles.

Nous allons étudier la place de l'identité du psychomotricien dans sa pratique professionnelle et au sein même de la relation thérapeutique. Pour cela, nous verrons comment son individualité permet au psychomotricien de trouver en lui-même des outils pour moduler sa pratique professionnelle.

III.1. L'identité du psychomotricien

La première caractéristique d'un individu à développer ici, c'est l'identité. Elle est hasardeuse à définir. En effet, avec son étymologie du bas latin *identitas* « *qualité de ce qui est le même* » et du latin classique *idem* « *le même* », nous retrouvons l'idée de ce qui est identique, pareil (*Étymologie de IDENTITÉ*, s. d.).

A première vue, cela ne reflète pas la notion d'individualité évoquée précédemment, mais peut faire écho au concept d'identité collective. L'identité collective est le regroupement social d'individus par leurs similitudes (ethnie, territoire, profession...).

Sous un autre angle, nous pouvons également comprendre cette étymologie par ce qui sera identique tout au long de la vie d'un individu et va justement faire qu'il sera toujours une personne, un individu avec ses caractéristiques.

L'identité est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres. Ce concept doit être appréhendé à l'articulation de plusieurs instances sociales qu'elles soient individuelles ou collectives. (Castra, 2010, p. 72)

Cela nous conduit aux travaux du sociologue et professeur Dubar (2010) qui évoque la notion d'identité professionnelle. Elle est élaborée à la fois sur une identité dite personnelle et une identité dite collective :

- j'ai choisi d'exercer cette profession car elle correspond à ma singularité, mes centres d'intérêt, mes valeurs
- les similitudes avec mes pairs professionnels me permettent de me reconnaître et d'appartenir à cette collectivité

Il y a ainsi d'une part l'identité collective avec les similitudes au sein d'un groupe et d'autre part l'identité personnelle avec l'individualité, la singularité de la personne. Dans une prise en charge en psychomotricité c'est à la fois mon identité personnelle et collective qui sont impliquées, au travers de mon identité professionnelle.

Dans cette partie c'est l'identité personnelle qui nous intéresse particulièrement afin de parler de la posture du psychomotricien, en tant qu'individu.

Mon identité personnelle c'est à la fois la façon dont je suis connue à l'état civil (nom, prénom, date de naissance, ...), dont je me construis, me connais et dont les autres me connaissent. C'est un concept qui peut ainsi regrouper une multitude de caractéristiques et évolue selon mon vécu. Castra explique que « *le travail identitaire s'effectue de manière continue tout au long de la trajectoire individuelle et dépend à la fois du contexte et des*

ressources qui peuvent être mobilisées. Cette identité se modifie donc en fonction des différentes expériences rencontrées par les individus. » (2010, p. 72).

Les identités personnelle et professionnelle vont alors s'influencer et s'adapter réciproquement, elles sont interdépendantes. Champy écrit « *Les professions contribuent, souvent plus que la religion, l'engagement politique ou l'appartenance familiale, à la définition des identités individuelles* » (2009, p. 1-2) quand nous pouvons également lire que « *L'identité professionnelle commence avec sa propre identité.* » (Fray & Picouveau, 2010, p. 73).

La construction de l'identité professionnelle commence au cours de la formation initiale et se façonne tout au long de la carrière.

Dès notre formation initiale, nous nous initions à la notion d'adaptation de l'individu lui-même, comme le montrent les savoir-être énoncés par Gatecel et Giromini (2010) et repris avec Valentin-Lefranc :

Si le savoir-faire du psychomotricien est transmis d'un côté par des professionnels qui viennent parler de leur exercice clinique quotidien, d'un autre côté par les différents maîtres de stage, le savoir-être reste une construction singulière. Ce que nous aimons appeler la « posture de clinicien du psychomotricien » doit être authentiquement habitée par chacun des étudiants en formation. (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019a, p. 511)

L'identité personnelle influence la perception du monde, les manières d'être et de faire ; et cela coïncide avec la construction de l'identité professionnelle du psychomotricien.

Ainsi, cette conceptualisation sociologique permet de justifier que l'individu par son identité personnelle, singulière et son vécu, va être amené à inventer, réinventer sa posture et sa pratique professionnelle. Le psychomotricien, au travers de son individualité, implique et ajuste, son identité personnelle et professionnelle.

Cela peut se refléter à différentes occasions. Au cours des travaux dirigés de la formation initiale nous nous rendons souvent compte que les choix d'orientation de nos camarades ont pu être influencés par la pratique d'activités extra-scolaires par exemple. Pour certains de longues années de danse leur ont permis de travailler l'aisance corporelle, des capacités rythmiques, ou encore le théâtre qui nécessite un important travail expressif.

Mais ce sont également des histoires de vie, un environnement familial qui ont pu influencer cette direction professionnelle. Pour ma part c'est initialement une proximité avec le domaine de l'enseignement scolaire et sportif qui m'a dirigée progressivement vers la profession de psychomotricienne.

Cependant, je sais également que mes activités, notamment sportives, influent sur ma pratique professionnelle. C'est dans le choix des médiations que mes pratiques sportives, mais aussi mes centres d'intérêt, me semblent se refléter. Et parce que ce sont les constituants de mon identité personnelle, ces expériences se ressentent dans mes savoir-être et savoir-faire auprès des patients.

L'identité personnelle du psychomotricien joue sur son identité professionnelle dès sa formation initiale. En effet, les choix effectués au cours du processus de formation relèvent de l'individu et auront un impact sur son identité professionnelle. Vachez-Gatecel et Valentin-Lefranc écrivent la phrase suivante au sujet de la formation initiale : « *Libre à chacun de se faire son propre cheminement de pensée* ». (2019a, p. 503)

L'intrication de l'identité personnelle et professionnelle dans le soin psychomoteur que nous avons pu ressentir au travers de cette partie met en avant l'implication du psychomotricien en tant qu'individu dans le dispositif de soin. Le psychomotricien est présent face à son patient par son identité professionnelle, elle-même fruit de son identité personnelle. La pratique professionnelle repose alors notamment sur l'adaptation permanente de cet être singulier, qui est à la fois individu et psychomotricien.

« C'est également une relation d'individu à individu qui implique ce qu'il est et ce que je suis. » (Soppelsa & Albaret, 2011, p. 6)

III.2. L'implication dans la relation thérapeutique

L'individu qu'est le psychomotricien se retrouve dans une relation, celle du soin. D'après le dictionnaire Larousse en ligne, la relation est définie par « *le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport* » (« Relation », s. d.). Dans ce cas, les protagonistes de la relation sont, au minimum, un soignant et un patient. Le premier dispense un soin que le second reçoit. On parle de relation thérapeutique.

Mais il ne faut pas oublier que le rôle du psychomotricien a plusieurs facettes, dont celui de garant de la sécurité du cadre thérapeutique et d'encadrant. En effet, comme nous avons pu le voir, par la définition du cadre dans le domaine de la sociologie et par le rôle d'encadrant, c'est une relation asymétrique que nous pouvons retrouver dans la relation thérapeutique. Elle nous rappelle que le professionnel doit rester maître de la situation.

« *La relation thérapeutique n'est alors pas et ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. C'est au contraire une relation d'implication.* » (Gatecel et al., 2011, p. 333-334). En tant qu'acteur à part entière de cette relation, le thérapeute s'y implique avec toute son individualité et son identité. Cette relation met en jeu chez lui des processus conscients et inconscients qui relèvent parfois de ses propres qualités relationnelles.

Nous associons par exemple très souvent la relation thérapeutique à l'empathie. Rogers est le premier à avoir théorisé l'empathie comme : « *Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si".* » (1962, p. 197). Corraze la définit ensuite comme une « *construction mentale élaborée comportant trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise* ». La théorie de l'esprit permet de lier l'état affectif de l'autre à une émotion grâce à la mémoire. Les capacités d'inhibition permettent en revanche de limiter « *la contagion émotionnelle* ». Cette communication entraîne un

comportement altruiste qu'il nomme « *préoccupation empathique* » (Gatecel et al., 2011, p. 346).

Potel s'est appuyée sur l'empathie pour conceptualiser le contre-transfert corporel. Elle écrit que « *le contre-transfert corporel associe, aux éprouvés « empathiques » émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute* » (Potel, 2015, p. 37).

Le thérapeute implique donc son identité, sa subjectivité, ses qualités relationnelles et même son corps dans le soin, comme l'indique Bourger. « *Dans notre pratique professionnelle où la relation à l'autre au niveau psychique et somatique est au premier plan, nous ne pouvons faire abstraction de notre personnalité, de nos émotions et donc de notre subjectivité.* » (Bourger, 2010, p. 75)

Par nature, le psychomotricien est ainsi engagé en tant qu'individu dans la relation thérapeutique que comprend le dispositif, son psychisme est impliqué dans le soin psychomoteur. Intéressons-nous alors plus en profondeur à la place qu'a le corps, principal objet de l'adaptation du psychomotricien en tant qu'individu.

III.3. La spécificité psychomotrice : l'implication corporelle

Cette implication du soignant dans la relation thérapeutique nous conduit à nous intéresser plus particulièrement à la place du corps du psychomotricien dans cette relation. Nous savons que le corps, par l'approche globale sur laquelle repose la psychomotricité, occupe une place centrale dans notre discipline. Giromini s'appuie sur l'étude des textes d'Ajuriaguerra⁷ pour rappeler cela : « *Il [Ajuriaguerra] nous dit qu'il est impossible de comprendre l'organisation psychomotrice d'un enfant si on isole le sujet de l'objet.* » (2019, p. 7)

⁷ De Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2^e édition). Masson.

Réciproquement, le corps du psychomotricien, peut avoir plusieurs fonctions pour le patient, notamment : support, réceptacle, outil, moyen de communication.

Nous pouvons dans un premier temps déterminer des fonctions actives du corps du psychomotricien. En pratique, le corps du psychomotricien est engagé dans sa motricité et sa gestuelle :

l'implication corporelle et motrice du psychomotricien est précieuse. [...] le psychomotricien doit savoir que son corps en mouvement, en interaction avec les objets et le monde environnant, sous le regard d'un autre (le patient) devient alors, dès la première rencontre, un support d'apprentissage moteur de facto. (Moyano, 2014, p. 293)

Cette fonction est présente en permanence chez le thérapeute dans sa pratique psychomotrice et il peut parfois choisir de l'exploiter de manière spécifique.

Le corps du psychomotricien peut aussi être instrumentalisé par un patient. Dans cette fonction d'instrument, il devient un outil. Hugo me sollicite sur ce versant : alors que nous réalisons des activités manuelles, à plusieurs reprises il me demande d'exécuter les gestes avec lui, ou devant lui.

Moyano (1994) pense, par exemple, le corps du psychomotricien comme un contenant, à partir du modèle du transfert théorisé par Freud dans ses travaux⁸. Il explique que chez les patients, le « moi » en tant que contenant psychique, ou enveloppe corporelle, peut être défaillant. Par l'approche corporelle en psychomotricité, c'est un transfert de contenant qui peut alors s'élaborer dans la relation thérapeutique, sur le corps du professionnel. Dans cette situation : « *le « moi » auxiliaire du thérapeute soutenant momentanément le contenant psychique défaillant du patient* » (Moyano, 1994, p. 692)

⁸ Dès 1895 dans Breuer, J., Freud, S. (1895). *Les Études sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France.

Nous avons déjà pu voir que le psychomotricien a dans la relation un rôle de support. Son engagement corporel participe à cette fonction, au niveau psychique comme physique.

Le corps du psychomotricien est également un outil de communication non-verbale. Il nous permet de communiquer, de manière consciente ou non, sans utiliser la voix. Desobeau écrit : « *la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour retrouver l'enfant là où il est, comme il est.* » (2010, p. 60). Le psychomotricien peut, en communiquant corporellement, s'ajuster au patient.

Mais au-delà de ces fonctions de support en tant qu'entité, c'est dans ses capacités à ressentir et éprouver que le psychomotricien implique son corps dans le soin. Il va ainsi avoir son propre vécu corporel de la relation thérapeutique. Cela s'appuie notamment sur la sensorialité, qui est forcément influencée par ce qu'exprime le patient : « *Le travail du psychomotricien va s'appuyer sur sa propre expressivité et sa sensorialité, pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps.* » (Potel, 2010c, p. 60)

Cette sensorialité va permettre au psychomotricien d'utiliser son corps comme outil d'observation. Les récepteurs sensoriels du corps, particulièrement ceux de la vue, vont servir à la prise d'informations. Cette dernière influence l'adaptation permanente du psychomotricien. Elle est aussi très utilisée à l'occasion du bilan psychomoteur, certains professionnels réalisent des bilans dits « d'observation ». La prise visuelle d'informations est ce qui m'a permis de penser un peu le profil psychomoteur d'Hugo. De plus, le simple vécu du temps de bilan peut nous amener à l'adapter.

Le corps du psychomotricien, par ses capacités d'observation, participe donc à l'adaptation du dispositif de soin au patient.

Nous pouvons rattacher au vécu corporel du psychomotricien la notion d'empathie. Evoquée précédemment, elle passe inévitablement par le corps du thérapeute : « *cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui.* » (Liotard, 2010, p. 58). Cela nous

conduit à nous questionner sur le processus empathique qui s'est mis en place dans les prises en charge d'Hugo et M. B. et le vécu corporel qui s'y est associé.

Le point commun à toutes ces fonctions est bien la relation. Nous pouvons parler de « corps-en-relation » : le corps du psychomotricien est un élément-clé pour vivre la relation thérapeutique.

« De la psychomotricité comme fonction de relation – au plein sens du terme – Wallon est donc conduit à poser le corps comme instrument de relation » (De Ajuriaguerra & Angelergues, 2009, p. 193).

Nous avons conscience de la place centrale de son corps dans la posture thérapeutique du psychomotricien. Elle est étroitement liée à l'engagement psychique du psychomotricien dans la relation : cet engagement est en fait psychocorporel. Cela nécessite d'être disponible malgré les contraintes rencontrées dans le dispositif de soin.

Les mots qui suivent nous permettent de relier à nouveau l'implication corporelle du psychomotricien à son individualité : *« le psychomotricien, dont le métier est de travailler avec un corps engagé dans la relation thérapeutique utilise un objet singulier : son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre. » (Gatecel et al., 2011, p. 337).* C'est par son corps, qui n'appartient qu'à lui seul, que le psychomotricien investit la relation thérapeutique et s'adapte. Mais, en pratique, comment peut-il le faire ?

III.4. L'ajustement corporel du psychomotricien en pratique

Nous avons lu que l'empathie et le vécu sensoriel du thérapeute sont des composantes de la posture thérapeutique. Nous pouvons en pratique les lier grâce au tonus : *« L'empathie tonique est une sensibilité plus aiguë aux modifications tonico-émotionnelles de l'enfant qui, par des ajustements, favorise le dialogue tonico-émo-tonique. (Aucouturier et al., 1987) » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 137).*

Le dialogue tonico-émotionnel est une bonne illustration de l'ajustement corporel du psychomotricien. Cette notion a été apportée par l'œuvre de Wallon puis approfondie par De Ajuriaguerra : « *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.* » (De Ajuriaguerra & Angelergues, 2009, p. 193). Le dialogue tonico-émotionnel est une modalité relationnelle particulière, non verbale, corporelle. C'est la première manière de communiquer de l'enfant. Cette modulation relationnelle est rythmée par l'alternance de tensions et de relâchements, d'états de vigilance, de contrôle et de fluctuations allant de l'hypotonie à l'hypertonie, du sourire aux pleurs, dans toute la gamme du partage émotionnel.

Au cours de sa formation initiale, l'étudiant en psychomotricité a pu expérimenter, conscientiser et développer son dialogue tonico-émotionnel. En effet, pour s'impliquer et s'adapter dans sa pratique, le psychomotricien met à l'œuvre des qualités corporelles essentielles qui peuvent être travaillées et soutenues par la formation.

Encore une fois ici, nous voyons que le psychomotricien peut ajuster son corps et ses pratiques corporelles à son exercice professionnel, pour être à son aise dans la relation thérapeutique.

« ce sont avant tout nos qualités humaines, nos individualités, nos corporéités, qui nous permettent de trouver les voies de la rencontre, pour cela nos intuitions nous guident en même temps que nos trouvailles, nos erreurs, nos tâtonnements, nos errances. » (Liotard, 2010, p. 58). Cette citation nous permet ainsi de clore cette partie sur la conception du dispositif de soin psychomoteur.

C'est donc le psychomotricien en tant qu'individu qui, par sa formation, son expérience professionnelle, son identité, dans son corps et dans sa construction du dispositif de soin, adapte et ajuste sa pratique professionnelle. Il recherche l'équilibre le plus juste pour élaborer un dispositif de soin solide. Pour cela, il peut s'appuyer sur un cadre thérapeutique, mais aussi un bilan psychomoteur et un projet thérapeutique ; tout en respectant son individualité et celle de son patient aux besoins spécifiques. De plus, le psychomotricien est à même de

s'impliquer personnellement, émotionnellement et corporellement dans son soin psychomoteur, au travers de la relation thérapeutique.

Mais cet équilibre est peut-être idéalisé. Entre les constantes et la représentation théorique du dispositif de soin d'une part, les contraintes, les imprévus et les limites de l'adaptation d'autre part, qu'en est-il de la réalité du terrain ? Face à des contraintes temporelles comme dans les situations cliniques d'Hugo et de M. B., comment se fait l'adaptation ?

PARTIE 3 : L'ADAPTATION EN PRATIQUE

D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, l'adaptation peut être définie en tant que : « *Modification des fonctions psychiques de l'individu qui, sans altérer sa nature, le rendent apte à vivre en harmonie avec les nouvelles données de son milieu ou un nouveau milieu* » (« Adaptation », s. d.). Cela se réfère à l'action d'adapter qui peut signifier :

- « *Appliquer, ajuster une chose à une autre* »
- « *Modifier la pensée, le comportement de quelqu'un pour le mettre en accord avec une situation nouvelle, ou modifier quelque chose pour l'approprier à quelqu'un, le mettre en accord avec quelque chose* » (« Adapter », s. d.)

Lorsque nous étendons les recherches sémantiques autour du mot *cadre*, nous pouvons lire sur le Dictionnaire Larousse en ligne que le verbe *cadrer* signifie : « *Être en accord, en harmonie avec quelque chose ; concorder* » (« Cadrer », s. d.). Cette volonté finale d'un accordage est tout aussi perceptible dans la définition de l'adaptation. Cela se fait en harmonisant plusieurs éléments interdépendants. Nous pouvons imaginer que c'est ce qu'il se passe entre le cadre thérapeutique et le dispositif de soin psychomoteur. Mais en pratique, dans les cas d'Hugo et M. B., est-ce que cette adaptation est possible ?

I. Hugo

1.1. Une première adaptation de la conception du dispositif de soin

Dès la première séance qui suit le temps d'anamnèse, ma tutrice de stage me propose de réfléchir aux séances que je souhaite proposer à Hugo et de les mener. Elle veut donc me donner une place d'encadrante. Cela se fait tout en étant moi-même encadrée par elle, en tant que stagiaire. L'asymétrie présente dans la relation thérapeutique l'est aussi dans la relation stagiaire-tuteur de stage. Ainsi, lorsque ma tutrice m'invite à prendre en main les séances d'Hugo, elle met en jeu sa fonction de « cadre », au sens sociologique d'une part. D'autre part, elle m'inclut officiellement auprès du patient et de sa famille dans la composante

« encadrement » du cadre thérapeutique. En me confiant cette tâche, elle module sa place dans le dispositif de soin.

A partir de ma représentation de la conception du dispositif de soin, je décide donc de réfléchir au projet thérapeutique d'Hugo. A ce moment-là, j'ai une forme de pression : je dois mettre en œuvre ce que j'apprends depuis deux ans dans ma formation initiale. Et rappelons que cela doit se faire sans temps de bilan psychomoteur.

Dès cette première séance, nous réalisons, Hugo et moi, un parcours psychomoteur. Cette proposition mettant en jeu de nombreuses qualités psychomotrices, c'est l'occasion de les observer.

Nous essayons de construire ensemble ce parcours psychomoteur que je souhaiterais axer sur l'équilibre et les coordinations dynamiques générales (sauts et déplacements). Très vite, je m'aperçois qu'Hugo montre une grande agitation, caractérisée par une activité motrice désorganisée. Il a besoin d'être constamment en mouvement. Cela se fait quitte à prendre des risques, notamment lors des passages nécessitant de l'équilibre. A cela s'ajoutent de faibles capacités attentionnelles : lors de l'énonciation des consignes, Hugo ne semble pas écouter et se disperse. Cela se confirme ensuite dans l'exécution de celles-ci. La construction et réalisation du parcours psychomoteur ne sont donc pas aisées mais ont permis de mettre en évidence ces éléments-là.

Outre son agitation, Hugo recherche un important soutien de l'adulte, d'un point de vue psycho-affectif : il n'hésite pas à se rapprocher de moi et me tendre la main pour manifester son besoin de réassurance.

A l'issue de cette séance, je transmets à ma tutrice de stage mes impressions : sur le plan du développement psychomoteur, Hugo a besoin qu'on le soutienne dans la progression de ses capacités de motricité globale et fine, graphiques et spatio-temporelles. Mais son hyperactivité saillante semble être ce qui entrave le plus son développement. Cela correspond d'ailleurs au motif de consultation initial de la famille.

Avec l'accord de la psychomotricienne, les séances avec Hugo s'axeront autour de ces éléments aisément observables.

Revenons alors sur la principale contrainte temporelle rencontrée ici : sans bilan psychomoteur, comment concevoir le projet thérapeutique ?

Les propositions faites à Hugo au cours des séances se rapportent à des objectifs et des axes thérapeutiques élaborés de manière relativement approximative. A l'inverse du bilan psychomoteur, l'étude de la sémiologie théorique du TDAH, qui n'a été que brièvement évoqué par le père, et l'observation clinique, ne permettent pas d'établir le profil psychomoteur complet du patient. Nous ne pouvons pas nous appuyer dessus pour construire un projet thérapeutique. De plus, les éléments d'anamnèse pour Hugo sont rares et peu précis.

Cette expérience est alors très éloignée des enseignements qui me sont dispensés à la faculté, où j'apprends à élaborer méthodiquement un dispositif de soin à partir d'une anamnèse et d'un bilan. Je me retrouve quelque peu désarçonnée, alors que c'est la première fois que l'on me propose de prendre en main un suivi sur du long terme. Mon expérience, à ce moment-là d'étudiante, ne me permet pas de construire un projet thérapeutique qui me semble convenir à Hugo. C'est l'absence de bilan psychomoteur qui fait principalement défaut, par rapport à l'enseignement que j'ai reçu et ne me permet pas d'étayer ma réflexion.

A cela s'ajoute bien sûr la rigueur qui me caractérise. C'est mon individualité, mon ressenti qui prennent alors le dessus dans ce contexte. Je me questionne sur ma légitimité dans ce rôle de psychomotricienne et sur le bien-fondé de ce que je peux proposer à Hugo.

Cependant, nous pouvons nuancer ces propos : les éléments d'observation et d'anamnèse, associés à l'expérience de ma tutrice de stage permettent de penser que nous allons dans la bonne direction. L'étayage de ma tutrice et mes connaissances m'amènent à élaborer un projet thérapeutique et des séances de psychomotricité pour Hugo, que j'espère les plus adaptés possibles.

Nous savons que le projet thérapeutique peut être considéré comme une composante du cadre psychomoteur (Potel, 2010a). De cette manière, il est un point d'appui pour le processus thérapeutique. Alors, qu'en est-il d'un projet thérapeutique construit comme celui d'Hugo ? Quelle valeur lui attribuer ? Et finalement, quels seront les effets de l'adaptation de la conception du dispositif de soin, sur les différents protagonistes de la situation ?

1.2. L'évolution des aspects temporels du cadre

Rappelons que les aspects temporels initialement décidés avec la famille sont les suivants : une séance hebdomadaire de 45 minutes à horaire fixe et pas de bilan psychomoteur. Cela coïncide avec les emplois du temps et les obligations financières de chacun. En pratique, nous nous rendons compte rapidement que ce cadre temporel, qui a déjà été adapté par rapport à nos représentations initiales du dispositif de soin, est compliqué à tenir pour cette famille. Alors que nous essayons d'avancer avec Hugo en suivant cette ligne de conduite quelque peu contestable, d'autres contraintes temporelles vont s'ajouter au dispositif dès la deuxième séance.

Pour commencer, Hugo arrive de manière quasi systématique en retard. De plus, son père n'est jamais présent lorsque la porte de la salle s'ouvre à la fin de la séance. Nous sommes obligées de garder Hugo avec nous jusqu'à son arrivée, parfois vingt minutes plus tard, et de retarder la séance suivante. Le temps de restitution de la séance au père est donc très succinct. Cela perdure malgré les invitations à rester en salle d'attente pendant la séance et les rappels des horaires.

Une limite est rapidement atteinte au sujet du règlement des séances d'Hugo. Au vu de l'impossibilité de paiement, ma tutrice de stage s'est accordée avec le papa pour réduire leur durée. Dans un premier temps, nous sommes passés de 45 à 30 minutes. Malgré cela, une seconde adaptation a dû être réalisée afin que les soins psychomoteurs rentrent dans le budget de la famille : leur fréquence a diminué. Nous sommes repassés à 45 minutes de séance, mais seulement une semaine sur deux. La psychomotricienne a ainsi joué sur la malléabilité du cadre.

Nous percevons ici la nécessité de repenser également l'encadrement, non pas juste d'Hugo, mais de l'ensemble de la famille. Même s'il le propose de lui-même, le père oublie systématiquement d'apporter le compte-rendu du premier suivi psychomoteur effectué durant le placement. Nous décidons de ne plus lui rappeler, nous l'aurons finalement au bout de plusieurs mois.

Nous nous rendons compte à partir d'ici que ce ne sont plus seulement les aspects temporels du cadre thérapeutique qui ont été reconsidérés, mais le cadre dans son ensemble. Il est trop souvent discuté pour être « *muet* » et ainsi remplir sa fonction transitionnelle. Au vu des liens que nous avons pu évoquer précédemment, il est évident que cela a eu de l'influence sur le reste du dispositif de soin.

1.3. La réadaptation du dispositif de soin

Nous avons vu que le cadre thérapeutique a été réadapté pour permettre la poursuite de la prise en charge d'Hugo. Mais alors, quelle influence cela a-t-il eu sur les autres composantes du dispositif de soin psychomoteur ?

Le temps de la séance est largement dédié aux échanges entre la psychomotricienne et le père. Alors que j'essaie, malgré les contraintes imposées jusque-là, de réaliser le suivi d'Hugo, je me questionne sur la présence paternelle prolongée et fréquente au sein de la salle.

Dans ces moments, les discussions sont répétitives : lorsqu'il n'est pas question du règlement des séances, ma tutrice de stage se consacre plusieurs fois à l'explication du TDAH. Nous avons à chaque fois l'impression que ce père comprend et que cela influencera positivement l'évolution d'Hugo.

Mais cela ne me permet pas de mener les séances comme je le souhaite. J'ai l'impression qu'Hugo n'est plus au centre du dispositif de soin. Nous revenons alors sur la question de la fonctionnalité du cadre. Avec la présence du père pendant les séances, la

constante d'encadrement n'est plus assurée. La sécurité et l'étanchéité ne sont plus totalement garanties ni pour Hugo, ni pour moi en tant que stagiaire. Je me retrouve d'une part, avec un regard supplémentaire sur moi. D'autre part, ma tutrice de stage est peu disponible pour me rassurer, m'aider, si j'en ressens le besoin.

Les séances se suivent, plus ou moins, car leur fréquence a diminué de moitié et que des rendez-vous sont oubliés ou annulés sans justification. Elles se déroulent généralement sur le même modèle : je me retrouve assise à la table basse, à apprendre à Hugo la comptine de la « Semaine des canards » (Monde des Titounis, 2013). Elle a été choisie car Hugo nous demande des repères temporels lorsqu'il vient en séance. Cette demande m'apparaît comme étant le reflet du contexte global de sa prise en charge. A partir de cette comptine, nous explorons la motricité fine par des activités manuelles (coloriage, découpage, collage).

Cela constitue notre rituel pendant qu'en fond, le père d'Hugo écoute attentivement la psychomotricienne. L'emploi de ce rituel peut être considéré comme la création d'une constante, dans ce contexte particulier et instable. Cela permet de répondre à l'instabilité d'Hugo, mais aussi à celle du cadre qui me bouscule .

Dans cette situation où nous sommes au sol, Hugo n'arrive pas à s'installer malgré les supports (marchepied, coussins) proposés et le mobilier qui l'entoure. Je lui propose alors de s'installer en appui sur moi. Cela lui convient et lui permet d'entrer dans l'activité proposée. Il semble mettre en jeu ma fonction de support physique pour pallier son instabilité posturale, mais c'est peut-être aussi mon enveloppe corporelle qu'il utilise. De cette manière, il peut bénéficier d'appuis psychocorporels dont il ne semble pas disposer de lui-même. Pour offrir ces appuis à Hugo, c'est mon corps que j'implique activement et j'ajuste mon dialogue tonico-émotionnel. Quelque part, j'essaie de matérialiser la fonction d'adossement qui n'est pas assurée par le cadre.

Nous voyons bien que dans ce cas les fonctions contenante, conteneur et pare-excitatrice du cadre ne sont globalement pas assurées, notamment à cause de la présence du père. Dans un tel cadre, nous ne sommes pas en mesure d'effectuer des séances de

psychomotricité qui me paraissent adaptées. Le cadre ne semble pas convenir à Hugo, mais c'est aussi à moi, en tant que stagiaire, qu'il n'est pas adapté.

Nous avons ponctuellement la possibilité de faire une séance qui me paraît plus classique, sans accompagnateur dans la pièce, avec des horaires de début et de fin respectés. J'introduis alors des propositions (parcours psychomoteur, jeux de société ...) réfléchies en amont.

Qu'en est-il de cette préparation des séances ? Dans un premier temps, ce travail répond à la requête de ma tutrice de stage, dans un objectif pédagogique. Puis, cela s'est accentué avec les contraintes temporelles : je réfléchis à une séance, Hugo est absent pendant plusieurs semaines, je me retrouve donc à son retour avec une base de séance préparée bien plus tôt. Dans ce fonctionnement il est plus difficile de percevoir l'adaptation au cœur des séances. Au fil de l'année, ces activités listées ont été totalement vouées à évoluer : les idées ne sont plus que des suppositions notées à la fin d'une séance ou la veille du jour de stage.

Une première fois, après une période de vacances scolaires, ma tutrice m'a dit remarquer une évolution chez Hugo. Je la crois, mais j'ai du mal à le percevoir lorsque je repense aux séances de psychomotricité. En effet, si je compare le dispositif de soin Hugo à ma représentation, entre l'absence de bilan psychomoteur initial, le projet thérapeutique construit approximativement et un cadre thérapeutique établi dès le départ sur des contraintes temporelles, tout cela me conduit à remettre en question ma place dans cette prise en charge. Par conséquent, il ne m'est pas aisé de savoir si Hugo a progressé et comment il a pu progresser.

En prenant du recul, j'ai compris que ma tutrice de stage avait adapté sa pratique classique, au contact de l'enfant, en y incluant de la guidance parentale. La guidance parentale repose sur les objectifs suivants : « *Soutenir le parent dans ses difficultés, lui offrir la possibilité de se rendre acteur des changements à opérer pour lui-même, dans une prise de conscience des répercussions pour sa famille, lui permettront de reprendre confiance en ses capacités éducatives et de parent.* » (Sanchez, 2009, p. 51). La base de ce travail semble être de donner

des outils de compréhension de l'enfant, au parent. Cela permet par la suite au parent de soutenir l'enfant dans son évolution, de manière appropriée.

De mon côté, j'ai essayé d'adapter ma pratique pour que ce temps soit aussi bénéfique que possible à Hugo, par les propositions faites, malgré les contraintes temporelles. Cela ne s'est pas fait sans difficulté.

1.4. Conclusion

Plus le temps passe et plus la contrainte financière se fait pesante. D'un commun accord, la psychomotricienne et le père d'Hugo décident alors de suspendre la prise en charge. Elle reprendra quand les ressources financières de la famille le permettront.

Une date de reprise est fixée à plus ou moins une semaine de la fin de mon stage. Hugo et moi n'aurons peut-être plus l'occasion de se dire au revoir. A ce moment-là, mon individualité et mes ressentis sont particulièrement entrés en jeu.

C'est ma « *préoccupation empathique* » (Gatecel et al., 2011, p. 346) qui a pris le dessus ici. Alors que je commençais à établir une relation thérapeutique dans laquelle je m'impliquais avec cet enfant, ce nouvel imprévu a provoqué chez moi de la déception. J'étais déçue d'une part parce que je voyais enfin Hugo grandir et s'épanouir un peu plus chaque semaine ; et d'autre part parce qu'en tant que future professionnelle je me sentais responsable de son suivi. J'envisageais même qu'Hugo régresse sans prise en charge psychomotrice.

Je reconnais que dans le cadre de la prise en charge d'Hugo, il ne m'était pas aisé de faire preuve d'adaptabilité, ni même de flexibilité mentale. J'ai tout de même appris à laisser place à l'imprévu, le cadre temporel ne m'en a pas laissé le choix. L'imprévu peut également se retrouver dans l'évolution du patient.

Cette année 2020 a amené son lot d'imprévus. Deux semaines après la suspension du suivi d'Hugo, le confinement national⁹ est imposé en raison de l'épidémie de COVID-19 : plus d'école ni de séance de psychomotricité au cabinet libéral. Malgré les conséquences néfastes que nous connaissons, pour Hugo c'est surtout davantage de temps à passer en famille, à travailler, à jouer, à parler et à partager.

Au mois de mai 2020, alors que le déconfinement a lieu, je décide avec ma tutrice de revenir deux fois, afin de mettre un terme à ce stage et de dire au revoir aux patients.

Par hasard, cela tombe le jour du retour d'Hugo au cabinet après la suspension de la prise en charge. Ce jour-là, nous retrouvons un garçon grandi, du haut de ses six ans, fier de porter son masque, heureux de revenir en psychomotricité et surpris de me retrouver. En effet, son père lui avait dit que nous ne nous reverrions probablement plus. Cette impression se reflète dans le contenu de la séance : alors que nous reprenons les jeux que nous utilisons aux dernières séances, ils s'avèrent être faciles pour Hugo. Mais c'est justement l'occasion de ne pas bousculer Hugo pour cette dernière séance ensemble et de le valoriser, de verbaliser mes impressions.

Il semblerait qu'Hugo illustre l'effet qu'a eu le temps sur lui. Ce temps il l'a passé et partagé avec son père, ses demi-frères et sœur, sa belle-mère pendant le confinement, mais c'est aussi le temps de l'enfance qui a fait son chemin avec la croissance, la maturation neurologique ...

Je me rends compte que le temps passé à apprendre cette comptine entêtante, à reprendre les mêmes jeux, à répéter les choses à son père, n'était peut-être pas aussi vain que je me l'imaginais. Nous ne saurons pas objectivement si la fonction de conteneur a joué son rôle dans ce cadre si particulier, ni à quel niveau elle a pu le faire.

⁹ Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. NOR : PRMX2007858D

II. M. B.

II.1. L'adaptation dans la conception du dispositif de soin

Dans le cas de M. B., la conception du dispositif de soin a, semble-t-il, aussi été sujette à des adaptations. En raison de la contrainte de durée de prise en charge, ma tutrice de stage a fait le choix de ne pas réaliser de bilan psychomoteur. Elle modifie sa conception du dispositif de soin. Elle l'adapte alors en répondant à la suggestion initiale du médecin : proposer à M. B. une prise en charge autour de la relaxation. L'entretien avec M. B. lui permet tout de même de voir que la relaxation correspondrait à peu près à ses besoins.

Le fonctionnement institutionnel, et donc le cadre, imposés par le service de réadaptation neuro-vasculaire de manière générale m'ont questionnée. La temporalité, spécifique à ce type de service, peut conduire à des adaptations de la pratique psychomotrice.

La psychomotricienne bénéficie toujours d'une fréquence de prise en charge inférieure aux autres rééducations et est la première à devoir s'adapter aux autres rendez-vous. Face à ces contraintes temporelles, la place de la psychomotricité semble être encore à prouver.

Mais la suggestion de relaxation en elle-même ne semble pas adaptée aux contraintes temporelles. Lorsque l'évaluation psychomotrice d'un patient conduit ma tutrice de stage à baser son projet thérapeutique sur la relaxation, elle a pour habitude de s'inspirer notamment de la méthode de relaxation psychosomatique de Soubiran (Bosse-Demirdjian, 2011). Ici, au vu du temps dont elle dispose, elle n'envisage pas d'employer sa trame habituelle de relaxation.

Elle adapte alors sa pratique psychomotrice pour construire les séances de psychomotricité différemment, tout en respectant le projet thérapeutique et le motif initial de consultation. L'objectif de ce temps est d'apporter à M. B. des outils concrets, transposables à court terme à d'autres situations, plutôt que de viser d'abord la détente psychocorporelle au sein des séances. Cette première forme d'adaptation a eu un effet sur le contenu des séances.

II.2. L'adaptation dans les séances

Lorsque M. B. manifeste de l'intérêt pour la relaxation lors de la séance qui suit l'entretien, nous fixons ensemble les conditions suivantes : pas de position allongée ni les yeux fermés. M. B. sait qu'à tout moment il peut stopper la séance, changer de position, ... Il est installé dans son fauteuil roulant. Trois propositions seront faites ce jour : le passage d'un ballon sur les membres inférieurs et le dos (zones accessibles), la respiration carrée (temps d'inspiration, d'apnée post-inspiratoire, d'expiration et d'apnée post-expiratoire de même durée) et des mobilisations de type Wintrebert/Soubiran.

La psychomotricienne verbalise tout le long de la séance, et M. B. indique au fur et à mesure ses préférences. Il dit très vite ne pas apprécier le travail sur la respiration : cela est anxiogène pour lui. Il exprime un intérêt certain pour le passage du ballon et les mobilisations, qui ont un effet de détente musculaire visible. Dans l'ensemble M. B. se sent détendu.

Au vu des retours de M. B., la psychomotricienne ne s'est pas appuyée dans la suite de la séance sur la respiration. En effet, l'objectif était de trouver du plaisir dans une situation de détente. Nous l'avons invité à conserver au maximum les sensations agréables et à essayer de se rappeler de cette séance dans des moments d'angoisse. C'est ici une forme d'adaptation aux ressentis et aux préférences du patient. Si la psychomotricienne avait disposé de plus de séances, elle aurait probablement approfondi le travail sur la respiration, notamment en échangeant à ce sujet et en proposant l'expérimentation de plusieurs types de respiration.

La troisième forme d'adaptation dans ce cas clinique concerne mon implication corporelle : lorsque ma tutrice de stage effectue la relaxation avec M. B., je suis installée sur un tabouret, à environ deux mètres. Même si mon rôle n'est que secondaire, je m'efforce d'ajuster ma posture à la situation. En effet, si je maintiens mon tonus à son niveau habituel il peut paraître inadapté au principe de la relaxation. Je me concentre donc un peu plus sur ma régulation tonico-émotionnelle, pour que le dialogue, de même nature, soit efficient.

De plus, je sais que cette régulation tonico-émotionnelle est d'autant plus importante pour la personne qui mène la séance. Ce sont les cours de pratique en formation initiale qui me permettent aujourd'hui d'appréhender au mieux ce concept.

Par la suite, plusieurs séances n'ont pas pu avoir lieu pour des problèmes d'emploi du temps incompatibles et de rendez-vous extérieurs.

Lorsque M. B. vient pour la troisième fois en séance de psychomotricité, il se déplace avec une aide à la marche (cane trépied). Les propositions du ballon et des mobilisations sont effectuées assis sur une chaise. M. B. verbalise ensuite la détente ressentie et une sensation de chaleur. Nos échanges nous amènent à mettre en évidence que les quelques séances de psychomotricité sont pour lui l'occasion de prendre un temps pour se recentrer, au milieu de cet emploi du temps chargé en rééducations.

II.3. Conclusion

A ce moment du suivi, la situation sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a engendré un durcissement des conditions de visite et permissions. M. B. a alors exprimé au médecin le souhait de vouloir mettre fin à son hospitalisation.

En parallèle, lors des transmissions, nous avons appris qu'une altercation avec son voisin de chambre avait eu lieu. Ce dernier bénéficiant d'une séance d'ergothérapie au sein de leur chambre, le rideau les séparant avait été fermé. Cela a immédiatement ravivé la claustrophobie de M. B. et provoqué de l'énervement. Ces tensions ont alors amené l'équipe soignante à discuter avec M. B. et sa femme de sa thymie. M. B. a alors reconnu que depuis son hospitalisation pour la COVID, il présentait une humeur labile avec des moments d'angoisse, d'énervement comme celui-ci, ou encore de profonde tristesse.

Lors de mon dernier jour de stage, soit quelques jours après l'incident, ma tutrice m'informe que M. B. a finalement décidé de ne pas écourter son séjour au sein du service de

réadaptation neuro-vasculaire. Il a même accepté de le prolonger. Malgré les nouvelles restrictions sanitaires, il restera hospitalisé plus de quatre semaines.

Dans ce service de *réadaptation*, la prise en charge psychomotrice a peut-être permis, à juste titre, à M. B. de *réadapter* son tempo à sa situation. Pour cela, le temps dédié à la relaxation a pu lui permettre de prendre conscience de sa temporalité initiale, mais aussi de celle du service dans lequel il se trouve, du stress que cela a pu ajouter à sa situation et de son besoin de repos.

Le cadre temporel, malgré la prolongation du séjour, ne remplira probablement pas totalement sa fonction conteneur ; mais il me semble tout de même que cette prolongation est la preuve qu'un processus thérapeutique a débuté.

L'imprévisibilité des facteurs temporels de cette prise en charge sera restée prégnante tout au long de mon stage. A nouveau, dans cette situation, la fonction transitionnelle du cadre n'a pas été assurée, mais nous pouvons voir que d'autres paramètres ont permis à M.B. d'évoluer.

L'adaptation est présente tout au long du dispositif de soin : dans le cadre, dans la conception et la réalisation du bilan, dans la conception et la mise en œuvre du projet thérapeutique, dans l'individualité du psychomotricien. Ce dernier s'adapte au niveau de son identité, de son corps et dans la relation thérapeutique, par le dialogue tonico-émotionnel notamment.

La présence de constantes permet de réguler les effets de l'adaptation. Quelques-unes suffisent à maintenir un cadre qui peut être relativement fonctionnel. Il me semble que ce fut le cas pour M B.. Mais tout n'a pas vocation à être constant dans le dispositif de soin, ou nous perdrons l'essence de la profession qui repose sur l'adaptation permanente. En tout cas, la présence d'éléments stables permet d'offrir un cadre au sein duquel un processus thérapeutique peut se dérouler sereinement et en sécurité.

Mais alors, nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement aux impacts et limites de l'adaptation existants, qui ont été mis en avant par la pratique clinique en présence de contraintes temporelles.

PARTIE 4 : LES CONSEQUENCES ET LES LIMITES DE L'ADAPTATION

La réflexion engagée jusqu'ici nous a permis de comprendre que l'adaptation est un concept qui fait partie de l'essence de la psychomotricité. En contrebalançant cette adaptation avec de la stabilité, le dispositif de soin psychomot pourrait être soutenu en présence de contraintes temporelles.

Nous avons précédemment étudié les éléments théoriques et pratiques participant à l'adaptation du psychomotricien. Cependant, en attendant d'expérimenter un jour cette recherche d'équilibre, je m'interroge : jusqu'où cette adaptation est-elle possible ?

Nous avons pu mesurer le lien étroit entre la malléabilité du cadre et l'adaptation, et ainsi penser les fonctions du cadre dans les situations cliniques étudiées. Mais l'adaptation psychomotrice s'étaye aussi sur l'individualité du psychomotricien, ou sur l'étape du bilan psychomoteur. Nous envisagerons les impacts et les limites de l'adaptation à l'échelle du psychomotricien en tant qu'individu puis de la profession elle-même.

I. Jusqu'où le psychomotricien peut-il s'adapter ?

Nous avons pu voir que le psychomotricien, par son individualité et son engagement psychocorporel peut s'adapter au sein du dispositif de soin. Riche de mes expériences, je me suis questionnée sur l'impact et les limites de cette adaptation de l'individu-psychomotricien. Dans un premier temps, nous appuierons sur mon expérience de stagiaire avec Hugo et de M. B., pour élargir à la situation de mes tutrices de stage et finalement expliciter la notion de disponibilité psychocorporelle.

1.1. Mon expérience

Revenons d'abord sur les procédés de la contrainte : la force, la règle et la sensation. Alors que la règle peut s'apparenter au cadre que nous avons précédemment étudié, la

sensation, elle, repose sur l'individualité. Lors de ces situations, mon ressenti s'est porté sur la gêne.

D'abord, ma confiance a été mise à l'épreuve dans la situation clinique d'Hugo. Avec mes deux ans de formation initiale, mes représentations et ma rigueur, j'ai pensé que je ne parviendrais pas à établir un projet thérapeutique. Dans cette situation clinique, comme dans celle de M. B., l'adaptation était le maître-mot.

Pour autant, ma tutrice de stage a souhaité me donner une place d'encadrante. Cela, s'ajoutant aux diverses problématiques présentes dans le suivi d'Hugo, la mise en place et le maintien du cadre thérapeutique n'ont pas été facilités. Il m'a été difficile de trouver ma place, à la fois en tant qu'encadrante d'Hugo et encadrée par ma tutrice, alors que le cadre du soin n'était pas clairement établi ni respecté. Je ne savais plus où me positionner lorsqu'il a fallu réadapter le cadre en présence du père d'Hugo. Nous nous sommes retrouvées dans des postures particulières : ma tutrice essayait de proposer un cadre de guidance au père, pendant que je tentais de maintenir un cadre thérapeutique auprès d'Hugo.

La place de stagiaire est dans son essence-même complexe à appréhender : « *à la fois dedans et dehors, inclus dans un travail d'équipe, y compris dans la saisie de subtilités, mais exclu de responsabilités formelles* » (Ballouard, 2011a, p. 164). Nous avons pu voir que mon empathie s'est grandement révélée. Est-ce que le cadre a participé à cette « *préoccupation empathique* » (Gatecel et al., 2011, p. 346) ? Il l'a probablement accentuée. Est-ce que ce processus était démesuré dans la relation thérapeutique ?

La suspension de la prise en charge m'a permis de nourrir mon questionnement portant sur mon implication psychocorporelle et ma posture de future professionnelle. L'évolution d'Hugo à son retour, qui était pour moi imprévisible, m'a alors amenée à remettre en question ma pratique psychomotrice. C'est finalement la démarche réflexive de ce mémoire qui m'aura permis de prendre le recul nécessaire sur cette situation.

Au cours du suivi de M.B. j'ai commencé par me sentir impuissante, n'imaginant pas du tout l'intérêt que pourrait avoir une prise en charge sur une durée si courte. Finalement,

j'ai pu me sentir mal à l'aise face au peu de considération que semblait avoir l'équipe pluridisciplinaire pour le travail de la psychomotricienne, qui était pourtant essentiel dans le cas de M. B.

Ces cas cliniques m'ont grandement influencée au cours de ma formation et ont participé à la naissance de ce mémoire. C'est d'ailleurs avec ces interrogations que j'ai souhaité introduire ce travail : quelle place pour la psychomotricité en présence de contraintes temporelles ? En quoi suis-je légitime de mener un projet éloigné de mes représentations ? Comment interpréter une meilleure évolution d'un patient après une interruption du suivi que pendant le suivi lui-même ? Quels peuvent être les intérêts d'une prise en charge courte ?

Mais plus que permettre d'initier ce mémoire, les situations d'Hugo et M. B. ont eu un effet sur ma temporalité et mon identité professionnelle. Elles ont eu une résonance personnelle. De ces contraintes temporelles sont ressorties d'une part, l'effet du temps qui passe, d'autre part la nécessité d'attendre parfois et de prendre le temps. Depuis, cela m'a amenée à prendre conscience, accepter et peut-être même réguler ma temporalité en m'appuyant sur mon identité, personnelle et professionnelle.

Ces situations cliniques sont venues toucher mes limites et m'ont amenée à remettre en question ma place et mon ébauche de pratique psychomotrice. Comme toutes les expériences, elles m'ont fait grandir et ont nourri la construction de mon identité professionnelle.

C'est ainsi que la place de l'adaptation a progressé dans les séances que je mène aujourd'hui et cela me permet de laisser venir l'imprévu. Comme l'écrit Ballouard, il est intrinsèquement lié au cadre thérapeutique dans lequel nous agissons : « *Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu.* » (2011b, p. 186)

J'ai évoqué à plusieurs reprises ma rigueur. Il est vrai que j'aime ce qui est juste, rationnel et particulièrement organisé, j'irais même jusqu'à dire cadré. Mais ce besoin n'est-il

pas avant tout lié au statut d'étudiante ? Nous pouvons parler plutôt d'un besoin de sécurité quand nous sommes encore dans un milieu scolaire.

L'identité professionnelle repose alors aussi sur l'identité collective : les similitudes avec mes pairs professionnels me permettent de me reconnaître et d'appartenir à cette collectivité. Comment puis-je investir une identité professionnelle quand je n'appartiens pas encore à cette catégorie ? En attendant de le savoir, j'ai souhaité réfléchir aux situations de mes tuteurs de stage.

1.2. Quelques hypothèses sur les situations de mes tuteurs de stage

De manière générale, il me semble important de penser le vécu du psychomotricien lorsqu'il est tuteur de stage. Accompagner un stagiaire dans sa professionnalisation, en lui permettant de pratiquer la psychomotricité à ses côtés, auprès de ses patients, est une forme d'adaptation du psychomotricien. Le tuteur est amené à expliquer au stagiaire sa pratique et ses choix, à adapter sa place au sein du dispositif de soin comme avec Hugo, et ainsi prendre peut-être une posture réflexive sur sa pratique psychomotrice.

La question de la place du psychomotricien revient aussi dans le cas de M. B. La psychomotricienne bénéficie toujours d'une fréquence de prise en charge inférieure aux autres rééducations. C'est également la première du service à s'adapter selon les rendez-vous des autres professionnels. Nous pouvons là nous interroger sur la place de la psychomotricité au sein du service et finalement même sur notre position de psychomotricien, en tant qu'individu.

Dans le cadre de l'exercice de la psychomotricité en cabinet libéral, plus particulièrement dans le cas d'Hugo, nous avons touché les limites du cadre de par la problématique financière. En effet, lorsque la famille n'est pas en mesure de payer les séances, ce sont directement les revenus du professionnel qui sont modifiés. Selon moi, c'est

directement le quotidien et la vie privée du psychomotricien qui sont atteints ici, malgré les nombreuses adaptations du cadre thérapeutique mises en place.

Mais alors, aurait-elle dû suspendre le suivi avant que cette limite soit atteinte ? Il s'agit là d'une situation qui relève de l'individualité de la psychomotricienne. Cependant, elle m'a un jour dit qu'elle avait l'impression « d'être plus comptable que psychomotricienne ». Il me semble que cette remarque illustre les limites de l'adaptation du professionnel dans le suivi de certains patients. Nous pourrions revenir sur la question de la guidance parentale. La défaillance du cadre a amené la psychomotricienne à adapter sa pratique en incluant de la guidance. Jusqu'où pouvons-nous parler de guidance dans le cadre d'un suivi psychomoteur sans trop s'éloigner du champ de compétences du psychomotricien ?

Le choix a été fait d'adapter et de réadapter le cadre de ce dispositif de soin. Mais nous sommes en mesure de mettre en avant l'ambivalence qu'il existe dans ce suivi. Nous sommes face à une demande urgente de la famille, qui pourtant ne semble pas réellement investir le suivi. Alors, peut-être que le maintien d'un cadre thérapeutique ferme aurait été favorable à cette prise en charge et aurait pu soutenir autrement cette famille.

Face à cette situation, nous pourrions alors nous demander si l'implication de ma tutrice de stage a été trop importante et explorer notamment la notion de « juste » distance thérapeutique. Mais il semble essentiel ici d'établir un lien entre l'implication psychocorporelle et la disponibilité qu'elle requiert.

1.3. La disponibilité psychocorporelle

Nous avons pu voir que par son individualité, le psychomotricien s'engage psychocorporellement dans le soin psychomoteur. Cela est possible notamment par le processus empathique et le dialogue tonico-émotionnel. Cet engagement a un impact non négligeable sur la qualité de présence dans la relation thérapeutique, mais aussi sur les aspects d'encadrement. Fiate parle de « *pleine présence* » du psychomotricien qui repose sur « *une qualité d'attention ouverte, à l'instant présent, aux différentes modalités d'expression [...] du*

patient ainsi qu'à ses propres ressentis » (2018, p. 50). Pour cela, il est essentiel que le psychomotricien soit disponible d'un point de vue psychocorporel.

Alors, par quoi cette disponibilité psychocorporelle et cette « *pleine présence* » peuvent-elles être influencées ? Le psychomotricien engageant son individualité peut être influencé par des éléments personnels comme professionnels. Par exemple, il peut s'agir d'éléments de sa vie privée ou de tensions au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Des blessures ou douleurs peuvent également réduire sa disponibilité psychocorporelle.

Au plus près du patient, la disponibilité psychocorporelle se vit au travers du dialogue tonico-émotionnel et du contre-transfert corporel. Au vu de la situation je n'ai probablement pas toujours été disponible psycho-corporellement lorsque j'accompagnais Hugo.

Recevoir le vécu corporel de l'autre ne signifie pas pour autant perdre ses propres limites, c'est pourquoi ce type de travail nécessite un professionnel bien « entier », c'est-à-dire conscient de ses capacités et de ses incapacités émotionnelles. Peut-être pourrait-on parler de « contre-transfert » tonico-émotionnel ? (Defiolles-Peltier, 2000, p. 138-139)

Nous avons parlé du dialogue tonico-émotionnel mais l'indisponibilité est aussi perceptible à d'autres niveaux. Nous pourrions alors longuement parler de chaînes musculaires, axe, kinésphère, facteurs, ... grâce aux travaux de Struyf-Denis, Laban, Bartenieff, Lesage et bien d'autres. Ils rendent possible une lecture du mouvement.¹⁰

Certains patients pourront être en mesure de percevoir et verbaliser au sujet de notre qualité de présence, de notre disponibilité. Il est de toute façon primordial de pouvoir renvoyer quelque chose de son humanité au patient : le psychomotricien peut dire quand il ne va pas bien, ne se sent pas réellement disponible.

¹⁰ L. Auguste (janvier 2019). *Grille de lecture mouvement*. Support de cours.

Le psychomotricien ne peut pas s'adapter constamment au niveau psychocorporel. En effet, à long terme, les répercussions peuvent notamment être sur sa santé mentale. Nous avons pu voir dans la situation d'Hugo qu'au vu de l'adaptation demandée, mon tempo personnel a été influencé, de manière plutôt bénéfique au final. Par contre, la situation a pu empiéter sur la vie privée de ma tutrice de stage.

Le psychomotricien n'est pas à l'abri des risques psychosociaux. L'adaptation du psychomotricien en tant qu'individu, et ses limites, peut-elle constituer un facteur de risque psychosocial ?

Le risque psychosocial est défini par l'Institut National de Recherche et Sécurité : « *des situations de travail où sont présents, combinés ou non : du stress [...]; des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés [...]; des violences externes [...].* » (*Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir, 2020*)

Les travaux du professeur Figley (1995), psychologue, ont permis de mettre en évidence deux risques spécifiques aux soignants. Il s'agit d'une part de la « fatigue compassionnelle » définie par comme étant, « *le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées* » (Zawieja & Guarnieri, 2014, p. 315). D'autre part, il existe le Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant, qui s'apparente au « burn out ». Selon le pédopsychiatre Canouï, il est caractérisé par : « *L'épuisement émotionnel [...]. La déshumanisation de la relation à l'autre [...]. La perte du sens d'accomplissement de soi au travail* » (2003, p. 102).

Accepter d'adapter sa pratique, ce que nous avons toujours fait ou l'habitude de faire, ce que nous avons appris, c'est accepter de remettre en question nos choix, notre formation voire notre place. Le psychomotricien le fait sans cesse : il évolue en permanence. Mais de par son implication psychocorporelle dans le soin, l'individu, en tant que psychomotricien, se doit d'être à son écoute.

Face aux limites et impacts de son adaptation, le psychomotricien peut notamment s'appuyer sur ce qui constitue l'essence de sa profession.

II. Jusqu'où la profession peut-elle s'adapter ?

L'identité collective est le regroupement social d'individus par leurs similitudes. L'identité professionnelle elle, s'élabore notamment sur ces similitudes avec les pairs professionnels. Les éléments d'adaptation étudiés en amont peuvent constituer des points communs entre psychomotriciens.

Pour autant, qu'en est-il de mon identité collective en tant que stagiaire quand je suis amenée à prendre en charge Hugo ?

Nous savons que le psychomotricien est capable de s'adapter. L'adaptation fait partie de l'identité collective de la profession.

Nous avons pu voir que l'absence de bilan psychomoteur constituait peut-être pour moi une limite de mon adaptation : qu'en est-il pour la profession ? Le bilan psychomoteur fait-il partie de l'identité collective des psychomotriciens ?

Pour comprendre ce que peut signifier l'adaptation d'une profession, nous réfléchissons à son influence sur la place du psychomotricien au sein d'une structure. Puis, nous discuterons de la place du bilan en psychomotricité. Ces propos nous amèneront alors à nous intéresser à la formation en psychomotricité. Enfin, nous parlerons de la diversité des pratiques psychomotrices.

II.1. Quelle place pour le psychomotricien ?

Revenons plus particulièrement sur la place de la psychomotricité dans le suivi de M. B., en service de réadaptation neuro-vasculaire.

Nous avons pu voir que les professionnels paramédicaux, les « rééducateurs », avaient des places différentes. La psychomotricité n'apparaissant pas comme étant une prise en charge prioritaire, la psychomotricienne se trouvait souvent défavorisée lors de la création des emplois du temps. Cela induisait des contraintes temporelles : une faible fréquence des séances, beaucoup d'annulations liées à d'autres rendez-vous et de nombreux arrangements de dernière minute. Nous voyons ici que l'adaptation a été la conséquence de la place de la psychomotricité dans ce service. Mais est-ce que l'inverse serait vrai ?

Le psychomotricien est un professionnel de l'adaptation, notamment par son individualité, mais aussi pour les raisons que nous allons voir ensuite. Alors, est-ce que si le psychomotricien s'adaptait moins, son identité professionnelle serait plus reconnue, sa place au sein d'une équipe plus respectée ? Et est-ce qu'ainsi il rencontrerait moins de contraintes temporelles dans sa pratique ? Cette adaptation est pertinente mais se doit d'être argumentée et légitime.

Nous ne pouvons pas nier qu'il y a des avantages à avoir un collègue prêt à s'adapter au reste de l'équipe et cela n'est pas spécifique à la psychomotricité. Cependant, la psychomotricité est une discipline relativement jeune, qui a souvent besoin de se faire sa place. Il semble nécessaire de trouver les limites de l'adaptation en se demandant si c'est une bonne chose. Quelle rôle le bilan psychomoteur peut-il jouer ?

II.2. La place du bilan

Dans les deux situations cliniques, l'adaptation du cadre et de la conception du dispositif de soin au vu des contraintes temporelles, ne nous a pas permis de réaliser de bilan psychomoteur. D'autres professionnels font délibérément le choix de ne pas faire de bilan dans leur pratique, selon la population. Certains s'alarment des conséquences de son absence pour l'image de la profession.

Un des intérêts du bilan psychomoteur est avant tout de répondre à l'évolution du monde médical. Raynal nous rappelle que la psychomotricité est concernée par ces progrès

quand il écrit au sujet de : « *la nécessité de développer des thérapeutiques appuyées sur une méthodologie assurant un niveau de preuve suffisant, et permettant donc de répondre au souci grandissant d'efficacité en matière de santé* » (Raynal et al., 2018, p. 1).

Le compte-rendu du bilan est un élément-clé du suivi interdisciplinaire du patient. C'est un support de qualité pour les échanges interdisciplinaires et même une preuve de la pratique psychomotrice aux yeux des autres professions. « *Un compte rendu écrit, accessible aux autres intervenants (dans le respect des règles déontologiques) est un outil de communication formidable pour une meilleure connaissance de notre profession par les autres professionnels.* » (Pitteri, 2003, p. 212-213)

Le premier qui pâtira de l'absence de compte-rendu est alors le patient, mais la discipline en elle-même est concernée ici. Pitteri ira jusqu'à écrire que : « *Ne pas faire d'évaluation, c'est : [...] prendre le risque de glisser inexorablement dans un autre champ professionnel, celui de l'animation.* » (2003, p. 210)

Ces propos correspondent à ma représentation actuelle du bilan psychomoteur, mais elle pourra évoluer à l'avenir.

L'intégration du bilan psychomoteur à la réflexion interdisciplinaire peut avoir un impact sur la place de la psychomotricité dans une équipe. Par exemple, pour M. B., un bilan psychomoteur aurait pu permettre d'objectiver ses difficultés auprès de l'équipe soignante et de lui-même les intégrer. Ainsi, son hospitalisation et la place de la psychomotricité auraient pu être optimisées.

Le bilan psychomoteur peut être un constituant de l'identité collective de la profession du psychomotricien, sans jamais être une condition pour appartenir au groupe des

psychomotriciens. Deux éléments regroupent sans exception tous les psychomotriciens, à la source : les décrets de compétences¹¹ et l'arrêté de formation¹².

A partir du décret de compétences, de sa formation et de son adaptabilité, le psychomotricien développe sa pratique. Nous allons voir que l'adaptation est présente, dans la maquette de la formation initiale, dans la formation continue et finalement dans la diversité des pratiques.

II.3. La formation

Les Instituts de Formation en Psychomotricité s'attellent à accompagner les étudiants dans la construction et la transmission de savoirs, savoir-faire et savoir-être (Gatecel & Giromini, 2010) durant les trois années de formation initiale. Il s'agit ainsi d'enseignements théoriques, pratiques et cliniques.

Pour cela, ils s'appuient sur les programmes officiels de la formation. Les enseignements de première année sont centrés sur l'approche de l'individu neurotypique avec une approche de la pathologie; sur l'évaluation et la construction du projet thérapeutique en deuxième année; et en troisième année sur l'expérimentation au cours des stages, l'approche de l'adulte et de la personne âgée.

Cette trame de formation laisse une latitude sur la manière de dispenser les enseignements. Ainsi, les instituts de formation peuvent choisir des pratiques, spécifier certains enseignements théoriques, approfondir des approches thérapeutiques et courants de pensée. Qu'il s'agisse des enseignements théoriques ou pratiques, la diversité reste de mise et chaque institut adapte son enseignement. Notre pratique de la psychomotricité peut ainsi varier selon l'institut qui nous a formé au regard psychomoteur.

¹¹ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice. NOR : ASEP8800683D

¹² Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien. NOR : MESP9821350A (J.O. du 6 juin 1998)

Nous nous doutons que l'adaptation telle que nous l'avons vue ne s'apprend pas. Mais dans quelles limites un étudiant en psychomotricité peut-il y être initié et développer les compétences qui pourront lui servir dans de telles situations ? Est-ce que cela peut se faire en trois ans de formation ? Comment optimiser ces trois années qui impliquent l'individualité de chacun ? Comment favoriser l'apprentissage par la pratique sur le terrain, en stage ?

A cela s'ajoutent les dispositifs de formation continue qui permettent au psychomotricien de se former, tout au long de sa carrière, sur de multiples thématiques : outils d'évaluation, médiations, approfondissements sur une pathologie... La formation continue est une autre possibilité d'adaptation du psychomotricien pour répondre à ses souhaits et ses besoins.

Les nouvelles politiques de santé publique nécessitent l'intégration dans la formation initiale de nouvelles connaissances scientifiques, techniques, de technologies et domaines d'intervention pour répondre à l'évolution sociétale. Le contenu de la formation et les étudiants s'adaptent à cela, comme le montre la reconnaissance et la responsabilité professionnelles actuelles, sans que le cadre de la formation ne soit ajusté¹³. A l'image de l'adaptation du cadre thérapeutique, la réingénierie des études pourrait signifier l'adaptation de la formation initiale. Elle permettrait alors à la profession d'évoluer, tout en respectant l'individualité de chaque étudiant.

Nous avons pu voir ici que la formation des psychomotriciens participe à leur adaptation tout en restant dépendante de contraintes temporelles. Elle est aussi destinée à être ajustée au fil du temps. Nous allons maintenant voir que cette adaptation se ressent dans l'ensemble de la pratique psychomotrice.

¹³ Fédération Française des Psychomotriciens (2014/11/22). *Analyse de la réingénierie de la formation préparatoire au Diplôme d'Etat de psychomotricien: Pour une formation initiale en 300 ECTS conférant au grade de master.*

II.4. La diversité des pratiques

Le cadre légal, représenté principalement par le décret de compétences, laisse une grande marge de manœuvre au psychomotricien pour exercer et faire évoluer sa pratique professionnelle. Ce décret de compétences mériterait-il, tout comme la formation initiale, d'être revu pour correspondre à l'évolution et à l'adaptation de la psychomotricité ?

Aujourd'hui le métier de psychomotricien couvre quatre champs d'intervention : l'éducation, la prévention, la thérapie et la rééducation. Dans le service de réadaptation neuro-vasculaire nous sommes sur une approche très rééducative, qui répond aux besoins principaux des patients (*Post-AVC : quatre messages-clés pour une rééducation optimale*, 2019). Les psychomotriciens peuvent, voire doivent, s'adapter à ce fonctionnement institutionnel qui compose le cadre de leur pratique.

Depuis sa création, la profession se développe progressivement. Des psychomotriciens sont amenés à travailler auprès de populations et sur des lieux où elle n'était pas présente à ses débuts.

Il n'y a plus de limite d'âge pour bénéficier d'une prise en charge en psychomotricité. Les pathologies elles-mêmes relevant de notre intervention se sont multipliées. Et au-delà, la psychomotricité, véritable phénomène de société, se développait dans des secteurs d'activités autres que la prise en charge sanitaire. (Hermant, 2008, p. 36)

La littérature psychomotrice s'enrichit et des ouvrages comme *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019b) et *19 situations cliniques en psychomotricité* (Pireyre, 2018) mettent en avant cette diversité des pratiques. Ces livres recensent les parcours professionnels de psychomotriciens auprès de nouveau-nés et de leurs parents, de personnes trans-identitaires ou encore de personnes en situation de Stress Post-Traumatique; dans des lieux comme l'entreprise, le milieu carcéral ou encore en cabinet libéral. « *Car nous, les psychomotriciens, disposons de cette capacité à ne pas nous*

restreindre à un champ d'intervention unique ou à une population spécifique » (Vachez-Gatecel, 2018, p. 327).

L'identité collective des psychomotriciens peut être partagée selon une population, un type d'établissement, une médiation ou encore la région géographique de travail. Ces critères ne sont pas forcément commun à tous, mais peuvent rassembler certains psychomotriciens.

La société actuelle est synonyme d'accélération : il est écrit dans le journal Le Monde que selon le philosophe et sociologue Rosa (2010) « *l'accélération définit l'essence de la modernité* » (Jeanpierre, 2010). Pourtant, nous percevons une volonté des professionnels du soin de ralentir ce rythme et de revenir à des bases, dans la prise en charge et la considération des patients et soignants (*L'importance du temps dans la relation patients-soignants*, 2018)¹⁴. En creusant ces pistes d'évolution nous constatons que de nombreux liens avec la psychomotricité peuvent être réalisés. La place du psychomotricien n'est plus à prouver : « *Incontestablement, l'avenir de la profession de psychomotricien est radieux.* » (Hermant, 2008, p. 34)

Comme nous pouvons le comprendre ici, le décret de compétences, les champs d'intervention, la diversité des pratiques et la formation, sont marqués par l'adaptation. Quelle qu'elle soit, l'adaptation est une notion qui fait la richesse de notre profession. Elle permet au psychomotricien d'accompagner tous les patients, au sein d'un large panel de structures ou en libéral, avec ses ressources et son individualité. Mais où situer les limites de cette adaptation qui semble être exponentielle ? Nous avons décrit la durée de la formation et les risques psycho-sociaux comme influençant le psychomotricien en tant qu'individu. Qu'en est-il de la reconnaissance professionnelle ? Parmi toutes ces possibilités, comment ne pas s'égarer et s'éloigner du cœur de notre pratique : le patient ?

¹⁴ Odoxa (mai 2018). *Carnet de santé des Français et des personnels hospitaliers*, pour la MNH, Le Figaro, France Info. Enquête réalisée auprès d'un échantillon de Français interrogés par internet du 9 au 11 mai 2018, et réalisée auprès d'un échantillon d'adhérents de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (personnels hospitaliers soignants et non-soignants) interrogés par Internet du 23 avril au 14 mai 2018. Enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins hospitaliers interrogés par Internet du 26 avril au 15 mai 2018.

CONCLUSION

La rencontre avec Hugo et M. B. a été marquée par des facteurs temporels particuliers qui reposaient à la fois sur les patients, les familles et les lieux de soin. Ces paramètres ont constitué des contraintes temporelles à placer au cœur de leur prise en charge psychomotrice.

Un retour aux fondements du dispositif de soin psychomoteur nous a alors permis de comprendre que celui-ci est marqué par l'adaptation. L'adaptation est un moyen de faire cohabiter harmonieusement des individus, des situations et des réponses. Le cadre thérapeutique, l'entretien, le bilan psychomoteur, le projet thérapeutique et la relation sont autant d'éléments qui reposent sur des concepts théoriques et sur l'individualité du psychomotricien. Nous pouvons trouver au cœur du dispositif des constantes qui apportent des repères aux protagonistes. Le psychomotricien est ainsi à la recherche d'un équilibre entre stabilité et adaptation afin de correspondre au mieux aux besoins du patient.

Il n'existe donc pas une seule façon de concevoir le dispositif de soin psychomoteur. Chaque psychomotricien peut se le représenter différemment, en étant influencé par son identité personnelle, sa formation, ses expériences et son implication psychocorporelle. Il met son individualité au service du dispositif de soin. Ces ressources peuvent permettre au psychomotricien de s'adapter à un patient, à des contraintes temporelles ou à d'autres types de contraintes.

M. B. a illustré la nécessité de prendre le temps, là où Hugo a montré un effet du temps qui passe. Mais par les apports du cadre, nous avons compris que les contraintes temporelles n'étaient pas la seule problématique dans la prise en charge d'Hugo. Alors, nous avons pu aborder les conséquences et limites de l'adaptation.

Au-delà des bénéfices de l'adaptation, nous retrouvons l'individu qu'est le psychomotricien avec ses limites personnelles, corporelles, psychiques. Imaginer que sa disponibilité psychocorporelle peut être constamment ajustée serait alors ignorer sa santé mentale et les risques psychosociaux. Cette réflexion a mis en avant la nécessité d'envisager

les limites psychomotrices que j'ai pu percevoir dans ces expériences mais qui sont personnelles et non exhaustives.

L'adaptation qui fait la richesse de notre profession peut montrer ses limites dans des questionnements sur l'intérêt du bilan psychomoteur ou la place du psychomotricien dans un lieu de soins. La lourde tâche qui repose sur les professionnels actuels et en devenir, serait donc de trouver le juste milieu pour que notre perpétuelle adaptation ne desserve pas l'évolution de notre profession.

Il me semble, au travers de ces expériences de stagiaire, avoir appréhendé le pas qu'il existe entre la formation initiale et la réalité du terrain. J'avais été prévenue de cet écart mais je n'imaginai pas qu'à partir de contraintes temporelles, nous pouvions atteindre les limites des fameuses capacités d'adaptation du psychomotricien. Finalement, quand l'adaptation du psychomotricien est mise à mal c'est toute son individualité qui peut l'être.

Au terme de ce travail je peux dire que ces expériences ont influencé la construction mon identité professionnelle et ma relation au temps. J'appréhende avec plus de sérénité le concept d'adaptation : j'ai pu comprendre ses fondements, ses enjeux et ses conséquences. Depuis ces rencontres, cette réflexion s'est aussi poursuivie au travers de nouvelles expériences où j'ai pu expérimenter d'autres contraintes et formes d'adaptation, auprès d'autres psychomotriciens qui exercent avec leur individualité.

Je garderai donc en tête que le psychomotricien, alors qu'il cherche l'équilibre dans son adaptation, ne doit pas ignorer ses limites et celles de la profession.

BIBLIOGRAPHIE

Accidents vasculaires cérébraux. (2016, septembre 21). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/accidents-vasculaires-cerebraux>

Adaptation. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/adaptation#:~:text=ADAPTATION%2C%20subst.,-f%C3%A9m.&text=Action%20de%20s'adapter%20ou,adapter%3B%20r%C3%A9sultat%20de%20cette%20action>.

Adapter. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adapter/1004>

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. T. Crocq, J.-D. T. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull-Erpelding, Trad.). Elsevier Masson.

Aucouturier, B., Darrault, I., & Empinet, J.-L. (1987). *La pratique psychomotrice : Rééducation et thérapie*. Doin Ed.

Ballouard, C. (2011a). Les premiers pas dans le métier : Stage et mémoire. Dans *Psychomotricité : 25 notions clés* (2e éd., p. 163-170). Dunod.

Ballouard, C. (2011b). Une identité, une carrière. Dans *Psychomotricité : 25 notions clés* (2e éd., p. 183-198). Dunod.

Bleger, J. (2013). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës, *Crise, rupture et dépassement* (2e éd., p. 257-276). Dunod.

Bosse-Demirdjian, F. (2011). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques* (p. 239-287). Solal.

Bourger, P. (2010). De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité. Dans C. Potel, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e éd., p. 65-80). In Press.

Cadre. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>

Cadrer. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadrer/12058>

Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : Un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, 18(2), 101-104.

Castra, M. (2010). Concepts. Dans S. Paugam (Éd.), *Les 100 mots de la sociologie* (p. 44-102).

Champy, F. (2009). Introduction générale. Dans *La sociologie des professions* (p. 1-12). PUF.

Constante. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/constante>

Contrainte. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contrainte/18670>

De Ajuriaguerra, J., & Angelergues, R. (2009). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui. A propos de l'œuvre de Henri Wallon. Dans F. Joly & G. Labes (Éds.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (p. 185-196). Éditions du Papyrus.

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

Définition de l'hémiplégie. (s. d.). *Association Hémiplégie*. Consulté 21 avril 2021, à l'adresse <http://hemiparesie.org/definition-de-lhemiparesie/>

Defiolles-Peltier, V. (2000). A propos de l'évaluation psychomotrice. Dans *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (p. 127-143). G. Morin.

Desobeau, F. (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 162, 58-68.

Dubar, C. (2010). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. A. Colin.

Étymologie de IDENTITÉ. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/identit%C3%A9>

Étymologie de TEMPORALITÉ. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/temporalit%C3%A9>

Étymologie de THÉRAPEUTIQUE. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/th%C3%A9rapeutique>

Fiatte, L. (2018). La formation en psychomotricité. Le parcours d'une étudiante. Dans É. W. Pireyre, *19 situations cliniques en psychomotricité* (p. 42-51). Dunod.

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized* (Psychology press).

Fray, A.-M., & Picouneau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88.

Galliano, A.-C., Pavot, C., & Potel, C. (2015). L'espace et le temps. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (Éds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 247-286). Solal.

Gatecel, A., & Giromini, F. (2010). La formation des psychomotriciens dans un cadre universitaire. Dans C. Potel (Éd.), *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 435-444). Erès.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2011). La relation en psychomotricité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (Éds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 327-351). Solal.

Giromini, F. (2019). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'œuvre d'Ajuriaguerra. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Éds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 7-14). Dunod.

Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, 28-29(1-2), 27-40. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0027>

Individu. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/individu>

Jacquet, S., & Miermon, A. (2015). Modalités de prise en charge. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques* (p. 129-209). Solal.

Jeanpierre, L. (2010, avril 15). « Accélération », d'Hartmut Rosa : La fuite en avant de la modernité. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/livres/article/2010/04/15/la-fuite-en-avant-de-la-modernite_1333903_3260.html

Kaës, R. (2012). Conteneurs et métaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643-660.

Kaës, R. (2013). Introduction à l'analyse transitionnelle. Dans *Crise, rupture et dépassement* (p. 1-75). Dunod.

Les fonctions cognitives. (s. d.). Association québécoise des neuropsychologues.
<https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>

Lesage, B. (2018). L'espace et le temps en psychomotricité. Dans J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Éds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 81-93). De Boeck supérieur.

L'importance du temps dans la relation patients-soignants. (2018, juin 18). Odoxa.
<http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/>

Liotard, D. (2010). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. Dans C. Potel, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e éd., p. 51-63). In Press.

Monde des Titounis. (2013, juillet 12). *La semaine des canards.*
<https://www.youtube.com/watch?v=6NeHagEoqjc>

Moyano, O. (1994). La relation psychomotrice, une autre idée du transfert. *L'Information psychiatrique*, 70(8), 686-693.

Moyano, O. (2014). Du corps au psychisme : La relation d'implication, un miroir structurant. Dans J. Boutinaud, F. Joly, O. Moyano, & M. Rodriguez (Éds.), *Où en est la psychomotricité? : État des lieux et perspectives : Pour une approche psychodynamique* (p. 287-294). In Press.

Obligations d'affichage et d'information de vos patients. (2018, août 1). *Association Française des Psychomotriciens Libéraux.* <https://a-f-p-l.net/obligations-daffichage-et-dinformation-de-vos-patients>

Piéron, H., Bresson, F., & Durup, G. (2005). *Vocabulaire de la psychologie.* PUF.

Pireyre, É. W. (2018). *19 situations cliniques en psychomotricité* (Dunod).

Pitteri, F. (2003). Le bilan psychomoteur. *Evolutions psychomotrices*, 15(62), 209-213.

Post-AVC : quatre messages-clés pour une rééducation optimale. (2019, septembre 6). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3100943/fr/post-avc-quatre-messages-clés-pour-une-reeducation-optimale

Potel, C. (2010a). La question du cadre thérapeutique. Dans *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 321-345). Erès.

Potel, C. (2010b). Les entretiens en psychomotricité. Dans *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 399-421). Erès.

Potel, C. (2010c). Psychomotricité : Un métier en lien avec son histoire et son environnement. Dans *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 53-68). Erès.

Potel, C. (2015). Une clinique psychothérapeutique du corps. Dans *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapeutique du corps* (p. 27-42). Erès.

Projet. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projet/64232>

Raynal, N., Sage, I., Scialom, P., Saint-Cast, A., Cornot, A., & Jacques, S. (2018). Introduction. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini, & P. Scialom (Éds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 5 : Examen psychomoteur et tests* (p. 1-38). De Boeck supérieur.

Relation. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>

Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir. (2020, janvier 6). Institut National de Recherche et Sécurité. <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Rogers, C. (1962). *Psychothérapies et relations humaines*. (Vol. 1).

Rosa, H. (2010). *Accélération : Une critique sociale du temps* (D. Renault, Trad.). La Découverte.

Saint-Ges, L. (2019). Le psychomotricien en libéral. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 475-477). Dunod.

Sanchez, A. (2009). La guidance parentale : Un travail sur les compétences des parents. *Le Journal des psychologues*, n° 265(2), 51-54.

Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2011). Situation de la psychomotricité. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (Éds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 1-16). Solal.

Temporalité. (2008). Dans *Le Petit Larousse illustré*. Larousse.

Temps. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/temps>

Vachez-Gatecel, A. (2018). Discussion finale. Dans É. W. Pireyre (Éd.), *19 situations cliniques en psychomotricité* (p. 324-338). Dunod.

Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019a). La formation initiale des psychomotriciens. Dans *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 495-515). Dunod.

Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019b). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*.

Vincent, F. (2019). Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Éds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 39-48). Dunod.

Winnicott, D. W. (1969a). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Kalmanovitch Jeannine, Trad.; 2^e éd.). Payot.

Winnicott, D. W. (1969b). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique (1954). Dans Kalmanovitch J. (Trad.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* ([Nouvelle édition de 1989], p. 250-267). Payot.

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2014). Fatigue compassionnelle. Dans *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p. 314-317). Éditions du Seuil.

Résumé

A partir des situations cliniques d'Hugo et M. B., ce mémoire invite ses lecteurs à réfléchir à la notion d'adaptation en psychomotricité. Face à des contraintes temporelles, le psychomotricien semble disposer de multiples ressources pour s'adapter. Elles peuvent lui permettre de proposer un soin psychomoteur ajusté à son patient. Mais sur le terrain cette adaptation peut se complexifier. Ces situations cliniques invitent alors à réfléchir aux fondements et enjeux de l'adaptation. En outre, il est important de comprendre les conséquences et limites que l'adaptation peut avoir par rapport à l'individu, psychomotricien ou étudiant, et à la profession.

Mots-clés : psychomotricité – temps - adaptation – cadre - individu

Abstract

From Hugo's and Mr. B.'s clinical cases, this dissertation encourages its readers to think about the notion of adaptation in psychomotricity. Facing temporal constraints, the psychomotor therapist seems to have impressive resources to adapt himself. They allow him to offer a psychomotor treatment that is adjusted to his patient. But on the field this adaptation can be more complex. These clinical cases encourage to think about the founding principles and the issues of adaptation. Moreover it's important to understand the consequences and limits than adaptation can have in relation to the individual, such as psychomotor therapist or student, and to the profession.

Keywords : psychomotricity - time – adaptation – setting – individual