



HAL
open science

Prendre corps en Océanie, à Wallis-et-Futuna. Les enjeux d'une approche culturelle du soin en psychomotricité

Pascale Curtit-Wigno

► To cite this version:

Pascale Curtit-Wigno. Prendre corps en Océanie, à Wallis-et-Futuna. Les enjeux d'une approche culturelle du soin en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05328789>

HAL Id: dumas-05328789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05328789v1>

Submitted on 23 Oct 2025

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.



HAL Authorization



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

Prendre corps en Océanie, à Wallis-et-Futuna

Les enjeux d'une approche culturelle du soin en psychomotricité.

Mémoire présenté par
Pascale CURTIT-WIGNO
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référentes de mémoire

Sophie CHAVE-DARTOEN
Murielle TITI

Session juin 2025

Remerciements

Aux personnes qui ont accepté de s'entretenir avec moi dans le cadre de ce travail, dont (pour celles qu'il m'est autorisé de nommer ici) Marie-Inès Mulikihaamea, Manuel Munoz et Aurélie Augy. Et à toutes celles avec qui j'ai échangé à Wallis et ailleurs, qui ont accueilli mon projet avec bienveillance, et en particulier à Frank Asi Talatini. *Mālō sī 'ofa*.

A mes référentes de mémoire :

Sophie Chave-Dartoen, pour avoir accepté de me suivre hors de son champ disciplinaire, pour sa précision et pour ses conseils de lecture qui ont éclairé mon sujet.

Murielle Titi, pour sa pédagogie, sa disponibilité, sa patience inépuisable. Ce travail lui doit beaucoup.

Aux patient(e)s que j'ai eu le privilège de suivre en tant que stagiaire et qui m'ont tant appris.

A mes tutrices et tuteurs de stage pour leur générosité.

A mes professeurs et condisciples pour la richesse de ces trois années d'études.

A tous mes amis et ma famille pour leur soutien, et en particulier :

A Elsa, pour la magie, la créativité, les rires, les bons dîners, la mer, et pour m'avoir montré que les mots peuvent être incarnés.

A Charles, mon camarade de révolution pacifique, pour son aide décisive dans mon projet et pour m'avoir appris qu'aucune action sur le monde ne peut se faire sans tenir compte des réalités politiques et économiques.

A ma mère, Catherine, pour son amour inconditionnel et pour m'avoir transmis l'envie de soigner.

A mon fils, Luca, pour son enthousiasme, son soutien indéfectible dans tous mes projets, et tout simplement pour "être au monde".

Mes profonds remerciements à tous.

Table des matières

Introduction	7
Partie I - Première rencontre avec Wallis	9
1. Description géographique et démographique de Wallis-et-Futuna.....	9
2. Bref historique.....	9
3. L'organisation du pouvoir et des institutions.....	10
3.1. Une organisation institutionnelle unique dans la République.....	10
3.2. La religion.....	11
3.3. La justice.....	11
3.4. L'enseignement.....	11
4. Situations économique, sociale et sanitaire.....	12
4.1. Situation économique et liens avec l'extérieur de l'île.....	12
4.2. Particularités du système foncier.....	12
4.3. Situation sociale.....	13
4.4. Situation sanitaire.....	13
5. Bref aperçu de la culture wallisienne.....	15
5.1. La coutume.....	15
5.2. Le <i>kava</i>	16
Conclusion.....	16
Problématique et plan.....	17
Partie II - Les enjeux de la prise en compte de "l'altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité	18
1. La culture.....	18
1.1. Définition, caractéristiques et fonctions.....	18
1.2. Les mouvements de la culture.....	19
2. Penser la différence culturelle dans le contexte de soin.....	21
2.1. La reconnaissance de l'"altérité culturelle".....	22
2.2. Les apports d'une approche transculturelle.....	23
2.2.1. Complémentarisme et décentrage.....	23
2.2.2. L'approche transculturelle.....	23
2.2.3. L'enveloppe culturelle.....	24
2.2.4. Le « berceau culturel » et les processus culturels dans la relation parents-enfant.....	24
2.3. Les représentations culturelles de la maladie et du soin.....	25
3. Prendre en compte l'"altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité.....	27
3.1. Enjeux et conditions de la rencontre en psychomotricité.....	27
3.2. La communication non verbale.....	29
3.3. Langue et communication verbale.....	30
3.4. La compréhension du contexte culturel.....	31
Conclusion.....	34
Partie III - La psychomotricité et le "corps culturel".....	35
1. Les spécificités de la psychomotricité.....	35
1.1. Cadre historique et culturel.....	35
1.2. Cadre conceptuel.....	35

1.3. Le sens de l'intervention en psychomotricité.....	36
2. Le corps en jeu dans le soin en psychomotricité.....	37
2.1. La notion de corps dans la pensée contemporaine occidentale.....	37
2.2. La notion de corps propre.....	38
2.3. La corporéité : impression et expression.....	38
2.4. Le tonus et son lien à la corporéité.....	39
2.6. Le tonus et le sentiment de continuité d'existence.....	42
2.7. Les enveloppes psychocorporelles.....	43
2.8. Le corps propre, « mouvement de l'être-au-monde ».....	44
3. Le corps culturel.....	45
3.1. Les liens entre les notions de corps propre et de culture.....	45
3.2. Les techniques du corps.....	45
3.3. L'influence des techniques de maternage.....	46
3.4. La « dimension culturelle ».....	47
4. Prendre corps dans une culture : à quel moment le corps devient-il culturel ?.....	49
4.1. Le tonus comme support de l'enculturation.....	49
4.2. La musique de la langue maternelle.....	50
4.3. La mémoire foetale.....	50
Conclusion.....	52
Partie IV - Vers une approche de la psychomotricité à Wallis.....	53
1. L'organisation de la société wallisienne.....	54
1.1. La naissance de 'Uvea.....	54
1.2. L'organisation sociale.....	54
1.2.1. La hiérarchie coutumière.....	54
1.2.2. L'organisation familiale et "clanique".....	55
1.2.3. Les modes d'habitat.....	55
1.2.4. Quelques-unes des valeurs assurant la cohésion de la société.....	55
1.3. L'individu et le processus d'individualisation.....	56
1.3.1. L'individu.....	56
1.3.2. L'efficacité comme preuve du <i>mana</i>	56
2. Naissance et attribution des places au sein de la famille.....	57
2.1. Les trois principes qui "composent" une personne.....	57
2.2. La place particulière de la tante paternelle.....	58
2.3. La conception : rencontre de l'eau et du sang.....	58
2.4. Le placenta (<i>fenua</i>).....	58
3. L'enfant.....	59
3.1. La naissance du premier enfant.....	59
3.2. Les techniques de maternage.....	60
3.3. L'éducation.....	60
3.4. La langue wallisienne.....	61
4. Les représentations de la maladie et les logiques de soin.....	62
4.1. Les causes des maladies.....	62
4.2. L'enfant "vulnérable".....	63
4.2. Les soins traditionnels.....	64
4.3. Les rapports avec le système de soin occidental.....	65
5. Vers une approche de la psychomotricité à Wallis.....	65

5.1. Le cadre.....	65
5.1.1. Cadre institutionnel.....	65
5.1.2. Cadre matériel et spatial.....	65
5.1.3. Cadre temporel.....	66
5.2. L'accueil du patient.....	66
5.2.1. La langue.....	66
5.2.2. Présentation du psychomotricien.....	67
5.2.3. Besoins.....	67
5.3. L'entretien.....	68
5.3.1. La compréhension du contexte.....	68
5.3.2. Les interlocuteurs de l'entretien.....	69
5.4. Le bilan.....	69
5.5. Le projet de soin en psychomotricité.....	70
5.5.1. Co-construire le sens du soin psychomoteur.....	70
5.5.2. Les enjeux de l'efficacité.....	71
Conclusion.....	72
Discussion.....	73
1. Rappel de la problématique et de la méthodologie.....	73
2. Présentation des résultats.....	73
3. Limites de ce travail.....	75
4. Recherches complémentaires.....	75
5. Apports personnel et professionnel de ce travail.....	76
Conclusion.....	77
Bibliographie.....	78
Annexe I.....	I

Introduction

Ce mémoire c'est l'histoire d'une rencontre. Une rencontre de l'autre, là-bas. Elle se passe tout au bout du monde, à 16000 km de Paris, sur le territoire français le plus éloigné de la métropole. Tout au bout du temps aussi : à la limite du basculement du faisceau horaire entre aujourd'hui et hier. Plus précisément sur l'île de Wallis ('*Uvea*, en wallisien). Sur cette terre d'exceptions, collectivité d'outre-mer, la culture wallisienne est omniprésente où se côtoient pouvoir coutumier - organisé autour de rois et de chefferies, pouvoir de l'Eglise, pouvoir politique local et pouvoir de l'Etat. La coutume et la religion rythment la vie quotidienne. La langue wallisienne se parle tout aussi couramment - voire plus - que le français. Pour moi, française de métropole, cette rencontre est celle d'une altérité culturelle, d'une "enveloppe culturelle" autre, qui baigne l'île tout autant que le font les eaux du lagon. C'est aussi la rencontre, physique, sensorielle, avec un environnement loin de mes repères habituels...

Suite à la prise de connaissance de la publication par l'Agence de Santé (ADS) de Wallis-et-Futuna d'un Projet de santé, visant notamment à développer le secteur de la santé mentale, je me suis rendue à Wallis pendant un mois durant l'été 2024. Mon objectif était, dans la perspective de démarrer mon activité professionnelle après l'obtention de mon diplôme, d'évaluer la pertinence de pouvoir convaincre les institutions locales de créer un poste de psychomotricien(ne) dans le cadre de ce projet. Durant ce séjour, et ensuite depuis la métropole, j'ai pu échanger avec des acteurs locaux de la santé (directeur de l'ADS, psychologue, psychiatre, médecin du Pôle prévention, médecin scolaire, infirmières), du social (chargée de mission des Affaires Sociales), de l'éducation (institutrice, institutrice spécialisée du RASED, enseignant du second degré). Tous s'entendaient sur l'intérêt de l'approche psychomotrice et sur les besoins de prise en soin en psychomotricité à Wallis-et-Futuna. Or, il n'y a jamais eu de psychomotricien(ne) sur ce territoire. Ce mémoire tente de montrer comment il pourrait être possible que la psychomotricité s'y "implante" si ce projet d'exercer à Wallis venait à voir le jour.

Dans cette collectivité d'outre-mer, isolée au milieu de l'océan Pacifique, la culture wallisienne est très prégnante. Il m'est d'emblée apparu que la question de la prise en compte de la culture se poserait si je venais à y travailler en tant que psychomotricienne. Or, la question culturelle est assez peu abordée durant les études de psychomotricité. De plus, les articles et ouvrages de psychomotriciens traitant de ce sujet sont rares et concernent en grande majorité la clinique en situation migratoire. Il y a peu de références en ce qui concerne la clinique du psychomotricien expatrié, plongé dans un bain culturel éloigné du sien. Il m'a donc semblé d'autant plus intéressant d'explorer la question du culturel.

Cette question va être abordée ici essentiellement de manière théorique étant donné l'éloignement géographique avec Wallis-et-Futuna. Le travail de réflexion mené dans le cadre de ce mémoire s'inscrit sur le terrain spécifique de Wallis et s'appuiera, en ce qui concerne l'étude de la culture wallisienne, sur des documents anthropologiques, mes observations et échanges sur place, et sur des entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont été réalisés auprès de professionnels locaux du soin et de l'éducation - une psychologue, une institutrice et une infirmière de PMI - qui ont accepté de participer à ce travail.

La première partie consistera en une présentation de Wallis-et-Futuna, afin de donner un aperçu du contexte dans lequel s'inscrit ma réflexion. Au terme de cette présentation, j'exposerai ma problématique ainsi que le plan détaillé de ce mémoire. Les deux parties suivantes seront consacrées à des apports théoriques concernant la culture, les enjeux de la prise en compte de l'"altérité culturelle" et les liens entre corps et culture, qui seront ici étudiés sous l'angle du tonus et de la sensorialité, dès les stades précoces du développement. Avant d'aborder la discussion, une quatrième partie permettra d'envisager ce que pourrait être une prise en soin en psychomotricité à Wallis, au regard des apports des parties précédentes. C'est donc par la découverte de Wallis que commence cette exploration des liens entre psychomotricité et culture.

Partie I - Première rencontre avec Wallis

Dans cette partie, je commencerai pas brosser un portrait non exhaustif de Wallis et de sa vie insulaire, comme une première rencontre avec la société et la culture wallisienne.

1. Description géographique et démographique de Wallis-et-Futuna

Le territoire des îles Wallis et Futuna est situé à 16000 km (à vol d'oiseau) de la métropole, dans le Pacifique sud, au large des îles Fidji et des îles Samoa, à 2000 km à l'est de la Nouvelle-Calédonie. L'archipel se compose de trois îles principales, d'origine volcanique : Wallis, Futuna et Alofi. Ces deux dernières sont distantes de moins de 2 km seulement, tandis que Wallis se trouve à 230 km de Futuna-Alofi.

Ce mémoire se concentrera uniquement sur Wallis. La raison en est que la société futunienne, bien qu'appartenant au même territoire d'un point de vue administratif, diffère de la société wallisienne par l'histoire de son peuplement, son contexte environnemental et social, son isolement géographique extrême, et certains éléments de sa culture comme sa langue...

Wallis ('Uvea en langue autochtone) est l'île la plus grande, avec une superficie de 78 km². Elle présente une faible altitude, le point culminant, le mont Lulu, se situant à 151 mètres au-dessus du niveau de la mer. Elle est entourée de plusieurs îlots et d'un lagon¹, protégé par une barrière de corail. La principale passe dans le récif corallien se trouve au sud de l'île. Un chenal donne accès depuis cette passe jusqu'au *wharf* de Mata'Utu, le chef-lieu. Un petit aéroport se trouve au nord de l'île. En 2023, Wallis comptait 8088 habitants (Institut d'émission d'outre-mer, 2024).

2. Bref historique

Les premières traces de peuplement des îles datent environ du Xe siècle avant J.-C. Uvea est découverte en 1767 par Samuel Wallis. L'île portera son nom par la suite.

En 1837, la mission catholique envoie les pères maristes sur l'île pour convertir les habitants.

En 1888, à la demande de la reine d'Uvea et sous condition de garder son pouvoir sur ses sujets, l'île passe sous protectorat français.

En 1942, durant la Seconde Guerre Mondiale, Wallis rejoint la France libre et accueille jusqu'à 6000 GI's des forces américaines du Pacifique. Ils construisent de nombreuses infrastructures, offrent des cadeaux, de l'argent, achètent des biens... Leur présence - massive par rapport au nombre d'habitants de l'île - marque durablement la société wallisienne (Moyses-Faurie, 2016).

En 1959, la population vote par référendum son intégration à la République française avec 94,37% de voix (Préfecture des îles Wallis et Futuna, 2023).

¹ Cf. *infra*, Annexe I p. I.

En 1961, Wallis-et-Futuna accède ainsi au statut de territoire d'outre-mer. Le statut de 1961 reconnaît les instances coutumières en plus des instances de la République. Il n'a jamais été modifié depuis, malgré plusieurs tentatives de modernisation qui « se heurtent à l'attachement des autorités coutumières au texte d'origine » (Institut d'émission d'outre-mer, 2024, p. 21). Enfin, en 2003, Wallis-et-Futuna devient collectivité d'outre-mer.

3. L'organisation du pouvoir et des institutions

3.1. Une organisation institutionnelle unique dans la République

L'organisation institutionnelle de Wallis-et-Futuna, fixée par le statut de 1961, est très spécifique puisqu'elle reconnaît des institutions coutumières au sein de la République. Cette organisation relève de trois pouvoirs : Etat français, Territoire (collectivité territoriale), autorités coutumières (rois et chefferies).

L'Etat français est représenté par un Préfet, qui a les fonctions d'Administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna. Il est également Chef du Territoire et assure à ce titre l'exécutif de la collectivité territoriale.

Celle-ci est représentée par les élus de l'Assemblée territoriale. Au niveau national, un député et un sénateur siègent au Parlement.

Wallis est divisée en trois districts : *Hihifo*, *Hahake* et *Mu'a*. Au sein de chaque district, on trouve plusieurs villages (vingt-et-un au total). Dans chaque district, un chef de district représente le roi et organise le travail. Il en est de même des chefs de village à l'échelle du village.

Par ailleurs, le territoire de Wallis-et-Futuna est divisé en royaumes, dirigés par des rois (*hau*). A noter que la monarchie n'est pas héréditaire : les rois sont traditionnellement choisis parmi les *'aliki*, les familles nobles, par les anciens de ces familles, sur la base de leurs qualités. Ils peuvent être destitués s'ils manquent à leur engagement. Wallis forme officiellement et traditionnellement un seul royaume - qui est donc dirigé par un seul roi - mais en 2016, deux rois ont été nommés suite à un conflit entre les familles nobles. Un seul a été reconnu officiellement par l'Etat français. Cette situation peut créer des tensions entre les familles et les villages en fonction de leur allégeance à un roi ou à l'autre.

Le roi est assisté par des "ministres" coutumiers, un responsable de la sécurité et un officiant cérémoniel. Les trois rois officiels siègent au Conseil territorial. Cette instance assiste le Préfet pour l'administration du territoire, notamment en examinant les projets avant soumission à l'Assemblée territoriale.

3.2. La religion

La religion largement majoritaire est le catholicisme, apporté par les missionnaires.

« Le catholicisme à Wallis est romain, mais il présente des aspects particuliers qui s'expliquent par des continuités, dans les pratiques et les représentations, avec la société ancienne [T. Heafala, 1989] » (Chave-Dartoen, 2002, p. 640). Une des particularités de cette religion est d'avoir su préserver certains aspects des pratiques locales (la "coutume", voir ci-dessous : *La coutume*), si bien qu'elle s'y mêle étroitement (Pechberty & Toa, 2004).

3.3. La justice

Le citoyen wallisien relève de deux systèmes juridiques différents : la justice de droit commun (représentée par un procureur de la République et un juge de la cour d'appel de Nouméa) et la justice coutumière, qui « s'exerce à trois niveaux : le village, le district et le tribunal du roi, instance suprême (requise pour les meurtres) » (Douaire-Marsaudon, 2018, p. 85). Dans les faits, la justice coutumière est principalement exercée par la chefferie, pour autant que cela concerne des personnes relevant du "droit coutumier".

3.4. L'enseignement

A Wallis-et-Futuna, l'enseignement du premier degré est géré par la Direction de l'Enseignement Catholique (DEC) : l'école maternelle et primaire est donc, à ce jour, privée et non laïque. Collèges et lycées sont publiques, sous la direction de l'Education Nationale via un Vice-Rectorat. Cette administration est également chargée du contrôle pédagogique des professeurs et des enseignements du premier degré. Wallis compte sept écoles, quatre collèges et deux lycées, dont un lycée agricole (Vice-Rectorat de Wallis et Futuna, 2024a).

Les étudiants souhaitant poursuivre des études supérieures se rendent en Nouvelle-Calédonie ou en France métropolitaine.

A Wallis, il existe deux classes ULIS : une en école et une en collège.

A la rentrée de février 2024, 62 élèves (2,3%) étaient en situation de handicap, scolarisés à temps plein ou partiel. Tous bénéficiaient d'une AESH (Vice-Rectorat de Wallis et Futuna, 2024b). A titre comparatif, en France en 2022 les établissements scolaires ont accueilli 3,3% d'élèves en situation de handicap selon la Direction de l'information légale et administrative (2024).

4. Situations économique, sociale et sanitaire

4.1. Situation économique et liens avec l'extérieur de l'île

L'économie repose en grande partie sur le salaire des fonctionnaires d'après le rapport de l'Institut d'émission d'outre-mer (2024). La production vivrière familiale (agriculture, pêche, élevage avicole et porcin) pourvoit à une partie de l'alimentation des familles et aux offrandes de la coutume. A Wallis-et-Futuna, il n'y a ni Taxe sur la Valeur Ajoutée, ni impôt sur le bénéfice des entreprises, ni impôt sur le revenu. L'essentiel des ressources propres du territoire est constitué des taxes douanières sur les importations et la consommation de produits importés, et de quelques taxes diverses (*Ibid.*). Les autres ressources du territoire proviennent de subventions européennes ou d'aides de l'Etat. La collectivité est donc très dépendante de "l'extérieur" pour son fonctionnement.

En ce qui concerne les liaisons aériennes avec l'extérieur du territoire, elles sont réalisées par une unique compagnie aérienne, AirCalin. Wallis et Futuna, se trouvant en marge des lignes commerciales, restent très isolées. « La plus grande partie des produits consommés sont importés. Wallis et Futuna sont extrêmement dépendantes d'une ligne de cargos qui les dessert toutes les trois semaines » (Gosselin & Rimane, 2025).

Le tourisme est peu développé en raison de l'isolement du territoire (trente-cinq heures de vol depuis la métropole). Les contacts de la population avec le reste du monde se font surtout grâce aux réseaux mobile (depuis 2015) et Internet (depuis 2007) via fibre optique et satellites (Gosselin & Rimane, 2025).

4.2. Particularités du système foncier

Le "code Bataillon", à la base de la justice coutumière, a établi les droits à la terre, la rendant inaliénable :

Le droit de chacun sur sa terre natale et la transmissibilité de ce droit dans la descendance furent codifiés en 1871 dans le Code de Wallis. L'inaliénabilité de la terre fut imposée et placée sous l'autorité du roi, après que l'Église eut obtenu les grandes réserves foncières dont elle jouit encore de nos jours. (Chave-Dartoen, 2017b, pp. 241-260, §11).

Dans un rapport publié par l'Assemblée nationale, les propos du député de Wallis-et-Futuna, Mikaele Seo, sont ainsi rapportés concernant le terrain :

C'est un bien commun, familial au sens large, inaliénable, incessible, que rien ni personne ne peut remettre en cause. La famille a un droit perpétuel, exclusif et absolu sur la terre. Pour un Wallisien ou un Futunien, qu'il vive ou non sur la terre, qu'il la cultive ou non, qu'il en tire profit ou pas, la terre est l'expression de son identité, de l'identité de sa famille. C'est le lien avec ses ancêtres dans une filiation que rien ne peut rompre à travers la terre. (Gosselin & Rimane, 2025)

4.3. Situation sociale

La population est en baisse depuis 2003, suite à l'exode des jeunes et des travailleurs, auquel s'ajoute une baisse de la natalité.

L'espérance de vie à la naissance est très significativement plus faible qu'en France hexagonale : 78,9 ans pour les femmes (-6,6 ans) et 68,1 an pour les hommes (-11,3 ans) (Agence de Santé de Wallis et Futuna, 2023).

Seule 47% de la population en âge de travailler est active (*Ibid.*). Il n'existe pas de RSA (Revenu de Solidarité Active). Selon la Cour des comptes (2022) : « il existe à Wallis et Futuna une inégalité financière importante, liée notamment aux différences de revenus entre les salariés et non-salariés » (p. 24). L'argent est inégalement réparti : « certains groupes familiaux prééminents accèdent conjointement à des charges coutumières, administratives et politiques, ainsi qu'à des emplois bien rémunérés » (Chave-Dartoen, 2017a, p. 117). Ainsi, le taux de pauvreté est de plus de 25% (contre 8% en France métropolitaine, 38,8% à Mayotte).

Mais la Cour des comptes (2022) précise que les prestations sociales et la redistribution d'une partie des revenus des salariés par le biais de la coutume modifient ce taux et l'indice d'inégalité. En effet, l'anthropologue Sophie Chave-Dartoen (2017a) explique qu'à Wallis, l'argent gagné est remis en circulation via des circuits non marchands, reposant sur la culture wallisienne. « Les richesses sont conçues comme une expression de la prospérité à laquelle tout leader doit faire accéder ceux qui le soutiennent et qu'il représente » (*Ibid.*, p. 117). Ainsi, les leaders sont sollicités financièrement par ceux qui les soutiennent. « Un fait est que les salariés wallisiens sont d'autant plus endettés que leurs revenus sont élevés » (*Ibid.*, p. 117).

Il n'existe pas à proprement parler de service de protection de l'enfance à Wallis-et-Futuna. La chargée de mission "Action Sociale" du SITAS (Service de l'Inspection du Travail et des Affaires Sociales), Aurélie Augy (communication personnelle du 16 avril 2025), précise que le Pôle social du SITAS emploie deux travailleurs sociaux : un assistant social et une monitrice éducatrice. Il n'existe ni CRIP (Centre de Recueil des Informations Préoccupantes), ni famille d'accueil, ni structure collective pour mineurs à Wallis. Le SITAS cherche à développer des accords de prise en charge avec la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie. Étant donné l'échelle du territoire (celle d'une ville - environ 8000 habitants), le placement hors de l'île semble préférable.

4.4. Situation sanitaire

Le système de santé (hors médecine scolaire) repose exclusivement sur une Agence de Santé (ADS), établissement public placé sous la tutelle conjointe du ministère de la Santé, du ministère des Outre-mer et du ministère des Finances. L'ADS assure aussi les fonctions d'Agence Régionale de Santé.

Il n'y a ni établissement privé de santé, ni pratique libérale, ni pharmacie privée. L'ensemble des soins et médicaments est gratuit pour les résidents de Wallis-et-Futuna, il n'y a pas de système de sécurité sociale (Vice-Rectorat de Wallis-et-Futuna, 2024b).

A Wallis, l'ADS gère un hôpital d'une capacité de 42 lits, avec un service d'urgence et un plateau technique (imagerie médicale, bloc opératoire, laboratoire, pharmacie et PMI), trois dispensaires répartis sur l'île, ainsi que des soins en ambulatoire. En cas de pathologies graves ne pouvant être prises en charge sur place, l'ADS procède à l'évacuation sanitaire (EVASAN) du patient vers la Nouvelle-Calédonie, l'Australie ou la métropole. En 2023, l'ADS a procédé à 715 EVASAN (Agence de Santé de Wallis et Futuna, 2024).

Dans son document présentant le Projet de Santé 2024-2033, l'Agence de Santé (2023) fait état d'une offre de soin incomplète, « loin des standards nationaux » (p. 27), de locaux et de matériel vétustes et de « fragilités dans le fonctionnement » (p. 29), en particulier relatives au manque d'effectifs sur les postes médicaux sensibles : « l'accueil des urgences ne fonctionne qu'en journée et repose sur une "équipe" de 2 médecins urgentistes » (p. 49).

« Pour l'hospitalisation, l'ensemble des disciplines repose sur un praticien unique » (*Ibid.*, p. 49). De plus, certaines prises en charge ne se font qu'à l'occasion de missions.

L'ADS relève les principales problématiques de santé du territoire motivant ce projet :

- « une population qui diminue et vieillit » : « à l'horizon 2050, les plus de 65 ans représenteront près de 30% de la population » (*Ibid.*, pp. 17-18) ;
- « Une très nette surreprésentation de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle » (*Ibid.*, p. 6) : 70% de la population adulte est obèse, 15% diabétique, 31% présente de l'hypertension artérielle (*Ibid.*) ;
- « De très fortes prévalences en matière d'addictions » : tabac et alcool, y compris chez les adolescents à partir de 12 ans (près de 35% des adolescents pour l'alcool, 32% pour le tabac) (*Ibid.*, p. 20) ;
- « Des signes très inquiétants liés à l'absence de prise charge en santé mentale » : Alzheimer et démences apparentées (dont la prévalence est augmentée par les facteurs de risque que représentent le diabète, l'hypertension artérielle et l'alcoolisme chronique), troubles du neurodéveloppement, troubles du comportement, violences intra-familiales, souffrance psychique des adolescents, suicide... (*Ibid.*, pp. 20-21) ;
- « Un risque particulièrement élevé de maladies transmissibles » et infectieuses : dengue, érysipèle... (*Ibid.*, p. 21) ;
- « Un contexte qui amène à accompagner spécifiquement la santé de la femme et de l'enfant » : chez la femme, prévalence des cancers gynécologiques en lien avec le surpoids et l'obésité, baisse de la fertilité (mêmes facteurs) ; chez l'enfant : prévalence très élevée des caries ; chez l'adolescent : surpoids et obésité, alcoolisme, tabagisme, souffrance psychologique (*Ibid.*, pp. 23-24).

Par ailleurs, les professionnels avec qui j'ai pu échanger rapportent un surpoids dès la petite enfance, ainsi qu'une surexposition aux écrans précoce et très préoccupante, avec des manifestations autistiques potentiellement liées à cette problématique.

L'ADS manque de professionnels, de matériel et d'infrastructures pour adresser ces problématiques dans les meilleures conditions.

En particulier, l'offre en santé mentale est réduite à :

- une psychologue clinicienne à temps plein pour l'ensemble de la population de Wallis-et-Futuna (soit plus de 11000 personnes) ;
- un psychiatre présent sur le territoire au cours d'une à deux missions dans l'année ;
- et « une cinquantaine de téléconsultations psychiatriques par an » (*Ibid.*, p. 55).

Durant l'année 2023, il y a eu douze EVASAN pour « Troubles mentaux et du comportement » (Agence de Santé de Wallis et Futuna, 2024).

Au niveau de la prise en charge du handicap et de la personne âgée, il est à souligner que le secteur médico-social n'existe pas à Wallis-et-Futuna. A Wallis, un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), comprenant deux infirmières et deux aides-soignants, suit 350 patients (Agence de Santé de Wallis et Futuna, 2023). Une orthophoniste intervient ponctuellement en mission. Il n'y a pas de téléconsultation en orthophonie. En rééducation et soins de suite, l'offre de soin se limite à trois kinésithérapeutes pour l'ensemble du territoire. Il n'y a pas, et il n'y a jamais eu, de psychomotricien à Wallis-et-Futuna. Le Projet de Santé, tel que publié par l'ADS, ne prévoit d'ailleurs pas de poste en psychomotricité...

5. Bref aperçu de la culture wallisienne

Je n'aborderai ici que certains aspects parmi les plus manifestes de la culture locale. Les valeurs et le système de représentations la sous-tendant seront développés dans la partie IV de ce mémoire.

5.1. La coutume

Si le terme "coutume" peut aussi renvoyer à « la manière de vivre *faka fenua* (à la manière du pays) » (Douaire-Marsaudon, 2018, p. 82), c'est dans son sens plus restreint que je l'utiliserai ici, comme le « système de prestations, dons et contre-dons, qui se pratique encore couramment à Wallis, soit pour les rituels de passage (naissances, mariages, communions, funérailles) soit pour les rituels associés à la chefferie, ou encore lors des fêtes religieuses ou républicaines » (*Ibid.*, p. 82). Ces prestations ont pour objectifs de reconduire l'appartenance à la communauté et d'y réaffirmer sa place (*Ibid.*). Y déroger c'est s'exposer à l'opprobre et risquer de perdre le soutien de son clan.

Les fêtes publiques, religieuses comme profanes, commencent toujours par une messe très tôt le matin, puis sont suivies d'un *kava*, d'une collation, de danses et de la répartition des offrandes. Parfois s'y ajoute une procession.

5.2. Le *kava*

Le *kava* désigne à la fois la racine de la plante *Piper methysticum*, la boisson fabriquée à partir de cette racine, broyée, ainsi que la cérémonie au cours de laquelle est distribuée cette boisson. Celle-ci a des propriétés légèrement psychotropes. La cérémonie du *kava* était autrefois pratiquée dans toutes les sociétés polynésiennes (Pechberty & Toa, 2004). Lors de cette cérémonie, ce sont les familles '*aliki* (nobles) qui offrent le *kava* aux dignitaires réunis. Lors d'un *kava* royal, le roi est servi en premier.

Puis suivent les autres dignitaires, dans un ordre précis marquant leur rang social. Le déroulement est très codifié. Les gestes sont accompagnés d'un discours traditionnel qui consacre la cérémonie. Celle-ci, autrefois dédiée à l'ancien dieu Tangaloa, est, depuis l'évangélisation de Wallis, offerte au Dieu chrétien (*Ibid.*).

Conclusion

Wallis est donc une petite île isolée du reste du monde. La population de Wallis est comparable à une petite ville en termes de nombre d'habitants (environ 8000), avec une baisse démographique et un important phénomène migratoire. Si le territoire fait partie de la République française, il conserve son système coutumier constitué de rois et de chefferies, en parallèle des institutions républicaines. Le citoyen wallisien relève à la fois de la justice de droit commun et de la justice coutumière. L'économie est peu développée, elle repose principalement sur le salaire des fonctionnaires. Les denrées alimentaires sont principalement importées. La culture vivrière et l'élevage servent à compléter l'alimentation et à produire des prestations pour les échanges coutumiers. Les inégalités sociales sont importantes. Le système de santé repose uniquement sur une agence publique qui gère hôpitaux, dispensaires, soins en ambulatoire. L'offre de soin reste très incomplète, aussi les patients nécessitant des soins complexes ou spécialisés bénéficient d'évacuations sanitaires. Le territoire est concerné par une forte prévalence du surpoids, obésité et maladies chroniques, ainsi que par des problématiques liées à des conduites addictives, etc. L'espérance de vie est significativement plus basse qu'en métropole. Il n'existe pas à ce jour de secteur médico-social, ni aucune structure d'accueil spécifique pour les personnes en situation de handicap hormis les classes ULIS. La protection de l'enfance est quasi-inexistante. La culture wallisienne est omniprésente et rythme la vie des Wallisiens.

Problématique et plan

A partir de l'ensemble des constats présentés ci-dessus, ce travail de mémoire m'amène à dégager la problématique suivante :

En quoi la psychomotricité a-t-elle besoin d'une approche culturelle pour s'implanter sur un territoire français d'outre-mer, ici Wallis-et-Futuna ?

Pour tenter de répondre à cette question, je formule trois hypothèses :

- une approche culturelle pourrait répondre à des enjeux concernant la prise en soin en psychomotricité ;
- les spécificités de la psychomotricité (unité psychocorporelle, corps en relation, relation avec l'environnement) peuvent permettre une prise en compte de l'autre dans sa dimension culturelle ;
- la population de Wallis-et-Futuna, imprégnée de son bain de représentations de la place du corps dans la construction identitaire du sujet est à même d'accueillir la psychomotricité et de recevoir des soins en psychomotricité.

Dans une première partie, je chercherai à montrer que la prise en compte de l'"altérité culturelle" est opportune dans la rencontre avec le patient en psychomotricité. Pour se faire, je définirai de manière générale la culture et ses caractéristiques, puis j'exposerai quelques apports d'une approche transculturelle, et enfin je montrerai ce que la prise en compte de la dimension culturelle pourrait apporter à la communication entre patient et psychomotricien et à l'alliance thérapeutique.

Ensuite, je chercherai à déterminer en quoi les spécificités de la psychomotricité (unité psychocorporelle, corps en relation, relation à l'environnement) peuvent permettre la prise en compte du sujet dans ses dimensions relationnelles et culturelles, au sein de la prise en soin. Pour cela, je montrerai comment le corps propre, auquel s'adresse la psychomotricité, est "imprégné" par la culture. Puis j'essaierai de déterminer comment et à quel stade du développement psychomoteur cette "imprégnation culturelle" se réalise.

Enfin, la dernière partie me permettra d'étudier l'hypothèse que la population de Wallis, imprégnée de son bain de représentations de la place du corps dans la construction du sujet, est à même d'accueillir la psychomotricité et de recevoir des soins en psychomotricité.

Une discussion clôturera ces quatre parties par une mise en perspective de ma réflexion et permettra d'aller, ou non, vers une validation de ces hypothèses.

Partie II - Les enjeux de la prise en compte de "l'altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité

« La culture est universelle, non pas au sens où elle serait la même partout, mais au sens où tout homme en est issu » (Di & Moro, 2008, p.17). Ainsi, tout patient comme tout soignant est issu d'une culture. Aussi, dans la perspective, qui initie ce mémoire, du projet d'exercer à Wallis, il me semble intéressant d'interroger les possibles enjeux de la prise en compte de la dimension culturelle dans la rencontre du psychomotricien et du patient. Pour cela, je commencerai par définir la culture et ses dynamiques. J'envisagerai ensuite comment la question de l'"altérité culturelle" peut être pensée dans un contexte de soin en m'appuyant principalement sur les apports d'une approche transculturelle développée en France sur la base des travaux de Georges Devereux. Puis je montrerai les enjeux et les conditions de la rencontre en psychomotricité et comment l'"altérité culturelle" peut entrer en jeu dans cette rencontre. Enfin, en conclusion de cette partie, je dégagerai les enjeux de cette prise en compte de la dimension culturelle dans la rencontre entre le patient et le psychomotricien.

1. La culture

1.1. Définition, caractéristiques et fonctions

L'UNESCO donne la définition suivante de la culture :

Ensemble des traits spirituels, matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe les arts, le mode de vie, les droits de l'homme, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. (UNESCO, 2025)

On voit donc que la culture englobe des éléments matériels et immatériels. Perrineau (1975) rappelle à ce titre que Roger Bastide distingue « la culture explicite (les phénomènes matériels) et la culture implicite (les savoirs, les attitudes, les valeurs partagées par les membres de la communauté. » (*Ibid.*, p. 949). Perrineau conclut que « le principe de culture unifie ainsi deux niveaux de la structure sociale globale (l'infrastructure matérielle et la superstructure idéologique). En cela le concept rend bien compte de la dialectique entre monde réel et idéologies du monde » (*Ibid.*, p. 949).

Pour Perrineau (*Ibid.*), la définition la plus complète des caractéristiques de la culture serait-celle de Kroeber, qu'il cite :

Les caractéristiques de la culture sont les suivantes : 1. Elle est transmise et perpétuée non pas par le mécanisme génétique de l'hérédité mais par l'interconditionnement des zygotes.

2. Quelles que soient ses origines dans les individus ou par l'intermédiaire de ceux-ci, la culture tend rapidement à devenir supra-personnelle et anonyme.

3. Elle s'inscrit dans des modèles, ou des régularités de forme, de style et de signification.

4. Elle incarne des valeurs qui peuvent être formulées (explicitement, en tant que règles) ou ressenties (implicitement, en tant que traditions populaires) par la société porteuse de cette culture. (Kroeber cité par Perrineau, 1975, p. 953)

Perrineau résume : « c'est une structure transmise, inconsciente, cohérente et complexe dans son contenu » (*Ibid.*, p. 953).

Pour Levi-Strauss, la culture est formée de *systèmes symboliques* :

Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques, au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore les relations que ces deux types de réalités entretiennent entre eux et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres. (Levi-Strauss cité par Perrineau, 1975, p. 950).

Ces systèmes symboliques visent à produire des "efficacités" selon Le Breton (1993). Ainsi une culture ne peut perdurer que si elle est *efficace pour expliquer le monde et produire des actions sur le monde (Ibid.)* :

Toute description du monde est une symbolisation, c'est-à-dire une interprétation, dont la valeur se mesure au degré d'adhésion qu'elle suscite dans le collectif et aux efficacités qu'elle est susceptible de produire au regard des attentes communes qu'elle a créées. (Le Breton, 1993, p. 74)

En retour, la culture *modèle* les comportements des individus qui y adhèrent :

Tout comportement culturel obéit à des modèles. Autrement dit [sic] ce que fait, pense et ressent un individu peut s'analyser non seulement à partir des formes de comportement qui appartiennent à son organisme biologique, mais à partir d'un mode de comportement général qui ressortit à la société. (Sapir cité par Perrineau, 1975, p. 960).

Dans le même temps, la culture *relie* les individus : « la culture façonne les individus et les sociétés, en favorisant l'unité par le biais de valeurs et de traditions partagées » (UNESCO, 2025).

1.2. Les mouvements de la culture

Pour autant les individus ne sont pas passifs dans leur rapport à leur culture. La culture est pour Bastide (s. d.) un phénomène dynamique, une « construction synchronique » du présent, issue de la rencontre, des interactions.

On l'a vu, la culture n'est pas innée mais transmise. Bastide (*Ibid.*) propose le terme *enculturation* pour désigner le « processus d'apprentissage par lequel l'enfant reçoit la culture de l'ethnie ou du milieu auquel il appartient ». Au niveau individuel, chacun reçoit la culture de son groupe, mais la modifie aussi en retour, « réinterprète cet héritage à partir de ses expériences personnelles, sa personnalité et son statut » relèvent Belkaïd et Guerraoui (2003, p. 124).

Ainsi, « la culture ne peut être dissociée des individus qui la font vivre et se structurent à travers elle (Vinsonneau, 2002). C'est dans ce rapport dialectique culture/individu, culture/psychisme que doit être pensée la transmission culturelle. » (*Ibid.*, p. 125).

Par ailleurs, comme la culture est une construction en équilibre dynamique, tout changement sur un point entraîne des effets en cascade, note Bastide (s.d.) :

Il suffit par exemple de changer les formes de production, les techniques de travail, pour que, en cercles concentriques, ce changement se répercute à l'organisation de la famille, aux relations de prestige ou de pouvoir, aux valeurs religieuses. (*Ibid.*)

Aussi, la *déaculturation* se définit comme la « perte d'identité culturelle d'une population, d'une ethnie » (Encyclopædia Universalis, 2025).

Quant à l'*acculturation*, elle procède « des processus qui se produisent lorsque deux cultures se trouvent en contact et agissent et réagissent l'une sur l'autre » (Bastide, s.d.).

Ces processus, étudiés par l'anthropologie, peuvent être comparés à ceux mis en avant par la sociologie (*Ibid.*).

Les principaux processus étudiés ont été ceux de conflits, d'ajustement et de syncrétisation, d'assimilation ou de contre-acculturation, qui peuvent être mis en rapport avec les processus sociologiques de compétition, d'adaptation et d'intégration, tout en étant parfois distincts. (*Ibid.*)

En effet, les phénomènes d'acculturation ne reposent pas uniquement sur des paramètres culturels, leur étude nécessite de tenir compte des « cadres sociaux de l'acculturation » (*Ibid.*).

Il n'y a jamais en effet, nous l'avons dit, des cultures en contact, mais des individus, porteurs de cultures différentes ; cependant ces individus ne sont pas des êtres indépendants, ils sont en interrelation dans des réseaux complexes de communication, de domination-subordination, ou d'échanges égalitaires ils appartiennent à des institutions, qui ont des règles d'action, des normes, et une organisation. [...] Nous n'avons jamais d'autre objet d'étude que des sociétés complexes, pluriethniques, et ce sont ces sociétés que nous devons analyser avec leurs diverses formes de sociabilité. (*Ibid.*)

Les phénomènes d'acculturation sont donc complexes dans leur dynamique et aboutissent à la transformation des cultures en présence, « en des restructurations des différents éléments culturels toujours réinterprétés par les individus et les groupes en situation de contact » résumant Belkaïd et Guerraoui (2003, p. 126).

Les auteurs invitent à préférer au terme d'acculturation celui d'*interculturalisation* proposé par Clanet en ce qu'il « suppose un double mouvement de transformation des systèmes en présence du fait de leurs interactions, d'une part, et de leur maintien du fait du désir de chacun de préserver son identité, d'autre part » (*Ibid.*, p. 127), mais aussi en ce qu'il suppose que :

... les relations ne sont pas binaires, comme le laissent entendre les études sur l'acculturation, mais ternaires. En effet, le processus d'interculturalisation implique la création d'un espace de rencontre (Denoux, 1995), d'une nouvelle réalité englobante qui permet précisément aux identités distinctes de se situer les unes par rapport aux autres, et d'établir entre elles des relations. En situation interculturelle, de nouvelles formes et règles de vie, de même que de nouveaux systèmes de significations sont élaborés suite aux métissages dynamiques entre systèmes et personnes en contact. (Belkaïd et Guerraoui, 2003, p. 127)

Cette dynamique de "métissage" des cultures et des personnes est soulignée également par l'American Psychiatric Association (2015). Elle nuance la question du rapport de l'individu avec son héritage culturel et invite à se dégager de ce qui serait une vision *fixiste* de la culture :

Les cultures sont des systèmes ouverts et dynamiques qui subissent des changements continus avec le temps ; dans le monde contemporain, la plupart des personnes et groupes sont exposés à de multiples cultures qu'ils utilisent pour façonner leur propre identité et pour faire sens de leur expérience. Au regard de ces caractéristiques de la culture, il est crucial de ne jamais généraliser l'information culturelle ou de stéréotyper des groupes selon des traits culturels immuables. (*Ibid.*, p. 971)

En résumé, tout individu naît au sein d'une culture, donc d'un système efficace de représentations et de valeurs, de manières de penser et de faire, qu'il intègre dès l'enfance (enculturation). Ce système est complexe, dynamique, sensible au contexte social et aux remaniements générés par le contact avec d'autres cultures (acculturation/interculturalisation). La culture modèle les comportements des individus mais ceux-ci ne sont pas passifs par rapport à la culture : ils la transmettent et contribuent à la transformer, ils sont les vecteurs de la culture. Par ailleurs, chaque individu peut intégrer d'autres cultures, qui "métissent" son héritage culturel.

2. Penser la différence culturelle dans le contexte de soin

Pour nous aider dans cette démarche de meilleure compréhension de la place que peut prendre la prise en compte de la différence culturelle dans le contexte de soin, je m'appuierai sur les travaux issus de la psychiatrie transculturelle. Je commencerai d'abord par introduire la notion d'"altérité culturelle" telle que définie par Marie-Rose Moro. Puis je m'intéresserai à l'approche transculturelle sur laquelle se fonde la psychiatrie transculturelle en France. Je présenterai ensuite deux concepts issus du champ théorique et clinique de cette discipline - l'"enveloppe culturelle" et le "berceau culturel". Enfin, j'aborderai la question des représentations culturelles de la maladie et du soin.

2.1. La reconnaissance de l' "altérité culturelle"

Le patient est porteur d'une dimension culturelle, tout comme le thérapeute qui l'accueille. Quand leurs cultures diffèrent, se pose la question du rapport à l'autre, de l'altérité.

Pour Moro (2009c), l'altérité est ce qui différencie et relie à la fois :

L'autre est posé et saisi comme un autre moi-même, il n'est pas posé comme, radicalement ou absolument, autre dans une perspective de rupture ontologique. L'essence d'autrui n'est pas son altérité mais sa singularité et le lien qui le relie à l'autre. L'altérité n'est pas une opposition spécifique à ce qui n'est pas elle dans une conception de l'autre qui serait alors forcément ennemi ou rival (Misrahi, 1999, p.11) [...] Ainsi nous posons l'altérité comme un système de « reliance » (lien entre les femmes et les hommes) et non comme un substratum d'incommunicabilité ou de spécificité. (Moro, 2009c, p. 12)

Pour mieux comprendre ce qu'est la reconnaissance de l' "altérité culturelle", peut-être est-il intéressant de commencer par comprendre ce qu'elle n'est pas. Pour cela, les définitions de l'ethnocentrisme et du culturalisme peuvent nous apporter un éclairage.

L'*ethnocentrisme* consiste à refuser la diversité des cultures.

La négation des cultures « autres » en laquelle consiste l'ethnocentrisme se manifeste, notamment, de trois façons différentes : répudiation pure et simple des autres cultures ; négation par assimilation à soi ; réduction de tout autre donné culturel par une explication qui soumet celui-ci aux formes d'intellection produites dans la culture du locuteur. (Suaudeau, s.d.)

Pour Moro, la négation de la dimension culturelle d'autrui relève de cette « position qui dénie l'altérité culturelle et abrase la complexité humaine en réduisant de l'inconnu à du connu et en présupposant que le savoir serait dans la science de l'Occident et dans ceux qui l'incarnent » (Moro, 2002, p. 34).

Considérer l'individu, voire le définir, seulement à partir de sa culture est tout aussi réducteur et conduit au *culturalisme* :

La culture érigée en seul déterminant d'une manière d'être ou de penser conduit nécessairement à des positions simplistes, décontextualisées dans le temps et l'espace et souvent à des préjugés qui ne tiennent pas compte de l'aspect dynamique, mouvant et interactif de tout fait humain observé. (Moro, 2009a, p. 41)

Le culturalisme revient à nier la complexité du rapport du sujet avec la culture, les dynamiques de métissage, et peut mener à des positions qui « relèguent au second plan la subjectivité » (Moro, 2002, p. 32). Afin d'éviter cet écueil, Mestre (2004) souligne l'importance de ne pas considérer les patients comme déterminés par leur culture d'origine, mais d'évaluer le degré d'adhésion qu'ils en ont, « la façon dont ils se l'approprient et s'y réfèrent » (p. 183).

Pour Moro (2009a), c'est par la reconnaissance de la différence qu'il est possible d'accéder à l'universel du sujet :

Le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens. (Moro, 2009a, p.35)

2.2. Les apports d'une approche transculturelle

En Europe, la question de la prise en compte de la dimension culturelle dans le soin a conduit à deux positions principales au cours du temps : la position *comparatiste*, qui cherche à mettre en évidence les points communs entre la culture du patient et celle du thérapeute, à l'instar de Freud dans *Totem et tabou* ; la position *complémentariste*, développée par Georges Devereux, dans les années 70 en s'appuyant sur l'anthropologie et la psychanalyse, dont voici quelques éléments.

2.2.1. Complémentarisme et décentrage

Le complémentarisme est d'abord une approche méthodologique. Celle-ci repose sur deux principes : *l'universalité psychique* et *la spécificité culturelle* (Moro, 2004, pp. 161-162). Devereux part du postulat que tous les êtres humains ont un psychisme, structuré de la même façon. En revanche, chaque psychisme est spécifique et une de ses spécificités tient à la culture du sujet, qui participe de son rapport au monde. « Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité structurelle et de fait. Mais si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le *particulier* de sa culture d'appartenance » (Moro, 2009a, p. 33). Ainsi, il n'est pas possible de comprendre les phénomènes humains exclusivement par la psychanalyse ou par l'anthropologie, et il n'est pas non plus possible de les observer simultanément par ces deux approches, l'une venant interférer avec l'autre. Aussi Devereux propose d'adopter deux niveaux de lecture non simultanés : celui du culturel et celui de l'individuel, tout en essayant de saisir les interactions entre ces deux niveaux. Cette méthodologie requiert une capacité de *décentrage* de sa propre culture. Selon Moro (2009a, p. 40), la capacité de décentrage se développe grâce à l'expérience de l'altérité auprès de patients d'autres cultures, par le travail avec les anthropologues, par les formations, mais aussi en faisant l'expérience de travailler à l'étranger pour vivre en soi le sentiment d'altérité culturelle.

2.2.2. L'approche transculturelle

Dans la rencontre thérapeutique, Devereux distingue deux approches dans les situations où thérapeute et patient n'appartiennent pas à la même culture : *interculturelle* et *transculturelle* (ou *métaculturelle*) (Moro, 2009a, p.32).

Dans l'approche interculturelle, le thérapeute connaît bien la culture de son patient et « l'utilise comme levier thérapeutique » (Devereux cité par *Ibid.*, p.32). L'approche transculturelle se fonde plutôt sur « une reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture » (Devereux cité par *Ibid.*, p.32). Cette approche découle de la position complémentariste - évoquée ci-dessus - qui reconnaît les principes d'universalité psychique et de spécificité culturelle. Elle intègre la *reconnaissance de l'altérité culturelle* et le *recours au décentrage*.

La psychiatrie transculturelle - d'abord nommée ethnopsychiatrie - s'est développée en France, à la suite des travaux de Devereux. J'exposerai ici les deux notions - d'"enveloppe culturelle" et de "berceau culturel" - issues de son champ théorique et clinique, qui me paraissent particulièrement intéressantes dans le contexte de ce mémoire en ce qu'elles invitent à penser l'influence de la culture sur le sujet et donc sur le patient. Ces concepts alimenteront mes réflexions dans la partie suivante.

2.2.3. L'enveloppe culturelle

Le psychologue Tobie Nathan, formé par Devereux, s'est inspiré des travaux d'Anzieu sur le Moi-peau pour proposer le concept de *contenant culturel* ou *enveloppe culturelle*, « ce qui va lui permettre de penser en termes de contenant, de cadre et pas seulement de contenu. » (Moro, 2004, p. 165).

Cette théorisation permet de penser, en particulier, la clinique du *traumatisme migratoire*. La migration pourrait représenter un traumatisme en ce « qu'elle rompt l'homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne » (*Ibid.*, p. 165). Ce serait en effet la congruence entre enveloppe interne et externe qui permettrait à celle-ci « d'assurer des fonctions de contenance et protection, de pare-excitation » (Garel, 2014, p. 164).

Selon Mestre et al. (2009), l'enculturation² du bébé, participe à former cette « enveloppe qui nous habille et constitue comme une peau sur la peau » (p. 186).

2.2.4. Le « berceau culturel » et les processus culturels dans la relation parents-enfant

La culture définit des systèmes de représentation. Parmi ceux-ci, certains nourrissent et structurent les relations et les comportements parents-enfants. Ainsi, Moro (2009b, pp. 68-69) décrit trois « processus culturels actifs » : « les matrices ontologiques », « les théories étiologiques » et « les logiques du faire ».

² Cf. *supra*, 1.2. Les mouvements de la culture, p. 20.

Les matrices ontologiques désignent les représentations que les parents ont de l'enfant, de sa nature - ou plus précisément, comme le précisait Devereux, la nature de l'enfant telle que les adultes et les parents l'imaginent, le fantasment et donc le fabriquent - de son identité, de son origine, des modalités de son développement, de ses besoins et de ses liens à la famille. (*Ibid.*, p. 68)

Ces matrices ontologiques influencent la manière dont l'enfant va être accueilli, « elles constituent une sorte d'image qu'il va venir habiter » (*Ibid.*, p. 68). Moro propose de l'appeler « *le berceau culturel* » (*Ibid.*, p. 68).

Les *théories étiologiques* s'étayent sur ces matrices ontologiques pour donner du sens aux dysfonctionnements subis mais « ces dires concernent le sens et non la cause selon la distinction proposée par Nathan. Ils peuvent très bien cohabiter avec la cause - cause et sens n'entretiennent pas de relation d'exclusion » (*Ibid.*, p. 69).

Enfin, ce sens posé sur la réalité s'incarne dans les *logiques du faire*, c'est-à-dire dans des actes thérapeutiques : « des cérémonies, des sacrifices, des offrandes, des danses, etc. » (*Ibid.*, p. 69).

Le nouveau-né est donc accueilli dans ce système de représentations collectives auquel s'ajoute la réalité individuelle, l'histoire familiale nous dit Moro (*Ibid.*). S'il convient d'éviter le *culturalisme*, qui expliquerait tout comportement par la culture, la culture n'en conforme pas moins les comportements :

Le lien mère-enfant se nourrit de ses représentations, se structure à partir de ces images ou de ses actes, sachant que ceci ne constitue qu'une matrice. La logique culturelle est la forme, l'histoire individuelle le contenu. Mais parfois la forme présuppose le contenu ou du moins rend ce contenu représentable, élaborable et transmissible. (*Ibid.*, p. 70)

Il me semble que cela souligne l'importance d'avoir des connaissances en ce qui concerne cette forme donnée au discours, aux comportements et aux actes par la culture : en comprenant les implicites comme les explicites de la culture de l'autre, le discours et les actes s'éclairent d'une autre lumière qui donne à voir la réalité individuelle.

2.3. Les représentations culturelles de la maladie et du soin

Pour aborder ces questions des représentations culturelles de la maladie et du soin, je m'appuierai sur des notions issues de l'anthropologie médicale telles que décrites par Olivier Taïeb et Félicia Heidenreich, psychiatres. L'anthropologie médicale est la description dans leur contexte culturel des rapports soignant-soigné, des représentations de la maladie et de la mort, et des systèmes de soin (Taïeb et Heidenreich, 2009). Rendant compte des travaux de Good (1998) à ce sujet, Taïeb et Heidenreich (*Ibid.*, pp. 7-9) résument quatre approches différentes : *empiriste, interprétative, critique et cognitive*.

L'approche empiriste postule que la maladie est une réalité objective à laquelle la culture populaire s'adapte en fabriquant des croyances. L'approche cognitive s'intéresse aux mécanismes cognitifs, au substrat matériel qui permet la création du savoir, en se basant sur les sciences cognitives (Affergan, 2007). Pour l'approche interprétative, la maladie n'est pas extérieure à la culture mais constituée par les interprétations qu'elle en fait et donc ne peut être étudiée que sous l'angle culturel : « ce courant analyse comment les interprétations de la maladie agissent parallèlement aux processus sociaux, psychologiques et physiologiques pour produire des formes et des trajectoires distinctes de la maladie » (Taïeb & Heidenreich, 2009, p. 8). L'approche critique, elle, prend en compte les dimensions politiques et économiques et s'intéresse notamment au colonialisme et à la question du pouvoir médical. Taïeb et Heidenreich concluent que, pour la plupart des chercheurs, la maladie est « un fait social dont l'expression est construite selon les représentations prédominantes du malheur, de la vie et de la mort » (*Ibid.*, p. 9). Ils citent Good qui précise : « la culture constitue une passerelle symbolique entre les significations intersubjectives et le corps humain » (*Ibid.*, p. 8). L'anthropologie médicale permet par ailleurs de réfléchir sur les représentations sociales et culturelles du corps malade, rejointe en cela par l'anthropologie du corps. Par exemple, « là où le corps de l'individu n'est perçu que comme une partie du corps social, la souffrance exprimée à travers un corps malade témoigne aussi de celle du corps social entier » (*Ibid.*, p. 18).

Pour résumer ce qui précède, la reconnaissance de l'altérité culturelle permet, en considérant la différence, d'accéder à l'universel d'autrui, et ainsi à ce qui nous relie. L'approche transculturelle propose pour cela de se décentrer de sa propre culture afin de pouvoir rencontrer le patient dans sa particularité culturelle, et distinguer ainsi, à travers la logique culturelle, la réalité individuelle du sujet. D'autre part, l'anthropologie médicale nous ouvre à une variété de regards sur les représentations qui sous-tendent le motif du soin - la maladie, la souffrance - et les modalités du soin - l'acte thérapeutique ainsi que le rapport soignant-soigné qui l'accompagne. Je vais donc maintenant aborder les possibilités d'une prise en compte de l'"altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité, et tenter de dégager les enjeux de cette dernière.

3. Prendre en compte l' "altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité

Dans cette partie, je vais m'intéresser plus particulièrement à la rencontre en psychomotricité, en ce qu'elle inaugure la prise en soin. J'aborderai ensuite, la manière dont il serait possible de prendre en compte la dimension culturelle dans la rencontre du patient et du psychomotricien. Je commencerai par dégager les enjeux et les conditions de cette rencontre. Nous verrons que celle-ci repose sur la communication verbale - incluant le langage et la langue maternelle - et non-verbale et sur une compréhension réciproque entre les différents protagonistes. Je m'intéresserai aux dimensions culturelles de ces deux "versants" de la communication, verbale et non-verbale. Puis j'aborderai la question de la compréhension du contexte culturel. Afin d'apporter un éclairage sur ce point, je m'appuierai en particulier sur l'entretien de formulation culturelle publié dans le DSM-5.

3.1. Enjeux et conditions de la rencontre en psychomotricité

En m'appuyant sur les apports de Jacques Corraze, je vais ici détailler les principaux enjeux liés à la rencontre en psychomotricité : *l'initiation de la relation, l'alliance thérapeutique, et l'obtention de premières informations cliniques*. Nous verrons que ces enjeux s'appuient sur la communication.

La rencontre initie la prise en soin en psychomotricité. Cette rencontre est celle du patient et bien souvent de sa famille. Selon Jacques Corraze (2012), elle est le premier contact, le point d'ancrage sur lequel va se nouer la *relation*, fondamentale pour la prise en soin. Cette relation implique le patient, mais également son environnement.

S'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, il faudra impérativement ajouter à la relation individuelle, les relations avec les membres de la famille puis avec le milieu éducatif, le plus souvent scolaire. C'est pourquoi nous avons affaire à une relation socio-psychologique dans laquelle il s'agira d'analyser le réseau des influences réciproques dont nous allons nous-mêmes faire partie. De la qualité de ces relations dépend le devenir de l'intervention, sa condition nécessaire mais non suffisante. Grâce à elles nous aurons un cadre favorable à la mise en pratique de l'activité psychomotrice. (Corraze, 2012, p. 340)

La rencontre permet donc un premier tissage de la relation, qui par la suite, ne cessera de faire partie de la prise en soin : « si la relation a une priorité chronologique absolue sur la technique, elle ne cesse d'y participer et l'accompagne tout au long du parcours » (*Ibid.*, p. 339).

De la qualité de cette première rencontre et du premier tissage relationnel qu'elle permet dépend l'*alliance thérapeutique*. Celle-ci se définit comme la collaboration du sujet à l'action thérapeutique.

Il convient d'obtenir non pas simplement la confiance du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver mais aussi son adhésion, c'est-à-dire sa collaboration au traitement. C'est l'alliance thérapeutique. (*Ibid.*, p. 341)

L'alliance doit s'établir entre le patient et le psychomotricien, mais aussi avec sa famille s'il s'agit d'un enfant ou d'une personne en situation de dépendance. L'établissement de l'alliance thérapeutique avec l'entourage est dans ce cas essentiel, comme le souligne Corraze (2012).

C'est une aberration de prétendre mener à bien une thérapie en rejetant le contexte psychosociologique du sujet. En s'en prenant à la seule perspective du porteur on sous-estime l'importance des forces psychologiques des milieux où il vit quotidiennement et qui peuvent parasiter l'entreprise thérapeutique. [...] Les réactions des milieux sont fonction de la perception qu'ils ont du trouble. (*Ibid.*, p. 348)

La rencontre commence généralement par l'accueil et l'installation du patient et sa famille en salle de psychomotricité puis par la présentation du psychomotricien. Ce temps d'accueil et de présentation va laisser une première impression au patient et sa famille, qui va persister dans le temps, qu'elle soit bonne ou mauvaise.

La première rencontre est d'une importance qu'on aurait tort de négliger. On sait que l'impression induite par la présentation, ici celle du thérapeute, va jouer un rôle déterminant sur les attitudes et les comportements du sujet dont on a la charge. (*Ibid.*, p. 342)

Cette première impression, durable, va influencer sur la poursuite des soins, en orientant « les jugements de valeur à venir même s'ils étaient contraires aux comportements manifestés par le thérapeute » (*Ibid.*, p. 342).

Ensuite, le temps d'accueil se poursuit par un temps d'*entretien* où le psychomotricien interroge le patient/sa famille sur les difficultés qui l'amènent et sur son contexte de vie. Cet entretien fournit des informations cliniques et permet d'approcher le sens que le patient et/ou sa famille donne à ses difficultés. Au cours de cet échange, le patient est invité à *formuler sa demande*. Il est important que le psychomotricien puisse l'entendre, car « il importe de s'accorder sur les buts et les résultats attendus » (*Ibid.*, p.340). C'est là encore une des conditions de l'alliance thérapeutique.

La première rencontre présente donc des enjeux quant à la *qualité de la relation* qui va accompagner la prise en soin, de même que sur l'instauration de l'*alliance thérapeutique avec le patient et son entourage*. L'entretien permet par ailleurs d'obtenir des *informations contextuelles et cliniques*. La communication - et la compréhension réciproque même à minima - est donc au cœur de ce premier contact et de la suite de la prise en soin. Elle est une condition nécessaire à la rencontre. Elle s'établit sur des bases verbale et non verbale. Par ailleurs, elle nécessite - autant qu'elle donne accès à - la compréhension du contexte. Je vais commencer par m'intéresser à la communication non verbale, en m'appuyant sur les écrits de Corraze et d'Edward T. Hall.

3.2. La communication non verbale

La communication non verbale s'appuie selon Corraze (1992) sur les mouvements (incluant gestes, mouvements oculaires, mimiques faciales...), les postures, les comportements territoriaux, ainsi que sur le canal chimique (phéromones et olfaction) et sur le toucher. Dans les situations de communication, elle constitue « environ 80 % de l'information émise » (Corraze, 2012, p. 341). La communication verbale serait plutôt à considérer comme au service de la communication non verbale dans ces conditions, donc relativement libérée de la contrainte de la langue, pourtant, la plupart de ces canaux de communication corporelle sont en lien avec des *habitus* culturels (*Ibid.*). Ainsi, Corraze nous invite à entrevoir la dimension culturelle dans la communication non verbale. Nous allons voir avec Edward T. Hall ce qu'il en est de la *proxémie*.

Edward T. Hall (1971), a défini la notion de *proxémie*, correspondant à « l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique » (*Ibid.*, p.13). Il distingue quatre distances chez l'humain qui induisent des réponses comportementales différentes en lien avec la sensorialité et les possibilités de contact ou non : les distances intime, personnelle, sociale et publique (*Ibid.*, pp. 146-160). Par exemple, « la perception de la chaleur corporelle d'autrui permettra de marquer la frontière entre l'espace intime et non intime » (*Ibid.*, p. 146). « La distance choisie dépend des rapports inter-individuels, des sentiments et activités des individus concernées » (*Ibid.*, p. 158). Hall a montré qu'il existe des variabilités culturelles importantes de ces distances, en lien notamment avec le rapport à la sensorialité et les codes culturels s'y rapportant (*Ibid.*, pp. 161-201). Hall évoque notamment ses observations sur les Anglais : leur éducation leur apprend à accorder toute leur attention à leur interlocuteur et pour cela à le regarder dans les yeux. Pour que cela soit possible, les contraintes physiques de la vision binoculaire imposent une distance minimale de 2.40 mètres entre les personnes. En deçà, il n'est pas possible de fixer les deux yeux simultanément (*Ibid.*, p. 176). Pour les Arabes, l'olfaction est d'une grande importance. Ainsi, ils privilégieront les distances qui permettent de sentir l'haleine de l'interlocuteur, tenue pour agréable. Les distances personnelles plus lointaines - comme celles des Anglais par exemple - pourront être vécues par les Arabes comme de la honte, de la froideur ou de l'indifférence (*Ibid.*, pp. 196-198).

Nous avons vu que dans la rencontre avec le patient, la communication non verbale est essentielle. Le premier contact s'établit en effet bien souvent par le regard. Selon Corraze (2012), le langage corporel est déterminant dans la première impression qui est laissée au patient et à sa famille. Corraze (*Ibid.*) souligne que ce langage traduit la posture interne du psychomotricien, sa capacité et sa motivation à accueillir le sujet (*Ibid.*).

Le thérapeute devra par ses communications non verbales offrir [sic] les signaux de sécurité posturaux et faciaux qui constituent un rituel d'accueil qui signifie qu'on est le bienvenu, que l'on est disposé à satisfaire certaines attentes, en l'occurrence son aide. (Corraze, 2012, p. 341)

De son côté, le psychomotricien doit pouvoir interpréter à bon escient les comportements et les signaux corporels produits par ses interlocuteurs. Or, nous avons vu que la communication non verbale possédait une dimension culturelle. La connaissance des codes culturels rattachés à la communication non verbale semble donc importante pour éviter les erreurs et incompréhensions qui pourraient entacher la rencontre. Nous allons maintenant aborder la question de la communication verbale, et avec elle, celle de la langue.

3.3. Langue et communication verbale

La langue est une des productions culturelles les plus manifestes. Comme le relève Chave-Dartoen (2023), son usage n'est pas neutre.

La langue n'est pas un outil de communication et de transmission neutre. Histoire, sociolinguistique et anthropologie linguistique ont largement montré que ses usages touchent aux valeurs d'une communauté, aux idées que l'on y nourrit sur le monde et aux façons d'y agir. (Chave-Dartoen, 2023, p.1)

La catégorisation que nous faisons des phénomènes du monde est en grande partie déterminée par notre langue comme Whorf l'a montré :

Nous découpons la nature selon les lignes établies par notre langue. Les catégories et les types que nous isolons dans le monde phénoménal ne s'y trouvent nullement... Bien au contraire, le monde se présente comme un flux kaléidoscopique d'impressions qui doivent être organisées par notre esprit, c'est-à-dire essentiellement par nos systèmes linguistiques. (Whorf cité par Hall, 1974, p. 118)

L'hypothèse avancée par Whorf et Sapir pourrait se résumer par « le langage d'une communauté donnée est organisateur de son expérience et forme son "monde" et sa "réalité sociale" » (Leguy, 2014, p. 155). Ainsi, notre langue participe à structurer nos représentations du monde et l'interprétation que nous faisons de ses phénomènes. En retour, l'usage que nous faisons de la langue nous permet de nous conformer, de manipuler ou contester les réalités culturelles et sociales selon Duranti (cité par *Ibid.*), qui propose de considérer plutôt le langage comme un *habitus*, et donc comme « un ensemble de dispositions plutôt que de règles » (*Ibid.*, p. 158).

Dans la rencontre de l'altérité culturelle peut se poser la question de la langue si patient et thérapeute n'ont pas la même langue maternelle, et ce, même s'ils ont par ailleurs une langue commune autre. En effet, avoir des connaissances dans une langue ne signifie pas forcément être capable d'en saisir tout le sens (Haute Autorité de Santé, 2017) : elle véhicule des représentations culturelles qui peuvent rester inaccessibles à la compréhension.

Le même problème se posera avec des outils de traduction automatique, qui donnent « l'illusion d'une communication entre le professionnel et le patient/usager. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient/usager » (*Ibid.*, p. 16). Un interprète peut être requis dans ce cas, car au-delà de la traduction littérale, il est plus à même de réaliser la traduction entre les univers de sens du patient et du thérapeute.

Au-delà d'une langue, il y a tout un système de représentations dont la traduction mot à mot ne suffit pas. Les mots sont révélateurs d'une culture. En l'absence du contexte culturel, ils peuvent ne pas exister, ce qu'on appelle dans l'interprétariat les intraduisibles ou les méandres de la langue. Les tabous, les mots pudiques, l'intime ne se traduisent pas. (Ghemari & al., 2024, p. 24)

En plus des représentations qu'elle véhicule, la langue maternelle relève d'une dimension affective, elle est « la langue du sensible, des affects et des émotions, de la transmission » (*Ibid.*, p. 22). Car la langue maternelle renvoie aux premières expériences de vie du sujet. C'est la langue première des interactions précoces :

... langue en référence à l'originare, langue matrice de toute langue, langue dans laquelle le sujet entre dans le langage. Il s'agit de la langue dans laquelle la mère a porté et bercé l'enfant, langue avec laquelle elle s'adresse spontanément à l'enfant [...], langue dans laquelle l'enfant a fait l'expérience des premières sensations, des premiers échanges [...], celle à partir de laquelle dérivent toutes les expériences infantiles. (Reveyrand-Coulon & Diop-Ben Geloune cités par Rezzoug & al., 2020, p. 43)

L'usage de la langue maternelle n'est donc pas neutre pour le patient. Par ailleurs, la langue véhicule l'univers de sens du patient. Il me semble donc que lui offrir la possibilité de pouvoir utiliser sa langue maternelle (offre qu'il pourra décliner, selon son choix) pourrait aider à le rencontrer dans ses dimensions à la fois culturelle et affective. Toutefois, nous allons voir que, même avec cette possibilité de recours à la langue du patient par l'interprétariat, la dimension du contexte culturel peut échapper au thérapeute.

3.4. La compréhension du contexte culturel

Même si le discours du patient peut être efficacement traduit par un interprète, le contexte culturel dans lequel il s'inscrit pourrait échapper à la compréhension du thérapeute. Déjà en 2009, Yoram Mouchenik (2009b) rapporte, suite à son expérience de clinique transculturelle en terre kanak :

Le psychologue occidental qui voudrait en rester à une grille de lecture trop classique se trouverait vite paralysé dans son dialogue avec la famille s'il ne se donne pas la peine d'explorer presque de l'intérieur les signifiants de ses interlocuteurs. (Mouchenik, 2009b, p.657).

Plus récemment, l'American Psychiatric Association (A.P.A.) précise dans sa cinquième édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5) que « comprendre le contexte culturel de l'expérience de la maladie est indispensable pour une évaluation diagnostique et une conduite clinique valides » (American Psychiatric Association, 2015, p. 971). Plus précisément, concernant le diagnostic : « la culture fournit aux individus des cadres interprétatifs qui façonnent l'expérience et l'expression des symptômes, des signes et des comportements qui fournissent la matière des critères diagnostiques » (*Ibid.*, p. 15). Le DSM-5 propose un outil, l'« entretien de formulation culturelle (EFC), dont l'utilité diagnostique pour les cliniciens et l'acceptabilité pour les patients ont été testées sur le terrain » (American Psychiatric Association, 2015, p. 971).

Il est précisé le cadre d'utilisation de l'EFC :

L'EFC peut être utilisé lors de l'évaluation initiale du sujet dans tous les cadres cliniques sans tenir compte de l'origine culturelle de l'individu ou du clinicien. Sujets et cliniciens qui semblent partager la même origine culturelle peuvent malgré cela être différents d'une façon qui peut affecter les soins. L'EFC peut être utilisé entièrement ou ses composantes peuvent être intégrées dans une évaluation clinique selon les besoins. (*Ibid.*, p. 973)

L'EFC peut donc être un outil utilisé par le psychomotricien pour construire sa grille d'entretien. De plus, il est précisé que l'EFC est utilisable quelles que soient les origines culturelles du patient et du thérapeute. Je trouve d'ailleurs intéressant de souligner que l'A.P.A. précise que « la formulation actuelle reconnaît que toutes les formes de détresse sont façonnées localement y compris les troubles du DSM » (*Ibid.*, p. 982).

A l'étape de la rencontre avec le patient, l'A.P.A. met en avant l'intérêt de recourir à l'EFC particulièrement dans le cas où le praticien est face à « une limitation de l'engagement et de l'adhésion aux traitements de la part du sujet » (*Ibid.*, p. 974), c'est-à-dire *quand l'alliance thérapeutique est difficile à établir*. L'EFC consiste en un questionnaire court, de seize items. Il vise à évaluer l'impact des facteurs culturels selon quatre grandes catégories : « identité culturelle du sujet », « conceptualisations culturelles de la détresse », « facteurs de stress psychosocial et caractéristiques culturelles de la vulnérabilité et de la résilience », et « caractéristiques culturelles de la relation entre le sujet et le clinicien » (*Ibid.*, p. 972). Cette dernière catégorie demande à identifier « les différences concernant la culture, la langue et le statut social entre un sujet et le clinicien qui peuvent poser problème dans la communication et avoir une influence sur le diagnostic et le traitement » (*Ibid.*, p. 972). Les symptômes mais aussi la relation entre le praticien et le patient sont donc mis en perspective de facteurs culturels et sociaux. Pour cela, l'EFC commence par l'exploration de la « définition culturelle du problème » (*Ibid.*, p. 974), c'est-à-dire par la formulation de la demande, en mettant l'accent sur la manière dont le sujet comprend ses difficultés, sa propre évaluation des priorités, mais aussi sur la façon dont il décrit le problème à sa famille, sa communauté.

Les items suivants interrogent le patient sur les causes qu'il attribue au problème, sur celles que son entourage lui attribue, ainsi que sur les formes de soutien que le patient peut trouver ou non dans son entourage. Puis il est demandé au patient de définir les aspects de son origine culturelle qui sont les plus importants pour lui, ceux qui peuvent le préoccuper et ceux qu'il identifie comme en lien avec son problème. Les derniers items interrogent les solutions que le patient a tenté de trouver pour résoudre son problème, de quel type d'aide il aurait besoin actuellement et ce que lui conseille de faire son entourage. Par ailleurs, une version "informant" de l'EFC est destinée au tiers qui accompagne le patient. Le "problème" du patient est donc à la fois envisagé selon sa propre conception et celle de son entourage (version "informant"). Les représentations - réelles ou supposées par le patient - de la famille et de la communauté sur la maladie et sur le besoin d'aide du patient sont donc prises en compte.

Selon Baubet (2009), l'intérêt de l'entretien de formulation culturelle est de permettre « au clinicien - même s'il n'est pas un spécialiste de la psychiatrie transculturelle - de co-construire, avec le patient et sa famille, un sens à ce qu'il est en train de se produire » (p. 100). Baubet souligne l'importance de cette étape pour « le nouage de l'alliance thérapeutique » (*Ibid.*, p. 100), le diagnostic et la prise en charge.

Conclusion

Les cultures sont des systèmes complexes et dynamiques, soumis à des évolutions internes et à des phénomènes d'acculturation nés des contacts entre groupes culturels. Les cultures offrent des systèmes de représentations qui constituent l'univers de sens de chacun et modèlent son comportement. Les individus sont en retour les vecteurs de la culture en ce qu'ils la transmettent et la modifient. Chacun peut aussi s'ouvrir à d'autres cultures qui métissent son héritage culturel. Le patient, comme le soignant, sont donc riches d'une dimension culturelle complexe et mouvante. Dans leur rencontre, dans le cadre de la prise en soin, peut donc se jouer celle de l'"altérité culturelle". Sa reconnaissance nous invite à accéder à l'universel par le particulier, et ainsi à ce qui nous relie. C'est l'objet du décentrage proposé par l'approche transculturelle. Cette approche en psychiatrie a conduit notamment à l'établissement de concepts comme l'"enveloppe culturelle" - qui invite à penser la culture comme une enveloppe fournissant à l'individu un cadre interne contenant, et le "berceau culturel" - qui peut aider à considérer les relations parents-enfant sous leur aspect culturel. Par ailleurs, l'anthropologie médicale, par les différents angles de vue qu'elle propose, peut, je le pense, alimenter ces réflexions.

La rencontre du patient en psychomotricité est porteuse d'enjeux autour de la relation qui s'y noue et de l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage, indispensables pour espérer la réalisation des objectifs de la prise en soin. Elle permet par ailleurs de collecter de premières informations cliniques. Les modalités de la rencontre - l'accueil, la présentation, l'entretien - mobilisent la communication et la compréhension mutuelle. Aussi, à la lumière de l'ensemble de ces apports et réflexions, il me semble possible de dire l'importance et la richesse de la prise en compte de "l'altérité culturelle" dans la rencontre en psychomotricité, rencontre, comme nous l'avons vu, inaugurale de la prise en soin.

Dans la partie suivante, je tenterai de dégager en quoi, la psychomotricité offre un accès privilégié, presque d'emblée, à cette prise en compte de l'"altérité culturelle" dans la prise en soin. Pour ce faire, j'aborderai le corps en psychomotricité. Nous verrons ainsi comment celui-ci va nous mener vers l'émergence, la définition d'un "corps culturel".

Partie III - La psychomotricité et le “corps culturel”

1. Les spécificités de la psychomotricité

1.1. Cadre historique et culturel

La psychomotricité est née en France, à l'hôpital Henri Rousselle de Paris, au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, dans les années 50. Julian de Ajuriaguerra, neurologue, psychiatre et psychanalyste, est sollicité par Pierre Male pour diriger une équipe de recherche en psychologie et psychopathologie de l'enfant. De Ajuriaguerra confie alors à Giselle Soubiran, kinésithérapeute, le service de psychomotricité et à Suzanne Borel-Maisonny celui d'orthophonie. « Ainsi s'élaborent les recherches fondamentales en psychomotricité, en orthophonie et en psychologie du développement » (Giromini & al., 2022, p. 6). Cristaldi (2013) fait remarquer que d'un point de vue culturel, « la psychomotricité est née dans un contexte euro-chrétien » (p. 49).

L'évolution de la profession a été marquée par des inspirations de travaux européens et américains en matière de psychiatrie, de psychologie, de psychanalyse, de philosophie, et par les avancées en neurologie. Elle s'est diffusée d'abord en Europe et en Amérique latine. Plus récemment, des écoles ont vu le jour en Afrique et en Asie. En revanche, elle s'est peu développée dans les pays anglo-saxons (*Ibid.*).

1.2. Cadre conceptuel

Comme le dit Catherine Potel :

La psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire. Dispositif et pratique qui s'intègrent dans des théorisations de l'humain beaucoup plus larges. (Potel, 2022, p. 18)

Pour cerner le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la psychomotricité, je propose de regarder le cursus théorique de la formation des psychomotriciens. Il consiste en l'enseignement de matières propres à la discipline (sémiologie psychomotrice, bilan psychomoteur, développement psychomoteur de l'enfant, gérontopsychomotricité, etc.), ainsi que de matières appartenant aux sciences humaines (psychologie - de différents courants, neuropsychologie, anthropologie du corps, éthique, etc.) et aux sciences biomédicales (neurophysiologie, neuropédiatrie, psychiatrie, gériatrie, physiopathologie, etc.). On voit donc que par sa formation, le psychomotricien - et futur psychomotricien - est invité à penser son cadre d'intervention et sa pratique au sein d'un champ conceptuel construit à la croisée de plusieurs disciplines.

Dans cet éclectisme de pensée, je me propose tout d'abord de dégager les spécificités de l'intervention en psychomotricité puis de tenter de démontrer comment ces spécificités peuvent, en elles-mêmes, être favorables à la prise en compte de l'"altérité culturelle" dans la rencontre avec le patient.

1.3. Le sens de l'intervention en psychomotricité

Nous l'avons vu, le cadre conceptuel de la psychomotricité est vaste et prend en compte des aspects à la fois somatiques et psychiques, ce que reflète d'ailleurs le terme même de *psychomotricité* : « les deux termes conjoints psycho et motricité impliquent une articulation fondamentale entre le corps et la psyché » (Potel Baranes, 2007, p. 5). En ce qui concerne le sens de l'intervention en psychomotricité, voyons ce que nous en disent ses fondateurs :

Le sens de la psychomotricité, c'est l'expérience du corps en relation, le bon fonctionnement des fonctions dans leurs colorations affectives, historiques et relationnelles [...] ; son but n'est pas de considérer le symptôme moteur en soi, mais le sens que le symptôme assume pour le sujet, et comment le symptôme est inscrit dans son histoire personnelle en tant qu'expression de son univers cognitif et, principalement, affectif et relationnel. (Ajuriaguerra & Soubiran cités par Cristaldi, 2013, pp. 30-31)

Dans le cadre de sa prise en soin, le psychomotricien peut s'adresser à des patients de tout âge, de l'enfant dès la naissance, à la personne âgée. La prise en soin en psychomotricité, une fois la rencontre établie, commence généralement par un bilan psychomoteur consistant en un entretien d'anamnèse, des observations, ainsi que des tests. Les capacités ou fragilités/carences, ainsi que les troubles et/ou retards psychomoteurs du sujet, repérés par ce bilan, sont mis en perspective de sa trajectoire développementale, de son histoire affective et de son environnement, ainsi que du contexte d'évaluation. Sur la base des résultats du bilan, le psychomotricien définit un projet de soin sous forme d'objectifs et d'axes thérapeutiques qu'il soumet au patient - et à son entourage le cas échéant - afin de recueillir son adhésion au projet. Projet qui sera évalué de manière régulière et guidera l'avancée du travail avec le patient. Le dispositif de soin s'établit donc à partir de ce projet et peut mettre en œuvre des techniques et médiations corporelles adaptées aux motivations, aux possibilités, et aux besoins du sujet tels qu'identifiés.

On voit donc que c'est à un sujet, pris dans son histoire et dans son contexte environnemental, que la psychomotricité s'adresse. La psychomotricité, rappelons-le, dans sa dimension psyché-soma, accorde une place privilégiée au corps. Au corps du patient autant qu'au corps du psychomotricien. Comme Potel nous le dit : « le corps est un intermédiaire entre soi et le monde, à la fois soi et porteur de soi » (Potel Baranes, 2007, p. 6).

Il me semble donc opportun de nous intéresser maintenant au corps, à différentes notions du corps, puis de se demander en quoi le corps et ses différentes représentations peuvent nous emmener vers la compréhension de ce qui serait une dimension culturelle du corps, un “corps culturel”.

2. Le corps en jeu dans le soin en psychomotricité

2.1. La notion de corps dans la pensée contemporaine occidentale

Pour démarrer cette approche de la notion de corps dans la pensée contemporaine occidentale, le sociologue et anthropologue David Le Breton (2018) propose : « le corps n'est pas une nature. Il n'existe même pas. On n'a jamais vu un corps : on voit des hommes, des femmes. » (*Ibid.*, p. 25). « Le signifiant “corps” est une fiction. Mais une fiction culturellement opérante » (*Ibid.*, p. 36).

En français, le mot *corps* est polysémique. Au sens le plus courant, « le corps désigne habituellement la partie matérielle d'un être animé, doté de mouvements, assurant les fonctions nécessaires à la vie de tout être vivant, ce qui le distingue de l'âme et de l'esprit » (André et al., 2004, p. 10). On voit donc que la notion de *corps* dans la pensée contemporaine occidentale reste très influencée par le dualisme cartésien du XVIIe et XVIIIe siècle, c'est-à-dire par la conception d'un corps matériel lié à une partie immatérielle (âme et esprit).

Pourtant, en 1898, Bergson a proposé, avec son ouvrage *Matière et Mémoire : Essai sur la relation du corps à l'esprit*, « trois modèles de représentation du corps : le cerveau, le vécu corporel et l'image du corps » (André et al., 2004, pp. 18-19). Selon André, Benavidès et Canchy-Giromini (2004), ces modèles auraient donné naissance aux trois approches distinctes que l'on peut trouver XXe siècle :

- la psycho-physique neurologique se consacre à l'étude du cerveau et de l'intelligence ;
- la psychanalyse, avec la découverte de l'inconscient par Freud, se consacre à l'étude de l'image du corps dans la triple dimension du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire (Lacan) ;
- la phénoménologie étudie le corps propre et le vécu corporel en relation avec autrui et le monde (Merleau-Ponty). (*Ibid.*, pp. 18-19)

Nous allons tenter, en nous appuyant sur différents auteurs et courants de pensées, de nous approcher d'une plus grande compréhension “du corps en jeu en psychomotricité” et par là même tenter de saisir à quel corps la psychomotricité s'adresse.

2.2. La notion de *corps propre*

Selon Françoise Giromini (2022), c'est au "corps propre" que la psychomotricité s'adresse : « le corps propre en psychomotricité [...] est une notion fondamentale car cette façon de penser le corps en y incluant la psyché correspond exactement au travail même du psychomotricien » (Giromini, 2022, p. 9).

La notion de "corps propre" a été définie par le courant philosophique de la phénoménologie au début du XXe siècle. La phénoménologie, développée par Edmund Husserl (1859-1938), remet alors en cause le dualisme cartésien en postulant que le sujet ne peut pas observer objectivement ses propres phénomènes psychiques car il n'y est pas extérieur. Il n'a pas conscience de percevoir. Le « primat de la perception assure au vécu une authenticité qui permet de montrer la liaison essentielle entre la chose même et l'espace par le moyen du corps » (André et al., 2004, p. 29). « La forme corporelle, le corps spatial est une unité synthétique de l'expérience. [...] Les apparences sensibles se succèdent mais le corps spatial unifie les informations à propos du même objet » (*Ibid.*, p. 31). Le *corps propre* désigne à la fois « le corps dans sa stature, sa forme spatiale organique et l'intime du rapport au vivre » (*Ibid.*, p. 31). C'est le corps *tel qu'on le vit, le ressent de l'intérieur*.

Le philosophe Merleau-Ponty (1908-1961) développe, à la suite de Husserl, cette notion de corps propre, toujours dans la lignée phénoménologique mais en y intégrant des éléments de psychopathologie et de psychanalyse. « Le corps propre exprime une manière particulière de se projeter et d'exister dans le monde. C'est le terrain commun qui réunit physique et psychique. » (*Ibid.*, p. 34).

2.3. La corporéité : impression et expression

Le corps propre reçoit le monde et se donne à voir au monde par ce que la phénoménologie nomme la *corporéité*, fonction du corps propre. Le dictionnaire de français Larousse (2025) décrit la corporéité comme le « fait pour l'homme d'être dans le monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain ». Pour Benoît Lesage (2021), la « corporéité implique donc une modalité d'être là, d'habiter le monde, d'y apposer son empreinte et de répondre à ses sollicitations, ses pressions » (p. 75). Par la corporéité, le corps propre nous porte dans un « jeu d'impression/expression » avec le monde (p. 75).

Afin de mieux saisir la corporéité en tant que « modalité d'être là, d'habiter le monde » comme nous le propose Lesage (*Ibid.*, p. 75), il me semble opportun de revenir à différentes étapes du développement psychomoteur qui vont mener l'enfant, l'individu à sa capacité d'être au monde, d'être en relation au monde et avec le monde. Pour ce faire, j'ai choisi de m'intéresser au tonus, à son lien avec la corporéité, avec la relation et à son rôle dans le processus de subjectivation.

2.4. Le tonus et son lien à la corporéité

Le tonus est l'état de tension des muscles résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur (Servant, 2019, p.18). « Il est d'origine neurologique réflexe et est également lié à la teneur en fibres collagènes du tissu musculaire » (*Ibid.*, p.18). La tension est permanente et involontaire. On distingue tonus de fond, de posture et d'action. Le *tonus de fond* correspond à l'état de légère tension des muscles, permanente, involontaire et de type isométrique, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Le *tonus postural* correspond à l'activité tonique minimale qui permet « le maintien des “mises en formes corporelles” » (*Ibid.*, p. 19), et la gestion des équilibres statiques et dynamiques. « Il est sous commande réflexe mais peut aussi être contrôlé volontairement » (*Ibid.*, p. 19). La maîtrise posturale se définit par le fait de trouver et conserver sans surcoût énergétique une posture adaptée à la situation vécue et l'action envisagée. Le tonus postural prépare le muscle à l'action en lui donnant une tension optimum. Quant au *tonus d'action*, il correspond à « la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé » (*Ibid.*, p. 19). Il peut être recruté de manière volontaire.

Le tonus est ressenti de manière interne par la proprioception, aussi appelée *sensibilité profonde*. Celle-ci repose sur des mécanorécepteurs musculaires, tendineux et articulaires, qui donnent des informations de position, de force et de kinesthésie (vitesse, amplitude et direction des mouvements).

Le tonus évolue au cours du développement. Le nourrisson né à terme présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique (membres supérieurs et inférieurs), ce qui explique qu'il adopte spontanément une posture où les bras et les jambes sont repliés. Avec la maturation neurologique, l'axe va se raffermir, dans le sens céphalo-caudal, et les membres vont se détendre, dans le sens proximo-distal. Cette maturation permet au bébé d'instrumentaliser progressivement son corps pour la communication, la saisie des objets, les retournements et déplacements, la marche...

Tout au long de la vie, *le tonus se modifie en fonction de nos états internes et psychiques.* Il peut être durablement affecté par des événements traumatiques physiques ou psychiques. « Le corps apprend et garde en mémoire, dans sa texture et tessiture tégumentaire, musculaire et osseuse. Le tonus est la toile de fond historique du corps, le tissu où s'est imprimée la préhistoire du sujet » (Potel Baranes, 2019, p. 124). Cette inscription tonique des expériences vécues par l'individu peut se laisser à voir dans les *tendances posturales*.

Si pour l'enfant les variations toniques s'expriment essentiellement en tension/détente globales, chez l'adulte, elles recouvrent des disparités toniques plus affirmées entre les différentes musculatures. Ces schémas de répartition du tonus constituent l'empreinte de l'histoire de la personne et se traduisent dans ses tendances posturales individuelles ainsi que dans sa mobilité. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.170)

Le tonus est opéré par le réflexe myotatique qui implique les muscles, les neurones sensitifs et les motoneurones de la moelle épinière. « Le réflexe myotatique fait que tout muscle étiré se contracte pour résister à l'étirement » (*Ibid.*, p. 162). Ce réflexe s'opère en boucle fermée entre le muscle et la moelle épinière (*Ibid.*). La sensibilité de ce réflexe définit le niveau du tonus, qui se traduit par une plus ou moins forte résistance du muscle à son allongement (*Ibid.*). Cette sensibilité est calibrée par le motoneurone gamma, sous l'influence des systèmes corticaux - et donc notamment de facteurs psycho-émotionnels - et sous-corticaux, en particulier de la zone réticulée qui est un carrefour des systèmes sensoriel, moteur et autonome (Guiose, 2007). Ainsi, *la régulation tonique résulte de la synthèse d'influences somatiques et psychiques* :

Par son organisation anatomo-physiologique, le tonus musculaire illustre et justifie le concept de l'unité entre psyché et soma [...]. En effet, les influx nerveux générés par les zones responsables des comportements moteurs, émotionnels et volitionnels, se conjuguent. Ils forment un message unique délivré au muscle à travers la voie finale commune. Ce message contient en lui la synthèse de ses origines somatiques et psychiques. (Albaret & Feuillerat, 2018, p. 142)

Cette influence s'exerce de manière réciproque : les états toniques induisent des états émotionnels, psychiques, végétatifs et influencent la captation et le traitement (perception) des flux sensoriels comme nous allons le voir.

Concernant ses liens avec la corporéité : d'abord, le tonus est la « chair de l'émotion » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.175). En effet, selon De Ajuriaguerra (cité dans Pireyre, 2021, p. 90) : « chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise ». Réciproquement, l'état tonique influe sur les émotions.

Ensuite, le tonus est le support de l'engagement corporel qui permet la modulation de perception rappelle Lesage (2021).

Merleau-Ponty avait souligné à quel point au niveau même des organes perceptifs nous conformons le corps pour percevoir. C'est par exemple l'accommodation de l'œil, de l'oreille, le remaniement postural pour orienter les capteurs, l'ajustement tonique qui accroît la vigilance (1945). C'est donc, si l'on revient sur les propositions de Damasio, l'engagement corporel global qui module les résonances du monde et de ses événements. (Lesage, 2021, p. 78)

L'engagement corporel est même, selon le chercheur en neurosciences António Damasio (2002), indispensable à la perception : « pour percevoir un objet, que ce soit visuellement ou autre, l'organisme a besoin de signaux sensoriels spécialisés, et de signaux provenant de l'ajustement du corps » (p.153). Cet ajustement corporel s'appuie sur le tonus postural et le tonus d'action. Cet « engagement perceptif » (*Ibid.*) est mémorisé en même temps que la sensation perçue et l'émotion ressentie. Quand le souvenir de la sensation est évoqué, les émotions ressenties et l'engagement corporel qui avait été nécessaire à la perception de la sensation sont reconvoqués également (*Ibid.*, p.153). Dans ce cas, c'est l'organisation tonique liée à la perception d'origine qui est revécue.

Enfin, le tonus « est à la base de la motricité globale (locomotion, gestuelle...) ainsi que de la communication non verbale et du langage » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.175). En effet, il permet l'orientation et la mise en forme posturale nécessaires pour entrer en relation. De plus, il permet, par la motricité, de réaliser les gestes, mimiques, et déplacements dans l'espace, nécessaires à la communication. Ainsi, le tonus est à la base de l'expressivité du corps et entre pleinement en jeu dans la relation à autrui.

2.5. Le tonus dans la relation à autrui : dialogue tonique / tonico-émotionnel

Le tonus varie en fonction des stimuli internes et externes, en fonction de nos affects et de nos représentations. Ainsi, des variations toniques subtiles se manifestent dans les situations relationnelles, reflet de ce qu'elles provoquent en nous. Cette dimension expressive de la tonicité dans la relation en fait « une forme de communication corporelle » (Pireyre, 2021, pp.11-32), conceptualisée sous le terme de *dialogue tonique*, par Henri Wallon (1930) puis *dialogue tonico-émotionnel* par Julian De Ajuriaguerra (1977).

Le dialogue tonico-émotionnel est un mode de communication *immédiat et non médiatisé* (Bullinger, 2017). Bien avant l'émergence du langage et bien avant l'instrumentalisation du corps qui permet le geste expressif, le dialogue tonico-émotionnel établit la communication entre le bébé et son entourage. « Cette communication où le corps de l'autre ressent immédiatement notre propre état est le premier mode d'échange avec le milieu humain » (*Ibid.*, p. 156).

A la naissance, le bébé est soumis à des flux sensoriels externes inédits (comme la gravité) et plus puissants que ceux auxquels il s'était habitué in-utéro. Il ressent aussi des sensations internes nouvelles comme la faim, le froid, les mouvements respiratoires et digestifs. Son corps est alors vécu toniquement par une alternance de contractions/détentes, associant une hypertonicité à des sensations désagréables et une hypotonie à des sensations agréables.

Son corps est aussi vécu en contact avec celui de sa mère (“mère” est ici à entendre au sens de la personne lui donnant les soins corporels et affectifs). Les stimulations sensorielles multiples internes et externes, déconcertantes et inattendues, provoquent une élévation du tonus et des manifestations émotionnelles et végétatives. Au contact du corps de l’autre, elles peuvent être intégrées. Alors, le tonus du bébé s’abaisse, le système neurovégétatif et les émotions s’apaisent : « c’est le premier mode de régulation, à défaut des structures représentatives qui ne sont pas encore en place » (*Ibid.*, p. 157). Winnicott a théorisé l’importance du *holding* et du *handling* dans les interactions précoces avec le nourrisson : le *holding* est la façon de porter le bébé, à la fois physiquement et psychiquement - par les représentations que le parent s’en fait, la façon dont il le nomme, par l’attention qu’il lui porte ; le *handling* est la façon de lui donner des soins, mais aussi de le toucher et de lui donner un contact affectif (Lehmann, 2012).

2.6. Le tonus et le sentiment de continuité d’existence

Grâce au dialogue tonico-émotionnel, l’adulte sert de miroir aux vécus du bébé : « les personnes qui s’ajustent émotionnellement à un bébé traduisent ses variations sensoritoniques dans un registre sensoriel qu’il perçoit en même temps que son recrutement tonique » (Livoir-Petersen, 2008, p. 56). La synchronicité de la perception des réactions de sa mère - lorsqu’elles sont adéquates - avec la perception de ses ressentis toniques met le bébé « en capacité de représenter ses états toniques sous forme d’émotions » (*Ibid.*, p. 57).

Ainsi, le bébé s’organise en appui (physiquement et psychiquement) sur son entourage, ce qui lui permet de se ressentir comme une unité, continue dans le temps :

C’est à travers les ajustements tonico-émotionnels – toniques du côté du bébé, tonico-émotionnels du côté des adultes – qu’il découvre la permanence de soi et la succession de ses états émotionnels. Ils rendent possible la représentation de son organisme comme une entité. (Livoir-Petersen, 2008, p. 67)

Winnicott (dans Houzel, 2016) parle à ce titre de « *sentiment de continuité d’existence*, qui s’oppose à l’*annihilation* qu’entraîneraient des expériences d’empiétements [sic] extrêmes d’un environnement qui, au lieu de remplir ses fonctions de maintien, oblige l’enfant à réagir plutôt qu’à développer son existence personnelle » (p. 118). Damasio propose une explication neurologique de la permanence de soi, dont je résumerais une des idées ainsi : c’est la conscience des changements corporels induits par la captation des flux sensoriels en provenance d’un objet extérieur (ou du souvenir de cet objet) croisée à la perception (ou la remémoration) de cet objet qui développe un « Soi central », continu dans le temps (Damasio, 2002, pp.176-181). Ce processus, décrit par Damasio, suppose l’existence d’une limite entre un *dedans* et un *dehors*, pré-requis à toute définition d’un individu biologique singulier (*Ibid.*, pp. 141-142). Cette limite biologique est assurée par la peau, qui enveloppe l’organisme.

Cette notion de continuité d'existence nous amène ainsi à développer quelques apports sur les notions d'enveloppes.

2.7. Les enveloppes psychocorporelles

Dans les années 70, Didier Anzieu propose la théorie du *Moi-peau*. Ce concept « désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu cité dans Lesage, 2012, p. 29). « C'est l'étayage sur la peau qui sert ici de paradigme » nous dit Lesage (*Ibid.*, p. 29). « Tout ceci soutient une représentation archaïque d'un moi contenu, maintenu, limité, différencié, protégé, relié » (Lesage, 2012, p. 29).

Plus récemment, André Bullinger (2017), dans son approche sensori-motrice, postule que les flux sensoriels émis par la mère, extérieurs au bébé, croisés avec les informations qu'il ressent au contact de sa peau (face externe de la peau), et avec les flux sensoriels qui lui parviennent de sa tonicité musculaire (face interne de la peau) par la proprioception constituent une « enveloppe corporelle » (p. 80). « La modulation tonique réifie l'organisme et le rassemble. On retrouve ici les faces externes et internes d'une frontière qui permet que, progressivement, se dégage une subjectivité » (*Ibid.*, p. 79).

Plusieurs théorisations sur les enveloppes ont été proposées (Bion, Esther Bick, Houzel, Robert-Ouvray...). Afin d'apporter une formulation de ce qui me semble en être l'idée principale, je citerai Potel :

L'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle et va permettre le passage entre ce qui est vécu à l'intérieur et ce qui s'exprime à l'extérieur, dans un échange où l'autre est reconnu différent et séparé. (Potel Baranes, 2019, p.147)

L'enveloppe est donc aux fondements des processus de subjectivation / intersubjectivation, qui « ne sont pas ontologiquement distincts mais sont deux visages d'une même réalité, d'une propriété du vivant qui les produit ensemble, dans le même mouvement » (Georgieff, 2014, p. 55).

Le terme d'intersubjectivité renvoie au processus de différenciation extra-psychique qui permet à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tandis que la subjectivation permet à l'enfant de se vivre comme une personne à part entière (capable de parler d'elle à la première personne), et de penser l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct. (Golse, 2017, p. 30)

2.8. Le corps propre, « mouvement de l'être-au-monde »

Nous pouvons maintenant faire le lien entre le tonus et le corps propre. D'abord, le corps propre est le corps intimement vécu, ressenti. Il est donc lié au sentiment de continuité d'existence³. Celui-ci se construit et s'appuie sur la proprioception et le tonus, qui participe de l'émergence de la subjectivité :

Dans son lien à la proprioception, le tonus participe de la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. Cette dernière se décline en conscience d'être soi-même, unité différenciée, de par la contenance tonique ; en conscience d'être là, dans un espace temps, de par la posture ; en conscience d'être en mouvement, dans les perceptions et actions ; en conscience d'être en relation à l'autre, dans la rencontre tonique. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p.172)

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, le tonus est indissociablement lié avec la perception et les émotions. Il est également à la base de l'expression au monde et de la relation à autrui.

Le tonus peut donc être considéré comme aux fondements du corps propre et comme le support de la corporéité. Comme le dit Benoît Lesage (2021, p. 77) :

La tonicité s'impose donc comme fonds d'une relation soi-monde, tant au niveau du processus de développement et de construction de l'identité, qu'à celui de l'interaction motrice – posturale, tonique, gestuelle – qui soutient le dialogue avec autrui.

Clément (2014) nous dit, parlant du corps propre :

Le corps est mouvement, mouvement de l'être-au-monde, mouvement de l'être dans le mouvement du monde, corps inscrit dans la durée du temps et dans la géographie de l'espace ; l'existence du corps comme mouvement de l'être, voilà ce que le corps nous oblige à penser. (*Ibid.*, p. 22)

L'expression de l'auteur, « le corps est mouvement de l'être-au-monde », me semble particulièrement parlante pour résumer la fonction de corporéité du corps propre, car le terme « mouvement » évoque un « aller vers », cette intentionnalité, cet engagement corporel nécessaire à l'impression comme à l'expression.

Comme souligné par Giromini c'est bien au *corps propre* que la psychomotricité s'adresse. Par sa *corporéité* le corps est en relation au monde et avec le monde, il est « mouvement de l'être-au-monde » comme le propose Clément (*Ibid.*). Nous avons vu par ailleurs, que le tonus, en lien avec la sensorialité/perception était aux fondements de cet « être-au-monde » qui se construit dans le bain de la relation à l'environnement et à autrui. C'est donc à travers le prisme de ces grandes fonctions psychomotrices (tonus, sensorialité/perception) et du processus de subjectivation que je poursuivrai ces réflexions. A présent, il nous faut établir les liens entre corps propre et culture pour ensuite comprendre ce que pourrait être la dimension culturelle du corps, le "corps culturel".

³ Cf. *supra*, 2.6. Le tonus et le sentiment de continuité d'existence, p. 43.

3. Le corps culturel

3.1. Les liens entre les notions de *corps propre* et de *culture*

L'anthropologue Julien Clément, dans *Culture physique : le rugby de Samoa* (2014) s'interroge : « comment la culture entre-t-elle dans les corps et comment les corps deviennent-ils culturels ? » (p. 14). Il propose de considérer le paradigme d'*embodiment* développé par Thomas Csordas. Selon Clément (2014), un des apports de Csordas à la phénoménologie de Merleau-Ponty est l'idée que l'objectification du monde, instaurée à partir du corps, se construirait et se réactualiserait au travers des interactions sociales (*Ibid.*, p. 20). Pour l'expliquer, Csordas s'appuie sur la notion d'*habitus* dans le sens que lui donne Bourdieu, c'est-à-dire un ensemble de dispositions (manières de faire, de penser et d'agir), durables, intériorisées lors de la socialisation (Coavoux, s. d.). Bourdieu s'intéresse au principe générateur de ces dispositions : le corps « socialement informé » (Csordas, 2009, p. 41). Clément précise que l'*embodiment* est un processus dynamique « une reconstruction du lien au monde, de manière itérative, dans les situations sociocorporelles que traversent les personnes » (Clément, 2014, pp. 228-229). Cette théorie de l'*embodiment* « décrit la solidarité du corps humain et de la culture, la culture telle qu'elle est incarnée dans les corps » (p. 20). Il existerait donc une forme d'*incarnation et de transmission corporelle de la culture*. A ce propos, Clément (*Ibid.*) propose : « c'est en observant des corps en action que l'on pourra accéder à la dimension corporelle de la culture et à la dimension culturelle de la corporéité » (p. 14). C'est en suivant cette voie, celle des corps en action, que je tenterai d'explorer ci-dessous les liens entre psychomotricité et culture.

3.2. Les techniques du corps

Le Breton (2018, pp. 46-52) rappelle la notion fondamentale de « techniques du corps » créée par Marcel Mauss, qui l'a présentée dès 1934 à la Société de Psychologie. Elle définit des « gestuelles codifiées en vue d'une efficacité pratique ou symbolique, il s'agit de modalités d'action, de séquences de gestes, de synchronies musculaires qui se succèdent dans la poursuite d'une finalité précise » (*Ibid.*, p. 45) . Ces techniques recouvrent des domaines divers : techniques de soin, de repos, d'activité (marche, course, nage, s'asseoir...), de sexualité, d'alimentation, de sports, d'arts, de savoir-faire artisanaux et paysans... et peuvent être catégorisées selon le sexe, l'âge, le rendement, les formes de leur transmission. Mauss (1934) disait « j'appelle technique un acte *traditionnel efficace* » (p. 9), c'est-à-dire « *un acte d'ordre mécanique, physique ou physico-chimique [...]* poursuit dans ce but » (p. 10).

Pour Mauss, la technicité n'est pas forcément en rapport avec l'utilisation d'un outil, « le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme » (*Ibid.*, p. 10). Il résume la notion de technique du corps par « les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps » (*Ibid.*, p. 5).

Ces techniques du corps sont transmises par le milieu humain :

Cette adaptation constante à un but physique, mécanique, chimique (par exemple quand nous buvons) est poursuivie dans une série d'actes montés, et montés chez l'individu non pas simplement par lui-même, mais par toute son éducation, par toute la société dont il fait partie, à la place qu'il y occupe. (*Ibid.*, p. 10)

Les mécanismes d'apprentissage de ces techniques relèvent de l'éducation explicite ou implicite :

L'acquisition des techniques du corps relève d'une éducation souvent très formalisée, intentionnellement mise en œuvre par l'entourage de l'enfant (ou de l'adulte qui cherche à s'approprier un autre usage des choses du monde). La part du mimétisme joue un rôle non négligeable dans cette éducation. Chacune apparaît comme le produit d'un apprentissage particulier lié à plusieurs données (une période précise de la vie, l'âge, le sexe, le statut social, le métier, etc.). (Le Breton, 2018, p. 50)

Ainsi, *chaque culture possède un registre de techniques du corps* (André et al., 2004, p.42).

Parmi les techniques du corps, on trouve les techniques de maternage.

3.3. L'influence des techniques de maternage

A la naissance, le bébé est accueilli dans son « berceau culturel » pour reprendre les termes de Moro (2009b, p. 68). Comme nous l'avons vu⁴, toute société construit des représentations autour de la conception des enfants, ce que Moro appelle les *matrices ontologiques* (*Ibid.*).

Pour certaines sociétés, la conception des enfants ne se suffit pas d'une union sexuelle entre un homme et une femme. L'intervention du monde invisible a sa place dans la conception de ce petit être (ancêtre, dieu). Le bébé est alors pensé venant d'un autre monde et doit être humanisé. (Housseini-Houy & al., 2022, p. 355)

Or, les formes de maternage sont directement sous l'influence de ces représentations culturelles :

L'Anthropologie des bébés (Mead, 1962 ; Lallemand, 1981 ; Rabain-Jamin, 1989...) nous enseigne que la représentation de la conception des enfants et du statut du fœtus organise les comportements de maternage d'une société. (*Ibid.*, p. 355)

Housseini-Houy et al. (2022) s'appuyant sur les travaux d'Hélène Stork, pédopsychiatre, nous disent qu'il existe « deux formes de maternages principaux, les sociétés sans berceau et les sociétés avec berceau » (p. 355).

⁴ Cf. *supra*, Partie II, 2.2.4. Le « berceau culturel » et les processus culturels dans la relation parents-enfant, p. 25.

Pour les premières, « le bébé est pensé comme vulnérable, n'appartenant pas encore au monde du visible ; il doit être protégé et humanisé progressivement par sa (ses) mère(s) » (*Ibid.*, p. 355). Le contact physique contre le corps de la mère est permanent, le bébé est allaité à la demande, afin qu'il ait envie de rejoindre le monde des humains (*Ibid.*). Pour les secondes, « le bébé est pensé comme devant acquérir rapidement son autonomie et exprimer sa subjectivité » (*Ibid.*, p. 355). Le contact physique est plus distant, favorisant « le face-à-face, les interactions du regard, de la voix » (*Ibid.*, p. 356). L'allaitement est rythmé. Le bébé est moins porté en corps à corps, le portage s'effectue via des dispositifs techniques, comme le berceau (*Ibid.*).

Ces techniques de maternage - par la spécificité des expériences sensori-motrices et relationnelles qu'elles provoquent - ont une influence sur le déroulé du développement psychomoteur de l'enfant :

Les observations développementales montrent que le développement moteur est précoce dans les sociétés proximales [c'est-à-dire sans berceau]. L'attention conjointe et le développement du langage sont favorisés dans les sociétés distales [c'est-à-dire avec berceau]. Mais quelles que soient les sociétés, il existe une équifinalité du développement des compétences motrices, sociales, et cognitives (Rochat, 2019). (*Ibid.*, p. 356)

L'acquisition des compétences posturales et motrices, telles le redressement de la tête, de la station assise ou de la marche, par exemple, peut être plus ou moins précoce en fonction de l'environnement culturel. Bril (1997) a mis en évidence l'influence des techniques de portage et de soin sur ces facteurs, corrélées aux aspects valorisés culturellement.

Il s'est avéré que les items pour lesquels on observe une avance correspondent à des aptitudes motrices valorisées par la culture, et font l'objet d'un entraînement explicite et d'un encouragement permanent par le biais de pratiques de soins. (Bril, 1997, p. 302)

3.4. La « dimension culturelle »

Les postures, les praxies et les comportements induits par la culture via les techniques du corps soumettent le corps propre à des expériences sensori-motrices particulières. Pour Battesti et Candau (2023), « les apprentissages sensoriels et multisensoriels sont toujours l'objet d'une modulation culturelle. Nous apprenons les sens, nous apprenons par les sens » (*Ibid.*, quatrième de couverture).

L'apprentissage sensoriel n'est pas seulement la rencontre du biologique et du culturel, il est un phénomène bioculturel, émergent en ce sens que si la perception sensorielle est définie et limitée par les informations auxquelles sont naturellement sensibles nos organes des sens, la sensibilité et le fonctionnement même de ces derniers sont en partie modelés et conformés par l'environnement social, culturel et écologique. (*Ibid.*, p.52)

Par ailleurs, la perception relèverait aussi en partie de l'apprentissage comme le montre Streri (2023).

L'apprentissage perceptif et ainsi notre connaissance de l'environnement relèvent essentiellement de notre cerveau et non de nos systèmes sensoriels même si ceux-ci amorcent un premier traitement des informations. La maturation des systèmes sensoriels ne peut se faire que s'ils ont un contact avec l'environnement. En retour, en fonction des expériences physiques, sociales et culturelles, la connaissance perceptive de chacun va s'en trouver affectée. (*Ibid.*, p. 86)

Comme le souligne Hall (1971) « des individus appartenant à des cultures différentes [...] *habitent des mondes sensoriels différents* » (*Ibid.*, p. 15). La sélection des données sensorielles et leur association diffère selon les cultures, qui les passent dans un certain « crible perceptif » (*Ibid.*, p. 15). C'est pourquoi, comme le dit Lesage : « si le corps s'informe et se met en forme pour percevoir et en percevant, il découle logiquement que percevoir autrement, c'est percevoir autre chose » (Lesage, 2012, p. 34). Enfin Hall affirme que « l'homme a créé pour son propre usage une dimension nouvelle — *la dimension culturelle* — dont la plus grande part demeure invisible » et dont le lien avec l'homme « se caractérise par un façonnement réciproque » (Hall, 1971, p. 232).

En fournissant un registre de techniques du corps dans lesquelles l'individu va inscrire ses postures, sa motricité et ses comportements, la culture participe de façonner le corps propre jusque dans son organisation tonique, "de modeler sa corporalité". Les expériences sensori-motrices particulières que les conduites culturelles entraînent, construisent par ailleurs une réalité sensible, sensorielle et perceptive différente en fonction des cultures, une « dimension culturelle ». A quel moment cette enculturation corporelle, se produit-elle ? A quel moment le corps devient-il culturel ? L'influence des variations culturelles des techniques de maternage sur le développement du nourrisson laissent à penser que cette enculturation est précoce.

4. Prendre corps dans une culture : à quel moment le corps devient-il culturel ?

L'enfant est originellement disposé à intérioriser et à reproduire les traits physiques particuliers de n'importe quelle société humaine. [...] A sa naissance, l'enfant est une somme infinie de dispositions anthropologiques que seule l'immersion dans le champ symbolique, c'est-à-dire la relation aux autres, lui permet de déployer. (Le Breton, 2018, p.5)

4.1. Le tonus comme support de l'enculturation

Sabine Housseini-Houy, psychomotricienne, Hawa Camara, psychologue et Marie-Rose Moro, pédopsychiatre et psychanalyste, proposent - sur la base d'un cas clinique - une « lecture transculturelle de la psychomotricité » (Housseini-Houy & al., 2022, p. 353). C'est à ces travaux que je ferai référence ci-dessous.

Hormis le sens de la vue qui est encore très immature à la naissance, les autres sens sont fonctionnels dès in-utéro. Ainsi, le fœtus est soumis, bien que de façon très atténuée, à un bain sensoriel : il entend les sons extérieurs étouffés, la musique, les battements du cœur maternel... ; il ressent les vibrations, le rythme des mouvements de sa mère... Et il répond à ces différentes stimulations par une alternance d'extensions / relâchements toniques :

Ces boucles « de la perception sensorielle à la réponse tonique » sont des boucles sensorimotrices. Elles sont inévitables et forment, par leur répétition, des habitudes. Un équilibre sensoritonique se crée sur ses habitudes. (Housseini-Houy & al., 2022, p. 355)

Le fœtus acquiert ainsi une première expérience sensorielle de son environnement, rythmée par les activités de sa mère, et développe sur cette base une première organisation tonique.

Ainsi, dès in-utéro, il y aurait une inscription tonique dans le corps du fœtus d'une singularité à la fois individuelle et culturelle.

Après la naissance, le dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son bébé serait un *vecteur de transmission de la culture (Ibid.)*. Selon Moro (cité par *Ibid.*), cela serait permis par le phénomène de transparence psychique mis en évidence par Bydlowski, qui survient durant la période périnatale, et qui ne se limiterait pas au psychisme mais serait aussi une « transparence corporelle et culturelle » (p. 357).

Cette transparence ouvre à la mère la remémoration des deux faces de cette interaction du dialogue tonico-émotionnel précoce : elle revit toniquement ce qu'elle a connu dans les bras de sa propre mère et revit emphatiquement les réactions de sa mère. (*Ibid.*, p. 357)

Les interprétations des états toniques du nourrisson par la mère se basent sur cette remémoration du vécu corporel des interactions précoces comme un héritage culturel :

Cette interprétation sera accompagnée d'une nomination et d'une synchronisation polysensorielle, rythmique, expressive et culturelle, empruntées à sa propre mère. Cette fonction réflexive est transgénérationnelle par son enculturation dans le dialogue tonico-émotionnel précoce. (*Ibid.*, p. 357)

Par ces travaux, Housseini-Houy et al. montrent donc que le tonus serait le support d'une imprégnation culturelle dès la vie foetale, ainsi que d'une transmission via le dialogue tonique avec sa mère après la naissance.

4.2. La musique de la langue maternelle

Bien au delà du sens des mots, la langue maternelle « se trouve intimement liée à la vie affective, et renvoie simultanément au corps profond, là où se joue le destin biologique de l'homme, autant qu'à l'identité de soi et de l'autre » selon Sami-Ali (2014, p. 19).

Chez le fœtus, les récepteurs auditifs réagissent déjà vers la vingt-sixième semaine de grossesse (Streri, 2023, p. 72). A la naissance, le nourrisson reconnaît et préfère à toutes autres sa langue maternelle (Melher & al., 1988, dans *Ibid.*, pp. 73-74). Cela s'explique par le fait que les caractéristiques physiques de la langue maternelle émettent un flux sensoriel particulier propre à sa prosodie. En linguistique, la prosodie comprend : « l'intonation, l'accentuation et le rythme » (Santiago, 2019, p. 1). Pour Catherine Potel : « les tonalités, le rythme de la langue sont de puissants indicateurs de ce que ressent l'autre, de ce que vit l'autre » (Potel Baranes, 2019, p. 131). « Cette musicalité de la langue maternelle va s'imprimer dans les recoins les plus profonds de la personnalité humaine, et va tisser la toile de fond de la temporalité inscrite dans les replis de la mémoire du corps » (*Ibid.*, p.132).

4.3. La mémoire foetale

Pour expliquer comment les ressentis du fœtus et du nouveau-né peuvent s'"imprimer" dans l'être et ainsi perdurer dans le temps, il faut rechercher s'il existe une forme de mémoire à cet âge où le système nerveux central est encore immature. Pireyre (2024) étudie ce qu'il appelle « la période de l'originel [...] qui concerne - grossièrement - les huitième et neuvième mois de grossesse jusqu'à la naissance » (p. 232). Pour cela, il se base sur les apports récents des neurosciences. Il conclut que l'existence d'une mémoire prénatale est bien mise en évidence par les études (*Ibid.*).

Coco (2017) et Canini (2020) montrent qu'un début de mémorisation est possible au cours du dernier trimestre de la grossesse. Des traces rudimentaires mais permanentes sont trouvées dans le cortex auditif bien avant que le cerveau n'ait atteint sa pleine maturation. (*Ibid.*, p. 157) Ces traces mnésiques persistent après la naissance. « Certains de ces "souvenirs" sont enregistrés pour la vie » (*Ibid.*, p. 156). Pireyre précise que « ces "souvenirs" sont sensori-moteurs » (*Ibid.*, p. 156).

Il les rapproche des « états sentis du corps » mis en évidence par Damasio, des traces mnésiques qui s'inscrivent au niveau du tronc cérébral (*Ibid.*, p. 215).

Le fœtus est en capacité, dès le troisième trimestre, de ressentir et intégrer les informations sensori-motrices. Cette aptitude est exempte de toute représentation. Nous sommes là dans l'inscription - dans le système nerveux central naissant - d'états sentis du corps. (*Ibid.*, p. 157)

Ces données appuient les propositions précédentes et donc tendraient à confirmer que la culture s'"inscrirait" dans le corps dès la vie foetale. Cette inscription culturelle se poursuivrait durant le développement psychomoteur, conjointement à la constitution des "enveloppes psychocorporelles", celles-ci étant elles-mêmes à la base du processus d'individualisation qui permet à l'individu « de se vivre lui-même comme un sujet distinct », comme nous le rappelle Golse (2017, p. 30). Les concepts d'"enveloppes psychocorporelles" et d'"enveloppes culturelles"⁵ sembleraient se rejoindre ici.

⁵ Cf. *supra*, Partie II, 2.2.3. L'enveloppe culturelle, p. 25.

Conclusion

Comme énoncé au préalable, dans cette partie je me suis intéressée aux spécificités de la psychomotricité afin de définir si elles permettent de s'adresser au sujet dans sa dimension culturelle. Ainsi, nous avons vu que la psychomotricité s'intéresse au corps propre, corps en relation avec son environnement et avec autrui par la corporéité. J'ai ensuite cherché quelles étaient les fonctions psychomotrices aux fondements de ce corps propre, ce qui m'a amené à explorer les liens entre corps propre, tonus et sensorialité. J'ai montré comment le dialogue tonico-émotionnel pouvait être à la base du processus de subjectivation / intersubjectivation. C'est donc par la suite sous l'angle du tonus et de la sensorialité que j'ai étudié les liens entre corps propre et culture. Cela m'a amené à constater comment la culture peut participer à l'organisation tonique du corps et à façonner la sensorialité et les perceptions. De plus, nous avons pu établir que le corps, de par son immersion dans son milieu, est empreint de culture dès la vie foetale. Cette "inscription culturelle" se poursuit ensuite au cours du développement psychomoteur, notamment par le biais du dialogue tonico-émotionnel, lui-même à la base du processus de subjectivation / intersubjectivation. Ainsi, dès son émergence, le sujet serait un sujet éminemment culturel. Il me paraît ainsi établi que la psychomotricité, en s'intéressant au corps propre, un corps en relation à son environnement, s'intéresse à un corps qui est d'emblée un "corps culturel". Et en s'adressant au sujet, la psychomotricité s'adresse bien à un sujet d'emblée culturel.

De plus, la partie précédente a montré l'intérêt de la prise en compte de l'"altérité culturelle" par une approche culturelle de la psychomotricité. Celle-ci permet de favoriser la communication et la compréhension indispensables pour répondre à des enjeux majeurs de la prise en soin : l'instauration de l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage, l'inauguration de la relation et le recueil d'éléments cliniques. Au vu des nouveaux apports des réflexions issues de cette partie, il me semble être autorisée à dire l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle en psychomotricité, aussi bien dans la rencontre avec le patient, que dans l'ensemble de la prise en soin.

Dans la prochaine partie, nous retournons en Océanie et allons envisager plus avant les possibilités d'une "implantation" de la psychomotricité sur ce territoire, d'un "prendre corps" à Wallis. Pour ce faire, je vais développer davantage certains aspects prégnants de la culture wallisienne, qui me semblent indispensables à considérer dans la perspective d'une prise en soin en psychomotricité. N'ayant pas été en contact permanent avec cette population, je ferai cela en envisageant comment l'alliance thérapeutique, la communication et la compréhension mutuelle peuvent s'établir lors des premières étapes de la prise en soin : accueil, entretien, bilan et établissement du projet de soin. Nous verrons alors comment, au regard des apports des parties précédentes, une approche culturelle nous permet de penser cette rencontre en psychomotricité avec la population wallisienne.

Partie IV - Vers une approche de la psychomotricité à Wallis

Dans cette dernière partie, je vais commencer par exposer quelques éléments de la culture wallisienne, en me concentrant sur l'organisation sociale, la place de l'enfant, les représentations de la maladie et les techniques de soins associées, et enfin la langue wallisienne. Puis, j'essaierai, à partir de ces apports et à la lumière des réflexions issues des parties précédentes, d'approcher les possibilités que s'implante la psychomotricité sur le territoire de Wallis et que la population se voie dispenser des soins.

Tout au long de cette partie, j'intégrerai des passages d'entretiens réalisés auprès de différentes personnes vivant à Wallis et qui ont accepté de me répondre dans le cadre de ce travail de mémoire, je les en remercie vivement. Elles sont désignées ci-dessous de manière plus ou moins anonymisée selon leur souhait. Je vais les présenter ici, avec leur fonction et les dates des entretiens.

Infirmière : infirmière du service de Protection Maternelle et Infantile de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna (ADS) - entretien du 25 janvier 2025.

Marie-Inès M. : psychologue clinicienne de l'ADS - entretien du 28 février 2025, retranscription modifiée le 26 avril 2025.

Enseignante : enseignante du 1er degré de Wallis - entretien du 12 mars 2025.

Les passages qui leur sont attribués figurent entre guillemets quand il s'agit de citations exactes, sinon il s'agit d'une reformulation de ma part. Je les remercie vivement pour leur participation à ce travail. J'ajouterai à ces entretiens quelques contributions supplémentaires issues de communications personnelles, avec l'autorisation de leurs auteurs, je les en remercie également.

1. L'organisation de la société wallisienne

1.1. La naissance de 'Uvea

Selon la tradition orale (Chave-Dartoen, 2000, p.322), l'île et ses îlots auraient été pêchés au filet par l'ancien dieu Tagaloa ; celui-ci aurait laissé son filet sur place pour éviter que cette pêche merveilleuse ne se disperse. Le filet a formé la barrière de corail, avec ses différentes passes qui permettent d'y pénétrer (Pechberty & Toa, 2004, p.13). Ensuite, le monde des vivants « fut obtenu par le héros Maui qui débarqua un jour sur l'île pour écarter le ciel et la terre, créant ainsi un espace lumineux où put se développer et prospérer la société humaine » (Chave-Dartoen, 2000, p. 324). Ce domaine lumineux (le "monde d'ici", *malama nei*), gagné sur la nuit originelle, est celui des vivants, tandis que le domaine de l'ombre (la Nuit, *te Po*) est celui des non-vivants (morts, ancêtres, déités), dans lequel il est déconseillé de se rendre. Ceci explique que les zones d'ombres formées par la végétation ou les reliefs, et la noirceur de la nuit, soient considérées comme le lieu où peuvent sévir les morts et les esprits malfaisants (*Ibid.*, p. 324).

L'évangélisation amena des modifications dans les statuts des vivants et des non-vivants (Chave-Dartoen, 2017b) : le Dieu chrétien devint le seul maître du monde socio-cosmique, les anciennes déités furent qualifiées de « démons » (*temonio*), et tous les humains, aristocrates ou non, furent dotés d'un principe d'âme.

Le monde lumineux, "le monde d'ici" (*malama nei*), est donc englobé dans un monde invisible plus vaste, sans frontière réelle puisque les vivants peuvent se rendre dans le monde de la Nuit, à leurs risques et périls, et que les morts et les déités peuvent se manifester aux vivants sous la forme de rêves, de possession, d'apparition...

1.2. L'organisation sociale

L'organisation de la société relève d'un système d'emboîtement hiérarchique articulé et ordonné par l'ancienneté relative (Chave-Dartoen, 2000, p. 267). Le Dieu chrétien (*'Atua*) est considéré comme l'ancêtre absolu, il règne sur le monde socio-cosmique qui englobe la société des vivants et des non-vivants.

1.2.1. La hiérarchie coutumière

Le roi règne sur les vivants. Il assure la continuité de la bénédiction de Dieu dans "le monde d'ici". Le peuple des vivants, en « apportant leur soutien au roi, reçoivent en retour concorde et prospérité » (Chave-Dartoen, 2017b, p. 241-260, §38). L'autorité du roi découle de sa position de médiation entre le monde des vivants et le monde socio-cosmique.

Le chef de district (*faipule*) assiste aux conseils tenus par le roi ou ses représentants, concernant « le gouvernement, les affaires coutumières, les rapports avec l'administration et l'Assemblée territoriale » (Pecheberty & Toa, 2004, p.66). Il transmet ces informations aux chefs des villages composant son district. Il peut intervenir dans les questions foncières (*Ibid.*, p. 72).

Le village est sous la responsabilité du chef de village, le *pulekolo*, et de la responsable des femmes du village, la *fa'u*. Le village est divisé en quartiers *kalasi*. Dans chaque quartier, les femmes, les hommes et les jeunes élisent pour chaque groupe un(e) représentant(e). Le choix se fait parmi les héritiers du titre. Le titre peut être "prêté" de manière temporaire (*Ibid.*, p. 72).

1.2.2. L'organisation familiale et "clanique"

Le néologisme *famili* tend à renvoyer actuellement à la famille nucléaire. Autrefois, il désignait la famille qui partage la même terre (Chave-Dartoen, 2000). Il peut aussi être entendu comme la famille "réduite" à trois ou quatre générations.

Le *kaiga*, désigne le groupe formé par la parenté élargie et les proches (amis, co-résidents) (*Ibid.*, p. 282).

Le *kutuga* - terme qui est parfois traduit par "clan", réunit une grande partie des personnes qui sont en relation *kaiga* dans des occasions précises et avec une dimension hiérarchique, organisée par l'ancienneté relative (*Ibid.*, pp. 291-297).

1.2.3. Les modes d'habitat

Les modes d'habitat sont organisés en maisonnées. La maisonnée '*api* est une unité résidentielle comportant basiquement : « une terre (et ses dépendances), une "maison" (l'habitation et ses extensions), une "famille" » (Chave-Dartoen, 2000, p. 150). La maisonnée peut comporter « plusieurs habitations abritant des parents directs ou des collatéraux de différents degrés regroupés sur une même terre » (Chave-Dartoen, 2000, p. 158).

1.2.4. Quelques-unes des valeurs assurant la cohésion de la société

Il me semble qu'il est important pour la compréhension de la culture wallisienne de rapporter ici quelques-unes des valeurs qui règlent les relations sociales.

Le respect (*faka 'apa 'apa*), « implique distance et réserve » (Chave-Dartoen, 2000, p. 496). Il suppose des obligations « mutuelles, mais qui sont toujours plus formalisées dans un sens (des villageois vers le chef, des sujets vers le roi, des neveux agnatiques vers la tante paternelle ...) que dans l'autre » (*Ibid.*, p. 496).

L'amour ('ofa) est « le sentiment convenable entre personnes d'une même communauté, d'une même parenté et surtout de même ascendance » (*Ibid.*, p. 471).

L'entraide (fetokoni 'aki) : « l' "entraide" (*fetokoni 'aki*) et l' "amour mutuel" (*fe 'ofa 'ofani*) sont aussi des valeurs essentielles qui animent idéalement la vie de tout groupe social. Leur défaut entraîne la maladie et le malheur » (*Ibid.*, p. 479).

L'entraide c'est ce qu'on attend de chacun. Le bonheur individuel passe forcément par le bonheur collectif. C'est pourquoi les salariés ne gardent pas leur argent pour eux, cela casserait la relation 'ofa, et alors le malheur pourrait tomber sur soi, ou pire, sur les enfants.

Mais la notion de bonheur a tendance à changer avec les médias sociaux, les jeunes qui reviennent après avoir fait des études à l'étranger... La recherche du bonheur devient plus individuelle. (F. A. Talatini, communication personnelle, 18 novembre 2024)

1.3. L'individu et le processus d'individualisation

1.3.1. L'individu

L'individu est reconnu comme tel par sa place et son statut dans le réseau constitué des vivants et des non vivants (Dieu, déités anciennes, morts, mais aussi ancêtres), par son inscription dans le monde socio-cosmique (Chave-Dartoen, 2000). De plus, le statut de l'individu est lié à la performance de ses actions au sein de ce réseau, ce qui est à mettre en lien avec l'importance de la participation à "la coutume". « À 'Uvea, le processus d'individuation ne privilégie pas la révélation de soi. L'individu ne se réalise qu'à travers l'adhésion à une action commune » (Pechberty & Toa, 2004, p. 48).

1.3.2. L'efficacité comme preuve du mana

Le *mana* est une notion commune à beaucoup de sociétés polynésiennes. Elle peut désigner un pouvoir de source divine, conféré généralement aux chefs (Chave-Dartoen, 2000). Elle peut désigner aussi « un état ou une qualité : sont "vrais", "miraculeux", "efficaces" et "couronnés de succès" les êtres et les choses qui sont *mana* » (*Ibid.*, p. 395-396). Pour les Wallisiens, le *mana* provient du monde socio-cosmique (*Ibid.*, p. 398). L'efficacité est la preuve d'un pouvoir conféré par le divin ou les ancêtres, qui approuve l'action ou la personne : « la réalité de l'effet induit sa cause » (*Ibid.*, p. 397). Elle démontre ainsi la qualité des relations entretenues avec le monde socio-cosmique et détermine ou renforce ainsi le statut social de celui qui fait preuve d'efficacité (*Ibid.*).

2. Naissance et attribution des places au sein de la famille

2.1. Les trois principes qui “composent” une personne

A Wallis (*‘Uvea*), la personne « se compose » de trois principes : une “âme” (*laumālie*), un “corps” (*sino*), et de la “matière sanglante” (*toto kakano*) (Chave-Dartoen, 2024).

L’âme (*laumālie*), est considérée comme constituée elle-même de trois composantes (Chave-Dartoen, 2000, p. 388) : *‘atamai* - la conscience, le libre arbitre ; *fakakaukau* - la pensée, la compréhension ; *loto* - la volonté, les désirs, les sentiments, le cœur. La conscience *‘atamai* est supérieure en rang et englobe les deux autres composantes (*Ibid.*, p. 487).

Le corps (*sino*)

« Un “corps” n’est pas qu’un corps » nous dit Sophie Chave-Dartoen (2024). Ce qui est désigné comme “corps” (*sino*) est l’enveloppe perceptible qui contient la “matière sanglante.” Le corps matériel est créé par le père et la mère, en relation avec les ancêtres, par le sang et l’“eau”. Le sang est rattaché aux ancêtres de la terre, maternels et féminins. L’eau aux ancêtres plus lointains, paternels et masculins (Chave-Dartoen, 2000, p.448).

Le « corps» *sino* des vivants apparaît ainsi comme un point de convergence pour des relations de deux ordres. Les premières sont les « relations-sang », qui sont données par la mère et les parents maternels [...]. Les secondes sont les « relations-âme » conférées par le père et les parents paternels [...]. Le « corps » *sino* établit momentanément la synthèse de ces relations. (*Ibid.*, p. 723)

Sa perfection [celle du corps] et sa bonne santé sont la preuve de la prospérité que les vivants tirent de l’au-delà, d’une ascendance plus ou moins prestigieuse, de l’attention quotidienne des proches et de l’investissement rituel des membres du groupe dans les rites la concernant. A *contrario*, imperfections, maladies et infortunes attestent d’un défaut de statut, de relations défailtantes ou dégradées. (Chave-Dartoen, 2024, p. 112)

A Wallis, le corps n’indexe pas une entité, mais seulement sa manifestation, et cette entité n’est pas substantielle mais relationnelle (*Ibid.*, p. 106). Face à un “corps” on peut donc se trouver :

... avec une personne humaine vivante, elle-même constituée de principes relationnels ; ou avec une entité à identifier (défunt, ancêtre ou « démon »). Dans ce cas, corps, objets, images ne sont que des « instanciations » temporaires, parfois accidentelles de cette entité. (Chave-Dartoen, 2024, p. 117)

Le corps ne signe donc pas d’emblée un individu. « Le corps n’est pas un principe d’individuation. Le corps est toujours la relation » (Tjibaou cité dans Chaussoy, 2022, p. 54).

La “matière sanglante” (*toto kakano*) est le principe qui anime l’humain : « la chair animée du souffle et où pulse la vie » (Chave-Dartoen, 2024, p. 110) et « d’où émanent volonté et sentiments » (*Ibid.*, p. 112).

2.2. La place particulière de la tante paternelle

Toute sœur est en position d'ancienne par rapport à ses frères, quels que soient leurs âges relatifs. Elle occupe une place très particulière par rapport aux enfants de celui-ci.

Au nom des ancêtres, la tante paternelle est celle qui accepte les enfants de ses frères dans le clan paternel, celle qui les fait apparaître et fructifier. C'est bien leur mère qui les a mis au monde mais c'est leur tante paternelle qui leur accorde de vivre, de s'intégrer dans la société et de donner naissance à leur tour à une lignée. (Douaire-Marsaudon, 2010, p. 93)

Un accouchement qui n'arrive pas à son terme, un handicap à la naissance ou un enfant mort-né pourront être considérés comme dû à une malediction (*lotokovi*) de la part de la tante paternelle (Chave-Dartoen, 2000).

2.3. La conception : rencontre de l'eau et du sang

Les enfants naissent de la rencontre de l'eau et du sang des parents. L'eau et le sang se rejoignent dans le ventre de la femme pour former le bébé « cet être, formé de sang, agrégé sous forme de "matière sanglante" (*toto kakano*) » (Chave-Dartoen, 2000, p.445).

En concevant des enfants, les femmes fondent en elles-mêmes - et dans leur terre natale - toutes les relations dont ces enfants se composent [...]. Elles sont en cela très comparables à la maison qui enferme et réunit les vivants en les protégeant de l'extérieur où l'au-delà menace leur vie. (Chave-Dartoen, 2000, p. 720)

2.4. Le placenta (*fenua*)

Le *fenua* d'une société, désigne « la terre sur laquelle elle se fonde et où elle s'épanouit » (*Ibid.*, p.350). Ce terme est aussi celui utilisé pour désigner le placenta. Le père est chargé de nourrir le placenta du bébé par l'intermédiaire des vivres qu'il produit pour la mère. Après l'accouchement, le placenta est enterré par le père du nouveau-né sur le terrain familial (*Ibid.*, p. 351). A sa mort, le défunt est enterré dans le sol du *fenua*, sur son terrain ou une terre familiale. Ainsi, le *fenua* relie matériellement les générations par la chair et le sang qu'il accueille. A noter que le terme *fenua*, utilisé par les Wallisiens pour parler de leur île, est traduit par Bataillon par « terre, pays, nation, contrée, région, gens » (Chave-Dartoen, 2000, p.350). Sophie Chave-Dartoen précise que *fenua* « désigne en fait l'ensemble du monde social et de son cosmos, dont le "roi" et Dieu, au-dessus de tous, forment le cœur et la référence » (communication personnelle, 3 mai 2025).

Maintenant qu'il nous est donné quelques éléments sur les transmissions et les relations filiales, voyons de plus près ce qu'il en est de l'arrivée d'un enfant au sein d'une famille. Nous porterons ici notre attention, principalement sur l'enfant premier-né.

3. L'enfant

3.1. La naissance du premier enfant

Sophie Chave-Dartoen (2006) nous montre l'importance de la place donnée à l'aîné des enfants, qu'il soit fille ou garçon, dans la société wallisienne. Je la cite :

J'ai montré ailleurs (Chave-Dartoen, 2000) l'étroite relation de la primogéniture avec le renouvellement de la société wallisienne : l'aïnesse y apparaît comme une modalité de l'ancienneté qui organise la succession des générations, l'aîné des enfants constituant, dès sa naissance, le relais entre la génération des parents et celle appelée à lui succéder. Ainsi, la naissance du premier enfant d'un couple inaugure une nouvelle génération en reléguant ses parents dans celle, supérieure, des « anciens » (*mātu'a*). (Chave-Dartoen, 2006, p. 79)

Le premier-né revient à sa famille paternelle (Chave-Dartoen, 2006, p. 86).

Infirmière : Le premier enfant est très important, que ce soit un garçon ou une fille. Toute la famille se prépare (les femmes confectionnent des nattes, des paréos...) et se réunit en plus grand nombre que pour les autres enfants. Avant, le premier né était "donné" aux grands-parents [paternels] pour qu'ils l'élèvent et le choient. Cela se fait de moins en moins mais cela arrive encore. Maintenant tous les enfants sont élevés de la même façon mais le respect dû à l'aîné est conservé. Il est mal vu qu'un premier-né n'épouse pas une première-née.

Comme nous l'avons vu, les tantes paternelles ont une place toute particulière auprès du nouveau-né. Elles doivent normalement le choyer.

Refus ou négligence seraient interprétés comme une suspicion sur l'ascendance paternelle de l'enfant, entachant sa naissance du doute d'une possible bâtardise. [...] Les cas de maladies graves et de décès d'enfants imputés au ressentiment (*lotokovi*) d'une tante paternelle sont nombreux à Wallis. (Chave-Dartoen, 2006, p. 84)

La filiation entre un enfant et sa famille paternelle, en plus d'être soumise à la reconnaissance par le père, est donc aussi soumise à celle des tantes paternelles. Un refus ou une négligence de la part des sœurs va jusqu'à être considéré comme une mise en danger vital de l'enfant.

3.2. Les techniques de maternage

Infirmière : les bébés sont généralement portés dans les bras mais on voit de plus en plus de poussettes, transats et trotteurs.

A Wallis, les enfants font le plus souvent leurs premiers pas entre 9 et 11 mois.

La tête du bébé doit être ronde et bien plate à l'arrière : les mamans et les grands-mères la massent pour lui donner cette forme. Quand un enfant pleure beaucoup, le guérisseur lui masse le nombril avec de l'huile de coco.

Les enfants dorment toujours avec les parents, souvent dans le même lit (la pédiatre recommande d'installer un petit lit à côté ou mieux de placer l'enfant dans une autre chambre). Et donc ils se réveillent souvent la nuit à cause du bruit, ils peuvent avoir un mauvais sommeil.

Marie-Inès M. : « Le lien parent-enfant, notamment le peau à peau, commence à être mieux compris et valorisé. Historiquement, cette pratique n'était pas connue, bien que les bébés aient toujours été très portés. Mais ce portage ne relevait pas uniquement du parent : il impliquait la fratrie, les tantes, les grands-parents... À la naissance, la maternité est souvent envahie par la famille, venue faire la coutume. Certaines mères disent avoir mal vécu cet envahissement : l'absence d'intimité empêche parfois l'émergence du lien primaire. Certaines verbalisent : "J'ai l'impression que ce n'est pas mon enfant". Le bébé est souvent immédiatement accaparé, habillé, nourri, pris dans les bras, parfois sans que le consentement de la mère ne soit sollicité.

Dans les foyers où plusieurs générations cohabitent encore, il est difficile pour la jeune mère ou le jeune père de trouver sa place parentale. Les grands-parents transmettent leurs normes éducatives et imposent parfois leur autorité. Cela peut engendrer deux dynamiques extrêmes : soit une fusion parent-enfant très souvent mère-enfant, comme stratégie de protection face à l'envahissement, soit un retrait de la mère ou du père, qui délègue entièrement l'enfant à l'entourage. Dans ce second cas, l'enfant ne bénéficie pas d'une seule figure d'attachement maternelle et/ou paternelle stable, mais développe des liens fragmentés avec plusieurs figures (tante, cousine, amie...). »

3.3. L'éducation

Une fois qu'il est un peu plus âgé, la mère nomme les personnes que le bébé rencontre et explicite sa relation avec elles. « Les mères enseignent également le nom des choses en engageant directement leur enfant dans une structure d'interaction où il doit trouver sa place » (Chave-Dartoen, 2023, p. 9). Vers deux ans, il est attendu de l'enfant qu'il sache s'endormir seul, attendre son repas et obéir à des consignes simples (*Ibid.*, pp. 9-10).

Par la suite, « dans ce cadre domestique et villageois, les enfants forment des collectifs placés sous la direction des "anciens" (*mātu'a*) » (Chave-Dartoen, 2023, p. 6). Dans ces collectifs, ils apprennent progressivement à réaliser des tâches de plus en plus complexes : en observant puis en participant.

Dans le même temps, ils intègrent les règles sociales, « le sens du juste positionnement dans le réseau relationnel déterminé par la situation : la tâche à réaliser, le groupe réuni, le statut de la personne présidant à l'action, l'importance de l'occasion » (*Ibid.*, p. 6-7).

« Ces formes de transmission implicites reposent pour bonne part sur l'exemplarité des anciens qui dirigent l'action » selon Sophie Chave-Dartoen (*Ibid.*, p. 7).

Vers sept ans, il [l'enfant] est considéré comme doté de « raison » (*'atamai*) : il sait être attentif aux ordres, aux souhaits, aux besoins de ses aînés, les « écouter », c'est-à-dire obéir et servir. Il commence aussi à se faire obéir de ses puînés. (*Ibid.*, p. 10)

Marie-Inès M. : « La place de l'enfant, à l'heure actuelle, évolue et est différente d'il y a vingt ans en arrière. Toutefois, dans les familles traditionnelles (issues de parents ayant grandi à Wallis), l'enfant est encore fortement parentifié. Il est rapidement responsabilisé et intégré aux rituels coutumiers, sans distinction d'âge.

L'expression des émotions reste très limitée. On valorise la force, le silence, la prière, et on encourage très tôt une forme de résilience forcée. Beaucoup d'adolescents rapportent que leurs parents ne verbalisent jamais les affects, et répondent aux difficultés par : "Il faut prier, Dieu t'aidera". Cette injonction à "tenir bon" est lourde de conséquences psychiques.

Les pères, en particulier, ont souvent du mal à se positionner dans la sensibilité ou l'écoute émotionnelle. Certains adolescents témoignent d'un lien quasi inexistant avec leur père, sauf en cas de transgression, ce qui donne lieu à des réponses parfois violentes. »

3.4. La langue wallisienne

La transmission de la langue a longtemps été uniquement orale. La langue n'a commencé à être écrite qu'à l'arrivée des missionnaires, en 1837 (Talatini & al., 2004, p. 15).

Ceux-ci ont commencé à dispenser l'enseignement uniquement en wallisien. Lors de l'accession de Wallis et Futuna au statut de Territoire d'Outre-Mer, en 1961, la langue française devint la langue officielle et la seule langue autorisée à l'école (*Ibid.*, p. 35). Depuis 1998, l'enseignement en wallisien est autorisé en maternelle (*Ibid.*, p. 41).

Enseignante : « Quand j'étais enfant, le wallisien n'était pas enseigné, il était interdit de parler wallisien à l'école ». Toutefois, les enfants n'entraient à l'école qu'à six ans, en CP, en ayant déjà une maîtrise de la langue maternelle.

Maintenant, en petite section de maternelle, 90% de l'enseignement se fait en wallisien et 10% en français. En moyenne section la proportion passe à 50/50. En grande section 90% de l'enseignement est délivré en français. A partir du primaire, l'enseignement doit être entièrement dispensé en français. Les enfants ont une heure hebdomadaire de langue et de culture wallisienne, mais ce sont surtout les aspects culturels qui y sont abordés. Au collège et au lycée, un enseignement facultatif en langue et culture wallisienne est proposé.

Au final, « certaines personnes, notamment les enfants, ne se sentent à l'aise ni dans une langue, ni dans l'autre » (*Ibid.*, p. 11).

Enseignante : Le wallisien se parle mal maintenant, la langue se perd. Il y a beaucoup de mélange français/wallisien. Certains parents parlent uniquement en français à la maison, les enfants sont en difficulté lors de leur entrée en maternelle.

Depuis 2015, l'Académie des Langues Wallisienne et Futunienne, service territorial, est chargée de « sauvegarder, protéger, valoriser et promouvoir les langues wallisienne et futunienne » (Académie des Langues Wallisienne et Futunienne, s. d.). Elle participe à l'enrichissement et à la transmission de ces deux langues, ainsi qu'à la transcription des discours, chants, contes...

A la lumière de ces éléments, l'importance culturelle de l'oralité pourrait être à prendre en compte dans l'analyse clinique, notamment des troubles du langage. Dans tous les cas, le rapport des Wallisiens avec leur langue maternelle est mêlé, certes d'éléments affectifs et culturels, mais aussi de tensions statutaires, identitaires et politiques. Son usage, par le praticien comme par le patient, n'est donc pas neutre. Il est à entendre dans toutes ces dimensions.

Il me semble important de revenir maintenant sur les aspects de la transmission des maladies selon la culture wallisienne.

4. Les représentations de la maladie et les logiques de soin

4.1. Les causes des maladies

Temonio signifie "démon" en wallisien. Selon Sophie Chave-Dartoen (2000), les *temonio* peuvent être considérés comme à l'origine de maladies mortelles et de cas de possession (p. 464-465). Mais « l'action malfaisante des *temonio* est contrebalancée par la protection des "ancêtres" *kui* » (*Ibid.*, p. 467).

En cas de litige, les personnes concernées peuvent demander l'aide de leurs ancêtres, soit en les suppliant sur leur lieu de sépulture, soit en prononçant une malédiction et en l'accompagnant d'une offrande. « On fait alors en sorte d'informer indirectement la personne concernée de façon à ce qu'elle se sache en danger et se repente » (*Ibid.*, p. 470).

Pour mettre fin à la malédiction, il faut présenter des excuses formelles à la personne lésée, qui doit alors « accorder son pardon. [...] En cas de refus, elle s'expose au retour du mal sur elle-même ou sur ses proches, une "punition divine" » (*Ibid.*, p. 477).

Toutefois, faisant référence aux recherches menées par le frère Robert Laufoaulu dans son mémoire d'ethnologie sur la médecine traditionnelle à Wallis, Sophie Chave-Dartoen (*Ibid.*) rapporte :

Les ancêtres interviennent pour régler les conflits qui déchirent la parenté, tels des problèmes de partage de terre ou les querelles et les rancœurs dues à la jalousie. Dans ce cas ils frappent de maladie un des membres de la descendance (tremblements, enfléments, grandes douleurs) jusqu'à ce que les intéressés viennent s'excuser sur la tombe, accompagnés par un « médecin » traditionnel. (Chave-Dartoen, 2000, p. 469)

Les ancêtres peuvent manifester leur mécontentement en cas de non-respect des règles sociales et des valeurs d'entraide (*Ibid.*).

Les « ancêtres » *kui* ne tolèrent pas la discorde parmi leurs descendants : des relations sociales négligées ou bafouées impliquent la mise en danger du groupe puisqu'elles signifient la désolidarisation de la communauté. (*Ibid.*, p. 471)

Comme la santé manifeste l'harmonie entre monde visible et invisible, la maladie révèle leur désaccord (Chave-Dartoen, 2000). *Les maladies révèlent des désordres relationnels.*

Ainsi, la plupart des maladies sont attribuées à des *causes surnaturelles* : morts, ancêtres, sorcellerie ou malédiction. Seules quelques-unes sont naturelles comme celles dues aux excès (de soleil, d'alcool, de nourriture...), au froid, les maladies des organes génitaux, et le *tokaala* qui « désigne la plupart des douleurs violentes du ventre et du bas-ventre, les grosseurs (cf. fibromes) et les hémorragies » (*Ibid.*, p. 476). Quoiqu'il en soit, la maladie est toujours attribuée à des *causes externes* (*Ibid.*, p. 479).

4.2. L'enfant "vulnérable"

La société traditionnelle kanak possède une organisation sociale et symbolique complexe et hiérarchisée, qui - sans y être similaire - a de nombreuses similitudes avec la société wallisienne. Yoram Mouchenik, faisant référence à son expérience de psychologue clinicien en Nouvelle-Calédonie, indique que l'enfant est « le récepteur de multiples signes, dangers, menaces et maladies qui le dépassent, du monde des vivants ou de celui des morts et des divinités » (Mouchenik, 2009a, p. 28). Les symptômes se concentrent sur le corps, celui-ci « n'est jamais séparé de ses appartenances familiales, sociales et symboliques et il est récepteur de forces qui le dépassent, le débordent et l'atteignent » (*Ibid.*, p. 32).

Marie-Inès M., la psychologue, m'a confirmé, au cours de notre entretien, que ce concept de vulnérabilité de l'enfant pouvait s'appliquer à Wallis dans certaines familles.

Marie-Inès M. « Dans les familles très enracinées culturellement, les enfants et adolescents sont surprotégés, à la fois dans leur corps et dans leur lien avec l'invisible. Le monde spirituel est perçu comme potentiellement menaçant. Des tabous régissent leurs gestes et déplacements : on leur interdit de regarder dehors la nuit, de crier ou encore de pleurer dans l'obscurité. Une simple éruption cutanée ou une fièvre peut être interprétée comme un signe d'attaque spirituelle liée à un conflit inter-familial. La fratrie entière peut être concernée par ces craintes. »

Il me paraît important d'avoir conscience de ces enjeux potentiels sur l'enfant, d'autant plus s'il s'agit d'un premier né. Cela me semble particulièrement pertinent dans le cas des maladies graves ou de handicap. Sans adopter systématiquement cette grille de lecture culturelle, je pense qu'il convient d'être attentifs au récit que les parents font du "mal" en ayant conscience et connaissance des implicites qu'ils peuvent y mettre.

4.2. Les soins traditionnels

Les soins traditionnels sont appelés *fai to'o*.

Fai signifie « faire », *to 'o* est polysémique : il désignait autrefois « une médecine, un remède », mais signifie aussi « enlever, prendre, ôter, sortir, retirer, soustraire, tirer, saisir » (Rensch, 1984).

Ce mot désigne donc clairement une action qui vise à soigner en extrayant quelque chose du malade. (Chave-Dartoen, 2000, p. 472)

Ces remèdes sont réputés venir des ancêtres et chaque famille en garde le secret (*Ibid.*). Les traitements consistent en des infusions et des macérations de plantes, des bains, des massages. Certaines préparations sont appliquées dans les orifices de la tête (yeux, narines, oreilles) et s'accompagnent d'un léger massage de la tête et des tempes (*Ibid.*).

Souvent, en complément des traitements, une période de réclusion est imposée, ainsi que le respect de nombreux interdits (*tapu*) (*Ibid.*, p. 475).

Malade et soignant, qui doivent se trouver dans une relation d'amour et de confiance réciproque avant toute tentative de guérison, n'ont aucune chance de réussite si, par ailleurs, les familles ne les soutiennent pas, que des problèmes persistent avec leurs ancêtres respectifs et que l'assentiment de Dieu n'est pas acquis. Comme l'explique le frère Laufoaulu, la santé du corps passe par la remise en ordre des relations parmi les vivants et entre les vivants et les morts. (*Ibid.*, p. 475)

4.3. Les rapports avec le système de soin occidental

Comme nous l'avons vu dans la partie I, le système de santé wallisien repose essentiellement sur l'Agence de Santé (ADS) qui dispose sur l'île d'un hôpital de quarante-deux lits et de trois dispensaires. Il n'y a pas de professionnels de santé en libéral. Les soins et médicaments sont entièrement gratuits pour tous. Malgré cela, les médecins hospitaliers constatent une mauvaise observance des traitements, même dans les cas de maladies chroniques lourdes comme le diabète, souligne le Dr Manuel Munoz, directeur de la santé publique à Wallis-et-Futuna (communication personnelle du 4 décembre 2024). Les hypothèses avancées par le milieu médical seraient d'une part une forte capacité de résilience, et d'autre part, un recours préférentiel aux démarches traditionnelles de soin.

Selon certains habitants avec qui j'ai pu échanger sur place, se rendre à l'hôpital constituerait un aveu de faiblesse, un déshonneur.

5. Vers une approche de la psychomotricité à Wallis

A la lumière de ces considérations et des points abordés jusque-là, sans prétendre non plus pouvoir être exhaustive dans cet exercice, je vais tenter de mettre à jour une possible approche des soins en psychomotricité sur le territoire de Wallis.

5.1. Le cadre

5.1.1. Cadre institutionnel

A l'heure actuelle, en l'absence de secteur médico-social, seule l'Agence de Santé (ADS) serait en mesure d'employer un psychomotricien.

Le projet de Santé de l'ADS prévoit un développement sur cinq ans du secteur de la santé mentale. C'est le plus certainement dans ce cadre que je pourrais être employée. Cela me permettrait de travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire avec la psychologue. Il serait également possible de travailler dans plusieurs services, notamment en pédiatrie.

Concernant la prescription, étant donné l'absence de secteur libéral, elle proviendrait d'un médecin de l'ADS. Je devrais me renseigner auprès de la structure pour m'assurer des règles de prescription.

5.1.2. Cadre matériel et spatial

Dans l'hypothèse de travailler à Wallis, je devrais disposer d'une salle de psychomotricité. Ce local se situerait probablement à l'hôpital de Sia, dans le chef-lieu de l'île, à Mata'Utu. Néanmoins, tout comme la psychologue, j'aurais probablement à intervenir régulièrement à Futuna. Je devrais donc également disposer d'un local là-bas.

Concernant l'équipement des salles de psychomotricité, je peux m'attendre à disposer de peu de moyens au départ. Il faudrait donc que je choisisse judicieusement le matériel de base dont j'ai besoin en fonction de la population cible. J'aurai notamment besoin de matériel pour réaliser des bilans.

5.1.3. Cadre temporel

Par ailleurs, la liaison aérienne entre Wallis et Futuna est régulièrement soumise à des aléas climatiques, la fréquence des voyages à Futuna ne serait certainement pas hebdomadaire, plutôt mensuelle. Cela pose la question du projet thérapeutique qui peut être établi sur la base de séances mensuelles mais dans le cadre de ce mémoire je m'en tiendrai à Wallis. Les déplacements à Futuna imposeraient un rythme particulier aux séances qui se tiendraient à Wallis. Par ailleurs, le risque d'aléa climatique pourrait parfois poser problème quant à la continuité des soins : en effet, il arrive que le petit avion qui relie les deux îles soit bloqué à Futuna pendant plusieurs jours.

5.2. L'accueil du patient

Le patient me serait donc adressé par un médecin de l'ADS. Je l'accueillerais en salle de psychomotricité. La question d'un langage commun pourrait alors se poser.

5.2.1. La langue

La présence d'un interprète médiateur culturel pourrait s'avérer pertinente. Cela devrait pouvoir être laissé au libre choix du patient et de sa famille. Ce choix pourrait lui-même être révélateur du rapport du sujet à sa culture comme en témoigne Marie-Inès M. (je précise, pour la compréhension de cet extrait, qu'elle est elle-même wallisienne) :

Marie-Inès M. : « Il y a, chez les patients adultes que je rencontre, deux grandes postures, deux rapports très différents à la culture. D'un côté, il y a ceux qui viennent précisément parce qu'ils savent que je comprends les enjeux culturels propres à Wallis-et-Futuna. Ils peuvent parler librement de ce qu'ils vivent, y compris des expériences qui, ailleurs, pourraient être source de honte ou d'incompréhension — par exemple, un exorcisme ou une intervention d'un guérisseur. Ils sentent qu'ici, ils ne seront pas jugés. Ce qu'ils cherchent, c'est un espace où le regard clinique intègre, sans réduire, la dimension culturelle de leur souffrance.

Et puis il y a ceux qui, à l'inverse, ont besoin de prendre de la distance avec leur culture d'origine. C'est souvent très manifeste : ils choisissent de parler en français, même quand ce n'est pas leur langue première, comme si cet écart linguistique leur permettait de construire une autre position dans le soin. Ils mettent à distance la religion, la médecine traditionnelle, parfois même les représentations familiales. Et je vois dans cette mise à distance non pas un rejet de la culture, mais une vraie tentative d'ouverture à une autre manière de penser leur mal-être, un chemin possible vers une démarche psychothérapeutique. »

Par ailleurs, il me semble que j'aurais tout intérêt à apprendre moi-même la langue wallisienne pour plusieurs raisons : d'abord parce que cela me sera utile pour communiquer en séance avec les patients qui ne parlent pas français (dans l'hypothèse où - au vu du manque de moyens - la présence d'un interprète ne serait pas possible). Ensuite parce que certains sujets n'ont accès - en raison de déficits - qu'à leur langue première. Et enfin, parce qu'apprendre une langue permet d'approfondir la connaissance d'une culture.

5.2.2. Présentation du psychomotricien

Comme il n'y a jamais eu de psychomotricien sur l'île, des enjeux semblent donc importants sur la communication à faire à propos du métier, à savoir présenter la profession de manière simple et efficace aux patients, mais aussi au corps médical, aux autres soignants et aux partenaires sociaux et éducatifs.

Il me paraît opportun que cette présentation soit traduite en wallisien pour en faciliter la compréhension et comme marque d'ouverture à cette culture.

Par ailleurs, je pense que la nomination du métier en wallisien (le terme "psychomotricien" n'existant pas) revêt un enjeu quant à sa compréhension et donc son accueil. Un travail serait à faire sur ce point - éventuellement avec l'Académie des langues wallisienne et futunienne - afin de trouver un terme qui ne soit pas formé sur la base d'une transcription phonétique, mais plutôt un terme qui fasse sens en langue wallisienne.

5.2.3. Besoins

Malgré l'absence de psychomotricien à Wallis, j'ai constaté sur place que le métier n'était pas étranger à certains wallisiens. Mes interlocuteurs - en dehors des professionnels de la santé, de l'éducation ou du social - l'associaient systématiquement au handicap mental, et en particulier à l'autisme. La psychomotricité n'est donc pas inconnue, et les interlocuteurs en question m'ont systématiquement formulé un besoin autour de l'implantation de cette profession à Wallis. Ces besoins sont d'ailleurs confirmés par l'étude du contexte sanitaire⁶.

⁶ Cf. *supra*, Partie I, 4.4. Situation sanitaire, p. 14.

La psychologue est seule à exercer sur un territoire de plus de 11000 habitants (puisqu'elle travaille également à Futuna). Elle fait état de besoins en ce qui concernerait une approche pluridisciplinaire.

Marie-Inès M. : « Sur le plan psychopathologique, on observe de nombreuses manifestations dépressives chez les enfants. Ces souffrances s'expriment souvent sous forme de troubles du comportement : externalisés, internalisés ou encore alimentaires (boulimie, anorexie...). Ces problématiques sont fréquentes, et justifieraient une prise en charge multidisciplinaire. On retrouve également un grand nombre de troubles du neurodéveloppement avec une exposition excessive aux écrans dès le plus jeune âge. La pédiatre du territoire constate aussi plusieurs cas de troubles de l'attention, souvent aggravés par cette même exposition. »

« Enfin, les TSA [troubles du spectre de l'autisme] sont difficiles à diagnostiquer mais également à prendre en charge, faute de professionnels formés. Beaucoup d'enfants ont été évacués médicalement entre 3 et 10 ans pour une évaluation hors territoire. À l'époque, leurs symptômes étaient souvent interprétés comme "secondaires à la surexposition aux écrans". Aujourd'hui, chez ces mêmes enfants, les signes persistent ou s'aggravent : écholalies, stéréotypies, rigidités alimentaires... Des éléments qui évoquent davantage un TSA plus ou moins installé. Ce flou diagnostique souligne le besoin d'une évaluation pluridisciplinaire et contextualisée, adaptée aux réalités locales. »

Il me semble, au vu de tous ces éléments, que les besoins en psychomotricité sont réels mais nécessitent d'être mieux identifiés et explicités, afin de pouvoir conduire vers les modalités d'une prise en soin en psychomotricité et donc d'abord à la création d'un poste par l'ADS. Aussi, bien que tout cela reste pour l'instant dans le domaine de l'hypothétique, j'ai trouvé intéressant d'envisager une possible projection vers "un pas de la porte" de la salle de psychomotricité wallisienne. Ce "pas de la porte" me permet de réfléchir et de tenter de rendre tangible une possible pratique sur le territoire. C'est ce que j'ai choisi de partager maintenant pour clôturer cette rencontre, cette visite de ce territoire français d'outre-mer.

5.3. L'entretien

5.3.1. La compréhension du contexte

L'entretien permet notamment la formulation de la demande par le patient. Pour cela, je devrai m'assurer que nous nous comprenons. Au-delà de la langue, la compréhension du contexte culturel est importante pour communiquer. Je pourrais si besoin utiliser pour cela l'Entretien de Formulation Culturelle⁷ (EFC).

⁷ Cf. *supra*, Partie II, 3.4. La compréhension du contexte culturel, p. 32.

5.3.2. Les interlocuteurs de l'entretien

Si je reçois un enfant wallisien, il me faudra avoir à l'esprit que les figures d'attachement maternelle et paternelle ne sont pas forcément représentées par la mère et le père biologique. Comme en témoigne la psychologue Marie-Inès M⁸, elles peuvent être extérieures à la famille, et elles peuvent aussi être fragmentées.

Enfin, la tante paternelle pourrait avoir une importance symbolique particulière vis-à-vis de la santé de l'enfant⁹. Sa présence lors de la rencontre - dans les familles très ancrées dans les valeurs traditionnelles - pourrait donc être un élément à considérer, et établir l'alliance thérapeutique avec elle pourrait s'avérer essentiel.

5.4. Le bilan

Etant donné le manque de professionnels et particulièrement de spécialistes, il est probable que les patients me soient adressés pour un bilan psychomoteur, afin d'aider au diagnostic. D'ailleurs, la psychologue interviewée déplore le manque d'évaluation pluridisciplinaire. Or, il me semble que la passation et la cotation de certains tests pourrait être sujette à des biais. Au sujet des facteurs culturels pouvant biaiser les tests, Catherine Le Du (2009) évoque, entre autres :

[des] biais de méthode dans les modes de passation des tests. L'accent y est systématiquement mis sur leur rapidité d'exécution d'une tâche et le chronométrage est là pour en attester alors que la performance temporelle reste beaucoup moins valorisée dans d'autres cultures ou la notion même de "temps" peut avoir une toute autre importance ou signification. (Le Du, 2009, p. 122)

Elle évoque également un autre type de biais dû à la traduction : les biais d'items.

Ces biais d'items se retrouvent essentiellement dans les items verbaux. La validité des tests suppose une stricte équivalence des traductions. Traduire implique le passage d'un univers source, abritant un langage, une culture et un espace sémantique, à un univers cible homologue. (*Ibid.*, p. 123)

Il me semble que cela pourrait être notamment le cas à Wallis où le contexte du bilinguisme me semble à prendre en compte. Rappelons que pour certains enfants wallisiens, le français reste mal maîtrisé d'une part, et que les termes français n'ont pas toujours d'équivalent exact en wallisien. Or, les catégories organisant la pensée dépendent de la langue comme nous l'avons vu. Cela pourrait avoir des conséquences sur les items verbaux des tests. On m'a rapporté à ce sujet l'exemple d'un élève qui, en cours de sport, dit (en français) avoir mal au pied alors même qu'il se tient la cuisse. Cette confusion pourrait venir du fait que le mot *va'e* en wallisien désigne à la fois la jambe et le pied. De la même façon, le mot *mata* désigne à la fois les yeux et la face. Ces exemples montrent que la langue wallisienne n'établit pas toujours les mêmes catégories pour désigner les parties du corps que la langue française.

⁸ Cf. *supra*, 3.2. Les techniques de maternage, p. 61.

⁹ Cf. *supra*, 2.2. La place particulière de la tante paternelle, p. 59.

Quel impact pourrait avoir ces différences, ne serait-ce que sur le Test des somatognosies de Bergès par exemple ? Cela me laisse à penser qu'il serait intéressant de réaliser un travail de recherche à ce sujet pour pouvoir éventuellement adapter les tests et revoir les étalonnages. En attendant, il me semble que les résultats pourraient être à pondérer et à confronter aux observations cliniques au fil des séances.

De la même façon, il me semble que des recherches pourraient être menées concernant les grilles d'observations afin que leurs critères soient éventuellement pondérés. Je pense notamment à la grille d'évaluation du développement psychomoteur. En effet, nous avons vu que les techniques de maternage pouvaient avoir une influence sur le développement psychomoteur de l'enfant¹⁰, non pas sur la finalité de ce développement mais sur l'âge de maturation de certaines compétences comme le redressement de la tête, la station assise, la marche, l'attention conjointe, le langage... A Wallis, les techniques de maternage traditionnelles semblent de type proximal. Le développement moteur serait plus précoce dans ce type de situation d'après Rochat (cité par Housseini-Houy et al., 2022). Cela semble confirmé par les observations de l'infirmière de PMI¹¹ qui remarque que les enfants marchent entre 9 et 11 mois à Wallis. Rappelons que, selon la grille de développement psychomoteur de l'enfant de Nelly Thomas, les premiers pas s'effectuent en moyenne à 11 mois, et la marche autonome est mature en moyenne à 15 mois.

5.5. Le projet de soin en psychomotricité

Sur la base du bilan psychomoteur et de ses résultats et si celui-ci confirme la nécessité d'une prise en soin en psychomotricité, je construirai alors le projet de soin avec le patient et son entourage, en veillant au maximum à une compréhension de celui-ci, ainsi qu'à son adhésion.

5.5.1. Co-construire le sens du soin psychomoteur

Nous avons vu en partie III que la psychomotricité s'adresse au corps propre phénoménologique, le corps vécu intimement. La fonction de corporéité du corps propre le met en relation au monde, c'est-à-dire à son environnement physique et humain. Or, dans la culture wallisienne, le corps ne définit pas en soi un individu, ce sont ses actions dans le monde social qui le définissent en tant qu'individu. De plus, ce statut n'est pas établi une fois pour toute, mais doit constamment se réactualiser par des performances sociales. En effet, en Océanie, « le corps n'est pas un principe d'individuation. Le corps est toujours la relation » (Tjibaou, dans Chaussoy, 2022, p. 54).

¹⁰ Cf. *supra*, partie III, 3.3. L'influence des techniques de maternage, p. 47.

¹¹ Cf. *supra*, 3.2. Les techniques de maternage, p. 61.

Tel que je le comprends, c'est par sa corporéité que l'individu peut exister aux yeux de la société wallisienne. Il me semble que la corporéité, fonction sur laquelle nous travaillons spécifiquement en psychomotricité, pourrait donc représenter un point de jonction avec le système de représentations de la culture wallisienne. Sur cette notion commune pourrait s'ancrer une compréhension mutuelle et l'établissement d'un *projet de soin psychomoteur qui rencontre l'adhésion du patient et de son entourage*.

5.5.2. Les enjeux de l'efficacité

A Wallis, l'efficacité est la preuve du *mana*¹². Au cours de mes échanges avec les habitants, il m'est apparu que la réputation d'efficacité - ou pas - des soins était un facteur essentiel de l'alliance thérapeutique. Ce point pourrait représenter un défi pour la psychomotricité car les prises en soin peuvent être relativement longues et les bienfaits ne sont pas toujours visibles dès les premières séances. Je devrai donc expliquer que la prise en soin psychomotrice est un travail qui requiert un suivi régulier sur un temps long. Il faudra que je sois claire sur les limites du soin psychomoteur. *La co-construction d'objectifs raisonnables me semble importante pour éviter le découragement et une interruption prématurée du suivi*.

Par ailleurs, il est possible que dans certains cas je doive impliquer l'entourage dans le soin pour que l'environnement soit le mieux adapté possible, afin de favoriser l'évolution positive du patient (par exemple l'adaptation de l'environnement à un enfant présentant des hypersensibilités). Sur ce point, le système de soin traditionnel semble faire beaucoup appel au soutien familial¹³ : *cette notion culturelle de l'importance de l'implication familiale dans le soin pourrait être un point de départ pour s'entendre et co-construire le projet de soin en psychomotricité*.

¹² Cf. *supra*, 1.3.2. L'efficacité comme preuve du *mana*, p. 57.

¹³ Cf. *supra*, 4.2. Les soins traditionnels, p. 65.

Conclusion

Dans cette dernière partie, j'ai commencé par mettre en évidence quelques points essentiels de la culture wallisienne, principalement sur la base de documents anthropologiques et d'entretiens semi-directifs. Ensuite, je me suis projetée dans l'exercice de la psychomotricité à Wallis. J'ai pu établir que les besoins de prise en soin en psychomotricité étaient manifestes, toutefois l'alliance thérapeutique semble parfois être difficile à obtenir ou à conserver. Dans le but de mettre en place les conditions nécessaires à l'établissement de cette alliance, j'ai tenté de prendre en compte la culture dans mon approche de la rencontre avec la population wallisienne. J'ai d'abord essayé de déterminer quel pourrait être le cadre d'intervention dans lequel serait reçu le patient. Puis j'ai envisagé ce que je pourrais mettre en place lors de l'accueil du patient et de l'entretien afin de favoriser la communication. Ensuite, j'ai essayé de déterminer si des facteurs culturels pourraient entrer en jeu lors de la réalisation du bilan psychomoteur. Et enfin, j'ai essayé de voir comment le projet thérapeutique pourrait se co-construire sur la base d'une compréhension mutuelle.

Au final, j'ai pu constater comment la connaissance de certains aspects de la culture wallisienne, associée au décentrage, pouvaient m'aider à penser, en tant que future psychomotricienne, cette rencontre avec la population wallisienne. Mais j'ai vu également que cette dimension culturelle était complexe dans le sens où elle implique les dynamiques de la culture, qu'elle met en jeu le degré d'adhésion du patient à sa culture ainsi que les métissages culturels qui peuvent se produire. Par ailleurs, il s'agit d'une démarche uniquement théorique, elle doit être confrontée à la réalité clinique du terrain, c'est-à-dire du cadre d'intervention effectif et de la population rencontrée. Il serait par conséquent indispensable de poursuivre cette démarche sur le terrain pour pouvoir en tirer des conclusions quant à son intérêt clinique.

Discussion

1. Rappel de la problématique et de la méthodologie

La question centrale de ce travail est :

En quoi la psychomotricité a-t-elle besoin d'une approche culturelle pour s'implanter sur un territoire français d'outre-mer, ici Wallis-et-Futuna ?

Pour tenter d'y répondre, j'avais formulé trois hypothèses :

- une approche culturelle pourrait répondre à des enjeux concernant la prise en soin en psychomotricité ;
- les spécificités de la psychomotricité (unité psychocorporelle, corps en relation, relation avec l'environnement) peuvent permettre une prise en compte de l'autre dans sa dimension culturelle ;
- la population de Wallis-et-Futuna, imprégnée de son bain de représentations de la place du corps dans la construction identitaire du sujet est à même d'accueillir la psychomotricité et de recevoir des soins en psychomotricité.

La question a été étudiée par le biais d'un travail uniquement théorique, en raison de l'éloignement géographique, mais s'ancrant sur un terrain existant étudié par le biais de sources anthropologiques, des observations qui y ont été menées et sur des témoignages de professionnels du domaine de la santé et de l'éducation y exerçant actuellement.

2. Présentation des résultats

Pour répondre à la première hypothèse, je me suis concentrée sur le temps de la rencontre, inaugurant la prise en soin. J'ai démontré qu'une approche culturelle non seulement était possible dans ce cadre mais présentait un intérêt certain pour établir la communication et favoriser la compréhension mutuelle, conditions nécessaires pour répondre aux enjeux d'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage, d'établissement de la relation et de recueil d'éléments cliniques lors de l'entretien. La démonstration théorique qui en a été faite dans la deuxième partie de ce mémoire a été illustrée par la projection dans ce que pourrait être un début de prise en soin en psychomotricité à Wallis. Cet "exercice projeté" a permis d'illustrer l'intérêt d'une approche culturelle non seulement dans le cadre de l'accueil, la présentation et l'entretien, mais aussi pour les étapes du bilan et de la co-construction du projet de soin. Je peux donc établir qu'une approche culturelle peut répondre à des enjeux concernant la prise en soin en psychomotricité et ainsi valider ma première hypothèse.

Concernant ma deuxième hypothèse, j'ai d'abord montré qu'une des spécificités majeures de la psychomotricité est de s'adresser au corps propre phénoménologique, il est une unité psychocorporelle, un corps vécu, en relation à l'environnement et à autrui. J'ai pu établir que le corps propre est un "corps culturel" jusque dans ses fondements toniques et dans sa sensorialité / perception. De plus, j'ai montré que cette "inscription culturelle" commence dès le troisième trimestre de grossesse et se poursuit durant le développement psychomoteur, puis notamment par les apprentissages. Par conséquent, je peux dire que la prise en soin en psychomotricité est à même de s'adresser à l'individu dans sa dimension culturelle, et ce d'emblée depuis sa naissance. Je peux donc valider ma deuxième hypothèse.

Enfin, en ce qui concerne la troisième hypothèse, j'ai mis en évidence les besoins de la population en termes de prise en soin psychomotrice, ainsi que l'intérêt et la possibilité théorique de mettre en œuvre une approche culturelle de la psychomotricité pour favoriser l'alliance thérapeutique et la communication mutuelle dans le contexte de Wallis. En effet, l'approche culturelle m'a ici permis de dégager - sur la base des apports de l'anthropologie et des témoignages - des éléments culturels susceptibles d'apporter un éclairage clinique (sens des maladies, organisation sociale). Elle a également amené à penser des mesures et à prévoir la mise en place d'outils (interprétariat et/ou apprentissage de la langue, entretien de formulation culturelle) permettant de favoriser la communication et la compréhension mutuelle. Elle a, de plus, permis de dégager des points d'appui permettant de favoriser l'alliance thérapeutique (possibilité d'une compréhension du soin autour du sens de la corporéité, soutien de la famille), ainsi que des points de vigilances concernant les fragilités de cette même alliance (efficacité, rapport au parcours de soin occidental) et concernant des aspects techniques de la pratique psychomotrice (bilan). Il me semble donc que l'approche culturelle présente un intérêt en ce qui concerne la préparation d'un projet d'exercice de la psychomotricité dans un milieu où la culture est prégnante comme à Wallis. Néanmoins, en l'absence d'une confrontation à la réalité du terrain, je ne peux ni valider ni invalider ma troisième hypothèse.

Concernant la réponse à ma question centrale :

En quoi la psychomotricité a-t-elle besoin d'une approche culturelle pour s'implanter sur un territoire français d'outre-mer, ici Wallis-et-Futuna ?

Je pense pouvoir dire maintenant que la psychomotricité est en capacité de prendre en compte le patient dans sa dimension culturelle, et qu'elle a besoin d'une approche culturelle pour le faire et ainsi répondre à des enjeux majeurs pour la prise en soin. En revanche, je ne peux pas dire, sans l'avoir mis à l'épreuve de la réalité clinique, si cette approche peut lui permettre de s'"implanter" à Wallis-et-Futuna.

3. Limites de ce travail

Au vu des éléments exposés ci-dessus, une des limites de ce travail réside en son aspect théorique qui ne m'a pas permis de valider pleinement sur le terrain choisi (celui de Wallis) la faisabilité et l'intérêt clinique de l'approche culturelle dans cette situation d'exercice.

Par ailleurs, mes recherches concernant la dimension culturelle du corps se sont ici limitées aux aspects sensoriels/perceptifs et toniques. Ce choix était délibéré : les fonctions psychomotrices de tonicité et de sensorialité/perception étant aux fondements du développement psychomoteur, elles m'ont semblé les plus pertinentes pour démontrer que la psychomotricité s'adresse à un "corps culturel".

Enfin, j'ai pu apporter dans ce mémoire des notions quant à l'approche transculturelle (telles les "enveloppes culturelles" et le "berceau culturel"), cependant le cadre de ce mémoire et mon manque de formation à cette approche, ne m'ont pas permis d'en développer tous les aspects, en particulier celui de contre-transfert culturel.

4. Recherches complémentaires

Le travail que j'ai effectué concernant le "corps culturel", s'est concentré sur le tonus et la sensorialité/perception. Il serait intéressant de le compléter par des études concernant la dimension culturelle du corps au regard des autres fonctions psychomotrices : représentations corporelles, motricité, temporalité, spatialité. Dans ce but, il me semblerait notamment riche d'exploiter les apports de la linguistique en étudiant par exemple le vocabulaire - en langue vernaculaire - relatif au corps, aux relations sociales, à l'espace et au temps. Par ailleurs, concernant les représentations du corps, j'ai esquissé ici l'intérêt du concept d'"enveloppe culturelle" - apporté par la psychiatrie transculturelle - comme se constituant conjointement aux "enveloppes psychocorporelles". Il me semble nécessaire d'approfondir encore ce sujet, tant par des apports théoriques que cliniques.

D'autre part, au cours de ce travail, j'ai évoqué la possibilité de biais concernant la passation des tests de bilan et l'interprétation de leurs résultats en raison de facteurs culturels. De la même manière, je me suis interrogée sur les grilles d'observation et leur éventuel manque d'ajustement avec la population observée. Il me semble donc qu'un travail de recherche pourrait s'établir autour de la question des tests et des grilles d'observations utilisés au cours du bilan psychomoteur afin de chercher si et comment ils nécessiteraient éventuellement des adaptations ou des ajustements prenant en compte des facteurs culturels.

De plus, il serait intéressant d'ouvrir la réflexion menée ici au champ de la pathologie : comment une approche culturelle, une approche de l'"altérité culturelle", nous invite-t-elle à penser les étapes du développement psychomoteur et ses éventuels retards, ainsi que les manifestations cliniques d'un trouble qu'il soit un trouble des apprentissages ou un trouble du spectre autistique...

Et enfin, afin de valider l'intérêt, d'un point de vue clinique, d'une approche culturelle de la psychomotricité à Wallis, il faudrait pouvoir la confronter à la réalité du terrain en exerçant sur place.

5. Apports personnel et professionnel de ce travail

A titre personnel, d'une part ce travail m'a permis de découvrir l'intérêt - et les difficultés aussi - de l'écriture, comme moyen d'expression de mes idées et d'incarnation de mes valeurs et de mon engagement. Il a, d'autre part, mis en lumière l'importance que la question du culturel et de l'altérité revêtent pour moi.

A titre professionnel, mes réflexions sur le concept de "décentrage" m'ont aidé à aller au-delà de ce que je considérais de prime abord comme une approche culturelle. Il me semble maintenant qu'il ne s'agit pas seulement de s'intéresser à la culture du patient, ce qui me semble maintenant important c'est de comprendre les liens entre l'homme et la culture. Cela conduit, à mon sens, à voir au-delà de la culture, et toucher ainsi à l'universel du sujet, à cet universel présent dans la rencontre en psychomotricité.

Ensuite, ce travail m'a permis de mieux comprendre à quel corps s'adresse la psychomotricité. En précisant ce qu'était le corps propre et la corporéité, comment celle-ci permettait d'"être-au-monde", j'ai mieux saisi en quoi le travail que nous proposons aux patients autour de la conscience corporelle et de l'expressivité du corps est fondamental.

Enfin, en faisant des liens entre corps propre et culture, j'ai réalisé à quel point le corps était riche de multiples dimensions. J'ai aussi réalisé toute l'influence que le milieu humain pouvait avoir sur le corps. Je n'avais pas saisi jusqu'alors à quel point le bébé - et même le fœtus - pouvait être entouré, enveloppé de toutes ces dimensions qui font la richesse et la complexité de l'être humain. Cela m'amène à réaliser encore davantage à quel point le métier de psychomotricien fait sens.

Conclusion

Le travail de réflexion que j'ai conduit tout au long de ce mémoire est né d'un projet professionnel et avait pour ambition de montrer en quoi la psychomotricité aurait besoin d'une approche culturelle pour s'implanter sur un territoire français d'outre-mer, à Wallis-et-Futuna. Ce sujet m'avait paru intéressant à traiter car la question du culturel est assez peu abordée pendant les études de psychomotricité et qu'il existe peu d'écrits sur ce sujet. L'abord de la problématique a mis en lumière des enjeux à ce qui pourrait être une approche culturelle de la prise en soin en psychomotricité, enjeux concernant notamment la rencontre avec le patient, et portant sur l'alliance thérapeutique, l'établissement de la relation et le recueil d'informations cliniques. De plus, il a illustré l'intérêt et la richesse de cette approche dans l'élaboration d'un projet d'exercice de la psychomotricité sur un territoire où la culture locale est prégnante. Par ailleurs, en abordant la question du culturel sous l'angle de la relation entre corps et culture, ce travail a permis de mettre en évidence que le corps propre est culturel et ce, déjà in-utéro. Ainsi, la psychomotricité, en s'adressant au corps propre, unité psychocorporelle, s'adresse d'emblée à un "corps culturel", à un sujet éminemment culturel. En prenant en compte l'être humain dans sa dimension culturelle, la psychomotricité, de par ses spécificités, est donc universelle.

Cette question de l'universalité de la psychomotricité, qui finalement semble ressortir de ce travail, m'amène à penser que d'autres dimensions de l'être humain que celle de la culture pourraient être également considérées. A ce propos, Bottini et Sassano (2015), de l'école argentine de psychomotricité, invitent à considérer la personne comme un système « complexe ou auto-organisé » (*Ibid.*) dont le développement psychomoteur s'inscrirait dans un contexte « donné par les systèmes suivants : familial, institutionnel et socioculturel » (*Ibid.*, p. 365). Tous ces systèmes seraient eux-mêmes contenus dans un « macro-système écologique » (*Ibid.*, p. 365) relatant l'interdépendance entre tout être vivant et son milieu naturel. A l'ère de l'Anthropocène où les déséquilibres écologiques manifestes posent de plus en plus la question du rapport de l'homme avec la nature, il me semble que cette dimension - comme celle de la culture - serait essentielle à prendre en compte en psychomotricité afin de rester au plus près des vécus de l'humanité. Car en définitive, si prendre corps c'est « habiter le monde et y apposer son empreinte » (Lesage, 2021, p. 75), alors prendre corps, en France métropolitaine comme à Wallis-et-Futuna, c'est habiter un monde complexe et y écrire de façon singulière une histoire universelle.

Bibliographie

Académie des Langues Wallisienne et Futunienne. (s. d.). *Présentation générale*. Consulté 8 février 2025, à l'adresse <https://academiedeslangues.wf/>

Agence de Santé de Wallis et Futuna. (2023, décembre). *Projet de Santé du territoire des îles Wallis et Futuna 2024-2033*.
https://www.adswf.fr/pdf/communication/PROJET_DE_SANTE_WALLIS_ET_FUTUNA.pdf

Agence de Santé de Wallis et Futuna. (2024). *Rapport d'activités 2023* [Rapport non publié].

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Guelfi J. D. et Crocq M. A., Trad., 5e éd.). Elsevier Masson.

Albaret, J.-M., & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie du tonus. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4-Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 142-159). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0142>

Affergan, F. (2007). L'anthropologie cognitive existe-t-elle? L'Homme. *Revue française d'anthropologie*, 184, 85-105. <https://doi.org/10.4000/lhomme.21908>

André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Heures de France.

Bastide, R. (s. d.). ACCULTURATION. *Encyclopædia Universalis*. Consulté 20 décembre 2024, à l'adresse <https://www.universalis.edu.com/encyclopedie/acculturation>

Battesti, V., & Candau, J. (2023). *Apprendre les sens, apprendre par les sens : Anthropologie des perceptions sensorielles*. Éditions Pétra. Univers sensoriels et sciences sociales, 978-2-84743 314-2. HAL Id : hal-03917206 , version 1.

- Baubet, T. (2009). L'évaluation clinique en situation transculturelle. Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 91-106). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.
- Belkaïd, N., & Guerraoui, Z. (2003). La transmission culturelle. Le regard de la psychologie interculturelle. *Empan*, 51(3), 124-128. <https://doi.org/10.3917/empa.051.0124>.
- Bottini, P.L., & Sassano, M. (2015). Le devenir de la psychomotricité en Argentine : réflexions sur son histoire, les formations professionnelles et les principaux concepts. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 358-367). De Boeck Supérieur.
- Bril, B. (1997). Culture et premières acquisitions motrices: enfants d'Europe, d'Asie, d'Afrique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 10(5), 302-314. DOI:10.1016/S0987-7983(97)88931-1
- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 - un parcours de recherche*. Érès.
- Chaussoy, R. (2022). *Vivre le métissage*. In Press.
- Chave-Dartoen, S. (2000). *Uvea (Wallis) Une société de Polynésie occidentale, étude et comparaison*. [Phd thesis, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)]. <https://theses.hal.science/tel-00986101>
- Chave-Dartoen, S. (2002). Le paradoxe wallisien : Une royauté dans la République. *Ethnologie française*, 32(4), 637-645. <https://doi.org/10.3917/ethn.024.0637>
- Chave-Dartoen, S. (2006). Rites de passage à Wallis. *Journal de la Société des Océanistes*, 122-123, 77-90. URL : <http://journals.openedition.org/jso/554> ; DOI : 10.4000/jso.554

- Chave-Dartoen, S. (2017a). Économie des signes et distinction des relations sociales. Circulations monétaires, performance rituelle et hiérarchie de valeurs (Wallis). *La monnaie en relation, cArgo Revue internationale d'anthropologie culturelle & sociale*, (5), 111-129.
<http://www.cargo.canthel.fr/wp-content/uploads/2017/04/ChaveDartoenCargo5.pdf>
- Chave-Dartoen, S. (2017b). *Royauté, chefferie et monde socio-cosmique à Wallis ('Uvea)*. Pacific-credo Publications. <https://doi.org/10.4000/books.pacific.107>
- Chave-Dartoen_Sophie (2023). Vers une colonisation des esprits ? Les enjeux sociaux, politiques, linguistiques et cognitifs des formes de transmission à Wallis. *ethnographiques.org*, 45, 1-19.
<https://www.ethnographiques.org/2023/Chave-Dartoen>
- Chave-Dartoen, S. (2024). Un « corps » n'est pas qu'un corps. Catégories et sémiotique des instanciations corporées à Wallis. *Cygne noir: revue d'exploration sémiotique*, 12, 107-138.
<https://doi.org/10.7202/1112623ar>
- Clément, J. (2014). *Cultures physiques. Le rugby de Samoa*. Éditions Rue d'Ulm.
- Coavoux, S. (s. d.). *Habitus*. Le lexique socius. Consulté le 30 mars 2025, à l'adresse :
<https://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/36-habitus>, page consultée le 30 March 2025.
- Cour des comptes (2022, 14 décembre). *Le territoire des îles Wallis et Futuna. Exercices 2016-2021*.
<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/63043>
- Cristaldi, M. (2013). *Psychomotricité et interculturalité dans la Méditerranée*. [Thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II]. <https://theses.hal.science/tel-00921254>
- Corraze, J. (1992). *Les communications non-verbales*. Presses Universitaires de France.

- Corraze, J. (2012). Le psychomotricien et la relation thérapeutique. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 : Concepts fondamentaux*. (p. 339-351). De Boeck Supérieur.
- Ghemari, Y., Gioan, E., & Radjack, R. (2024). L'expérience d'une interprète au sein d'un dispositif périnatal transculturel. *Sages-Femmes*, 23(4), 21-24. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2024.05.006>
- Csordas, T. (2009). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18, 5-47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- Damasio, A. R. (2002). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Editions Odile Jacob.
- Di, C., & Moro, M.-R. (2008). Conflit des cultures dans la constitution de soi. L'apport de l'approche ethnopsychiatrique. *Informations sociales*, 145(1), 16-24. <https://doi.org/10.3917/inso.145.0016>.
- Direction de l'Enseignement Catholique Wallis et Futuna, Vice-Rectorat de Wallis-et-Futuna, Agence de Santé Wallis et Futuna, & Communauté du Pacifique. (2020). *École en santé Wallis-et-Futuna*. <https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/contenu/telechargement/9438/61486/file/D%C3%89PLIANT%20%C3%89COLE%20EN%20SANT%C3%89%20V2.indd.pdf>
- Direction de l'information légale et administrative. (2024, septembre 19). *Inclusion des élèves handicapés à l'école : Un bilan contrasté*. Consulté le 7 février 2025 à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/en-bref/295402-inclusion-des-eleves-handicapes-lecole-un-bilan-contrasté>
- Douaire-Marsaudon, F. (2010). Enfanter, est-ce bien « naturel » ? Rite, représentation, fantasme de l'engendrement dans un culte polynésien. *Journal de la Société des Océanistes*, 130-131, 89-104. DOI : <https://doi.org/10.4000/jso.6022>

Douaire-Marsaudon, F. (2018). Droit coutumier et loi républicaine dans une collectivité d'outre-mer française (Wallis-et-Futuna). *Ethnologie française*, 48(1), 81-92.
<https://doi.org/10.3917/ethn.181.0081>

Encyclopædia Universalis. (2025). *Déculturation*. Universalis.fr. Consulté 22 février 2025, à l'adresse
<https://www.universalis.fr/dictionnaire/d%C3%A9culturation/>

Garel, A. (2014). La différence aux prises avec le transculturel. *Contraste*, 40(2), 155-172.
<https://doi.org/10.3917/cont.040.0155>.

Georgieff, N. (2014). Intersubjectivité : Une perspective développementale. *Enfances & Psy*, 62(1), pp. 50-56. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0050>

Giromini, F. (2022). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'œuvre d'Ajuriaguerra. Dans Gatecel, A. et Valentin-Lefranc, A. (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (2e Éd.), pp. 7 -14. Dunod.

Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S. & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La psychomotricité. Que sais-je ? / Humensis*

Golse, B. (2017). Détruire l'objet pour ne pas le perdre. *Le Carnet Psy*, 206(3), 30-34.
<https://doi.org/10.3917/lcp.206.0030>.

Gosselin, P. & Rimane, D. (2025, 15 janvier). *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux outre-mer en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'avenir institutionnel des outre-mer*. Assemblée nationale.
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RINFANR5L17B0774.raw#_ftn231

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2ème édition revue et augmentée). Heures de France.

Hall, E. T. (1971). *La dimension cachée*. Editions du Seuil.

Haute Autorité de Santé. (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compétences....pdf

Housseini-Houy, S., Camara, H., & Moro, M.-R. (2022). Tonus et culture, de la mémoire corporelle à la transparence corporelle Une lecture transculturelle de la psychomotricité. *Perspectives Psy*, 61(4), 353-360. <https://doi.org/10.1051/psy/2022614353>

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

Institut d'émission d'outre-mer. (2024, août). *Rapport annuel économique 2023.*

https://www.ieom.fr/IMG/pdf/rapport_ieom_wf_2023_basse_def.pdf

Dictionnaire de français Larousse. *Corporéité*. Consulté 12 janvier 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corpor%C3%A9it%C3%A9/19401>

Le Breton, D. (1993). De l'efficacité symbolique. Dans C. Clanet, R. Fourasté, R. et J.-L. Sudres (dir.), *Corps, cultures et thérapies*, p. 73-88 . Presses Universitaires du Mirail.

Le Breton, D. (2018). *La sociologie du corps* (11ème édition mise à jour). Que sais-je. Humensis.

Le Du, C. (2009). *Tests psychologiques et facteurs culturels*. Dans T. Baubet et M.-R. Moro, *Psychopathologie transculturelle*, (pp. 107-150). Masson.

Leguy, C. (2014). Langage, culture et expression littéraire du point de vue de l'anthropologie linguistique. Dans J. Aguilar, C. Brudermand et M. Leclère (dir.), *Langues, cultures et pratiques en contexte : interrogations didactiques*, p. 151-176. Riveneuve éditions.

- Lehmann, J.-P. (2012). Comment Winnicott a découvert « son » enfant. *Figures de la psychanalyse*, 24(2), 29-37. <https://doi.org/10.3917/fp.024.0029>
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. Érès. <https://doi-org/10.3917/eres.lesag.2012.01>.
- Lesage, B. (2021) . Écologie et corporéité : habiter corporellement le monde. *Staps*, 132(2), 73-82. <https://doi.org/10.3917/sta.132.0073>.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 2829(1), 41-70. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>
- Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.
- Mestre, C. (2004). La psychiatrie transculturelle un champ nécessaire et complexe. Dans M.-R. Moro, Q. De La Noé et Y. Mouchenik (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social* (p. 179-195). Editions La Pensée sauvage.
- Mestre, C., Moro, M.-R., & Réal, I. (2009). Périnatalité : des mères et des bébés en exil. Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 171-189). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.
- Moro, M.-R. (2002). *Enfants D'ici Venus D'ailleurs : Naître et Grandir En France*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.moro.2002.01>.
- Moro, M.-R. (2004). Bases de la clinique transculturelle. Dans M.-R. Moro, Q. De La Noé et Y. Mouchenik, *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social* (p. 159-177). Editions La Pensée sauvage.

- Moro, M.-R. (2009a). Les débats autour de la question culturelle en clinique. Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 30-48). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.
- Moro, M.-R. (2009b). Parents-enfants en situation migratoire : une nouvelle clinique des métissages. Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 58-88). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.
- Moro, M.-R. (2009c). Penser et agir en situation transculturelle. Pourquoi ? Comment ? . Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 9-18). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.
- Mouchenik, Y.. (2009a). La vulnérabilité de l'enfant, une notion entre psychanalyse et anthropologie : Un concept outil pour le clinicien-chercheur en Nouvelle-Calédonie. *Cliopsy*, 2(2), 27-36.
<https://doi.org/10.3917/cliop.002.0027>
- Mouchenik, Y. (2009b). Igor, l'enfant menacé de l'île d'Ouvéa. Une clinique transculturelle entre psychologie et anthropologie. *L'Information psychiatrique* 2009, 85, 655-66.
- Moyse-Faurie, C. (2016). *Te lea faka'uvea – Le wallisien*. Société Linguistique de Paris. halshs-01477387
- Pechberty, D., & Toa, E. (2004). *Vivre la coutume à 'Uvea (Wallis)*. L'Harmattan.
- Perrineau, P. (1975). Sur la notion de culture en anthropologie. *Revue française de science politique*, 25(5), 946-68. <https://doi.org/10.3406/rfsp.1975.393637>.
- Pireyre, E. (2021). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. (3e éd.). Dunod.
- Pireyre, E. (2024). *Clinique de l'originel. Du vécu au concept*. Dunod.
- Potel Baranes, C. (2007). *Introduction aux médiations psychomotrices* [Support de cours de première année de psychomotricité - non publié]. Université Pierre et Marie Curie.
- Potel Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.

Potel, C. (2022). Psychomotricité ou la résistance au clivage corps psyché. *Perspectives Psy*, 61(1), 8-10.
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2022611008>

Préfecture des îles Wallis et Futuna. (2023, 17 mars). Présentation générale. wallis-et-futuna.gouv.fr.
Consulté le 2 février 2025 à l'adresse
<https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/index.php/Actualites/Presentation-de-Wallis-et-Futuna/Presentation-generale>

Rensch, K. (1984). *Dictionnaire Wallisien-Français*. Department of Linguistics Research School of Pacific Studies. THE AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY

Rezzoug, D., Serre, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2020). Langue maternelle en migration : Les ingrédients d'un métissage harmonieux. *Enfances & Psy*, 86(2), 42-52.
<https://doi.org/10.3917/ep.086.0042>

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012) . Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans J-M. Albaret, F. Giromini, P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 - Concepts fondamentaux* (p. 161 -199). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>

Sami-Ali, N. (2014). *Convergences. Essais de psychosomatique relationnelle*. EDK Editions.

Santiago, F. (2019). Théorie, recherche et didactique de la prosodie et de l'intonation en L2 : nouvelles perspectives. *Recherches en Didactique des Langues et Cultures - Les Cahiers de l'Acedle*, 16(1). HAL Id: halshs-02109323. <https://shs.hal.science/halshs-02109323v1>

Servant, A. (2019). *Anatomie fonctionnelle* [Support de cours - Psychomotricité 2ème année - non publié]. Sorbonne Université.

Suaudeau, Y. (s.d.). *ETHNOCENTRISME*. Encyclopædia Universalis. Consulté 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/ethnocentrisme/>

Streri, A. (2023). Apprenons-nous à percevoir ?. Dans V. Battesti et J. Candau.(2023). *Apprendre les sens, apprendre par les sens : Anthropologie des perceptions sensorielles*. Éditions Pétra. Univers sensoriels et sciences sociales, 978-2-84743314-2. HAL Id : hal-03917206 , version 1.

Taïeb, O. & Heidenreich, F. (2009). Eléments d'anthropologie médicale. Dans T. Baubet et M-R. Moro (p. 5-22). *Psychopathologie transculturelle*. Masson.

Talatini, F. A., Likvalu, A., Malau, A., Seo, K., Tafilagi, V., & Tui, M. (2004). *Uvea*. Institut des Etudes du Pacifique. Service des Affaires Culturelles de Wallis et Futuna. editorips@usp.ac.fj.

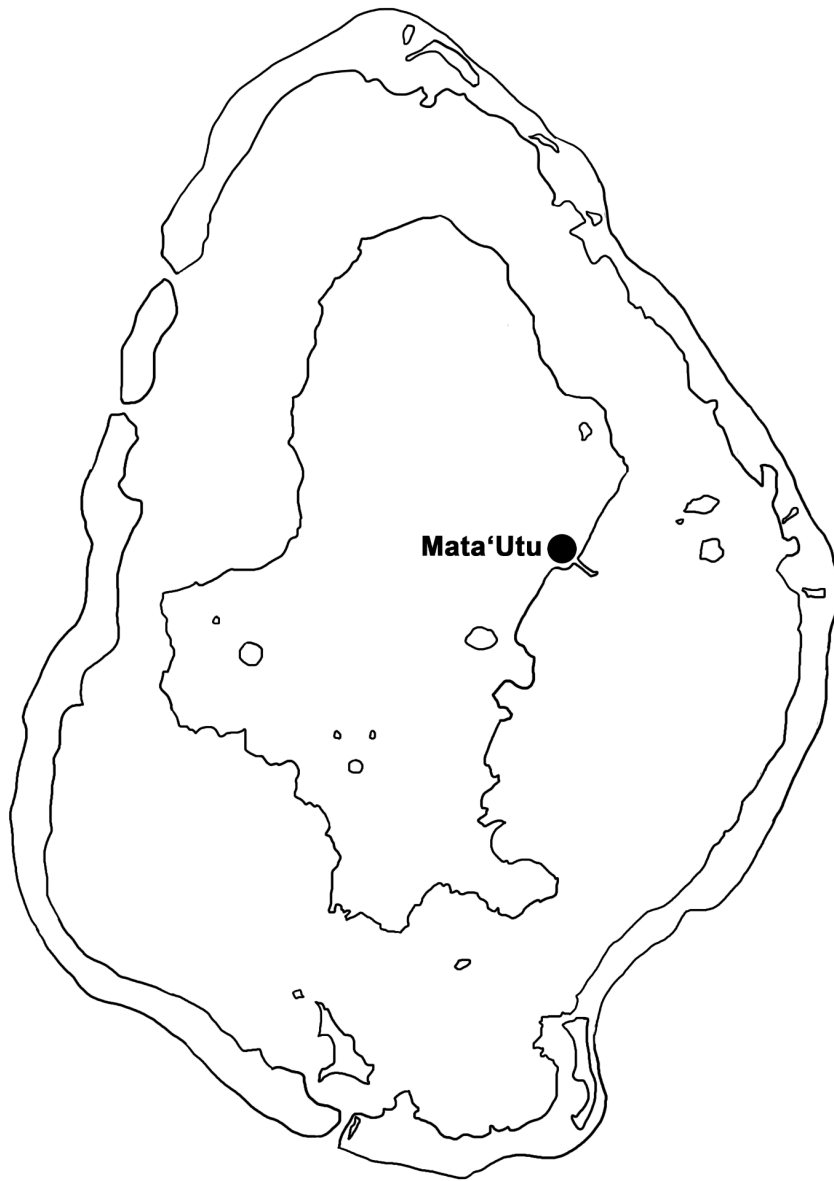
Unesco. *Le secteur de la culture*. Unesco. Consulté 21 février 2025, à l'adresse <https://www.unesco.org/fr/culture/about>

Vice-Rectorat de Wallis-et-Futuna. (2024a, 19 janvier). *L'éducation à Wallis et Futuna*. Consulté 9 février 2025, à l'adresse <https://www.ac-wf.wf/L-education-a-Wallis-et-Futuna.html>

Vice-Rectorat de Wallis-et-Futuna. (2024b, 25 mars). *La santé sur le territoire des îles Wallis et Futuna. Vademecum 2024*. https://www.ac-wf.wf/IMG/pdf/vademecum_sante_2024.pdf

Vice-Rectorat de Wallis-et-Futuna. (2024c, 13 mai). *L'école inclusive (ASH)*. Consulté 9 février 2025, à l'adresse <https://www.ac-wf.wf/L-ecole-inclusive-ASH.html>

Annexe I



Wallis et son lagon

Carte adaptée d'après :

Carte des infrastructures - Services de l'Etat et du Territoire à Wallis et Futuna

<https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/>

Résumé

Tout individu naît au sein d'une culture, pourtant le sujet du culturel est peu abordé en psychomotricité. A Wallis-et-Futuna, collectivité française d'outre-mer isolée au milieu de l'océan Pacifique, la culture locale est prégnante. Malgré les besoins manifestes de la population, il n'y a jamais eu de psychomotricien sur l'île. Ce travail de mémoire s'articule autour de la question : en quoi la psychomotricité a-t-elle besoin d'une approche culturelle pour s'"implanter" sur un territoire français d'outre-mer, ici Wallis-et-Futuna ? Il aborde les enjeux liés à la prise en compte de l'"altérité culturelle" lors de la rencontre avec le patient - inaugurant la prise en soin : alliance thérapeutique, relation, recueil d'informations cliniques. Il montre que la communication et la compréhension mutuelle sont essentielles et reposent en partie sur des facteurs culturels. Il démontre que le corps est éminemment culturel sous l'influence du milieu, dès la vie intra-utérine puis au cours du développement psychomoteur et des apprentissages. Ces réflexions se terminent par une projection de ce que pourrait être une approche de la psychomotricité à Wallis. Ce mémoire est un plaidoyer pour le développement d'une approche culturelle du soin en psychomotricité.

Mots-clés : psychomotricité, altérité culturelle, corps propre, tonus, sensorialité, développement psychomoteur, alliance thérapeutique, relation.

Abstract

Every individual is born into a culture, yet the subject of culture is rarely addressed in psychomotricity. In Wallis and Futuna, a French overseas collectivity isolated in the middle of the Pacific Ocean, local culture is very much in evidence. Despite the obvious needs of the population, there has never been a psychomotrician on the island. This dissertation focuses on the question of how psychomotricity needs a cultural approach to "take root" in a French overseas territory, in this case Wallis and Futuna. It looks at the issues involved in taking "cultural otherness" into account when meeting patients - the first step in the care process: therapeutic alliance, relationship, clinical information gathering. It shows that communication and mutual understanding are essential, and partly based on cultural factors. It demonstrates that the body is eminently cultural, under the influence of the environment, from intra-uterine life through psychomotor development and learning. These reflections conclude with a projection of what could be an approach to psychomotricity in Wallis. This dissertation is a plea for the development of a cultural approach to psychomotricity care.

Keywords : psychomotricity, cultural otherness, own body, tone, sensoriality, psychomotor development, therapeutic alliance, relationship.