

L'Aide-mémoire

Psychomotricité

25
notions
clés

Christian Ballouard

DUNOD

L'Aide-mémoire

Psychomotricité

Consultez nos parutions sur dunod.com

The screenshot shows the Dunod website interface. At the top, there is a search bar and navigation links for 'Accueil' and 'Contact'. Below the search bar, there are several featured book covers and descriptions:

- Bacchus 2008**: Encas stratégiques et pratiques dans la filière universitaire. Authors: Jean-Pierre Couderc, Henri Hamon, Firsiroti, et al.
- Profession dirigeant**: Profession d'élite. De la conception du changement à l'action. Authors: Gérard Roth, Michel Fortin.
- PYTHON**: Petit guide à l'usage du développeur solo. Author: Tarek Ziadi.
- 150 ans de psychologie et sport**: 150 petites expériences de psychologie du sport pour mieux comprendre le jeu et les autres. Authors: Yvon Paquet, Pascal Legrand, Etienne Rosnet, Emmanuelle Rusinek.

On the right side, there are sections for 'LES BIBLIOTHÈQUES DES METIERS' and 'LES NEWSLETTERS' with various sub-topics like 'Bibliothèque de l'ISI', 'Marketing et Communication', and 'Action sociale'.

At the bottom of the page, there is a footer with the text: 'bibliothèques des métiers | newsletters | marketing | psychologie | développement personnel | sport | tous les livres | tous les newsletters'.

L'Aide-mémoire

Psychomotricité

Christian Ballouard

DUNOD

Consultez nos parutions sur dunod.com



Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour



les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, Paris, 2008

ISBN 978-2-10-053525-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
---------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

LES SPÉCIFICITÉS DE L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE

1. Définitions de la psychomotricité	5
Une spécificité à valoriser	5
Une position à défendre	6
Une conception unitaire de la personne	7
Une psychologie des fonctions motrices	8
2. De la psychiatrie aux psychothérapies	11
Distinctions entre les psychistes	11
Des mésusages de l'approche corporelle : les souvenirs induits	12
Développement personnel et coaching	13

DEUXIÈME PARTIE

LES ANCRAGES DE LA PSYCHOMOTRICITÉ

3. Les fondements historiques	17
Prémices et prémisses	17
Les précurseurs	18
Julian de Ajuriaguerra	19
L'histoire continue de s'écrire	20

4.	Le grand écart entre la neurologie et la psychanalyse	23
	Ni neurologue, ni psychologue	24
	Ni psychanalyste, ni pédopsychiatre	25
	L'exemple du transfert	26
	De plusieurs transferts	26
	Traitement ou interprétation ?	27

 TROISIÈME PARTIE

LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS

5.	Définition du trouble psychomoteur	31
	Une symptomatologie d'accompagnement	32
	Des signes doux	33
	Les troubles d'une relation	34
	Les indications de psychomotricité	36
6.	Le bégaiement	37
	Définitions	37
	Typologie	39
	Caractéristiques	40
	Prise en charge	42
7.	Le tic	45
	Définitions	45
	Typologie	46
	Caractéristiques	47
	Prise en charge	47
8.	L'instabilité ou hyperkinésie	49
	Définitions	49
	Typologie	50
	Caractéristiques	52
	Prise en charge	54
9.	L'inhibition	57
	Définitions	57
	Typologie	59
	Caractéristiques	59
	Prise en charge	62

10. La maladresse ou dyspraxie	63
Définitions	63
Typologie	64
Caractéristiques	64
Prise en charge	65

QUATRIÈME PARTIE

LE BILAN PSYCHOMOTEUR

11. Valeur et évaluation	69
Deux cultures pour une évolution	69
Les enjeux d'une nouvelle relation de soins	71
Psychodynamique de l'activité	72
12. Les troubles psychomoteurs dans les classifications nosographiques	75
Les difficultés d'une classification des troubles psychomoteurs	76
Pathologie et/ou inadaptation sociale	76
Une responsabilité engagée	77
Une culture de la classification	78
La classification de Roger Misès	79
13. L'épreuve et l'observation dans le bilan	81
Incipit d'une démarche	81
Deux temps, trois mouvements	82
Prise de mesures et restitution	83
Sélection et catégorisation	83
Interaction active	84
L'observation en chemin	85
14. L'entretien	87
Une information et une relation	87
Diriger tout en se laissant diriger	88
Un changement et une réussite	88
Une co-construction	89
Une préparation	89

CINQUIÈME PARTIE

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

15.	Le nourrisson et son développement	93
	Des bases essentielles	93
	Des rires, des pleurs, des chatouilles	94
	Un dialogue tonique	95
	Un bain de langage	95
	Une intervention contenant	96
	Une stimulation des capacités naissantes	96
16.	Le jeu et l'enfant	99
	Autonomie et potentiel	99
	Une activité organisée	100
	Une fonction éternelle	101
	Jouer, prendre soin, guérir	101
	Le jeu comme un soin ou le soin comme un jeu ?	102
	Une fonction d'interface	103
17.	Le prime adolescent, l'adolescent, l'adulte	105
	À chaque période, ses soucis	105
	Un corps nouveau à maintenir comme avant	106
	Le corps social à l'adolescence	107
	Un accueil sans coalition	107
18.	Les médiations corporelles	109
	Les méthodes de relaxation	109
	À l'eau	111
	Techniques ou médiation	111
	Une modélisation de l'acte : le complexe d'Abraham	112
19.	Le langage du corps de l'adulte	115
	Le corps dispose-t-il vraiment d'un langage ?	115
	Code et langage	116
	On ne peut pas ne pas communiquer	117
	Le système d'analyse kinésique de Birdwistell	118
	L'analyse contextuelle de Schefflen	118
20.	L'adulte du 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e et 5 ^e âge	121
	La prise en charge de l'adulte	121

Les personnes âgées	122
Guérir ou... ou quoi ?	122
Acteur du changement	123
Avancer, mais en âge	124
Gagner du temps, mais pas seulement	125

SIXIÈME PARTIE

LE MÉTIER DE PSYCHOMOTRICIEN

21. Les études, les écoles	129
Une reconnaissance institutionnelle récente	129
Programmes et cursus	130
Les organismes de formation	131
Les organisations professionnelles	131
22. Les premiers pas dans le métier : stage et mémoire	133
Le stage : un parcours essentiel	133
Le rapport de stage : un écrit fondateur	134
Le mémoire de fin d'études : une expérience initiatique	135
La méthodologie : un suivi de plan	136
La présentation orale : un exercice de style	137
23. Le premier travail, CV et entretien	139
Le curriculum vitae	140
La recherche d'emploi	140
L'entretien de recrutement	141
L'installation en activité libérale	141
24. Une identité entre cadre et transfert	145
Le cadre thérapeutique : un contenant au développement d'une relation	145
Transferts primaire et secondaire : investissement et quiproquo à contretemps	147
25. Obligations et textes légaux	151
<i>Conclusion</i>	163
<i>Glossaire</i>	165
<i>Index des noms propres</i>	183
<i>Index des notions</i>	187

Introduction

FAIRE corps avec un ouvrage. Oui, mais en toute liberté. Voici donc celui qui permet plusieurs mouvements. Il choisit en outre d'incarner une interactivité personnalisée en harmonie avec son objet : l'approche corporelle en santé. En effet, à l'image de l'exercice de ce métier et en fonction du statut et de la demande des personnes, cet ouvrage offre d'entrer en relation avec la psychomotricité selon des objectifs variables. Ainsi, un étudiant, dans le cursus ou en dehors de lui, un psychomotricien, en emploi ou en attente d'un poste, un parent, concerné ou susceptible de l'être, un professionnel, prescripteur ou collègue, va pouvoir s'orienter dans une lecture qui pointe l'essentiel par des entrées multiples, un renseignement précis (index), un terme technique (glossaire), un concept spécifique (chapitre) ou une approche particulière (partie). Il va sans dire que cette aisance recherchée est au service du bien-être de la personne sans négliger la portée des connaissances présentes¹.

Cet aide-mémoire est un index structuré. Il permet un isolement des éléments pour une compréhension optimale de leur combinaison. Ici, le lien entre les trois registres de la praxis psychomotrice, clinique, théorie et technique est en filigrane et l'absence de la description d'une clinique est liée au choix d'une rédaction de synthèse. Les chemins pointés par cet index sont autant d'horizons destinés à guider l'utilisateur d'un ouvrage. Il nous rappelle avant tout que la psychomotricité met le corps en mouvement, l'oriente dans l'espace et rythme son temps en vue d'une adaptation idoine à son environnement, mais aussi d'un vécu harmonieux de cet ensemble qui réunit corps et esprit en situation. C'est là un enjeu majeur.

1. Voir l'ouvrage suivant du même auteur : *Le travail du psychomotricien*, Dunod, 2006 pour la seconde édition.

1

Les spécificités de l'approche psychomotrice

1	Définitions de la psychomotricité	5
2	De la psychiatrie aux psychothérapies	11

1

Définitions de la psychomotricité

LA PSYCHOMOTRICITÉ représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles. Un psychomotricien s'occupe du corps ou plus précisément de *l'investissement* de celui-ci. Son mode d'approche demeure spécifique dans l'aide procurée au patient à trouver un vécu harmonieux qui puisse lui permettre d'ajuster ou de réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement et de lui donner ainsi de meilleures possibilités d'adaptation.

Une spécificité à valoriser _____

La thérapie psychomotrice a pour objectif l'amélioration et la réadaptation des fonctions psychomotrices perturbées ou retardées au cours du développement du fait de facteurs biologiques, traumatiques, affectifs et/ou environnementaux. Son champ d'application est vaste, de la stimulation précoce du nourrisson à l'entretien des facultés psychomotrices de la personne âgée, en passant par toute la variété des troubles psychomoteurs de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Les techniques d'intervention sont variées et spécifiques. Elles ont toutes pour dénominateur commun : le corps en mouvement et en expression. Elles s'appuient sur une évaluation rigoureuse des troubles et requièrent de la part du thérapeute des compétences

et des connaissances dans divers domaines, actualisées dans un bilan psychomoteur : neurologie, psychiatrie, psychologie plus particulièrement.

La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un « dialogue » corporel. L'intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation. Il offre nombre de possibilités, de la relaxation au soutien de l'investissement harmonieux d'un corps lésé. Le champ d'application comprend pour l'essentiel les troubles qui s'expriment par des perturbations psychomotrices d'une part, et ceux pour lesquels l'approche par le corps paraît la seule possible ou la meilleure à un moment précis d'autre part. La prise en charge peut être individuelle ou en groupe.

Les références au corps, à l'espace, au temps, sont des notions essentielles au centre de la psychomotricité. Ajoutons la représentation (mentale) ainsi que la relation et nous pourrions presque affirmer que toute la psychomotricité se retrouve dans ces quelques termes, elle qui tente de mettre un terme à des maux. Entre un sens et un autre, entre le « psy » et le « moteur », entre le neurologique et le psychologique, entre les maladies nerveuses et les maladies mentales, la psychomotricité travaille les frontières. C'est sur ce chevauchement, cet éternel entre-deux que se fondent la position de ce métier et ses professionnels. Et si l'on nous questionne sur le but poursuivi par le psychomotricien, nous sommes tentés de répondre qu'il s'agit de faire bouger les gens dans leur corps pour les faire bouger dans leur tête. La problématique psychomotrice est centrée sur l'importance de la gestion d'un chassé-croisé entre interne et externe, en évoquant les nécessités de ce double mouvement comme, par exemple, incitations externes et excitations internes.

Une position à défendre

Entre le métier et la profession de foi, la psychomotricité a une place à part. Elle a aussi une position à défendre. Un psychomotricien s'occupe du corps. Est-ce à dire qu'il est le seul à s'occuper et se préoccuper du corps ? Non bien sûr, mais son approche diffère, à commencer par la saisie, dans ses deux sens : préhension et compréhension d'un corps qui agit et réagit. Ce dernier bouge ou ne peut pas le faire justement. Il est pris fatalement dans un comportement et n'a d'autre alternative que de communiquer : il ne peut pas ne pas communiquer. Dans notre pratique, nous privilégions un corps communicationnel au cœur de la psychomotricité : les différentes modalités de la communication passant d'une façon ou d'une autre par lui.

Énoncer que le corps est le point de départ de cette thérapeutique originale nécessite des précisions. Le corps, comme point d'ancrage d'une prise en charge, est sollicité (tiré ou poussé selon la façon dont on s'y prend), afin de le mettre en mouvement. Mais s'il s'agit bien de partir, il faut savoir où. Nous voyons déjà poindre la distinction entre activisme et activité. Pour être contenant et inscrire une personne dans une démarche « autonomisante » et/ou

« autonominante », il est nécessaire de prévoir, penser l'anticipation, c'est-à-dire, de savoir lire une carte et de l'apprendre, mais surtout d'apprendre à apprendre.

L'investissement du corps sur lequel nous avons insisté est à considérer dans tous les sens de ce mot. Il est économique d'une part, même si le taux de rendement des placements de l'énergie psychique reste très fluctuant. Le rapport d'une chose à une autre incarne bien la mise sous tension d'une dialectique illustrée par le mouvement. L'investissement psychique va supposer quelqu'un qui rapporte ou plutôt reporte, fait retour, renvoie en ayant pris soin de transformer des gestes sous forme d'éléments digestes. L'investissement est militaire d'autre part, résultat d'une investiture où la prise de position est nécessaire, mais seulement si elle s'inscrit dans un dynamisme. Ce retour sur l'investissement se fait par la prise de conscience relative à celui-ci et par l'intermédiaire d'autrui (via son action de pensée et de panser) et concerne le développement du penser par soi-même. C'est bien la pensée qui permet les déplacements et les prises de distance. Ceci est rendu possible grâce à une relation de « permettre » plus que grâce à une relation d'« aide ».

Nous assistons au dévoilement de ces modalités de communication en insistant sur l'investissement du corps. Le corps, comme lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action, son domaine d'intervention et l'infini de ses possibilités. La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre. La psychomotricité se déploie facilement du côté de la phénoménologie et de ses descriptions auxquelles sont tant attachés les psychomotriciens pour qui le vécu demeure la matière noble du corps. Ce recours à la phénoménologie autorise un compromis entre neurobiologie et psychanalyse, voie refuge dans l'attente d'un renouveau. Mais il est aussi bien terrain d'entente que rébus des insuffisances respectives des discours médical et psychanalytique. Ceux-ci laissent persister un dualisme entre endogène et exogène, entre biologique et psychologique alors que ces deux logiques ne sont pas forcément si antagonistes.

Une conception unitaire de la personne _____

Par « psychomotricité », en supprimant un trait d'union, et donc à accoler l'esprit et le corps dans un même mot, nous envisageons l'harmonie d'un épanouissement de l'être avec son environnement. Nous tendons alors corps et esprit vers un objectif de paix, tant interne par la sérénité qu'externe par l'adaptation. Le corps et l'esprit à l'unisson nous rappellent que le corps résonne avec l'esprit et que l'esprit raisonne avec le corps. Nous pourrions notifier cependant cette harmonie entre ces deux entités par le mot psychomotricité pour montrer combien une réunion suppose une distinction préalable que le trait d'union viendrait bien matérialiser ou sanctifier. Mais nous n'évoquerons pas ici une psychomotricité philosophique proche d'un courant humaniste qu'il reste à développer. Nous nous situons dans le registre d'une pratique, que nous pourrions également appeler praxis, d'un métier du soin et non pas

seulement de la santé sans fausse note. C'est dans ce registre que nous répondons à la question « la psychomotricité pour quoi faire et pourquoi faire ? » Pour aller mieux.

En équilibre sur la crête qui joint les deux versants, neurologique et psychologique, la psychomotricité se débat toujours entre deux discours, variantes des aspects moteur et psychique, le médical et le psychologique, la rééducation et la thérapie. Ces doubles références constantes empêchent un discours unifié : il n'existe pas de nosographie propre à ce métier par exemple, mais la psychomotricité s'enrichit de cette multiplicité de références et les transcende, en prônant l'unité de deux aspects indissociables. La richesse de cette approche est bien de considérer l'individu dans sa globalité, toujours à la fois, et ce « à la fois » est fondamental, mouvement et pensée, intelligent et affectif, comportement et conscience, biologique et psychique.

Par sa conception holistique de la personne, la psychomotricité tente de sortir des dualismes ou plutôt les accepte et compose avec. Elle unifie ainsi des courants de pensée différents et, en vue de faciliter la vie, peut mettre l'accent tant sur la nécessité d'être bien dans son corps que sur celle d'être bien dans sa tête. La force de cette perception réside bien dans cette variété qui ne recueille, certes, pas un accord unanime, mais existe-t-il une situation qui établisse un réel consensus ? Ainsi, par exemple, l'origine de la psychomotricité trouve-t-elle ses racines au sein de la psychiatrie ou de l'éducation physique ? D'ailleurs, pourquoi y aurait-il obligation d'une origine unique à un corps de métier ? Il est acceptable ensemble et parallèlement que des gens aient eu une intuition semblable d'une issue qui mêle corps et psychisme. Mais composer avec le dualisme n'est pas chose aisée et les contradictions demeurent longtemps. Seul corps de métier où ont pénétré des techniques orientales, la psychomotricité reste donc une véritable plaque tournante des différentes civilisations.

Une psychologie des fonctions motrices

Outre le fait d'énoncer que l'homme n'est que communication, un accord important apparaît : le principe sensori-moteur pourrait se simplifier par l'adage : « C'est en faisant qu'on apprend. » Le moteur de la psychomotricité est de considérer que l'enfant se construit dans la mobilité. Deux postulats résument ainsi ce métier : on apprend par la motricité, celle-ci est portée par la relation. Nous pouvons alors envisager la psychomotricité sous l'angle d'une psychologie des fonctions. Il nous semble en effet important de prendre en compte la personne dans sa globalité et d'interagir avec elle. Ainsi, le corps relationnel est au cœur de cette approche. Tenir compte de la relation entre plusieurs phénomènes est bien l'objectif premier de la psychomotricité dont cette définition détermine une fonction. Nous pourrions également dire, tenir compte de l'ensemble des propriétés qui concourent à un même but. Ce terme, au-delà de l'exercice auquel il renvoie, nous invite aussi à considérer qu'elle reste à remplir, cette fonction, renforçant l'image de réceptacle à l'œuvre dans l'activité du psychomotricien qui contient, rassemble et unifie. Nous pourrions décliner le mot « fonction » pendant longtemps, du rôle caractéristique d'un élément dans un ensemble à son expression mathématique $f(x)$, pour montrer à quel point la psychomotricité fait écho à une psychologie des fonctions.

Plus précisément, s'agit-il de prendre en compte toutes les fonctions, des plus végétatives (respiratoire, digestive) aux plus supérieures (mémoire, langage) ou de restreindre celles-ci en rapport avec la motricité ? Autrement dit, faut-il embrasser une gestion psychologique complète du corps au risque d'empiéter sur d'autres champs d'intervention, la médecine et la psychologie en particulier, ou de ne les considérer qu'incidemment lorsqu'elles concernent la seule fonction motrice ? Le singulier vient ici limiter un registre d'intervention et de compétences. Cette distribution des fonctions, végétatives, motrices et supérieures, et leurs attributions respectives en médecine, psychomotricité et psychologie, retrouve un champ référentiel qu'illustre l'usage de termes voisins. Ainsi, vigilance, attention et concentration peuvent renvoyer respectivement aux pratiques du médecin, du psychomotricien et du psychologue. Une conceptualisation de la psychomotricité passant par une psychologie des fonctions motrices interroge l'évolution du développement en cours, avant tout chez l'enfant, mais pas seulement, puisque la sénescence concerne chacun depuis son plus jeune âge et que la psychologie du vieillissement se pose aujourd'hui comme une psychologie du développement.

Le psychomotricien est toujours en mouvement entre soutien et évaluation comme il oscille entre neurosciences et psychanalyse, « physiologisme » et « psychologisme », mais est prêt à créer son espace futile transitionnel. Ses théories de poche aidant, il « dialectise » son action et sa pensée, compose avec des instances qui se confrontent et s'opposent surtout par leur méthode, car leur but est le même : le bien-être du patient et de sa santé. La globalisation est certainement envahissante, mais elle est centrée sur le sujet et l'outil premier reste la dialectique.

2

De la psychiatrie aux psychothérapies

LES INTITULÉS qui commencent par « psy » sont nombreux et nécessitent d'être confrontés. La distinction la plus répandue entre psychiatre, psychologue et psychothérapeute commence à peine à être visible socialement et son émergence au sein des médias reste timide. Le psychomotricien chevauche ces registres. Il n'est pas médecin, mais prétend bien connaître une de ses matières, la neurologie ; il n'est pas psychologue, mais il lui emprunte abondamment ses concepts ; il n'est pas psychothérapeute, mais les contours des pratiques psychothérapeutiques sont très flous. Le besoin d'y voir clair est important puisque tout le monde peut s'intituler psychothérapeute ou psychanalyste. Un tableau s'impose et les perspectives offertes par chacun des personnages doivent être décrites. Le marché de la santé psychique est complexe et la floraison de pratiques doit conduire à une circonspection tant la situation est controversée. Poser des jalons est nécessaire.

Distinctions entre les psychistes

Le *psychiatre* est un médecin qui s'est spécialisé, il présente des garanties liées à sa formation et son exercice est protégé par l'État. Il dispose d'un pouvoir de prescription par des ordonnances de médicaments, mais aussi de séances d'une discipline paramédicale, la psychomotricité notamment. Spécialiste du traitement des troubles mentaux graves, le psychiatre se situe avant tout du côté de la protection de la société. Lors d'une expertise judiciaire par exemple, on lui demande une appréciation sur des intentions, s'il y a une pathologie mentale et une

atténuation de la responsabilité. Il est demandé en revanche au psychologue une hypothèse sur le fonctionnement de la personnalité pour faire comprendre les mécanismes et motivations d'un délit et une appréciation de la personnalité permettant une individualisation de la peine. Le psychologue est beaucoup plus centré sur la compréhension du comportement. Il offre un haut niveau de formation avec son master, bac + 5, mais seul son titre est protégé. Il peut y avoir usurpation de titre, mais pas d'exercice illégal. Il rejoint le psychomotricien par son approche écologique.

Le *psychothérapeute*, avec ou sans formation, offre un service de psychothérapie. Il est dans une position embarrassée actuellement car il ne dispose pas d'une reconnaissance légale dans l'attente du décret d'application d'une loi controversée du 9 août 2004 en son article 52 (loi n° 2004-806). L'idée de départ était de confier les psychothérapies aux seuls psychiatres et psychologues. Les remous provoqués par ceux que l'on nomme les autoproclamés ou « ni-ni », ni psychiatre, ni psychologue, ont conduit à un changement de la nature de l'article en question. L'exigence d'une formation en psychopathologie conduit ainsi à légiférer sur le statut des psychothérapeutes dont l'État ne garantit, pour l'instant, aucune des formations.

Le *psychanalyste*, dont le titre n'est pas protégé non plus, n'est pas concerné quand il se réclame de la psychanalyse freudienne. Son dispositif centré sur l'analyse du transfert et du contre transfert l'amène à une supervision et à une formation continue dispensée par ses pairs qui l'éloignent d'une validation par l'État, privilégiant la liberté et une labellisation élitiste. Il existe des écoles réputées, mais tous les psychanalystes n'ont pas la même éthique. Certains ont changé le nom de leur organisation pour figurer dans des annuaires comme le prévoit désormais l'article 52.

Des mésusages de l'approche corporelle : les souvenirs induits

L'enjeu de la formation est essentiel et sa solidité doit être avérée tant le manque est crucial dans ses conséquences ravageuses. Un exemple nous est fourni par un phénomène où les thérapies corporelles sont en première ligne. Il s'agit des *souvenirs induits*.

Les souvenirs induits

Les psychothérapies sont déjà un champ d'investigation propice aux dérives par la compatibilité relative entre des résultats satisfaisants, des démonstrations scientifiques et des politiques de santé hétérogènes. Les méthodes et les thérapeutes soupçonnés à partir de ce phénomène récemment mis en lumière, les souvenirs induits, étudiés en France par Delphine Guérard, interrogent les bases même de la psychothérapie et leur transmission. Au décours d'une psychothérapie, surgissent des souvenirs d'inceste et des accusations génératrices de drames familiaux. Ils mettent particulièrement l'accent sur la nécessité pour les professionnels d'être formés pour prendre en charge les personnes en détresse. Le syndrome des faux souvenirs induits met en évidence le manque de formation de psychothérapeutes

amenés à prendre au pied de la lettre les plaintes des personnes, à encourager des scénarios de maltraitance, à ignorer le fonctionnement de la mémoire et le rôle des souvenirs et à demeurer fascinés par les souvenirs des personnes qui viennent les voir, celles-ci étant séduites par un savoir prêt-à-porter et prêt-à-dire. L'amalgame opéré entre décryptage et lecture intuitive conduit à un mépris du sujet et à une « obération » des fantasmes des personnes, raptus falsificateur de l'intégrité psychique des individus. Il peut s'agir également d'une compensation personnelle par la génération de drames familiaux à travers ces accusations d'inceste envers des pères qui ne les ont pas commis. Ces « psychodérapeutes » nous présentent les souvenirs induits comme une manifestation majeure, voire constitue le soubassement d'une démonstration d'un exercice illégal de la psychologie de notre point de vue.

Les psychomotriciens doivent rester prudents sur l'attrait de la mouvance des thérapies corporelles susceptibles de les emporter sur les vagues du new âge, bercé par cet Eldorado d'un corps qui ne ment pas. La tentation de l'exemption du corps médical pour une approche positiviste doit conduire à une réflexion. Les sirènes du « champ » du développement personnel en s'appuyant plus sur les solutions que sur les problèmes font écho à l'éducation et rééducation psychomotrices en retrait du « chant » médical. Le développement personnel tourne le dos à une approche psychothérapique et au passé pour s'orienter vers l'avenir à partir de projets et non de symptômes. Les professionnels les plus sérieux écartent d'ailleurs les cas cliniques de leurs stages pour finalement ne recevoir que des personnes bien portantes. Ces dernières ont évidemment besoin d'être aidées et éclairées pour mobiliser des ressources, actualiser un potentiel et ainsi se réaliser. Relaxation et techniques corporelles sont particulièrement indiquées et le psychomotricien peut être amené à choisir des références théoriques comme Abraham Maslow, Carl Rogers, Wilhelm Reich ou Stanislav Grof, il ne doit pas pour autant s'étourdir du sempiternel « nous n'utilisons que 10 % de notre potentiel cérébral ».

Développement personnel et coaching

Cette tendance se singularise avec le coaching au point que l'on distingue aujourd'hui le développement personnel, centré sur la recherche et l'amélioration d'un équilibre, du coaching, obnubilé par celles d'une performance. L'efficacité ne suffit plus, l'accroissement d'aptitudes ou le développement de nouvelles ressources deviennent insuffisants, car la compétition est engagée, d'où l'emprunt du terme au monde sportif et sa gestion militaire du corps. La référence au cocher peut demeurer qui ne choisit ni les personnes qu'il accompagne, ni la destination, mais la place de leader est visée. L'extension de ce troisième type de travail sur soi devrait conduire au repérage des limites de chacun, mais les frontières restent floues. Certains veulent dessiner au développement personnel les contours d'une psychothérapie préventive et justifier le règne du coaching par un égarement de la transmission familiale des savoirs, mais nombre d'apories, de dynamiques et de tentatives d'escroqueries sont transverses à ces pratiques. L'obsession de la performance est bien une valeur soutenue par un libéralisme ambiant et

l'intervention guidée du coach dans la vie quotidienne, intrusive à tous les âges de la vie, n'étonne plus.

La démocratisation d'un travail sur soi et le recours accentué au travail corporel qui lui est fréquemment attaché, demeurent des avancées sociales importantes, c'est le réductionnisme concomitant qui est condamnable. Non pas la réduction du temps d'une intervention consacrée à travailler à devenir soi, mais les amalgames générés par une vulgarisation sont à dénoncer. Des thérapies de la réussite obligatoire et du bonheur garanti tournent aisément au mésusage d'une prise en charge aidante où le langage attribué au corps brouille les pistes. La qualité de la formation est un garde-fou essentiel, l'éthique des personnes, une composante fondamentale de la professionnalité d'une intervention et l'institution publique une garantie d'un cadre légitime de prise en charge. L'essor actuel des structures associatives médico-sociales et éducatives, génératrices d'emplois chez les psychomotriciens, conduit à une prudence vis-à-vis du risque d'une émergence des mésusages d'une approche corporelle en santé. L'effroi surgit devant les dérives liées au dévoiement des techniques classiques de la psychomotricité, de Vittoz à Bullinger en passant par Bugnet et Alexander.

La structure au sein de laquelle le psychomotricien officie fournit la tonalité de l'exercice et détermine en grande partie la tournure que prend son activité. L'éducation psychomotrice est au premier plan du développement de nourrissons en crèche et la thérapie en première place dans un centre d'accueil de géronto-psychiatrie. Dans le champ de la santé, l'accompagnement et le soutien des personnes tend à être revendiqué sous les auspices de la psychothérapie et particulièrement l'hospitalité de la psychothérapie motrice.

S'il peut être amené à exercer en entreprise ou à centrer son activité libérale sur la réussite des autres, le psychomotricien s'oriente généralement moins vers le développement d'une expérience de conscience que l'épanouissement d'un processus de maturation, le situant derechef vers des patients ou une prévention envers des personnes vulnérables et renonçant ainsi à la volupté d'un accroissement de la rentabilité des acteurs sociaux. La distinction n'est pas pour autant aisée, conserver l'optimisme et la confiance de salariés dans un contexte économique « précarisateur » n'est pas facile, l'augmentation du stress au travail en témoigne.

2

Les ancrages de la psychomotricité

3	Les fondements historiques.....	17
4	Le grand écart entre la neurologie et la psychanalyse.....	23

3

Les fondements historiques

C'EST moins la dialectique corps/esprit que l'intérêt pour l'enfant et son développement qui est à l'origine du métier de psychomotricien. Celui-ci prend de l'ampleur à la fin du XIX^e siècle. La réaction naturelle quand un enfant présente des difficultés est de renforcer l'initiative qui consiste à le faire bouger dans son corps pour qu'il soit bien dans sa tête. Le modèle sportif issu d'une tradition militaire apporte ainsi les bienfaits d'une éducation écologiquement. Les limites d'une telle approche résident dans la résistance que lui oppose la pathologie du comportement présente. Aussi, est-ce avec un pouvoir tout aussi naturel que le modèle médical prend de l'ampleur en fonction des progrès scientifiques réalisés. Son hégémonie oscille alors entre une neurophysiologie du mouvement compatible avec l'engouement gymnique d'une rééducation et la « psychicisation » d'un comportement qui accompagne le développement d'une prise en charge médico-psychologique et institutionnelle des enfants.

Prémices et prémises

La prise en compte des difficultés de l'enfant émerge dans le contexte de la prise de conscience que l'enfant n'est pas une miniaturisation de l'adulte et de la prise en charge de ce petit d'homme qui se doit de ne pas errer dans la rue alors que ses parents sont pris dans la tourmente de la révolution industrielle en marche. C'est ainsi qu'il sera scolarisé et que les ancêtres de la psychomotricité connaissent leurs premières interventions. L'aboutissement

de cette centration sur l'enfant dans la société durant tout le XX^e siècle est l'édiction de la Convention internationale des droits de l'enfant en 1989.

L'éducation par le mouvement qui s'étaye sur des valeurs sportives trouve son épanouissement actuel dans l'évolution qui déplace la santé vers le bien-être au travers des méthodes douces de gymnastique, de relaxation et d'exercices respiratoires. La posture inverse, qui va jusqu'à médicaliser les problèmes sociaux, poursuit la tendance qui tantôt biologise, tantôt « psychise » la personne et sa situation. La rééducation psychomotrice emboîte le pas d'une comportementalisation des situations en appuyant son éducation sur les progrès de la médecine et de son imagerie, voire sur les classifications américaines qu'elle glorifie, tandis que la thérapie psychomotrice se fraye un chemin entre les avancées de la génétique et les apports de la psychanalyse suivant en cela une psychiatrie française qui prône la complexité des situations cliniques.

Le métier de psychomotricien n'existe pas partout et il y a lieu de repérer le cheminement national qui nous emmène vers celui que tous reconnaissent comme le père de la psychomotricité : Julian de Ajuriaguerra (1911-1993). Grâce à sa distinction entre handicap, moteur par essence, et déficit, mental par nature, il met en évidence une sémiologie psychomotrice propre à l'enfant à partir d'une symptomatologie connue, mais non reconnue jusque-là. L'enfant est confié à l'école et son corps au professeur d'éducation physique et sportive au nom du sacro-saint précepte qu'un corps sain contribue à une vie saine. Ce modèle hygiéniste s'ancre dans la tradition de réhabilitation de la déviance par des modalités de prise en charge à base gymnique et va fortement imprégner la préhistoire de la psychomotricité. Il perdure encore aujourd'hui quand la spécificité de ce professionnel cherche à s'exprimer par le choix d'un sport préalable, ou en cours de cursus, comme support de ces interventions.

La première moitié du XX^e siècle répond fort bien à cette culture du physique. La psychomotricité baigne dans la culture ambiante. De la même façon que Sigmund Freud raisonne avec des pulsions à l'époque de l'invention de la machine à vapeur, l'éducation de la volonté vient à bout, pense-t-on, de l'enfant à problème. Plus tard, l'avancée des connaissances sur l'intersubjectivité conduit à penser que non seulement un enfant seul, ça n'existe pas, mais également qu'il réagit : il est une personne. La psychomotricité se laisse encore emporter par cet interactionnisme.

Les précurseurs

Le XX^e siècle, dit siècle de l'enfant, est marqué par l'obligation scolaire de 1880. C'est ainsi qu'Alfred Binet, créateur du premier laboratoire de psychologie de l'enfant, met en place son célèbre test à la suite d'une demande de procédure de régulation des enfants attardés à l'école. À la même époque, Philippe Tissie utilise des méthodes qui s'apparentent à des gymnastiques médicales pour développer la volonté. Une pratique susceptible de lui conférer le rôle de grand-père paternel de la psychomotricité. Un autre précurseur, Édouard Guilmain, dans les années 1935, trouve son argumentation dans les travaux d'Henri Wallon et la hiérarchisation des

types d'activités que celui-ci propose. Ce dernier peut-être considéré comme le père spirituel de Julian de Ajuriaguerra.

Les apories vont néanmoins apparaître et insister sur les limites de l'Éducation nationale à vouloir prendre en charge les enfants à problèmes lorsque ceux-ci montrent des tendances pathologiques. C'est du côté de la médecine qu'il va falloir aller chercher les moyens de traiter les contextes déviants. Sa réussite est liée à une conception originale du corps, elle est efficiente parce que décalée d'un corps pris au pied de la lettre et dans le mouvement. Aujourd'hui, un tel raisonnement poussé au bout de sa logique conduit à la médicalisation des problèmes sociaux, mais ceci est une autre histoire.

La première déséquilibration motrice à être décrite est celle de Dupré en 1915. Il conçoit cette perturbation comme une anomalie congénitale ou précocement acquise de la motilité qu'il appelle « débilite motrice » par analogie avec la débilite mentale. Le nourrisson représente alors un débile moteur et mental physiologique. Ce concept de « débilite motrice » fait d'Édouard Dupré le grand-père maternel de la psychomotricité.

Julian de Ajuriaguerra

Toujours est-il que les fruits de ce siècle de l'enfant se récoltent essentiellement après-guerre lorsque l'enfance inadaptée devient une réelle préoccupation politique et que des acteurs nouveaux apparaissent (les psychologues, les éducateurs). La pédagogie est naturellement dominante dans ce paysage où la médecine n'a pas encore développé une pédiatrie et une psychiatrie performantes. Cependant, l'évolution de la compréhension du monde de l'enfance et de sa prise en charge par la société, à partir de la Seconde Guerre mondiale, permet de saisir comment, naturellement, la psychiatrie va donner ses lettres de noblesse à la psychomotricité.

Celles-ci vont s'écrire notamment sous la plume de Julian de Ajuriaguerra. Accompagné par la clinique subtile d'André Thomas tout au long de son œuvre, il va mettre en place des techniques innovantes à l'hôpital Henri-Rousselle, à Sainte-Anne, à Paris et des approches corporelles pour aider les enfants en 1947. Son équipe de recherche est composée de Suzanne Borel-Maissonny, de Nadine Gallifret-Granjon, de Mira Stambach, de René Zazzo entre autres. Il part à Genève en 1958 poursuivre son action, il est espagnol et sa carrière universitaire s'en trouve bloquée. Il ne revient à Paris qu'en 1976 comme professeur au Collège de France où il inaugure un enseignement de psychobiologie du nourrisson. Entre-temps, il a bouleversé la donne de la psychiatrie de l'enfant, par l'étude des fonctionnements et dysfonctionnements nerveux, de l'intégration et la désintégration fonctionnelle, de l'auto-organisation, de la juste place de la maturation et de l'expérience dans la réciprocité de leurs interactions. Son concept de « dialogue tonique » en 1960 comme son manuel de psychiatrie de l'enfant en 1970 font alors autorité.

Une fameuse contribution en 1959 va constituer l'acte fondateur de la psychomotricité. Julian de Ajuriaguerra isole et définit les troubles psychomoteurs en intégrant les apports de la neuropsychiatrie (Dupré), de la psychologie génétique (Wallon), de la phénoménologie

(Merleau-Ponty) et de la psychanalyse (Freud). Il met en valeur l'introduction par André Collin de la notion d'un syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire, développée après lui par les travaux de Ozeretski, Guilmain et Gesell. Il rappelle l'importance d'une meilleure compréhension de l'intégration des phénomènes émotionnels par Wallon. Il souligne l'importance que la notion de désordre moteur ne soit pas d'origine déficitaire, mais par dysfonctionnement de la réalisation motrice. Il insiste sur la nécessaire introduction de la notion de schéma corporel et d'organisation spatio-temporelle de la réalisation gestuelle. Il retient également les apports de Reich sur l'armature musculaire dans des hypothèses psychanalytiques ainsi que ceux de Schultz et Jacobson sur les expériences de relaxation contrôlées.

Pour Julian de Ajuriaguerra, les désordres de la réalisation motrice ne répondent pas à des lésions focales du système nerveux et l'expression est plus ou moins en relation avec des retards maturatifs dans le sens large du terme. Ces troubles répondent à des modes particuliers d'organisation motrice tonique ou somatognosique et sont le plus souvent liés au développement psychoaffectif d'une manière primitive ou secondaire.

Julian de Ajuriaguerra délègue le traitement de ces troubles psychomoteurs à des techniciens comme le feront après lui les psychiatres prescripteurs. Gisèle Bonvalot-Soubiran, coauteur de ce texte de 1959, une des premières kinésithérapeutes, présente avec lui les thérapies psychomotrices envisagées. Avec les années, la diversité des pratiques et surtout la massivité des psychoses vont venir morceler, mais aussi enrichir la clinique psychomotrice centrée depuis Julian de Ajuriaguerra sur les troubles psychomoteurs.

Pendant ce temps, Georges Heuyer, élève d'Édouard Dupré et d'André Collin, dans son service de Necker enfants-malades, confie à une danseuse classique, Madame Wiedman, élève de Steiner, une approche corporelle qui utilise le rythme. Devant des résultats satisfaisants, il adjoint une psychologue musicienne et pianiste, Marguerite Degh et suggère à Jean Dublineau d'étudier le conditionnement. Il développe cette activité en arrivant à la Salpêtrière.

C'est toujours Heuyer qui a introduit les psychanalystes auprès des enfants en accueillant Sophie Morgenstern en 1926. D'autres suivront, Serge Lebovici, René Diatkine, Roger Misès, Jean-Louis Lang, Pierre Mâle, André Bergé, à Necker ou à La Salpêtrière. Il offre à la psychanalyse d'enfant la place qu'elle occupe dans la pédopsychiatrie aujourd'hui. On connaît le destin institutionnel de chacun d'eux pour le bien des enfants, André Bergé créant, avec Georges Mauco et Juliette Favez-Boutonnier, le premier centre médico-psycho-pédagogique, en 1946 et Pierre Mâle, le service d'enfants d'Henri Rousselle, grâce à Julian de Ajuriaguerra, en 1948. Serge Lebovici et René Diatkine dans le XIII^e arrondissement de Paris, avec le premier hôpital de jour pour enfants en 1960, Roger Misès à Gentilly avec la Fondation Vallée vont également fournir à la psychomotricité et à la psychanalyse des lieux d'exercice modèles.

L'histoire continue de s'écrire _____

L'institutionnalisation d'un métier passe nécessairement par la mise en place d'études, ici reconnues par l'arrêté du 4 février 1963, prémices d'un diplôme d'État. Nous reviendrons

sur cette structuration de la profession que le contexte sociétal conduit à épanouir du côté d'une paramédicalisation, aidé de l'agitateur du milieu politique sur la question en 1972, J. Desfontaine. Ces professionnels ne vont connaître une légitimité institutionnelle qu'au moment de la création de leur diplôme d'État en 1974. Cette reconnaissance officielle va les conduire à se forger une identité sociale qui s'accoutre de modèles théoriques bigarrés. La maturité de ce corps de métier n'intervient que treize ans après la sortie du décret avec la constitution d'un groupe dynamique de praticiens. Ces derniers vont s'emparer de leur discipline avec enthousiasme, méthode et vélocité. Le contexte s'y prête.

L'histoire de la psychomotricité avait été écrite par d'autres professionnels, médecins (Jean Dublineau) ou professeurs d'EPS, ceux-ci doublant leur cursus par la médecine (Suzanne Masson), la philosophie (Georges Vigarello) ou la psychologie (René Murcia, Jean Le Camus, Serge Fauché). Les psychomotriciens se laissent alors guider par Julian de Ajuriaguerra, Bernard Gibello et Jean Bergès ainsi que par le slogan offert par Bernard Jolivet en 1964 : « La psychomotricité est une motricité en relation. »

La Salpêtrière était déjà un haut lieu de la psychomotricité depuis Heuyer et ses successeurs. Lorsque Michel Basquin prend le relais de Didier-Jacques Duché, en 1986, à la tête du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de cet hôpital, la psychomotricité, dont il « hérite », va connaître un nouvel élan par la capacité d'écoute dont il dispose, en lien avec sa formation de psychanalyste. Suzanne Masson, médecin et professeur d'EPS, vient de quitter la direction de l'enseignement de Paris-VI – Salpêtrière en 1984. Jean-Claude Carric en prend la suite en gardien de la tradition neurophysiologique, Jean François Espinas à ses côtés, mais un enseignement, balançant entre Carl Rogers et Mélanie Klein, fait de plus en plus d'émules et marque les générations. Il s'agit de celui de François Pelletier, psychiatre, psychologue, psychanalyste.

Dans le même temps, les grandes figures de la psychomotricité d'aujourd'hui vont affirmer une clinique rigoureuse, telles Agnès Luras-Petit, Françoise Giromini, Annick Eschapaspe. Ce sont d'ailleurs leurs élèves, Fabien Joly, Christian Robineau et nous-mêmes qui allons être à l'origine du Centre d'études et de recherches psychomotrices et psychothérapeutiques (CERPP) avec Patrick-Ange Raault. Le CERPP va venir bouleverser la donne institutionnelle de la psychomotricité en posant les questions théoriques et politiques qui dérangent lorsqu'elles sont abordées avec des exigences de sérieux, de travail et de lucidité. En prenant à bras-le-corps les questions encombrantes sur les confins et les légitimités, il continue de faire réfléchir. La psychomotricité court toujours.

4

Le grand écart entre la neurologie et la psychanalyse

CETTE double formation à la neurologie et à la psychologie est un étayage nécessaire à la dimension diagnostique de la fonction d'évaluation du psychomotricien. Ces deux versants se présentent aussi indissociables que le recto et le verso d'une feuille. La neurologie en est le recto par sa préséance légitime : éliminer une étiologie biologique est prioritaire sur une origine psychiatrique d'une symptomatologie. Cette « alternation », ce va-et-vient entre le réflexe et la personnalité permettent le développement d'une relation et l'expression des conflits ainsi que des problèmes générateurs d'une demande de consultation chez le psychomotricien.

De la même façon que le doute côtoie les extrêmes, la psychomotricité oscille souvent entre la lésion à tout prix et l'absence de lésion à tout prendre. Qu'il serait aisé de dire « c'est blanc », « c'est noir », d'autant que tout le monde comprend. Dire « c'est gris » exige que l'on précise, car on ne sait pas toujours de quoi l'on parle. Ce même flou demeure lorsque nous évoquons le trouble psychomoteur. En effet, en psychomotricité, on ne parle pas de symptôme, mais de trouble psychomoteur. Or ce qui est trouble n'est pas clair ! Certes, mais les troubles psychomoteurs, souvent considérés comme une symptomatologie d'accompagnement, méritent toute notre attention (*cf.* chapitre suivant).

Ni neurologue, ni psychologue

Le psychomotricien ne se prend pas pour autant pour un neurologue, il ne se précipite pas sur une céphalée vive ou un vertige aigu, comme il ne s'octroie pas la démarche d'investigation des troubles du langage, de la mémoire et du raisonnement d'un psychologue spécialisé en neuropsychologie. Par contre, l'organisation spatiale est le point de départ qui lui permet d'unir le comportement à son substrat neurologique. L'espace abordé en écho à l'organisation cérébrale de la personne est appréhendé par sa mise en œuvre motrice et son contrôle, volontaires et automatiques. Cet examen des fonctions supérieures et de leur désorganisation s'attarde particulièrement sur les praxies et les gnosies, mais aussi et plus particulièrement sur la topographie des troubles et sa mise en cause. En effet, les troubles de l'exécution gestuelle, de l'utilisation des objets et du savoir-faire ne conduisent pas toujours à la localisation anatomique claire et précise d'une lésion. La spécificité de la psychomotricité va d'ailleurs se nichier dans cet entre-deux, cette incertitude ou ce compromis.

Notre formation en neurologie constitue une garantie, celle de ne pas passer à côté des signes d'une lésion visible avant de dire : « C'est psychologique. » Les versants neurologique et psychologique de la psychomotricité font que les psychomotriciens rencontrent de nombreux cas où persiste le doute. La basse fréquence des troubles psychomoteurs, pour ne pas dire le caractère secondaire de ces troubles légers, nécessite l'exercice aigu d'une formation pointue en neurologie d'autant qu'il peut exister une intermittence des symptômes. Cette dernière devant être distinguée d'un parasitage émotionnel lors de l'exécution d'un geste ou d'une posture. C'est ainsi toute l'ambiguïté de ces troubles, mais aussi leur richesse, que de laisser à la discussion, pour ne pas dire à la discutabilité, l'interprétation d'une symptomatologie loin d'être évidente. Nous étions prévenus quand le texte fondateur de Julian de Ajuriaguerra de 1959 précise que le trouble psychomoteur se caractérise par une absence de lésion en foyer donnant les syndromes neurologiques classiques.

Cette situation délicate fait dire à certains qu'il existe constamment une lésion, mais que celle-ci n'est pas toujours visualisable. Les Anglo-Saxons se sont emparés de cette idée pour dire que des pathologies présentent des lésions *a minima*, à peine discernables par leurs enregistrements qui, dans un autre contexte, passeraient pour normaux. L'instabilité serait ainsi causée par un dysfonctionnement cérébral, un trouble électrique pour expliquer un comportement pour le moins pétillant. Nous ne décourageons pas les travaux qui vont dans ce sens (à chercher on trouve toujours), nous soulignons seulement le succès de certaines explications en regard de certaines pathologies. Cette vigilance sur la détection de signes neurologiques est une garantie par rapport à nombre d'autres approches corporelles. Composer avec ces deux versants n'est pas facile et les allers-retours entre les deux pôles sont ardues, mais privilégier une lecture unidirectionnelle ne simplifie rien. La créativité du compromis est essentielle à la sauvegarde d'une complexité toujours présente dans les situations cliniques.

Les troubles relationnels appelés « désordres cérébraux mineurs » sont affectés de facteurs pédagogiques susceptibles de compliquer la compatibilité avec certains traitements d'orientation dynamique ancrés dans le champ de la santé. L'avantage d'une conviction étendue de ce point de vue est une invitation à intégrer des connaissances neuro-psycho-physiologiques à la pédagogie.

L'exclusivité de cette ambiance prive par contre familles et environnement social des clefs de compréhension psychodynamique et particulièrement issues de l'obédience psychanalytique. Le procès d'intention ainsi fait aux rééducateurs en psychomotricité s'adresse également aux psychothérapeutes en motricité d'orientation psychanalytique qui pourraient penser s'exonérer de la réalité biologique. L'étude exclusive des rapports avec la famille ou la société conduit à une aporie similaire dans ses effets.

Ni psychanalyste, ni pédopsychiatre

La réception difficile en France de la psychanalyse a laissé la place à partir des années 1960 à un engouement rarement démenti. Toute la nosographie psychiatrique a bénéficié d'une revisitation à l'aune de la psychanalyse. Son acceptation parfois exclusive, sa distillation au sein de la communauté et sa présence dans les études ont conduit la psychanalyse à un succès pouvant faire tourner la tête, donner le vertige, voire faire perdre l'équilibre. L'enjeu principal tourne autour du rapport à la psychanalyse et son rôle de matrice disciplinaire. Il interroge les distinctions entre psychothérapie analytique, psychanalyse et psychomotricité. Ceci concerne les enfants, mais le questionnement perdure chez les adultes avec la relaxation et la gymnastique douce. La recherche de points de convergence et de divergence entre les deux pratiques, psychanalytique et psychomotrice, détermine une mise au travail conceptuel.

Cette préoccupation ne doit pas être départie du corollaire social d'une telle activité lorsqu'il s'agit d'un contexte professionnel et de la gestion d'une carrière. La question de l'identité est primordiale lorsque la crainte d'une application cohérente des concepts psychanalytiques conduit à la dissolution d'une praxis psychomotrice. Si l'on ne peut parler qu'à partir d'un statut social, cela n'évite pas d'envier une valorisation et un changement de celui-ci, la psychomotricité ne réalisant qu'une voie d'entrée intime vers une ascension sociale, devenir psychologue et/ou psychanalyste. Une formation de pédiatre ou de psychiatre est beaucoup plus difficile d'accès en formation seconde et l'attitude du psychomotricien en libéral aux allures d'adepte d'une médecine parallèle n'est pas répandue.

Il est alors crucial de questionner les modalités de transposition des concepts analytiques dans le champ de la psychomotricité en repérant particulièrement celles qui relèvent de l'amalgame et du placage, car elles obstruent une véritable mise au travail de l'articulation entre une pratique et les éléments de réflexion qui l'émaillent. Cela suppose d'avoir poussé l'interrogation sur l'incompatibilité entre l'application des concepts psychanalytiques et les caractéristiques de la psychomotricité. Cette dernière favorise l'activité motrice, la sollicite et affirme que c'est par elle que passe l'efficacité thérapeutique. Or la pratique de Freud se développe sur fond de suspension de celle-ci. Le psychomotricien ne travaille pas sur le rêve, mais sur la vie agissante et de relation. La psychanalyse et l'activité motrice n'en sont pas moins étroitement liées, et pas seulement à partir de l'acte manqué. Un concept mérite particulièrement toute notre attention pour éclairer cette grande thématique et préoccupation des psychomotriciens, il s'agit du transfert.

L'exemple du transfert

Le transfert agit comme un cadre, avant tout parce qu'il détermine une limite entre un dedans où tout est ramené sur le terrain du transfert, et un dehors que constitue l'environnement social. Le transfert cadre et contenant repousse le processus du côté du maniement de ce transfert. Ce qu'il est possible de faire dans le transfert, n'évince pas la question de savoir ce qu'il est possible de faire du transfert. C'est tout le domaine de la symbolisation, qu'elle soit appelée élaboration ou autonomisation, selon la pathologie concernée. Qu'en est-il en psychomotricité où il n'est guère probable de tout ramener à la dimension intrapsychique, ce qui ne nous permet pas de faire l'économie de la relation interpersonnelle, même si la première se déduit toujours de la seconde. Des précautions prises lors de nos travaux, voir le chapitre « Une identité professionnelle entre cadre et transfert » vont nous permettre « d'assigner » d'emblée du transfert en psychomotricité. L'affadissement de la notion trouve un rehaussement dans la subdivision énoncée et les spécificités qu'elle suppose. S'il existe un transfert primaire d'office dû à la situation, peut-on parler d'un transfert secondaire en psychomotricité ?

Nous allons retrouver le problème de l'expérience initiatique du transfert et c'est alors le label d'une école qui est en jeu, ou l'expérience initiatrice du transfert et c'est l'ouverture des portes d'une perception à jamais individuelle, hors nomenclature et qui n'autorise personne à une praxis même si elle rend compte d'une compétence. Ce sont les questions du traitement sans certaines connaissances qui sont soulevées. Faut-il avoir la rubéole pour savoir comment la soigner ? Considérer qu'il est possible de conduire une voiture sans être mécanicien a contribué à l'acceptation de l'utilisation du transfert en psychomotricité sans interprétation de celui-ci ou selon les modalités qu'elle peut révéler dans ce champ d'action. Le maniement de cet outil, à l'occasion des pannes survenant dans la conduite de ce transfert, sera source de connaissances. C'est bien du maniement de celui-ci dont il va être question dans la distinction que nous tentons en regard des conditions dans lesquelles il peut connaître une maturation.

De plusieurs transferts

En effet, la présence de l'une et l'autre des formes de transfert se justifie largement en psychomotricité. Le premier parce qu'il est commun à toutes prises en charge médico-sociales. Le second pour deux grandes raisons : la dimension contenante de la référence au corps et la référence à la relation marquée par le développement psychique de l'individu. La caractéristique fondamentale de la psychomotricité est sa dimension contenante, à tous égards, du plus fonctionnel au plus métapsychologique. Aussi, l'insistance que nous avons portée sur la fonction contenante du transfert est bien dans l'intention de montrer le transfert comme indispensable, inhérent à la prise en charge psychomotrice (un terme qui conserve l'acception corporelle de la notion de portage). Les problèmes interviennent au niveau du processus, pas avant, et tout ce qui concerne la théorie qui s'autorise des concepts précépiens est dévolu aux psychomotriciens avec une grande largesse (de la capacité de rêverie au stade du miroir).

Les limites de cette fonction contenante auxquelles nous nous heurtons rendent compte de l'interdit des psychanalystes qui vient renforcer nos hésitations face au processus, face à un matériel clinique que nous n'osons aborder. Cet interdit (et un interdit par définition porte sur quelque chose de possible), aussi nuancé soit-il, de l'usage de concepts comme le transfert, est établi par une corporation qui nous est statutairement supérieure. Le regard des psychanalystes sur la psychomotricité peut se résumer ainsi : si ça ne fait pas de bien, ça ne fait pas de mal. Mais de toute façon, vous, les psychomotriciens, n'aurez jamais accès à ce que vous revendiquez. Si vous n'êtes pas analysé, vous ne pouvez donc pas comprendre, car le transfert, cela se vit. Sur le mode paternaliste, ils ne disent pas : « Surtout n'essayez pas d'en faire autant » mais : « C'est gentil ce que vous faites. » Si votre parcours, particulièrement au sein d'une structure idoïne, vous autorise à une analyse du transfert et de son corollaire le contre-transfert, alors vous fonctionnez comme un psychanalyste et non plus comme un psychomotricien. Libre à vous alors de réduire l'écart statutaire entre les deux positions et de faire-valoir une formation distincte ou d'exercer une praxis sans reconnaissance officielle.

La présence d'éléments de la réalité, notamment sociale par le truchement d'éléments techniques médiateurs, qui n'ont d'autre fonction que nous rappeler la norme, font et fondent un alliage qui va modifier la température à laquelle le transfert va être travaillé. La résistance liée à celui-ci se double (la nature de la distinction reste à préciser) d'une autre résistance que constitue le difficilement verbalisable dû à l'indicible tant du non-verbal que de l'émotion. Une méconnaissance due à cette matière qui résiste, que nous appelons à d'autres moments la réalité, n'en est pas moins souhaitable et vitale. En effet, où se cacher s'il existe un moyen, fût-il non encore découvert, d'un décryptage possible des productions corporelles, de la réalité du corps ? Quand ce décryptage devient partageable, nous ne retrouvons pas moins l'hypothèse du fameux langage du corps. Or il est bien évident qu'il n'existe pas, cela se saurait et nous apprendrions son vocabulaire et sa syntaxe à l'école. Nous retrouvons là le rôle essentiel attribué au contexte.

Traitement ou interprétation ? _____

La relation est là. Le cadre est posé qui ne cherche qu'à se déposer, au fond, éclaircissant la séance comme la thérapie. Un geste de transfert et il nous reste à évoquer l'ivresse de l'interprétation. C'est bien elle qui nous avait fait dire, il y a quelques années, que la psychomotricité était le canada-dry de la psychanalyse : l'ivresse en moins, le tonus en plus. Qu'en est-il de l'interprétation en psychomotricité ? Que fait-on du modèle de traitement et non plus du traitement du transfert que nous propose la psychanalyse ? Peut-on en faire le même usage ? Nous nous gardons bien d'y répondre et laissons les hésitations autour de l'interprétation du transfert ou dans le transfert, de l'interprétation ou de l'exégèse, de la pré-interprétation, du commentaire interprétatif ou du geste à visée interprétative. Lorsqu'ils sont définis par rapport à un autre champ, comme beaucoup de concepts, affadés ou non, ils souffrent d'incomplétude, pour autant que nous présentons le transfert en psychanalyse comme la forme la plus développée et la plus mature de tous les transferts, le plus réussi car poussé à son paroxysme. Ce ne sont pas les placages interprétatifs et théoriques, les imitations, les

courts-circuits par trop de métonymie entre réalité externe et réalité interne qui viendront démentir une utilisation en faux-self du transfert comme de la théorie analytique. L'utilisation « *as if* », borderline, du transfert n'est pas l'apanage des seuls psychomotriciens, loin s'en faut, quand on questionne la pensée animiste, voire magique de certains thérapeutes qui rendent compte d'équivalences entre réalité externe et réalité interne.

Le transfert du patient, comme l'utilisation qu'en fait le thérapeute, répond aux structures psychiques respectives de chacun. Le concept n'échappe guère, même s'il présente des garanties, à ce détour psycho-anthropomorphique. Nous faisons face au patient avec la connaissance du transfert que nous a procuré notre propre expérience et si celle-ci s'est vue s'ouvrir à l'analyse ; il en portera l'empreinte ou celle d'un autre cursus le cas échéant. Mais quel que soit le mode organisationnel de la structure psychique du thérapeute, il interviendra dans le maniement du transfert. Nous accordons seulement à l'analyse d'en estomper et de discriminer les effets. Souligner le poids de la structure psychopathologique sous-jacente n'en réduit pas pour autant le transfert dans la répétition d'une relation d'objet, à une actualisation pure et simple de celle-ci, qui en ferait la reproduction d'un habitus. Ceci est d'autant plus vrai que l'émotion et l'affect, et plus encore la surprise dont on ne présente plus les vertus, viennent bien modifier le paysage d'une prise en charge. Il ne s'agit pas de faire du « bébé-morphisme » théorique. L'orientation donnée au maniement du transfert par un cursus, pour ne pas dire une technique, nous permet de pointer la valeur d'un concept théorico-technico-clinique qu'est le transfert. Il agit aussi comme une réassurance pour le thérapeute : « Ouf ! ce n'est pas moi », peut-il penser en ne répondant pas au pied de la lettre à certains propos de ses patients.

Si certains psychomotriciens dansent d'un pied sur l'autre, jusqu'au grand écart entre neurologie et psychanalyse, d'autres jonglent avec les mots et les maux sur la voie du langage du corps en chantant les louanges des productions corporelles (voir le chapitre « Le langage du corps ») tandis que d'autres vont insister sur la voix d'un corps qui ne ment pas (voir le chapitre « De la psychiatrie aux psychothérapies »).

3

Les troubles psychomoteurs

5	Définition du trouble psychomoteur	31
6	Le bégaiement	37
7	Le tic	45
8	L'instabilité ou hyperkinésie	49
9	L'inhibition	57
10	La maladresse ou dyspraxie	63

5

Définition du trouble psychomoteur

NOUS NE résistons pas à recourir à la citation, même un peu longue, mais historique, issue de ce texte de soixante-sept pages, qui concerne la définition des troubles psychomoteurs que nous donne Julian de Ajuriaguerra dans ce texte fondateur de 1959 qui a été pour ainsi dire sacralisé :

« Les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion en foyer donnant les syndromes neurologiques classiques ; ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins voulus ; liés aux affects, mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement d'un système défini persistants ou labiles dans leur forme, mais variables dans leurs expressions ; ils restent chez un même individu intimement liés aux afférences et aux situations, ils ont souvent un caractère expressionnel, caricatural et gardent des caractères primitifs, quoique modifiés par l'évolution ultérieure, qui les rapproche de phases primitives de contact ou de répulsion, de passivité ou d'agression. Parfois, ils n'ont même plus la forme du mouvement primaire, mais seulement la valeur d'un symbole. Les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée. [...] Rentreront donc dans ce cadre, certaines formes de débilité motrice

dans un sens mieux défini du terme, des instabilités psychomotrices, des inhibitions psychomotrices, certaines maladroitness d'origine émotionnel ou par désordres de la latéralisation, des dyspraxies d'évolution, certaines dysgraphies, des tics, le bégaiement et bien d'autres types de désordres. »

Nous reprenons la phrase la plus célèbre de cette définition de Julian de Ajuriaguerra que nous venons de citer :

« Les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée. »

Dans cette démarche définitionnelle, il annonçait la couleur : ça ne serait pas facile. Quand la définition devient plus aboutie comme dans un texte de Jean Bergès de 1985 que nous allons explorer, nous pouvons nous sentir relégués. La psychomotricité est en seconde zone, exclue de la neurologie par l'absence de systématisation et des aléas des normes de croissance. Elle n'entre pas pour autant dans une psychologie des fonctions, ce pour quoi nous plaçons. Nous verrons qu'au mieux avec les classifications psychiatriques à notre disposition, la psychomotricité se réfugie sous le label des troubles instrumentaux, bardés de critères pour les repérer dans une démarche diagnostique, mais en faisant l'économie d'une psychopathologie qui lui serait propre.

Une symptomatologie d'accompagnement _____

Le slogan offert par Bernard Jolivet, « la psychomotricité est une motricité en relation », laisse les psychomotriciens pantois. Le problème soulevé par une phrase dans laquelle tout est dit, c'est qu'il est difficile d'y ajouter quelque chose, si ce n'est que la relation en question est naturellement avec le monde extérieur. Mais ne pas l'avoir dit fait de cette phrase un véritable mot d'ordre sur lequel s'appuie Jean Bergès en véritable continuateur de Julian de Ajuriaguerra. Les troubles psychomoteurs ne doivent pas se confondre, nous dit Jean Bergès, avec des troubles du développement ou de la maturation du système nerveux. On peut alors se demander comment considérer et prendre en compte le retard psychomoteur qui devient l'expression d'un trouble du développement ou de la maturation sans être un trouble psychomoteur. Exit le retard psychomoteur dans une tentative de définir par la négative ce que sont les troubles psychomoteurs. C'est le parti pris de cet auteur de distinguer le trouble instrumental ou le retard de fonction de ses conséquences pour mettre l'accent plus particulièrement sur le poids de tels déficits sur la relation de l'enfant au monde extérieur. Nous voyons bien poindre ici la globalité de la personne dont la psychomotricité s'est emparée, mais elle n'est pas sans soulever de nombreuses questions, même s'il ne s'agit pas de faire un « panpsychomotricisme » et d'énoncer que tout est psychomoteur.

Distinguer une atteinte de son expression quand bien même cette dernière serait multiple pose d'énormes difficultés. C'est pourtant la répartition que nous propose Jean Bergès : est psychomoteur l'expression parasite d'une pathologie, elle est appelée cortège secondaire. Se centrer dessus est loin d'être une tâche aisée, encore moins lorsque l'on cherche à se repérer. Nous ne nous étonnerons plus que l'on parle de trouble psychomoteur car c'est loin d'être limpide. La prouesse est à son comble quand l'invitation est faite de procéder à un changement de perspective. Quitter le signe ou le symptôme pour voir l'ensemble. Ce n'est plus ce que l'on regarde qui est trouble, c'est la vue qui se trouble. On imagine à peine qu'il nous est, ici, proposé de regarder par le grand bout de la lorgnette.

Autrement dit, il n'y a pas de pathologie psychomotrice à proprement parler, les troubles psychomoteurs sont ainsi désignés comme une symptomatologie d'accompagnement. Jean Bergès s'appuie, pour son argumentation, sur les tableaux tonico-moteurs qui accompagnent les atteintes sensorielles : le cortège psychomoteur est secondaire. Il est vrai que l'enfant aveugle ou l'enfant sourd est plus atteint de troubles visuels ou auditifs que de troubles psychomoteurs.

L'argumentation médicale distingue et honore la psychomotricité mais tend à éloigner le psychomotricien du champ occupé par la médecine. Les troubles psychomoteurs, nous dit l'auteur, apparaissent « à la fois opposés aux signes neurologiques — car ils ne sont pas systématisés, se manifestent de façon globale, intéressant plusieurs fonctions — et sans confusion possible avec un retard d'évolution des fonctions, celles-ci émergeant sans autre modification que celle de la chronologie, la clinique évoquant un enfant plus jeune ».

Il nous faut ainsi exploiter une zone d'ombre, un terrain de l'entre-deux si l'on persiste à vouloir se distinguer par une nosographie qui nous soit propre, cette dernière ne pouvant passer que par les fourches caudines de la médecine. C'est-à-dire tenter de s'en détacher tout en lui demandant son aval car l'aliénation est bel et bien présente. L'enjeu est donc de taille qui consiste à tenter de penser autrement en travaillant à une cohérence dictée par la réalité de la clinique tout en respectant les règles scientifiques en vigueur. Mais quelle place prendre hormis celle d'un strapontin ?

Des signes doux _____

La spécificité de la psychomotricité énoncée par Jean Bergès en 1985, comme se dégageant d'une « symptomatologie d'accompagnement », un « style de fonctionnement » et une « phénoménologie particulière de la relation » nous autorise-t-elle à nous emparer du terrain de la relation si nous renoncions à formuler une nosographie qui s'inscrive dans un para-champ médical ? La neuropsychologie pourrait être une piste de réflexion à laquelle nous invite d'ailleurs Jacques Corraze en 1999, avec le concept de signe doux repris de Lauretta Bender. Cette symptomatologie neurologique indirecte présente des avantages : elle est légère, difficile à localiser, intermittente, mais discutée et utile pour certains, discutable et futile pour d'autres. Il est ainsi dommageable que sa mise au travail reste flottante et que les résultats équivoques d'études sur le sujet prennent le pas sur l'étude du caractère équivoque de ce concept appliqué au sujet. La proximité de signes doux avec une symptomatologie secondaire pourrait pourtant

ouvrir à un dégageant de la pathologie vers la santé tel que l'opère le registre médical, à moins que ce ne soit justement dans une direction originale.

La délégation faite à la psychomotricité est excessivement mince et la tâche excessivement rude. S'occuper de troubles psychomoteurs sans s'accaparer une symptomatologie propre laisse perdurer le flou. Que l'on ne se méprenne pas sur la revendication, elle ne se veut pas stérile, elle n'envisage pas une sortie de cadre. Pointer l'aliénation ne saurait remettre en question la prescription dont nous dépendons. Il s'agit juste de rappeler à quel point sont prégnantes les difficultés pour élaborer un cadre de pensée, en tentant de se désaliéner sans le faire, en voulant cerner au mieux un objet conceptuel pour rendre plus performante une action. S'occuper de troubles mineurs ne saurait être une tâche systématiquement dégradante quand on connaît le rouage des mécanismes de la relation. Il pose néanmoins avec acuité le questionnement autour de l'usage de la psychanalyse comme matrice de la psychomotricité et de certains de ses outils tels que le transfert et l'utilisation de l'interprétation comme nous l'avons dit. La psychomotricité ne se résout pas à une sous neurologie, ni à une sous psychanalyse. Elle ne s'y dissous pas non plus.

La conception de Bergès n'en demeure pas moins une aide au positionnement du psychomotricien comme acteur institutionnel afin d'œuvrer à une visibilité sociale qui évite de croire et/ou devoir se justifier constamment sur le type d'intervention opéré et la nature des prestations offertes. S'emparer d'une symptomatologie d'accompagnement laisse à penser parfois qu'une intervention même est vaine dans la mesure où agir sur le trouble principal conduit à ce que s'évince de soi-même le cortège secondaire accompagnateur qui tombe de lui-même. C'est oublier un peu rapidement que l'indication principale de la psychomotricité est l'approche d'une symptomatologie périphérique justement parce qu'elle est la seule accessible à un moment donné. Ceci n'évacue pas la question du relais thérapeutique susceptible d'intervenir une fois que la voie du corps a ouvert une brèche où peut s'engouffrer la thérapie verbale vue comme l'aboutissement d'une prise en charge. Néanmoins, cette indication est aussi fort théorique quand, sur le terrain, la clinique nous montre une distribution des rôles souvent à demeure, l'évolution longue et lente de la pathologie conviant à s'occuper pendant des années d'une même personne infirme motrice cérébrale ou psychotique, c'est-à-dire toutes les pathologies lourdes, empêchant le plus naturellement du monde tous relais hiérarchisés.

Les troubles d'une relation

Si la conception de Jean Bergès est prédominante, elle n'est pas la seule. Une auteure, Danielle Flagey en 1977, à partir d'une expérience de supervision de psychomotriciens, tente d'isoler des facteurs de compréhension du trouble psychomoteur tout en reconnaissant leur interdépendance. Elle pointe le champ des troubles de la fonction symbolique, les troubles du narcissisme et les défaillances de l'économie de l'agressivité. Elle reprend l'oscillation décrite entre neurologie et psychiatrie pour faire le constat que les altérations des fonctions perceptive et motrice sont sous-tendues de conceptions divergentes du fonctionnement psychique qui s'affrontent. Ainsi, aux facteurs multiples en cause, de l'organicité la plus évidente aux

expériences relationnelles les plus éprouvées, répondent des présupposés théoriques qui amènent souvent à mettre l'accent sur l'un ou l'autre des versants étiologiques (organique, psychologique) sans tenter d'en faire la synthèse. Jusqu'ici il n'y a rien de nouveau dans ce point de vue, la psychomotricité s'en arrange comme elle peut et il ne va pas de soi que ce rôle ne doive lui revenir en exclusivité.

Il est en effet évident que les conditions de maternage déterminent l'évolution des fonctions perceptive et motrice, de nombreux auteurs, de Spitz à Winnicott, ont montré que les facteurs relationnels modulent le développement de l'enfant. Tous les troubles psychomoteurs montrent comment ils sont investis non seulement par l'enfant lui-même, mais également par son entourage, généralement pour l'aggraver et le perpétuer. Et ces facteurs relationnels vont d'ailleurs prévaloir dans le choix d'une thérapeutique puisque selon les possibilités de mobilisation, l'orientation retenue se fera vers une psychothérapie motrice, une rééducation ou une pédagogie spécialisée. Diagnostic et conduite à tenir sont toujours fonction de la rencontre d'un sujet en difficultés, de la situation dans laquelle il évolue et des positions théoriques du professionnel concerné.

Danielle Flagey nous propose une nosographie clinique en trois champs définitionnels :

- *les troubles de la fonction symbolique* consistent à munir les dyspraxies et l'instabilité d'une pauvreté fantasmatique ou de langage. Ce trouble de la mentalisation revient à inventer la pensée opératoire psychomotrice sur le modèle des psychosomaticiens de l'École de Paris ;
- *les troubles du narcissisme* consistent à pointer le manque sécuritaire dans les explorations motrices, particulièrement à l'origine de l'inhibition et de la dyslexie ;
- *le rôle de l'économie de l'agressivité* tend à synthétiser les deux pôles précédents en montrant comment une altération des possibilités de mentalisation et des failles narcissiques profondes provoquent un écrasement de l'espace transitionnel.

Cette grille de lecture par procuration est à peine caricaturale de la pensée quasi diffluente de nombre de psychanalystes pour qui la psychomotricité s'adresse à des enfants qui n'ont pas accès aux interprétations psychanalytiques et où les psychomotriciens doivent être rassurés de ne pas en faire. Il ne s'agit pas de faire un procès d'hégémonie à la psychanalyse, car elle a en grande partie raison tant sur les indications de telles thérapies que sur l'usage qui doit en être fait. Seulement, un trouble psychomoteur ramené à un trouble de l'organisation mentale précoce revient à nier le rôle du trouble moteur dont on peut se passer dans de telles conditions. Il n'est pas utile d'associer un excès de mouvement avec l'expression d'une incapacité à mentaliser. Cette conjonction qui fait des instables des amputés de l'élaboration néglige la conduite d'une relation.

Quand le trouble s'installe, l'envie de prendre du champ surgit. Aussi, allons-nous égrener les principales indications thérapeutiques rencontrées afin de mieux comprendre comment la richesse de nos interventions en psychomotricité est en valeur dans le paysage de la santé actuel. Nous pourrions d'ailleurs souvent montrer que nous en avons anticipé quelques grandes perspectives ou que nous en sommes aisés dans l'adaptation à évoluer dans un tel panorama.

Cet éclairage est moins destiné à nous faire briller qu'à nous faire exister par nos actes et notre activité qui sont à installer durablement dans différentes institutions et en libéral.

Les indications de psychomotricité

Les troubles psychomoteurs peuvent être liés à l'environnement, à la pathologie ou à l'âge ; c'est sur cette dernière référence, plus commune pour nous, que nous nous centrerons. Elle va être source des entités que nous allons tenter de cerner en particulier chez l'enfant. Il s'agit d'une sémiologie du mouvement, du geste, de la mimique et du regard. Ces désordres psychomoteurs et ces troubles du développement n'obéissent pour l'heure à une sémiologie psychomotrice originale, mais à des registres classiques, médical et psychologique, qui limitent notre tentative d'une lecture identitairement marquée. Nous allons ainsi détailler des manifestations des troubles emblématiques que sont le bégaiement, le tic, l'instabilité, l'inhibition et la maladresse.

En somme, la psychomotricité offre une alternative que nous pouvons qualifier d'approche écologique face à l'hyperspécialisation technique des soins, mais elle ne peut s'extraire du contexte des pratiques de santé prises dans l'état des progrès scientifiques et de l'évolution sociétale. Un rapide panorama d'éléments historiques nous a permis de mettre en évidence les facteurs les plus influents de ces pratiques de santé pour inscrire la psychomotricité en perspectives dans cette évolution de la société qui laisse s'exprimer une volonté évaluative.

Nous arrêtons notre entreprise de parcours des indications de la psychomotricité à quelques entités nosographiques, fleurons d'une praxis, mais d'autres éléments sont à saisir telle la stéréotypie par exemple. Nous laissons ainsi en suspens cette question, ne serait-ce que parce que notre ambition de construire un champ d'étude autonome nécessite encore quelques années de travail, mais le labeur se poursuit.

6

Le bégaiement

LE BÉGALEMENT ou dysphémie « est un trouble de la réalisation du langage qui se caractérise par des répétitions ou des blocages entraînant une rupture de rythme et de la mélodie du discours » nous dit Julian de Ajuriaguerra, en 1970. Il s'agit d'un embarras plus ou moins grave de la parole qui se manifeste par « l'hésitation, la répétition saccadée, la suspension pénible et même l'empêchement complet de la faculté d'articuler » ajoute Serrano, en 2003. Van Ripper définit, lui, le bégaiement comme « un trouble de la synchronie des mouvements articulatoires, amenant des défauts de leur ajustement temporel lors de la prononciation des phonèmes, les manifestations secondaires étant, elles, apprises ».

Définitions

Aujourd'hui, c'est un trouble du langage encore qu'il n'apparaît pas comme tel dans les grandes classifications. Pour le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en sa quatrième version révisée), c'est un trouble de la communication et pour la CIM-10 (Classification internationale des maladies en sa dixième version), il est classé parmi les troubles du comportement et les troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence et plus précisément encore, il est classé dans « divers » sous cette rubrique, c'est-à-dire dans « autre troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence » au même titre que

l'énurésie non organique, les mouvements stéréotypés et le bredouillement. C'est dire que la composante psychologique est fondamentale. Pour la repérer théoriquement, nous distinguerons ultérieurement la conception comportementaliste, aujourd'hui cognitiviste, et la psychanalyse.

La dimension psychologique est toujours présente. Les facteurs de stress (fatigue, maladie) et émotionnels (traumatismes psychologiques, conflits) déclenchent ou aggravent les symptômes. La confiance en soi et l'acceptation de ses difficultés interviennent dans les répercussions affectives et sociales. Si bien que l'on glisse vers une définition du bégue et non plus du bégaiement lorsque l'on intègre cette dimension : est bégue celui qui se reconnaît comme tel. Le souci concerne l'enfant bégue et son manque d'autonomie pour conduire à cette reconnaissance. Même si l'on admet bien qu'une prise de conscience est plus efficace pour entamer un traitement que son absence, il est nécessaire de reconnaître un enfant bégue à partir du moment où il est reconnu comme tel par ses parents. L'articulation première se situe donc dans l'étude de cette pathologie entre médecine et sciences humaines en raison de la complexité que revêt le bégaiement. Cette dimension psychologique est-elle une cause ou une conséquence, nous ouvrirons le débat après un bref historique.

Pathologie éminemment sociale par son entrave à la communication, le bégaiement pose avec acuité le débat de la part de l'inné et de l'acquis. En effet, ce trouble du rythme de la parole est soumis à une crainte de sa survenue qui auto-entretient le phénomène qui se trouve souvent aggravé par les réactions d'autrui. Il se présente comme un dysfonctionnement du cerveau (proche des tics), mais à l'évolution largement individuelle. Précisons d'emblée qu'il existe des bégaiements développementaux et lésionnels, légers, moyens, chroniques et sévères. Ils s'accompagnent dans ce dernier cas d'une véritable phobie. Il peut être difficile d'accès, quand un état de panique vient lui en masquer la conscience. Or l'acceptation et la reconnaissance du bégaiement par la personne sont des préalables à tout traitement. Traitements dans lesquels les anciens bègues excellent d'ailleurs parce qu'ils ont eux-mêmes surmonté leur trouble. Ils vont proposer leur propre thérapie. Cette prise de conscience commence par l'acceptation de ce paradoxe : tout ce qui est entrepris pour empêcher le bégaiement l'entretient.

La maîtrise de la fluence est toujours visée, la thérapeutique comprenant immanquablement le chant à l'unisson, la parole rythmée et la respiration ample. La guérison insiste toujours sur l'acceptation des disfluences et l'établissement d'un « bégaiement aisé » tant les faux espoirs d'une dissipation rapide sont nombreux. L'étiologie privilégiée peut relever de facteurs éclairés par la psychanalyse qui retient une fixation à un stade d'érotisme oral, des répétitions de parole comme un acte compulsif de têter, ou une névrose fixée à un stade anal témoignant d'une dévoration cannibale. Pour la neurologie, il s'agit d'un déficit de synchronie dans le mouvement des muscles impliqués dans la production du langage.

L'épidémiologie permet d'avancer que le bégaiement affecte 5 % des enfants à l'école primaire. Dans la population générale, la prévalence est de 1 %. Dans 50 % des cas, il surgit avant quatre ans, dans 75 % des cas, avant six ans. La survenue est rare après douze ans et après la puberté, les cas qui apparaissent sont alors liés à des lésions.

Quelques distinctions usuelles sont utiles. Le bredouilleur veut parler trop vite, il demande trop à son clavier neurologique de réalisation. Le bredouillement ou langage précipité se

caractérisé par un débit verbal anormalement rapide et un rythme irrégulier, mais sans répétitions ou hésitations, suffisamment intense pour entraver l'intelligibilité. Le langage est irrégulier et mal rythmé, consistant en des émissions verbales rapides et saccadées avec, habituellement, des formes syntaxiques erronées (par exemple alternance de pauses et d'explosions verbales, produisant des groupes de mots dont l'arrangement syntaxique n'est pas correct). Dans le bafouillage, les phrases sont imparfaites, incohérentes dans leur syntaxe avec rupture de construction et reprises, mais sans troubles articulatoires.

Typologie

La typologie nous ramène quelque peu à la définition du bégaiement lorsque celui-ci est considéré comme des répétitions en excès et des pauses de durée anormale.

Les types de bégaiement

On distingue classiquement deux types de bégaiement :

- *bégaiement clonique* : répétition plus ou moins longue des phonèmes surtout le premier : les répétitions reproduisent par excès (de parole), une information déjà donnée. Elles sont liées à la difficulté d'ajuster les mouvements articulatoires, ce qui empêche la production de phonèmes en temps voulu. Ces positions anormales des articulateurs ou leurs contractions aberrantes résultent de la production « réverbérée » des syllabes précédant le phonème en cause ;
- *bégaiement tonique* : arrêt de l'émission accompagnée de syncinésies : les pauses peuvent résulter de plusieurs mécanismes : traduire des blocages laryngés qui se manifestent également par des prolongations ; correspondre à la mise en place de dispositifs d'évitement verbaux, souvent alors remplis par des locutions toutes faites.

Le plus souvent les deux sont associés. Certains ajoutent des symptômes intermédiaires qui entrent dans la catégorisation. Il en est ainsi de la prolongation, mais aussi du blocage. La prolongation peut tantôt être rangée du côté de la répétition, tantôt du côté de la pause.

Les orthophonistes vont ainsi distinguer trois types de disflueurs qui sont la répétition, la prolongation (allongement anormal du temps de production d'un phonème lié à un blocage ou une fixation articulatoire avec voisement) et la pause. On reconnaît en général une gradation dans l'expression du bégaiement suivant cette typologie, au début, les répétitions, puis les prolongations, enfin les blocages avec évitement et conscience du trouble.

J. de Ajuriaguerra décrit trois stades d'un bégaiement qui commence essentiellement avec la scolarité :

- le *bégaiement passif* : la phase la plus simple et la plus bénigne au cours de laquelle l'enfant ne montre aucune résistance aux achoppements de son langage ;

- le *bégaiement réprimé* : phase au cours de laquelle le sujet commence à présenter des actions résistantes et des mouvements associés qui élargissent graduellement le problème ;
- le *bégaiement compliqué* : phase la plus avancée qui commence après l'installation des accès et des mouvements associés.

Les 2^e et 3^e phases sont provoquées par la réaction de la personne à son propre bégaiement et au comportement d'autrui devant son bégaiement. Le langage permet à l'enfant de prendre conscience de son unité et est pris dans les relations interpersonnelles. C'est ainsi que pour J. de Ajuriaguerra le bégaiement est une restructuration de la vie relationnelle et il devient mécanisme de défense s'il devient chargé d'angoisse, utilisé pour lutter contre l'angoisse. Plus récemment, Couture en 1990, propose quatre stades, alpha (petites interruptions à l'intérieur d'un mot) ; bêta (répétitions) ; gamma (comportement fixé accompagné de tensions) ; delta (comportement de parole réactionnel).

Des études plus récentes citées en 1996 par Anne Van Hout et Françoise Estienne vont à l'encontre d'une installation progressive. E. Yairi ainsi que T. Peeters et B. Guitar montrent que pour 44 % des enfants, le bégaiement apparaît entre un jour et une semaine. C'est bien sûr l'idée de la présence d'un événement traumatogène qui est sous-jacent à une telle tendance. Non seulement les études sont contradictoires, mais la gravité des événements hautement subjective puisque l'on arrive à retrouver un enfant effrayé par un chien dans les statistiques.

Caractéristiques

Nous distinguons trois niveaux pour rendre compte du bégaiement et de sa description :

- la symptomatologie,
- les « équivoques »,
- les facteurs psychologiques.

– En ce qui concerne *le premier niveau*, la symptomatologie du bègue telle que l'on peut l'observer se repère de la façon suivante : les répétitions, c'est le bégaiement clonique ; les blocages, c'est le bégaiement tonique ; les inhibitions, c'est le bégaiement par inhibition. Il s'agit là d'une symptomatologie primaire, c'est-à-dire que l'on voit. Est désigné comme pathologie secondaire tout ce que le bègue met en œuvre pour masquer son bégaiement, à savoir les évitements, la peur, tous les symptômes moteurs qui affectent le visage, la respiration et les membres. Cette distinction retrouve des critères de parole d'une part et des critères de comportements d'autre part. Bien que secondaires, ils finissent par être plus gênants que les troubles eux-mêmes.

– À *un deuxième niveau*, nous pouvons décrire un plan intermédiaire fait d'imperfections que nous appelons des équivoques. Nous en repérons quatre :

- il y a une inversion du rythme normal de détente au moment des difficultés de parole. Lorsque l'on rencontre une difficulté dans un débit de parole, il existe un réflexe de diminution de la

tension interne. Le bègue au contraire augmente sa tension interne. On voit bien se poindre ici l'utilité de la relaxation ;

- une perte du contact direct avec autrui ou perte du caractère spontané de la parole. Normalement, on ne pense pas à ce qu'on dit, mais à ce qu'en pense l'autre dans une activité radar. Le bègue n'a pas envie d'apercevoir la gêne qu'il inflige à l'autre. On voit bien poindre ici la nécessité des exercices de projections vocales ;
- une perte du comportement tranquilisateur ou perte de la possibilité de faire état de ses difficultés de parole. Normalement, on montre qu'on est conscient de ses difficultés par un geste ou un mot comme « pardon ». Le bègue fait comme si de rien n'était, l'interlocuteur se retrouve contraint de faire semblant, d'ignorer le bégaiement. Le bégaiement est en fait au centre de la communication, mais l'on se retrouve dans cette posture qui consiste à se dire « pourvu qu'il ne s'aperçoive pas que je m'aperçois qu'il bégaye ». On voit bien poindre ici l'exigence des exercices de prise de conscience du bégaiement par essais progressifs ;
- la perte de la possibilité de s'appuyer sur la parole d'autrui. Quand on cherche un mot, on accepte celui de son interlocuteur ou l'on se situe par rapport à la proposition (« ce n'est pas tout à fait ça », « c'est le contraire »). Or le bègue refuse toute aide, veut prouver son autonomie. On voit bien poindre là le bénéfice des exercices de recours à la parole de l'autre.

– *Le troisième niveau* est constitué des facteurs psychologiques, essentiels dans une tentative d'éclaircissement de la psychopathologie du bégaiement.

Sur le registre du terrain, le rôle d'un facteur génétique dans l'étiologie du bégaiement est prôné par J. de Ajuriaguerra dès 1958 et réaffirmé par le DSM-IV en 1995. Les données épidémiologiques tendent à confirmer cette tendance quand le risque de bégaiement est trois fois plus important parmi les membres d'une famille, à parenté de premier degré. D'autres facteurs somatiques comme la latéralisation et la structuration temporo-spatiale sont avancés. L'idée est d'affirmer que n'est pas bègue qui veut et l'enfant qui cherche à attirer l'attention par une telle imitation le fait de façon transitoire. Cependant, s'il existe un terrain, cela ne suffit pas à expliquer l'apparition du trouble, ni sa nature.

Ce terrain doit rencontrer une situation. On est toujours le bègue de quelqu'un, ce trouble est toujours adressé. Il surgit à l'intérieur d'une relation, il ne se présente pas dans toutes les circonstances. Le plus souvent, les difficultés adviennent dans des contextes sociaux précis. L'enfant qui parle seul ne bégaye pas et de la même façon lorsqu'il chante ou qu'il récite un poème. Son apparition est souvent contemporaine de sa socialisation, c'est-à-dire en dehors de son milieu familial. Dans 98 % des cas, avant dix ans avec deux phases critiques, à trois et six ans (cinq ans pour ce qui est du DSM-IV), soit au moment du plein processus d'organisation de son langage dans ses rapports avec autrui (la rémission est souvent spontanée et il dure alors moins de six mois) et lors de son initiation scolaire.

Parmi toutes les études sur le bégaiement, deux sont plus connues, la première de Bauraud et Striglioni en 1968, la seconde de Jean-Jacques Guillarmé en 1979. La première regroupe sept observations d'enfants bègues et souligne l'importance jouée par les parents dans l'apparition et l'entretien du symptôme. Cette étude qui a parlé de la mère comme d'une nourrice bégayante, alternant le don et le retrait dans l'alimentation de la première année particulièrement avec

angoisse, imprimant un pattern d'hésitation sur la musculature orale et respiratoire de l'enfant. La mère est décrite comme souvent narcissique, infantile, avec une charge inconsciente de culpabilité et d'agressivité. Il en résulte une séparation ambivalente entre peur de la perte et besoin d'autonomie. Le père est décrit comme absent ou démissionnaire. J.-J. Guillarmé, d'après une étude sur 97 bègues de 8 à 20 ans vus en clinique et en test du Rorschach, montre qu'il n'y a pas de structure stable derrière le symptôme, on aurait pu s'en douter, mais extériorise trois mécanismes psychologiques fondamentaux : l'introversion ; l'agressivité ; la problématique de la perte.

On va constamment retrouver des mécanismes voisins dans la perspective d'un bégaiement considéré comme un trouble de la personnalité. À dire et ne pas dire dans un même temps, le bègue nous montre qu'il déplace une difficulté affective, qu'il a peur de ses propres pulsions agressives, qu'il est dépendant et qu'il présente des défenses obsessionnelles, une revendication, une ambivalence, et à côté de cette paranoïa, on trouve une forte note obsessionnelle. Autrement dit, parler, c'est risquer de dire l'agressivité. À ne pas parler (donc de son désir), il élimine la possibilité d'une puissance. C'est un impuissant oral : ses manifestations restent cependant rattachées au premier développement quant à leur lieu (la bouche) et à la difficulté motrice de respiration et d'utilisation de l'ensemble des sphincters oraux. Les pulsions orales et anales violemment refoulées vont se charger d'angoisse et cette angoisse se manifeste tout particulièrement au niveau oral sur un mode anal : le discours ne peut être « éjecté ». La défense hystérique donne à ce symptôme d'origine sadique-anale une signification génitale chez ce persécuté originaire.

Le bégaiement se répercute sur l'organisation psychoaffective et modèle ou modélise la personnalité comme on vient de le voir. Les difficultés d'expression conflictualisent les relations avec l'entourage et le plus souvent celui-ci ne se montre pas tolérant. Ou L'alternative est qu'il ne parle pas et c'est une conspiration du silence laissant entendre que le comportement est tellement effroyable qu'on n'ose pas en parler. Je pense à cette mère qui ne s'énervait pas, ne bougeait pas un cil, mais arrêtait de respirer tant que son fils n'avait pas fini de parler. Beaucoup de bègues ne souffrent pas du tout et trouvent un équilibre relationnel. Beaucoup également montrent une anxiété même quand le bégaiement est bien supporté. D'autres ont peur de parler et leur trouble peut s'inscrire dans une névrose infantile (phobie, organisation prépsychotique). Ainsi de cet homme qui ne mange jamais au restaurant ce qu'il souhaite, acceptant ce que lui propose le restaurateur dans son aide à formuler.

Prise en charge

L'examen clinique doit permettre de cerner :

- les capacités de parole du bègue et ses difficultés spécifiques ;
- sa représentation du symptôme ;
- ce qu'il fait et pour quels résultats ;
- sa demande.

Il doit pouvoir explorer trois situations de parole distinctes pour prendre la variabilité du bégaiement dans le temps : la lecture, le monologue (description d'image par exemple) et le langage conversationnel.

L'adolescence est une période propice à la résolution du bégaiement et l'on observe alors 80 % de guérison dont 60 % spontanément. Pour parler d'un bégaiement, nous sommes sur la base d'une installation du trouble supérieure à six mois. Chez l'enfant, une psychothérapie est envisagée quand il existe des perturbations affectives repérables et un échec de la rééducation orthophonique qui est le premier traitement essayé en général (trois séances d'une demi-heure par semaine). On retrouve cette indication si un retard de langage est associé ou des éléments névrotiques ou psychotiques prégnants. Chez l'adulte, la psychothérapie est préconisée lorsqu'une anxiété est massive car la disparition des situations anxiogènes diminue la fréquence des grandes crises de bégaiement. Dans de rares cas très sévères, quinze jours d'un médicament appelé Haldol® sont bénéfiques.

La thérapie se fait toujours en fonction de la demande (reconnaissance du bégaiement et du fait qu'il fait problème), de la capacité du sujet et des possibilités d'agir sur les facteurs en jeu. La relaxation y tient une place de choix, souvent en parallèle d'une prise en charge en orthophonie. La méthode de relaxation doit alors être la plus complète possible et non inachevée, c'est-à-dire trois-quatre mois pour ce qui est de la méthode Bergès, la plus adaptée ici. Il y a en effet nécessité que des exercices respiratoires soient abordés.

Une information aux parents est nécessaire pour dédramatiser la situation et obtenir une abstention parentale d'intervention correctrice pour éviter que les solutions deviennent les problèmes. Ensuite, il s'agit de « positiver » (jusqu'à prescrire le symptôme), c'est-à-dire souligner l'attention soutenue de l'entourage, ce qui concorde avec l'abstention. Les parents de l'enfant bègue ressentent les difficultés comme volontaires ou imprégnées d'agressivité et pouvant compromettre son épanouissement, d'où les tensions qui aggravent le symptôme. Les réactions de l'entourage favorisent la réussite ou l'échec. Des phrases sont à proscrire comme « il suffit de faire un effort », qui montrent l'atteinte narcissique sous jacente qui se pose sur la moindre erreur de diction. L'attitude à adopter avec les parents consiste bien souvent à leur dire de ne rien changer pour s'en sortir (prescription du symptôme), elle donne ainsi un sens nouveau au symptôme. Il s'agit surtout d'éviter la polarisation des parents sur l'enfant.

En conclusion, outre le constat que nous n'avons pu nous empêcher de nous montrer bavard sur ce trouble, nous dirons qu'il faut insister sur l'importance d'un dépistage précoce de ce trouble du comportement, de la connaissance de ses conséquences possibles à long terme, afin de donner toutes ses chances à l'enfant bégayeur dont le mode d'être reste pénible par rapport au monde des adultes dont il risque d'être ainsi rejeté.

7

Le tic

CETTE « caricature d'actes naturels » disait Charcot, car trop brusques, trop saccadés et trop variables, présente plusieurs caractères du tic. En effet, ce geste stéréotypé est obsédant par sa répétition, gênant par l'ambiguïté de l'aspect figuré du mouvement et perturbant pour l'entourage : une grimace, un haussement d'épaule, cligner d'un seul œil ou avancer les lèvres pincées en avant, viennent souligner non seulement le besoin impérieux de faire quelque chose, mais aussi quelque chose d'incongru ou de défendu. Cette habitude nerveuse pose avec acuité le problème de la valeur du symptôme quand le tic est passager ou du comportement quand il est durable.

Définitions

Le tic est inopportun, intempestif, c'est un acte stérile et incomplet. Il doit cependant être distingué de troubles voisins. Ici aussi, la consultation a lieu par le caractère trop visible qu'une expression discrète tolère. Elle intervient en fonction de l'intensité, de la fréquence, de la durée et des répercussions sociales du tic. Les parents retrouvent souvent un traumatisme affectif précis comme origine du tic de leur enfant. Or, le début est rarement tranché, c'est donc d'une rationalisation dont il s'agit. Le tic apparaît entre six et quatorze ans et plus particulièrement entre six et huit ans. Un tiqueur adulte évoque toujours une installation dans l'enfance. Il concerne le garçon à 77 %. On retrouve beaucoup d'enfants uniques.

Le tic est vécu comme un besoin impérieux d'accomplir un acte, besoin qui s'impose comme une obsession et dont l'accomplissement amène une satisfaction. Il disparaît pendant le sommeil et est suspendu par la volonté, la distraction ou une activité absorbante. Il est exagéré en situation de stress. Il suppose une absence de cause organique, le problème se

situant dans la reproduction qui s'établit et en fait une habitude motrice ou plus précisément dans la prédisposition à conserver cette habitude.

Le caractère obsessionnel est particulièrement souligné dans de nombreux cas, d'autres manifestations sont alors présentes (rituels au moment du coucher par exemple). Cette parenté avec la névrose obsessionnelle conduit à donner à certaines habitudes motrices une valeur conjuratoire (tic d'agenouillement ou de signe de croix, le pouce dirigé vers soi).

La première définition que l'on ait à notre portée est bien souvent celle du DSM-IV : « Un tic est un mouvement, ou une vocalisation, soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé. » On pourra lui préférer une version plus engagée, proche de celle de Cruchet, mais plus actualisée. Les tics peuvent alors être définis par Lebovici en 1983 comme « des mouvements involontaires, brusques et soudains, rapides et répétés, atteignant un groupe ou des groupes de muscles en liaison fonctionnelle ; reproduisant les actes naturels, les caricaturant, ils sont inopportuns et intempestifs ».

Le tic présente ainsi plusieurs caractéristiques :

- il y a une analogie avec le mouvement volontaire ou tout du moins son apparence intentionnelle ;
- il n'y a pas de cause organique ;
- il est obsédant.

Typologie

Une typologie des tics

Le repérage le plus efficace est celui qui consiste à énumérer les différentes localisations :

- *les tics de la face* : ce sont les plus fréquents, en particulier les tics des paupières (clignement, écarquillement). Les tics des sourcils, du nez, du front, des lèvres et de la bouche (succion, moue, grimaces, mordillement, rictus), de la mâchoire, de la langue (sifflement, léchage, croassement) ;
- *les tics du cou et des épaules* : très communs également, ils évoquent encore davantage que ceux de la face l'analogie avec des mouvements volontaires. C'est le tic du haussement d'épaule, souvent unilatéral, le tic du rejet de la tête en arrière, le hochement, la salutation, la négation, l'affirmation ;
- *les tics des membres inférieurs* : ce sont les sauts (changement de pas, pas de polka), le coup de pied ;
- *les tics respiratoires* : ils sont multiples. Toux nerveuse, soufflement, sifflement, secousses respiratoires, tic de hémmeage, de raclement de la gorge, d'aboïement. Les personnes reniflent, hument, ronflent, soufflent, baillent, toussent, sanglotent, hoquent ;
- *les tics digestifs* : tics de déglutition avec aérophagie, éructation en salves, faux besoin d'aller à la selle
- *les tics verbaux* : les paroles ont souvent un caractère ordurier (coprolalie).

L'intelligence est normale, mais les résultats scolaires peuvent pâtir de l'impact du symptôme sur l'entourage scolaire et familial.

Caractéristiques

L'étude de la personnalité met en évidence :

- une ambivalence latente ou explicite selon le schéma obéissance/révolte, visible dans une réaction explosive agressive. À cet égard, le tic est une agression contre les parents ;
- une immaturité affective (l'infantilisme mental des anciens), une puérité du jugement et une grande dépendance vis-à-vis de l'entourage ;
- une fixation narcissique ;
- des tendances sadiques sous forme d'opposition, mais aussi une tendance masochiste, car le tic détermine des critiques et des réprimandes des parents.

Il n'est guère possible d'évoquer le comportement de l'enfant sans évoquer sa famille. Il y a en effet généralement un climat de tension. Le tic est alors interprété comme une intention hostile et agressive. Par ailleurs, il devient une obsession pour toute la famille et alimente ainsi constamment l'hyperémotivité de l'enfant. Son émotivité est susceptible d'être accrue au contact des parents inquiets ou trop autoritaires. La mère est présentée bien souvent comme perfectionniste et anxieuse, ayant une attitude permissive dans certains cas et très répressive dans d'autres. L'enfant se présente comme entravé dans son activité musculaire.

Le tic devient ainsi chargé de sens. Il est le signe :

- d'une intention agressive ;
- d'une expression de culpabilité et d'un besoin de punition ;
- de la signification d'un aveu fait malgré soi (comme l'érythrophobie), qu'elle soit immédiatement accessible ou qu'elle présente un caractère substitutif d'un acte interdit ou impossible. Le tic intervient comme le simulacre d'un acte, un « simul'acte ».

Sandor Ferenczi insiste sur l'équivalence avec l'onanisme. Le tic est, de ce point de vue, un véritable érotisme musculaire. Furtif et provocant, il réalise un compromis entre érotisme et culpabilité. On comprend mieux l'éclosion du tic à la période de latence, vers 7 ans, à une époque où l'appareil locomoteur devient le siège de l'expression de l'agressivité.

Prise en charge

Historiquement, le premier traitement consistait à s'observer devant le miroir, à s'efforcer de s'empêcher de tiquer et à se corriger par des contre-tics (pour éviter de secouer la tête, on relevait le menton avec une canne). Aujourd'hui, on associe ou l'on préfère une des modalités

suivantes : traitement médicamenteux (avec l'Haldol®), psychomoteur et psychothérapeutique (psychothérapie courte associée à des entretiens avec les parents). En ce qui concerne la psychomotricité — une prise en charge des plus classiques —, des séances types sont bénéfiques, mais il faut bien sûr personnaliser l'approche. On proposera avant tout une relaxation, de type Bergès particulièrement adaptée, la synergie des deux étant hautement recommandée. Une gymnastique en miroir peut également être proposée. Bien souvent, on insiste sur une répétition volontaire des mouvements (une demi-heure par jour ou une heure tous les trois jours pendant trois semaines, puis repos, puis reprise). Nous n'oublions pas qu'il existe une disparition spontanée dans 50 % des cas.

En conclusion, nous dirons qu'il faut insister sur l'importance d'un dépistage précoce de ce trouble du comportement, de la connaissance de ses conséquences possibles à long terme, afin de donner toutes ses chances à l'enfant tiqueur dont le mode d'être reste ambigu par rapport au monde des adultes dont il risque d'être ainsi rejeté.

8

L'instabilité ou hyperkinésie

L'INSTABILITÉ psychomotrice est un des motifs de consultation les plus fréquents en pédopsychiatrie. L'importance des réactions de l'entourage permet de mettre l'accent sur une tolérance jusqu'à cinq ans bien souvent, les difficultés scolaires incitant alors à consulter. Le taux de prévalence est estimé entre 3 % et 5 % des enfants d'âge scolaire. Elle concerne les garçons dans 75 % des cas.

Définitions

Elle apparaît à trois moments distincts de la vie : au cours de la première année de la vie, au moment de l'entrée en classe maternelle et au moment de l'entrée à l'école. Moments qui se répondent lorsque l'hyperactivité de l'enfant est fréquemment retrouvée lors des premiers mois de la vie et même avant. L'hypermobilité fœtale est retrouvée une fois sur deux. Les circonstances de la grossesse et de l'accouchement sont d'ailleurs à repérer dans l'anamnèse (présence d'une souffrance périnatale par exemple). L'examen des antécédents familiaux est également caractéristique. On retrouve plus d'instables parmi les hommes de la famille que dans la population générale.

Tentative de séduction posturale pour certains (« il fait l'intéressant »), l'instabilité montre cette importance du regard commune à tous les troubles psychomoteurs, c'est-à-dire sa dimension relationnelle, au-delà de l'interrogation autour de la réalisation du désir maternel (l'instabilité comme passage à l'acte du désir de la mère). Intrication du fonctionnel et du

neurologique, l'instabilité est un paradigme de la psychomotricité par l'adéquation à laquelle répond la définition de ce trouble oscillant entre neurologique et psychiatrique, entre support organique et signe de communication.

En ce qui concerne l'hyperactivité, souvent l'enfant remue sans cesse, touche à tout, ne reste pas une minute en place, son activité est désordonnée et mal contrôlée. En ce qui concerne l'attention, celle-ci est d'une extrême labilité. L'enfant est incapable d'efforts durables, sa capacité de concentration est faible, même pour une occupation procurant du plaisir. L'analyse et l'ordre le fatiguent et il opère le plus souvent par « court-circuit », c'est-à-dire d'une manière intuitive et confuse. De plus, l'enfant a un contact très particulier, immédiat, familier avec les adultes, taquin sans agressivité, prolix et jovial, voire euphorique jusqu'aux limites de l'hypomanie. En revanche, les manifestations cliniques peuvent disparaître lorsque la personne est sous surveillance ou dans un environnement nouveau ou encore lorsque bien se tenir le conduit à être récompensé.

L'instabilité associe une hyperactivité (une instabilité) et des troubles de l'attention et de la concentration, mais aussi d'autres troubles dits associés. Parmi ceux-ci, on peut inclure une faible tolérance à la frustration, des accès de colère, de l'autoritarisme, une labilité de l'humeur, des refus scolaires. Il existe avec constance des manifestations d'agressivité ou d'opposition et une vie fantasmatique importante caractérisée par la nature primitive des pulsions qu'elle met en œuvre. Il existe le plus souvent un sommeil très profond et dans la moitié des cas une énurésie associée et parfois une angoisse diffuse.

L'instable a un mode de relation fugace, happé par tous les stimuli externes auxquels il ne sait pas résister, incapable qu'il est d'inhiber sa tendance à l'éparpillement. Il est influençable par tout ce qui est mobile et se montre opposant à tout ce qui est stable et organisé. C'est une gêne qu'il provoque chez les autres tant qu'il est enfant, c'est un appel à la subversion lorsque ce trouble structure un caractère à l'âge adulte, le lien restant à démontrer puisque l'on anticipe avec prématurité ici sur une sémiologie développementale. Ce qu'il est possible d'avancer par contre, sans équivoque, est l'éventuelle persistance d'un comportement hyperactif de base et une certaine tendance aux investissements multiples, voire dispersés, à l'âge adulte.

Pour un grand nombre de cas, si l'enfant est placé dans de bonnes conditions éducatives, c'est-à-dire un milieu qui développe une compréhension et met en place des aménagements du cadre de vie (activités sportives de défoulement et sorties au grand air en particulier), l'instabilité psychomotrice régresse spontanément au moment de l'adolescence.

Typologie

Il reste pertinent de faire appel à la typologie de Jean Bergès avant d'en envisager une autre ou plutôt un débat entre deux conceptions. Cet auteur nous fournit une conception plus wallonienne de l'instabilité et va à l'encontre d'un traitement médicamenteux. Il distingue deux types d'instabilité, deux états qui permettent de comprendre qu'une instabilité n'est pas synonyme d'incontrôle : l'état tensionnel et l'état déhiscent.

L'état tensionnel est un état d'alerte musculaire et postural sans souplesse, ni disponibilité. L'hyperactivité intervient comme une irruption depuis un noyau de tension qui sert de forteresse protégeant du monde extérieur. Il se caractérise par une hypertonie, une paratonie, la respiration est souvent bloquée, entrecoupée de longs soupirs, une contraction permanente des muscles et des crampes fréquentes. Chez le tout petit, ces crampes sont ce que Wallon appelle des crises tonico-émotionnelles. Au repos, les poings sont crispés, les épaules remontées, les mâchoires serrées. La mise en tension de la posture appelle la motricité pour rétablir la détente. La motricité est expression et faillite du système tensionnel. Celui-ci marque une frontière que l'enfant ne dépasse que dans une « sortie », une frontière solide qui contient l'ébullition interne. L'hyperactivité est conçue comme une perte de contrôle des gestes. Ces enfants tendus, ceinturés par une gangue tonico-motrice où le corps apparaît comme une barrière sans cesse fortifiée, ne sont pas les plus nombreux.

L'état déhiscent, au contraire, se caractérise par une hypotonie. Ces enfants sont pâles, transpirants, ayant fréquemment envie de faire pipi pendant l'examen, incapables d'une activité coordonnée dans les limites d'un cadre donné, toujours à côté de la question. Ils semblent incapables de réagir autrement que par réactions de sursaut, suivies d'une véritable sidération végétative. C'est un état qui traduit la labilité, l'impossibilité de concentration motrice ou de maintien postural. Le corps est vécu comme inconsistant et en danger d'un manque de cohésion interne. L'hyperactivité est conçue comme une façon de se donner des limites tant l'incapacité d'une activité coordonnée est présente. Leur hyperactivité apparaît comme une recherche incessante de limites, aussi bien sur les objets que dans les interdits. Ils se cognent souvent, ils sont toujours dans les jambes. L'enfant recherche la limite qui lui manque.

Du point de vue de Jean Bergès, le schéma corporel est considéré comme une enveloppe. Tantôt, il est carcan et il y a nécessité d'en sortir par irruptions, tantôt, les limites sont indécises et dès lors, elles sont recherchées dans le monde extérieur et dans autrui car le corps propre ne les possède pas. La conservation des attitudes est éloquente à cet égard, la position imposée par l'examineur est celle à laquelle il faut se tenir, ce que renvoie l'autre est ainsi une possibilité de ne plus être instable. L'hyperactivité vient annuler la distance entre posture et action et ne laisse pas de place à l'anticipation qui vient se caler dans cette distance, celle qui permet le passage de l'imitation immédiate à l'imitation différée, une imitation qui est une représentation en acte. Cette activité incessante sert de vécu, de frontière si bien que l'enfant n'a pas conscience de son hyperactivité.

C'est en 1982 avec Thiffaut que l'instabilité revient sous la notion d'hyperactivité. Elle associe hyperactivité motrice, distractibilité et impulsivité. Ce trépied de l'école française distingue l'excès de mouvements lié à l'hyperactivité de l'impatience motrice montrée par l'impulsivité, ce que fait moins l'école étatsunienne qui tend à regrouper les deux pour les distinguer de l'inattention. Il s'agit de mettre l'accent sur cette dernière. Autrement dit, pour l'école française : distractibilité + hyperactivité + impulsivité et pour l'école étatsunienne : inattention + hyperactivité – impulsivité.

En fait, il s'agit de deux conceptions pour parler de la même chose. L'instabilité psychomotrice, pour la France, ou l'hyperkinésie, pour les États-Unis, se confondent quand il s'agit de décrire un état clinique et la définition est alors commune aux deux. Tout se compose

autrement lorsque les enjeux liés aux chapelles des nosographies conduisent bien souvent à négliger les travaux des autres. Ainsi, quand on souligne la distinction entre instabilité et hyperkinésie, cette dernière est rare et l'instabilité est assimilée à une hyperactivité. Par contre, lorsque c'est de la même chose dont il s'agit, il ne s'agit que de l'hyperkinésie.

Si l'on considère l'hyperkinésie dans son sens le plus strict comme une accélération des mouvements, il est alors un trouble moteur et non psychomoteur et relève de la neurologie. Comme le ralentissement des mouvements (bradykinésie), l'hyperkinésie est une expression clinique de type extrapyramidale. Il faut entendre par-là tout le système nerveux extérieur au système cérébelleux et aux aires cortico-spinales. Il existe à ce moment-là plusieurs types d'hyperkinésie : la chorée, l'athétose, l'hémiballisme, les myoclonies, mais nous laisserons de côté ce parti pris neurologique pour ne retenir que ces deux tendances correspondent à deux cultures distinctes, latine et anglo-saxonne. Elles vont nous emmener, d'une part, vers les classifications reconnues, nationale et internationale, d'autre part, vers une étiologie distincte.

Certes, il existe une distinction fondamentale en fonction de la conception sous-jacente, mais il est plus important de souligner le caractère permanent, quelle que soit la situation, de l'instabilité qui se distingue ainsi de la turbulence, ce que cherche à traduire l'expression du DSM « dans au moins deux milieux différents », lesquels sont, en général, l'école et la famille. La turbulence est réactionnelle à l'entourage, soit familial, soit scolaire, de l'enfant qui montre une modulation de son comportement en fonction des circonstances. L'agitation, l'impulsivité et l'agressivité sont alors intentionnelles et relationnelles. L'incapacité de contrôle moteur et de retenue expressionnelle de l'instabilité s'observe avec une intensité variable d'un enfant à l'autre, mais en tous milieux, toutes relations et toutes circonstances.

Caractéristiques

Le diagnostic différentiel concerne les troubles de la conduite tels que les envisage le DSM, mais ces patients violent les règles sociales. C'est un risque d'évolution probable lorsque des troubles réactionnels s'ajoutent aux difficultés premières, entravant ainsi une progression scolaire, voire une insertion professionnelle. L'inadaptation sociale et la délinquance sont alors les conséquences d'une marginalisation précoce sur le plan socio-scolaire et non un phénomène inhérent à l'instabilité. En effet, l'incompréhension, l'hostilité ou la méconnaissance des difficultés réelles de l'enfant par son entourage aggravent cette instabilité par des troubles qui sont réactionnels aux réponses de l'entourage. Ce sont des troubles associés que nous pouvons repérer dans un contexte de redoublement scolaire, de changement de classe, voire d'école, et/ou d'orientations voies de garage.

Le bilan pratiqué précise le profil d'efficacité intellectuelle, instrumentale et psychologique afin d'aider chaque enfant selon ses caractéristiques propres. L'examen psychologique montre habituellement un niveau intellectuel global normal, mais identifie souvent des troubles de l'apprentissage (déficits du langage oral et du langage écrit, immaturité psychomotrice). Il met également en évidence d'éventuelles anomalies du comportement qui sont secondaires à la mauvaise tolérance de l'entourage. On repère ainsi une opposition, une agressivité, des

perturbations du sommeil et des dérèglements sphinctériens qui s'ajoutent à l'instabilité dans les deux tiers des cas, mais ne font pas partie du tableau initial. L'examen neurologique, lui, peut mettre en évidence des signes minimes d'origine centrale. Dans ce cas, il s'agit de MBD (dysfonctionnement cérébral *a minima*) qui associe instabilité, troubles de l'apprentissage et signes neurologiques.

Le concept de dysfonctionnement cérébral *a minima* est né de la constatation de l'association fréquente de certains troubles de l'apprentissage et du comportement avec des signes neurologiques centraux mineurs chez des enfants d'intelligence normale. Cette inadaptation scolaire *a minima* a conduit à proposer un mécanisme étiologique commun lié à des anomalies fonctionnelles du système nerveux central.

Une logique, certes pragmatique, mais non entièrement satisfaisante, conduit à choisir entre instabilité et syndrome hyperkinétique par la réussite au traitement. Si l'enfant réagit de manière positive à la prescription d'amphétamines et de Ritaline[®], alors c'est d'un syndrome hyperkinétique dont il s'agit. C'est la même logique qui conduit à dire lorsqu'un enfant sort de son autisme qu'il ne l'était pas.

La consultation vient plus ou moins tôt en fonction de la tolérance de l'entourage et l'entrée à l'école vient jouer un rôle déterminant, d'où une difficulté à connaître la précocité des difficultés. Ici aussi, l'enfant ne souffre pas et quand on lui demande pourquoi il vient consulter, il répond : « Parce que je suis trop nerveux. » Cette faculté de tolérance, mais aussi d'inquiétude vis-à-vis de risques d'accident, parce que l'enfant remuant y est plus exposé, concerne les parents, mais aussi le médecin avec ses préjugés, son expérience et son degré de contamination par les parents. Une étude anglaise ancienne de Kenny, en 1971, portant sur cent enfants adressés pour hyperactivité et vus par trois examinateurs dont les évaluations sont très concordantes entre elles, montre qu'un tiers est reconnu comme hyperactif et plus de la moitié ne sont pas considérés comme hyperactifs par les trois examinateurs.

En général, on ne retrouve pas de retard de l'acquisition de la marche, ni des troubles de la coordination globale, mais bien un trouble de la coordination fine, cette réalisation motrice étant entravée par une impatience motrice, d'où les colères toujours signes d'une impuissance.

Nous avons dit qu'il est nécessaire de distinguer deux conceptions, mêmes si elles ne sont pas toujours opposées ou opposables, car de nombreux éléments rapprochent ces deux entités, mêmes si les auteurs sont partagés pour rendre synonymes instabilité et hyperkinésie. En effet, il existe des MBD sans instabilité et réciproquement, des instabilités isolées qu'il n'est pas possible d'attribuer à un dysfonctionnement cérébral occulte non extériorisé.

Le rapport de l'Inserm sur les troubles des conduites de 2005 nous incite à la prudence à cause des ambiguïtés et des insuffisances de l'outil conceptuel tant les relations entre les concepts de troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation et trouble déficit de l'attention/hyperactivité génèrent de l'embarras, tant la frontière entre le normal et le pathologique n'est pas posée, tant la confiance dans les évaluations précoces est parfois excessive. La limitation des approches et les contradictions ont d'ailleurs laissé place à une contestation sociale et politique importante sur le thème du risque de dérive patent dans la prévention de la délinquance par le glissement d'une démarche scientifique à une récupération

politique. Reste que le danger est de transformer un diagnostic en destin et de glisser de facteurs de risque à un déterminisme, ce qui doit nous conduire à rester vigilant. L'histoire tend à bégayer.

Prise en charge

La prise en charge doit être active sans être instable. Il faut adapter dans la mesure du possible l'environnement à l'enfant :

- améliorer la compréhension et la tolérance de l'entourage en informant la famille et le milieu scolaire de la nature des troubles ainsi que de la non-responsabilité de l'enfant ;
- les conseils psycho-éducatifs sont parfois insuffisants et il peut être nécessaire d'y associer une aide psychothérapique aux parents ;
- aménager et élargir le territoire d'action de l'enfant : une organisation scolaire adaptée à ses possibilités, sports, sorties.

Dans la majorité des cas, une prise en charge psychomotrice est instaurée ou une relaxation, une rééducation orthophonique peut y être associée en cas de dyslexie-dysorthographe et une psychothérapie pour les enfants présentant des désordres affectivo-caractériels. Une chimiothérapie peut être indiquée dans les cas les plus difficiles, que l'instabilité soit importante ou qu'elle soit mal tolérée par l'entourage. C'est une façon de pouvoir concilier des points de vue contraires avec des conceptions étiopathogéniques divergentes. Il existe une vraie controverse sur l'administration de la Ritaline[®], en particulier par le risque toxicomaniaque induit, la transformation en une symptomatologie subie, l'empêchement de l'émergence de sens sur une situation clinique et l'atténuation entre onze et treize ans, puis la disparition spontanée du trouble à l'adolescence. Pour d'autres, la proximité avec la manie justifie l'emploi du traitement d'un trouble mental. Certains règlent le problème en admettant la conjonction d'une guidance psychologique, tant auprès de l'enfant que des parents, pour d'autres, c'est d'une alternative dont il s'agit, la prise de médicament venant entraver ou surseoir à toutes capacités d'élaboration psychique, quelle que soit la forme de la guidance psychologique (psychothérapie motrice, relaxation, psychothérapie).

Dans l'hypothèse d'une chimiothérapie, un traitement par neuroleptiques sédatifs n'agit que dans un tiers des cas et de façon transitoire. L'utilisation des produits amphétaminiques a fait l'objet de nombreuses publications. Leur efficacité est admise par la plupart (de ceux qui la recherchent) et semble démontrée sur le niveau d'activité, l'attention, l'impulsivité, le comportement social et l'apprentissage. Les effets secondaires que sont l'insomnie et l'anorexie et dans une moindre mesure des désordres gastriques, des céphalées, des tremblements des extrémités, tendent à disparaître avec le prolongement de la cure. Le danger en toxicomanie serait minime.

On ne peut pas minimiser l'importance des études portant sur l'action des amphétamines, car l'amélioration de l'instabilité motrice, l'augmentation de la vigilance au cours des

apprentissages peuvent permettre de passer la période critique de la scolarité primaire et évitent à l'enfant le cercle vicieux d'une progressive inadaptation scolaire, puis socio-professionnelle. On s'étonnera néanmoins de la réussite paradoxale de ce type de traitement. De la même façon que l'on excite un enfant en lui donnant un calmant qui cherche à l'apaiser alors qu'il va se mobiliser pour rester éveillé et donc être encore plus insupportable par la lutte contre le sommeil qu'il met en place, un traitement amphétaminique permet de mieux contrôler une motricité qui va elle-même mieux structurer une activité scolaire. Dans un cas comme dans l'autre, s'agit-il d'une simple compensation ou d'une réelle modification de la personnalité ?

En conclusion, nous dirons qu'il faut insister sur l'importance d'un dépistage précoce de trouble du comportement fréquent, de la connaissance de ses conséquences possibles à long terme, afin de donner toutes ses chances à l'enfant instable dont le mode d'être reste en décalage par rapport au monde des adultes dont il risque d'être ainsi rejeté.

9

L'inhibition

L'INHIBITION psychomotrice n'est pas un motif de consultation fréquent en pédopsychiatrie en regard du silence de ce symptôme, de ce qu'il donne peu à voir et de son statut ambigu ou multiple. En effet, il apparaît comme mécanisme adaptatif et répond en cela à des nécessités qui en font non un symptôme, mais un processus normal du développement tant au niveau moteur en termes d'ajustement qu'au niveau psychique en termes de contrôle. Il est alors réaménagement d'une conduite ou d'un comportement. Non seulement il est particulièrement bénéfique, source de progrès, mais il est aussi valorisé.

C'est alors l'intensité, la fréquence et la durée qui vont lui conférer un statut pathologique. Il ne va être suspect dans cette perspective que dans son excès. Si ceci est vrai pour un bon nombre de symptômes, c'est particulièrement caractéristique de l'inhibition quand les difficultés, liées au seuil à partir duquel le diagnostic est porté, soulignent le rôle de la tolérance de l'entourage. Cette question du seuil est cruciale puisqu'il s'agit de se demander à quel moment le mécanisme adaptateur fait désordre d'autant plus qu'une nouvelle organisation appelle un désordre pour mettre en place un remaniement.

Définitions

L'oscillation entre neurologique et psychiatrique, entre support organique et signe de communication à laquelle répond la définition d'un trouble psychomoteur est des plus faibles

ici. On se situe soit à un niveau neurophysiologique et neuromusculaire, soit à un niveau psychologique et psychique. La description en est aisée, mais la nature, motrice et/ou psychique et l'étiologie à laquelle on va vouloir la rattacher beaucoup plus délicate.

De plus, l'inhibition est fréquemment associée à d'autres troubles (tics, bégaiement, dystonie). Par ailleurs, l'inhibition n'est pas le contraire de l'instabilité. Au ralentissement, il n'est pas pertinent d'opposer l'agitation, mais l'hyperactivité maniaque. C'est ainsi la dépression que nous allons croiser au détour de l'inhibition, tant sous son versant de processus que sous son aspect de symptôme. Cet échappement sous contraintes connaît un destin qui mérite que l'on s'y arrête comme tout système à valeur défensive.

Le terme change de statut à plus d'un titre au cours de l'histoire, importé de la neurophysiologie qui va distinguer, depuis Pavlov, inhibition périphérique (hormonale ou musculaire) et inhibition centrale (corticale). L'inhibition connaît un succès dans un emploi intériorisé, particulièrement en psychanalyse avec Freud, mais elle change également de nature quand, phénomène passif, son étude permet de montrer combien elle peut mobiliser de l'énergie, recouvrant ainsi un statut de phénomène actif. De suspension, elle devient entrave.

La dimension clinique permet d'unifier une définition claire : l'inhibition est « l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions physiologiques, mentales, verbales et motrices par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités. » nous disent Féline et Lépine en 1982.

Plusieurs caractéristiques sont ainsi repérées, c'est un processus actif comme nous l'avons dit, l'organe ou la fonction visée ne sont pas endommagés et le contexte affectivo-social ou situationnel joue un rôle, souvent dans le sens d'une majoration. Il ne s'agit pas pour autant de décrire l'insomnie comme une inhibition du sommeil, l'anorexie comme celle de l'appétit ou l'amnésie comme celle de la mémoire, l'appauvrissement de la vie fantasmatique comme celle de l'imagination et de passer en revue toutes les fonctions corporelles, mentales et psychiques. Cette logique conduit à voir l'autisme comme une inhibition de la relation et non le contraire. Seule, l'inhibition psychomotrice nous retiendra.

Trouble des fonctions instrumentales pour la classification nationale de Roger Misès, l'inhibition est classée par la CIM-10 comme un « trouble spécifique du développement moteur », mais le DSM-IV ne situe pas ce trouble dans une perspective diagnostique, ce qui confirme la caractéristique première de l'inhibition qui est son silence. La seule inhibition retenue est sexuelle, qu'il s'agisse de l'orgasme masculin ou féminin.

Il est intéressant à noter que la classification américaine ne s'embarrasse pas du décalage qu'il peut y avoir entre un potentiel psychomoteur et une activité psychomotrice ou entre une performance intellectuelle et un niveau intellectuel ou tout du moins qu'il n'y a pas lieu d'en faire une pathologie si le rapport à la normativité ou plutôt à l'auto-normativité est interrogé.

Typologie

Avec le ralentissement psychomoteur, l'accent a été porté sur l'initiative du mouvement au détriment de sa réalisation. Nos auteurs fétiches que sont Julian de Ajuriaguerra et Jean Bergès vont nous proposer des typologies qui distinguent ces deux moments.

Deux typologies

Julian de Ajuriaguerra propose de distinguer ceux qui ont des soucis moteurs de ceux qui n'en ont pas. Autrement dit, des enfants porteurs d'une paratonie transitoire avec des réactions de prestance au repos qui disparaissent à l'action d'une part ou d'un côté. De l'autre, des débiles moteurs inhibés avec des raideurs, des blocages, des réactions de prestance et une paratonie permanente.

Comme il a distingué deux types d'instabilité, Jean Bergès distingue deux états qui permettent de comprendre une inhibition sous deux aspects distincts :

- *l'inhibition par hypercontrôle* : on retrouve la description de l'état tensionnel décrit sous les auspices de l'instabilité : c'est un état d'alerte musculaire et postural sans souplesse, ni disponibilité. Le mouvement, à peine dirigé, est freiné et retenu par crainte de ne pas être présentable aux yeux de l'autre, d'en faire trop. L'hypercontrôle intervient comme une solution contre des fantasmes de démembrement, seule façon de conserver un corps unifié. Il se caractérise par une hypertonie, une paratonie, la respiration est souvent bloquée, entrecoupée de longs soupirs, une contraction permanente des muscles et des crampes fréquentes. Au repos, les poings sont crispés, les épaules remontées, les mâchoires serrées. C'est le versant réussi de ce que ne pouvait pas effectuer l'instable qui explose. Ici, l'explosion est contenue, le corps unifié ;
- *l'inhibition par suspension de l'initiative motrice* : elle correspond en miroir à l'état déhiscent de l'instable : cet état se caractérise par une hypotonie. L'exécution du mouvement n'est pas en cause, c'est le déclenchement de celui-ci qui est entravé. C'est d'une véritable impossibilité de se décider dont il s'agit, une difficulté à assumer les répercussions de ses actes.

Faut-il confondre contrôle et inhibition quand cette dernière tend à relever d'une suspension de l'activité même, touche moins le déroulement que l'initiative, mettant ainsi en avant la volonté, la volition ?

Caractéristiques

Le moindre mouvement suppose une intervention inhibitrice de certains muscles pour sa réalisation. L'unité motrice, cette voie finale commune, reçoit à chaque instant des informations facilitatrices ou inhibitrices provenant de la périphérie (inhibition pré-synaptique ou inhibition post-synaptique, dans ce dernier cas, on note la présence de neuromodulateurs comme le gaba et la glycine) ou des centres nerveux (structures inhibitrices comme les aires suppressives, la boucle nigro-striée, le noyau rouge et l'hypothalamus).

Au-delà de l'ajustement moteur, à un niveau plus global, intégrant dimensions organique et psychique, l'inhibition est nécessaire pour mettre en œuvre une concentration et soutenir une vigilance, une attention. Dans cette mesure, l'instabilité et l'inhibition se succèdent dans le développement de l'enfant.

C'est un seuil qui fait de l'inhibition une défense en présence de ce qui apparaît comme un danger. Il s'agit alors de réduire les moyens à disposition pour faire face à une situation, c'est un dérèglement par excès ou par défaut qui la rend pathologique. L'extrémité en est la paralysie.

Faut-il pour autant décrire un continuum entre ce que nous avons décrit comme un processus et ce qui fait pathologie ? L'idée de seuil nous y conduit, d'autant plus qu'il est question d'une maturation, mais la diversité de ce qui se produit de part et d'autre doit laisser envisager ce seuil comme une asymptote, la bascule d'un processus à un autre comme du normal au pathologique.

En ce qui concerne la pathologie, c'est moins l'inhibition intellectuelle en rapport avec les apprentissages qui nous intéresse, que l'inhibition locomotrice et gestuelle. Nous pointerons néanmoins quelques facteurs à prendre en compte, notamment parce qu'ils font interférence dans un contexte où ce qui n'est pas visible, tout en restant observable, brouille la compréhension.

Description

- On décrit classiquement une attitude empruntée, rigide avec peu de mouvements. Cette restriction de mouvements est présentée comme une fuite de la relation.
- On y associe un manque d'investissement de l'espace.
- On décrit également des symptômes moteurs comme une lenteur, une retenue, un freinage.
- La raideur dans la posture et le mouvement peut être responsable d'une maladresse.
- On observe des réactions de prestance, voire des réactions de catastrophe traduisant le vécu de malaise, une paratonie plus ou moins labile selon que l'enfant est également débile moteur ou non.
- L'enfant inhibé présente une déficience de l'attention, envisagée comme une défense contre l'anxiété, elle est majorée par l'entourage.
- On constate une timidité si ce n'est un repli sur soi qui peut se traduire par un isolement et un refus d'activité en groupe.
- On reconnaît une hyperémotivité.

L'ensemble de ce tableau conduit l'enfant à des difficultés d'intégration et à un appauvrissement de la vie relationnelle.

Ce tableau est-il semblable à ce que l'on décrit quand on évoque d'autres entités nosographiques ? Oui, quand on fait le lien avec la dépression. Le ralentissement psychomoteur est en effet propre à cette pathologie, ce qui ne nous empêche pas de nous demander si celui-ci est une cause ou une conséquence de la dépression (pour se pencher, plus que s'épancher, sur la seconde hypothèse). Toujours est-il qu'il se trouve au centre et que le rapport au temps est

interrogé à partir du retard dans l'action caractéristique du déprimé : il ne commence pas une action parce qu'il pense que ce sera de toute façon trop tard.

La dépression est d'ailleurs une maladie du temps, un trouble de la temporalité que ce soit au niveau du vécu, de la nostalgie et des remords vis-à-vis du passé, à l'angoisse vis-à-vis du futur, ou au niveau, plus objectivable, d'un retard dans l'action. Le ralentissement, au centre de la dépression si nous laissons de côté l'autre grande caractéristique diagnostique, la tristesse, peut être envisagé sous l'angle d'un système d'action qui constitue une « réponse » plus qu'une « maladie » selon un diaphragme widlöchéen. Le ralentissement sera alors comme un système comportemental organisé et finalisé. Expression directe du retard à la mise en route des actions cognitives ou motrices, le ralentissement n'entrave pas l'exécution du geste ou du traitement de l'information. C'est la séparation des domaines moteur et cognitif qui peut nous intéresser. En effet, doit-on attribuer au même mécanisme, ralentissement moteur et ralentissement idéique ? Ceci est une invitation à apporter des éléments susceptibles d'éclairer une problématique constamment au ralenti.

Le ralentissement est par ailleurs susceptible d'accentuer l'arrêt, de pousser l'arrêt un peu loin pourrions-nous dire, lorsqu'il s'agit de sidération. Une mobilisation défensive est à cet égard utile pour articuler les liens entre corps et pensée, quand elle agit comme une réaction adaptative transitoire, nous voulons parler de l'inquiétante étrangeté. Celle-ci intervient comme réaction au traumatisme par la mise en place d'une dénégation agie, dénégation en actes, avec la dynamique propre à la dénégation dans sa faculté de laisser reconnaître sans reconnaître complètement, réalisant le compromis d'une semi-reconnaissance avec l'inhibition qui lui est attachée. Il nous faudrait envisager au-delà d'une exploration clinique, une étude méta psychomotrice pour tenter de décrire cet état que nous repérons comme défensif en prenant ses racines dans la sidération. Il s'agit d'examiner avant tout dans quelle mesure chaque traumatisme permet de retrouver la conjonction des cinq facteurs décrits par Freud prédisposant à l'état d'inquiétante étrangeté avant d'en faire une véritable mobilisation défensive pour ne pas dire une défense. Il s'agit de la description d'une problématique du double dans l'histoire de la personne ou dans ses réactions face à un événement ; de l'établissement d'une relation à la mort, soit passée, soit actuelle, de la répétition non intentionnelle d'événements issue de l'histoire de la famille. Celle-ci peut d'ailleurs fournir des éléments permettant d'accéder à un sens vis-à-vis de ce traumatisme. Les deux autres facteurs en question, sont le recours à une toute puissance de la pensée, souvent traduite par une référence à un mode de fonctionnement magique et les déboires œdipiens mis en exergue dans l'histoire des personnes.

D'autres facteurs sont liés à un tableau d'inhibition :

- le rôle du stress et de l'anxiété comme déclencheur ayant valeur de signal, mais aussi comme crainte que l'exercice de l'action ne développe de l'angoisse ;
- le rôle de la fatigue, l'abattement, voire l'écrasement auquel peut conduire une activité prolongée ou excessive.

Prise en charge

Une prise en charge des plus classiques, des séances types sont du plus grand bénéfice, mais il faut bien sûr personnaliser l'approche, d'autant que la relation duelle est particulièrement adaptée pour mettre en œuvre une capacité de réception et d'écoute et faire valoir une empathie. Un climat de grand respect est nécessaire pour faire émerger des élaborations. On proposera avant tout des exercices de stimulation motrice, et tout particulièrement d'exploration spatiale et d'investissement scénique ainsi qu'une relaxation, de type Bergès particulièrement, pour un réinvestissement du corps, la synergie des deux étant hautement recommandée. Le rythme lent de ces enfants est à respecter particulièrement dans un premier temps. Les techniques théâtrales constituent un dispositif de choix.

En conclusion, nous dirons qu'il faut insister sur l'importance d'un dépistage précoce de ce trouble du comportement d'autant plus qu'il est silencieux afin de donner toutes ses chances à l'enfant inhibé dont le mode d'être reste en décalage par rapport à ses potentialités et ainsi au monde des adultes dont il risque d'être exclu.

10

La maladresse ou dyspraxie

Il existe des difficultés à programmer, à organiser, reproduire des séquences gestuelles ou de rythme complexe. L'enfant est lent, mal à l'aise dans son corps, il a du mal à s'habiller, à attraper un ballon. Il peut se faire punir quand il casse tout, ce qui peut susciter de l'angoisse, une instabilité, un manque de confiance en soi, une inhibition, des difficultés scolaires ou d'adaptation sociale.

Définitions

L'enfant s'y prend mal dans tout ce qu'il entreprend, il est gauche, voire c'est un enfant catastrophe qui tombe et bouscule. Il prête à la raillerie, c'est d'ailleurs une intolérance à la moquerie, aux échecs répétés qui peut être à l'origine de la consultation. Une compensation de ses échecs pouvant prendre la forme d'une perturbation de la classe par des pitreries ou de l'insolence. La lenteur qui peut y être associée conduit à une attitude surprotectrice de la mère qui le maintient dans une attitude infantile. Il prête le flanc à devenir une tête de turc, maniéré, sans initiatives, passif sous les brimades, il donne souvent l'impression de ne pas être dans le coup, à côté de la situation. Il n'est pas pour autant psychotique, ce qui sera un diagnostic différentiel, car il n'y a pas absence de contact. De la même façon qu'il n'est pas débile moteur, car ce dernier ne connaît pas de perturbations des fonctions spatiales et des praxies constructives et ne dispose pas d'un quotient intellectuel très élevé.

L'intelligence est normale, le langage facile, mais des difficultés sur le plan moteur et de l'organisation spatiale sont présentes. La dyspraxie est proche de l'apraxie constructive quand

on conçoit plusieurs types d'apraxie ne serait-ce que par la diversité des localisations. Nous avons plusieurs typologies à disposition.

Typologie

Typologies

- *L'apraxie idéatoire* : c'est la grande perturbation à élaborer un plan d'action et une organisation des étapes. La difficulté est dans la réalisation d'une séquence de gestes successifs.
- *L'apraxie idéomotrice* : c'est la grande perturbation à réaliser des gestes simples sur ordre et hors contexte. La difficulté est dans l'exécution volontaire de mouvements nécessaires à la réalisation de gestes simples.
- *L'apraxie constructive* : c'est la grande perturbation à regrouper les activités nécessaires à l'assemblage de divers éléments. La difficulté est dans la manipulation des éléments dans l'espace dans le but de construire ou d'assembler.
- *L'apraxie d'habillage* : c'est une apraxie particulière où l'enfant confond devant/derrière, l'endroit et l'envers. La grande lenteur qui en découle peut être prise pour de la paresse, de l'immatrité et une recherche de dépendance à l'égard de l'adulte.

Les deux premières offrent des lésions de l'hémisphère gauche, les deux autres de l'hémisphère droit.

Nous pouvons également distinguer :

- *L'apraxie sensorio-kinétique*, caractérisée par une altération de la synthèse sensori-motrice avec désautomatisation du geste, mais sans troubles de la représentation de l'acte ;
- *L'apracto-gnosie somato-spatiale*, caractérisée par une désorganisation conjointe du schéma corporel et de l'espace ;
- *L'apraxie de formulation symbolique* qui se caractérise par une désorganisation générale de l'activité symbolique y compris le langage.

L'apraxie dite constructive que nous avons retenue se retrouve apracto-gnosie somato-spatiale dans la classification de de Ajuriaguerra, Hecaen et Angelergues en 1960 dans la mesure où elle associe des troubles de l'organisation spatiale et des troubles de la connaissance du corps propre.

Caractéristiques

Le but de la praxie constructive est de reproduire des relations spatiales. Elle contribue ainsi à l'aspect figuratif de la pensée dont on se rappelle que Piaget donnait priorité à l'autre aspect, l'opératif, relatif aux transformations des objets. Pour équilibrer en citant Wallon, celui-ci considère deux orientations à l'activité motrice, l'activité cinétique, le mouvement orienté vers l'extérieur et l'activité tonique qui maintient une tension dans le muscle pour en faire

l'étoffe des postures, attitudes et mimiques. Dans cette perspective, c'est l'activité cinétique qui prédomine dans les praxies. L'image va être un support privilégié des opérations spatiales.

Les praxies ou actions ne sont pas des mouvements quelconques, mais des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention. Préhension et coordinations sont constitutives de la transmission de la culture humaine. Une dysfonction de l'exécution du projet moteur et c'est l'organisation ou l'ajustement du mouvement ou son anticipation qui sont atteints sans préjuger du niveau de l'atteinte, que l'œil ou la main soit en jeu, que le contrôle de la motricité ou la saisie de l'information soit perturbé.

L'asymétrie de la symptomatologie doit faire penser à une éventuelle lésion ainsi qu'une hyperréflexivité et une perturbation du réflexe cutané plantaire. L'examen neurologique peut mettre en évidence un trouble de la latéralité. Si cette perturbation est minime, c'est l'agnosie de la latéralité qui est en jeu (fonction acquise vers six ans). La mauvaise qualité des résultats d'une coordination n'est plus à mettre sur le compte du déclenchement ou du déroulement (comme dans le cas d'un incontrôle tonico-moteur), mais sur l'aboutissement du geste. C'est une mauvaise connaissance de l'emplacement du nez, du genou ou de l'oreille qui est en cause. Ce n'est plus un tremblement, une imprécision, mais d'une hésitation, de la recherche d'un à-peu-près.

Face à une dyspraxie, on veille à l'examen de possibilités :

- d'une lésion, généralement cérébelleuse ;
- d'une perturbation du schéma corporel ;
- d'un trouble du contrôle tonico-moteur ;
- d'une aggravation relationnelle, généralement un état tensionnel.

On détermine en outre l'adéquation des possibilités motrices, notamment de coordinations de mouvements précis et rapides, en regard de l'âge atteint.

La prise de conscience de l'unité du corps propre morphologique passe par le chemin de son individuation affective. Cette individuation va de pair avec l'organisation du moi et de la relation d'objet. C'est à partir de ces modes d'organisation et de l'équipement neurophysiologique de base que l'on pourra déterminer l'appétence, élément important de l'organisation motrice.

Ces enfants, par ailleurs, peuvent ne pas rencontrer de problèmes dans le registre de la lecture ou du rythme et de la structuration temporelle. Les épreuves de calcul, en revanche, sont mauvaises et particulièrement les épreuves de géométrie. Les épreuves d'intelligence à support verbal, elles, ne posent aucun problème. Les difficultés sont essentiellement présentes dans les domaines de la motricité et du schéma corporel, que ces difficultés soient mineures ou majeures, et particulièrement visibles à partir du graphisme. Il reste utile de ne pas le confondre avec le graphisme mal élaboré d'un enfant immature ou celui, éclaté, d'un anxieux.

Prise en charge _____

La définition même de la dyspraxie infantile nécessite d'envisager :

- rien avant quatre ans ;
- l'élimination d'un retard mental ;
- que la maturité et l'intelligence sont normales ;
- les perturbations de l'intégration du schéma corporel et de la construction ou la reproduction de modèles impliquant des relations spatiales ;
- la recherche d'une atteinte lésionnelle ;
- l'investigation de la personnalité ;
- la passation d'un examen du quotient intellectuel où le QI verbal est en général supérieur d'une quinzaine de points au QI performance.

La conduite à tenir consiste à diversifier les approches en jouant autant sur les points faibles à améliorer que les points forts à rendre plus performants, particulièrement le domaine verbal. Jean Bergès rapporte l'exemple d'un enfant de dix ans d'un niveau verbal de 130 et d'un QI performance de 65, dans l'incapacité absolue de reproduire un rectangle et ses deux diagonales jusqu'au jour où il a appris que ces droites se coupaient en leur milieu et au centre de la figure.

La thérapie psychomotrice sera centrée sur l'harmonie du geste, visera à pallier la maladresse, la mauvaise coordination et l'instabilité posturale, à l'établissement de schèmes moteurs et perceptivo-moteurs. Elle mettra l'accent sur la découverte, la reconnaissance et l'intégration des données concourant à la connaissance du schéma corporel. Nous insisterons sur la recherche d'une aisance corporelle et les méthodes de relaxation. Une psychothérapie peut intervenir comme adjuvant si la dyspraxie s'intègre dans un contexte plus globalement névrotique, phobique tout particulièrement. Dans cette restauration de la confiance en soi, la médiation la plus performante passe par le langage et l'abstraction puisque le raisonnement oral est juste et la lecture souvent une bouée.

En conclusion sur ce trouble pour lequel nous n'avons pas marqué un choix terminologique entre maladresse et dyspraxie, nous dirons qu'il faut insister sur l'importance d'un dépistage précoce de ce trouble du comportement d'autant plus qu'il est perturbant afin de donner toutes ses chances à l'enfant maladroit dont le mode d'être reste en décalage par rapport à ses potentialités et ainsi au monde des adultes dont il risque d'être ignoré.

4

Le bilan psychomoteur

11	Valeur et évaluation	69
12	Les troubles psychomoteurs dans les classifications nosographiques ...	75
13	L'épreuve et l'observation dans le bilan	81
14	L'entretien	87

11

Valeur et évaluation

L'EXAMEN d'une double évolution sociale, celle des progrès scientifiques avec le développement des technosciences et celle des droits individuels par l'émergence des droits de la personne et l'accès à la connaissance, conduit à un nouveau contexte et à une crainte de dérives. Ces deux grandes évolutions, chacune émaillée de scandales, nous interpellent lorsqu'il s'agit de se demander s'il faut greffer un rein à un alcoolique ou un poumon à un fumeur, questions épineuses, récurrentes et amplifiées surtout aujourd'hui où les restrictions budgétaires sont d'actualité. Cet examen peut se poursuivre par celui des distinctions entre deux cultures pour réaffirmer à quel point la psychomotricité est un métier d'aujourd'hui, ancré dans son siècle, éclairant le double sens du mot *valeur* au centre de l'évaluation. Des principes qui nous semblent aller de soi, respect de la personne, demande d'un consentement, ne relèvent pas seulement d'une déontologie et d'une éthique, mais dicte la nature de notre inscription institutionnelle et dessine un nouveau paysage pour les étudiants amenés à engager une démarche de recherche sur les personnes.

Deux cultures pour une évolution _____

Le fonctionnement du système des soins de santé est guidé en France par une forte tradition de service public et repose sur un paternalisme médical important. En effet, l'évolution de la société qui s'inspire du modèle américain se heurte à son adaptation en France. On envie l'organisation optimum d'un système qui fait correspondre à un motif d'hospitalisation une durée précise, mais on dénonce le procès fait à l'obstétricien qui accouche d'une fille quand

il a annoncé un garçon. La logique commerciale qui pousse les avocats outre-Atlantique à recruter leurs clients à la sortie de l'hôpital et la peur de l'inconnu qui pousse à craindre toutes les modifications non prévues lors d'une contractualisation, ne sont pas compatibles avec le crédit, aux deux sens du terme, qui conduit les personnes, en France, à faire confiance, voire à donner un blanc-seing, aux personnels soignants.

L'évolution qui consiste à obtenir le consentement des personnes, avec une information préalable « claire, loyale et appropriée », est inéluctable : le médecin, seul, ne peut plus décider de la thérapeutique d'un patient. Néanmoins, le terme « appropriée » dans la formule du code de déontologie médicale permet une souplesse indispensable au bon déroulement de la mise en œuvre de soins.

Le corps médical a une obligation de soins qui va guider la relation contractuelle et opérer tout d'abord une distinction, ensuite une protection vis-à-vis de la dérive américaine tant redoutée. La logique guidée par l'État dans le monde occidental n'engendre pas les mêmes effets que celle conduite par l'intérêt de l'individu dans les pays anglo-saxons. Ce devoir du soignant ne doit pas heurter le droit du patient. Notons au passage que les logiques sous-jacentes nous indiquent les moyens optimums pour arriver à faire respecter la personne dans ce contexte. En effet, à la jurisprudence américaine se substitue, en France, un droit du patient qui ne peut s'imposer que par la loi, comme son nom l'indique.

L'évolution qui imprime les prescriptions dont nous dépendons dessine un paysage paramédical qui nous est, somme toute, bien souvent familier quand notre prise en charge est avant tout prise en compte des contextes personnel, familial, scolaire ou professionnel et social dans lesquels s'inscrivent les personnes que nous recevons.

Ces deux évolutions récentes, celle des progrès technologiques de la médecine et celle du développement des droits individuels, conduisent à mettre en avant l'importance d'une prise en charge globale de la personne. En effet, d'une part, l'hyperspécialisation de la prise en charge de santé issue de ces progrès conduit à une déshumanisation des soins, d'autre part, la défense du droit de consommation aboutit à une contractualisation de la relation et souligne la nécessité d'un consentement éclairé à partir d'une information loyale sur les soins. La comparaison des cultures anglo-saxonne et latine ainsi que divers scandales historiques centrés sur le dilemme intérêts individuels/intérêts collectifs nous aident à comprendre le contexte actuel.

En 1961, l'hémodialyse est la première technique à soulever le problème de la sélection des malades. Aux USA, pour près de 15 000 personnes c'est la seule chance de survie. Or, le premier centre spécialisé, à Seattle, manque de matériel et de personnel formé. Un comité de neuf personnes, dont seulement deux médecins, se met en place. C'est la première fois qu'une sélection échappe aux médecins puisque toutes les personnes sont médicalement éligibles. Des critères sociaux tels que la productivité au sein de la communauté et la bonne conduite sont retenus pour une décision impliquant la vie et la mort. Dans les années soixante-dix, les progrès prolongent la vie par les deux bouts, l'avortement et la technique de conservation du sperme polarisent alors les débats. Dans les années quatre-vingt, l'affaire de l'insémination de trois jeunes femmes américaines avec du sperme fourni par des lauréats de prix Nobel choque et réveille le spectre de l'eugénisme. La question des mères porteuses déchaîne les

passions et notamment en 1982 lorsqu'une femme porte un enfant pour sa sœur jumelle. En 1978, Louise Brown, le premier bébé-éprouvette arrive en Grande Bretagne et Amandine en France en 82, mais Jacques Testart annonce qu'il arrête tout parce que la science avance plus vite que la réflexion. Il existe ainsi à la fois de nouveaux questionnements (peut-on intervenir sur les gènes ? Peut-on congeler les embryons humains ?), mais aussi d'anciennes questions qui se posent autrement avec les nouvelles technologies car l'euthanasie et l'avortement ont existé de tous temps.

Les enjeux d'une nouvelle relation de soins

La psychomotricité intervient bien comme un contrepoids et un contrepoint au morcellement de l'offre de santé en insistant sur la globalité de la personne, sur le profond respect de celle-ci et de son psychisme à partir d'interventions écologiques. Nous laissons l'aspect thérapeutique de côté pour l'instant afin de nous saisir de la question de l'évaluation pour laquelle nous sommes de plus en plus sollicités. C'est à partir d'une réflexion sur le travail actuel que nous pouvons questionner cette évaluation d'autant plus que l'engagement corporel y est prégnant comme nous le montre la psychodynamique du travail de Christophe Dejours.

L'évolution sociétale doit éclairer le double sens du mot valeur au centre de l'évaluation en venant mettre en lumière :

- que l'on peut faire parler les chiffres. Rappelons-nous cette étude qui annonçait que les Noirs étaient moins intelligents que les Blancs aux États-Unis. À regarder les résultats de cette étude de plus près et non plus à voir un chiffre global, il s'est avéré que la condition sociale était une clé de compréhension : les personnes noires du nord ont un quotient intellectuel plus élevé que les personnes blanches du sud ;
- que l'on ne peut faire l'économie d'une distinction quantitative et qualitative par :
 - l'intégrité d'un travail bien fait qui conduit à ne pas donner des conclusions chiffrées mais des conclusions cliniques, en termes de potentiel plus que d'aptitudes ;
 - le respect de la personne dans la communication des écrits après une restitution des résultats. L'usage de l'écrit amène à des précautions simples comme faire figurer une date à un bilan ou à un compte rendu.

À cette évolution culturelle de la contractualisation de la relation sociale, et de travail en particulier, y répond, voire correspond, une entrave de la relation professionnelle où le psychomotricien, comme les autres acteurs en situation de travail, se trouvent confrontés à un management au cœur duquel l'évaluation est prônée comme panacée, source d'avancée, quand il ne se fait pas menaçant.

L'évaluation n'est jamais contestée en soi, elle est même souhaitable car nous avons toujours besoin d'un retour sur l'action que l'on mène. Cette légitimité est renforcée par une attitude de suspicion à prendre position contre. En effet, chercher à se dérober à cette procédure tend à évoquer une dissimulation ou une intention coupable comme s'il pouvait être

révélé un « secret » sur la médiocrité. Il s'agit notamment de cette incompétence supposée à l'origine d'une remise en question, source des dépassements de soi. Comme si l'esquive à une évaluation dissimulait l'idée que l'on peut se forger sur sa propre médiocrité, alors qu'il s'agit d'une confrontation aux difficultés à partager l'hésitation de nos réactions de tâtonnements, particulièrement lorsqu'elles tiennent de l'essai-erreur, inventées à tout moment pour justement faire au mieux son ouvrage.

Cependant, l'usage de l'évaluation, et l'on serait plus averti de parler de mésusage, vient bien souvent, dans nombre de lieux de travail, renforcer des dysfonctionnements censés être réduits par des mesures visant à améliorer l'évaluation. Lorsqu'elle perd de vue l'aide qu'elle peut apporter, l'évaluation se heurte à une déliquescence de la confiance nécessaire dans des rapports de travail par la conservation du seul aspect sanction. Autre point, il est essentiel que l'évaluateur soit lui-même évalué ou que les modalités auxquelles il se réfère, les expertises sur lesquelles reposent des décisions en particulier, aient montré ou démontré leur validité.

Psychodynamique de l'activité

Il faut admettre que ce que l'on cherche à évaluer se dérobe à l'observation directe, à plus d'un titre. D'une part, quand il s'agit de prendre de la distance avec son objet d'étude, dans un mouvement de qualité du bilan. Il est en effet évident que l'on ne peut prendre pour argent comptant ce que l'on voit, il y a nécessité d'un décryptage. Quelle que soit la grille de lecture, il y a du sens à poser ou à dé-couvrir en fonction du contexte et de ce qui n'est pas dit. D'autre part, insistons sur l'étude de la nature même de l'activité de travail qui présente celle-ci comme une énigme. Il est en effet difficile de parler de ce que l'on fait quand on le fait et il est impossible de prétendre atteindre une qualité en respectant scrupuleusement les prescriptions du travail.

Le travail se nourrit de la subjectivité et de l'engagement corporel. C'est lui qui permet de pressentir des solutions, de traduire cette intelligence pratique et est à l'origine des ficelles du métier, de la production de trouvailles et de l'ingéniosité. C'est dire à quel point des spécialistes de la psychomotricité pourraient gagner leurs jalons de cadres en participant à des analyses de situations de travail.

C'est bien tout ceci qui rend complexe la mesure du travail qui était jusqu'ici paisiblement indexé sur sa durée, en ne tenant compte que de la charge physique liée au travail. Aujourd'hui, les nouvelles technologies et le développement du secteur tertiaire ont mis en évidence une charge mentale, voire pour certains, une charge psychique et ainsi une nouvelle indexation pour son évaluation. La durée de travail mise en crise, c'est la production et la productivité qui ont été mesurées. Or il n'y a pas de relation de proportionnalité entre performance et travail. Des prestations de service, particulièrement celles concernant la relation d'aide à la personne, ont bien montré comment on travaille même une fois sorti du contexte professionnel. Le travail est d'autant plus continu qu'il est psychique et le psychomotricien est loin d'être un cas d'espèce.

Dire que le travail n'est pas visible n'est pas une position facile à tenir puisque c'est laisser entendre qu'il n'est pas connaissable. La seule méthodologie qui permet un accès à cette

« connaissabilité » est la subjectivité et le seul moyen de parvenir à celle-ci est la parole. Il s'agit essentiellement de gagner la confiance des personnes à partir d'entretiens semi-directifs sur une longue période, c'est ce que font les analystes du travail qui s'appuient sur la psychodynamique du travail.

L'évaluation est nécessaire pour avoir un retour de ce l'on donne de soi-même, mais il faut se faire à l'idée qu'il n'y a pas d'évaluation objective possible. Seule une évaluation équitable reste possible, celle qui est la plus juste et non celle qui est la plus vraie. La mobilisation subjective relève d'une dynamique qui repose sur le couple contribution/rétribution. Cette dernière est bien sûr matérielle, mais surtout symbolique, c'est la reconnaissance. Elle porte sur le travail et non sur la personne, elle permet de tirer des bénéfices de son effort pour son identité, elle passe par les jugements d'utilité et de beauté plutôt que par des mesurages.

La psychomotricité a beaucoup à apprendre de la psychodynamique du travail, l'analyse des situations de travail pouvant éclairer l'évaluation des personnes et des situations qui nous sont proposées. Nous ne pouvons faire l'économie du repérage des signes et symptômes psychomoteurs à travers les classifications médicales internationales et leurs descriptions après avoir dressé un tableau des principales indications médico-comportementales qui amènent petits et grands chez le psychomotricien et avant d'envisager l'accompagnement des personnes aux différents âges de la vie.

12

Les troubles psychomoteurs dans les classifications nosographiques

NOUS venons de voir que l'évaluation n'est jamais remise en cause, mais seulement les usages que l'on peut en faire. Eux seuls amènent des critiques. La classification relève d'exigences similaires, ne serait-ce qu'à partir du lien intrinsèque qui les rassemble. Les enjeux semblent néanmoins moins ambigus, encore que, puisque le fond médical est incontestable dès lors que l'on s'intéresse à la pathologie et que la nécessité de classer est évidente, mais la façon de le faire va être déterminante de son usage. La question se situe aussi ailleurs quand il est nécessaire d'explorer les frontières de la médicalisation dans la mesure où parler de trouble évoque également la question d'une souffrance sous-jacente qui n'est pas nécessairement d'ordre pathologique. Un mal-être ou un malaise postural relève-t-il, dans cette perspective, d'une médicalisation de sa prise en charge ? C'est aussi à un statut des troubles psychomoteurs auquel cela renvoie et ce qu'on a pu en dire.

Avant même d'évoquer une possible psychopathologie de la motricité comme objet essentiel de la psychomotricité s'intéressant à des fonctions instrumentales, il nous faut décrire le paysage médical, psychiatrique, classificatoire. En préambule, il nous faut évoquer les difficultés d'une classification des troubles mentaux. Nous pouvons repérer trois ordres de difficultés liées à des incohérences les unes concernant des patients, d'autres, des examinateurs et d'autres encore les nosologies elles-mêmes, toujours fort nombreuses.

Les difficultés d'une classification des troubles psychomoteurs

On peut relativement bien classer des données recueillies pendant une consultation, encore que le fonctionnement mental suppose une grille complexe (le développement ainsi que les facteurs biologiques et sociaux sont plus faciles d'accès), mais la relation ne peut pas être classée car elle fait appel à une contre-relation. En effet, le psychomotricien en se saisissant de la personne dans sa globalité et du fonctionnement mental et psychomoteur en particulier s'éloigne à ce moment-là de références sociales, toniques et somatiques et d'un raisonnement en termes de symptômes et d'antécédents tout comme la médecine la plus classique.

En psychomotricité comme en psychiatrie, on ne s'intéresse pas seulement à une maladie, à une symptomatologie, mais au patient. Ce n'est d'ailleurs pas qu'aux symptômes et à leur évolution que l'on s'attache, ce sont aussi aux mécanismes du fonctionnement psychique de la personne. Ce n'est pas des antécédents que l'on cherche, mais une anamnèse que l'on reconstitue. La recherche de symptômes est même un inconvénient si elle occupe trop de place par la valeur de suggestion qu'elle peut prendre. De plus, l'activité de bilan, particulièrement chez l'enfant, souvent présente dès les premiers rendez-vous, n'a pas une seule visée diagnostique, mais constitue les prémices et les prémisses d'un traitement dans la mesure où justement s'établit une relation entre le professionnel et le patient.

Ce raisonnement ne tient que dans le cadre d'une offre de santé et d'une nosographie centrée sur elle. Lorsque la justice fait appel au psychiatre et au psychologue, elle ne peut leur demander d'évaluer la dangerosité des personnes avec un pronostic, car il existe des actes monstrueux, c'est eux que l'on juge, mais pas de monstres. Quand au nom de la prévention d'une récidive, une loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté marque une rupture avec une présomption de culpabilité du fait de la seule personnalité, les limites de la médicalisation des problèmes sociaux sont dépassées.

Pathologie et/ou inadaptation sociale

Chez l'enfant, la situation est encore plus complexe car il ne souffre pas forcément. Ce n'est pas lui qui vient consulter, c'est l'inadaptation qu'il montre qui conduit ses parents à venir consulter. Or l'inadaptation n'est pas synonyme de maladie et réciproquement. Il faut de plus que cette inadaptation soit bruyante (l'instabilité dérange plus que l'inhibition). Les difficultés d'apprentissage peuvent ainsi plus renvoyer à des conditions familiales ou scolaires qu'à une maladie. C'est quasiment l'enfant qui fait symptôme dans sa famille.

Par ailleurs, la classification en intervenant chez l'enfant, en développement par définition, doit prendre en compte l'échelle d'un développement qui ne peut être linéaire. D'une part, un même enfant ne connaît pas un développement régulier, et, d'autre part, le développement varie d'un enfant à l'autre. Cette référence à la norme doit être interrogée par une exploration des frontières entre le normal et le pathologique.

Ainsi, d'emblée, la notion de maturation et de développement conduit à un repérage fluctuant. Pour prendre l'exemple de la névrose, bien que celle-ci tende à disparaître des

classifications, une phobie se rencontre chez un enfant plus jeune alors qu'une atteinte obsessionnelle est l'apanage d'un enfant plus âgé, sans compter qu'une organisation telle que la phobie est conjoncturelle et qu'elle peut même être considérée comme normale entre quatre et cinq ans. Une symptomatologie névrotique de l'enfant est d'ailleurs un bon exemple de la place des troubles instrumentaux et psychomoteurs, si l'on réduit ces derniers aux premiers, dans une classification psychiatrique. En effet, des psychiatres, généralement psychanalystes, démontrent que des troubles instrumentaux ou psychomoteurs ne sont que les signes apparents d'une organisation névrotique, mais aussi psychotique, sous-jacente. Dire qu'ils assimilent trop rapidement les niveaux organisationnel et symptomatologique n'est pas suffisant, nous l'avons vu avec la discussion sur une conception des troubles psychomoteurs comme symptomatologie d'accompagnement. Il reste souhaitable à cet égard de travailler les fondements d'une psychopathologie de la fonction motrice.

Nous pouvons résumer les difficultés de l'usage d'une classification des troubles mentaux et/ou psychomoteurs du point de vue du patient par les fluctuations du développement, l'équilibre familial dans lequel s'insèrent le motif d'une consultation spécialisée et ainsi la dépendance de l'enfant à ses parents et la référence à la normalisation qui conduit à confondre pathologie et inadaptation sociale.

Une responsabilité engagée

Aux difficultés présentées par la situation, à savoir la personne qui vient consulter et son contexte que l'on cherche à appréhender, s'ajoutent celles inhérentes au fonctionnement des professionnels. En effet, la tendance naturelle à vouloir établir un diagnostic, à se forger une opinion dans les premières minutes d'un entretien que l'on va chercher à confirmer, mais aussi infirmer, par la suite, relève de mécanismes psychologiques bien connus ainsi que de tous les domaines et de toutes les rencontres interpersonnelles. La particularité d'une prise en charge de santé, qu'il ne faut pas perdre de vue et que le recours à une classification pourrait laisser supposer, c'est que ces jugements initiaux ne sont guère « sanctionnables » et une responsabilité thérapeutique généralement peu engagée. Cependant, nombre d'études montrent que des praticiens expérimentés, mêmes d'écoles théoriques différentes, peuvent avoir des diagnostics concordants sur des mêmes cas. On éloigne ainsi le risque d'erreur à partir du moment où le professionnel est expert.

Par ailleurs, le motif d'une classification peut être varié et explique le grand nombre à disposition : comparaison enfant *versus* adulte ; opposition inné/acquis ; constitution d'une nomenclature administrative ; justification d'une étiologie ou d'une théorie. Les classifications sont aussi le reflet de leur temps et insister aujourd'hui sur des configurations génétiques rend compte d'une obédience culturelle.

Une culture de la classification

En 1967, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose, après un séminaire international qui a lieu à Paris, une classification triaxiale prévoit de prendre en compte la saisie d'un syndrome psychiatrique, la description d'un niveau intellectuel et l'énumération des facteurs associés et/ou étiologiques. C'est la Classification internationale des maladies dans sa huitième version (CIM-8). La CIM-9 prendra en compte quatre axes, le syndrome psychiatrique, le niveau intellectuel, les facteurs biologiques et les influences psychosociales associées ou étiologiques. La CIM-10 en vigueur encore aujourd'hui — elle date de 1993 — opère des changements et se rend compatible notamment avec deux autres classifications que nous allons évoquer, la première pour la critiquer, la seconde pour valoriser notre culture latine.

Seules deux catégories de la CIM-10 croisent certains types de troubles psychomoteurs, mais de façon incomplète et en partie insatisfaisante. Ce sont :

- *les troubles du développement psychologique* : les troubles du langage, les troubles des acquisitions scolaires, les troubles du développement moteur, mais aussi des troubles envahissants du développement comme l'autisme, le syndrome de Rett (= chez les filles seulement, perte du langage et de l'usage des mains, entre 7 et 24 mois avec hyperventilation, ataxie, apraxie et retard mental) et le syndrome d'Asperger (= surtout chez les garçons, ressemble à l'autisme, mais avec une intelligence normale, pas de retard de langage, mais altération des interactions sociales pour des activités stéréotypées) ;
- *les troubles du comportement et les troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence* : l'hyperkinésie, les tics, mais aussi les troubles du fonctionnement social, les troubles de l'attachement, l'angoisse de séparation et la rivalité dans la fratrie.

La classification américaine DSM répertoriée dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, aujourd'hui DSM-IV révisé, quitte le champ du symptôme pour celui des critères présents ou absents. Elle est anti-nosographique et s'éloigne de toute perspective d'études psychopathologiques du fonctionnement mental pour privilégier une approche quantitative. Elle néglige la complexité des situations cliniques rencontrées.

La psychomotricité est intéressée par la seule première catégorie de l'axe 1, elle se compose des entités suivantes :

- le retard mental ;
- les troubles des apprentissages ;
- les troubles des habiletés motrices ;
- les troubles de la communication ;
- les troubles envahissants du développement ;
- le déficit de l'attention et comportement perturbateur ;
- les troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou deuxième enfance ;

- les tics ;
- les troubles du contrôle sphinctérien ;
- autres troubles de la première enfance, la deuxième enfance ou de l'adolescence.

La critique que l'on peut adresser au DSM est qu'il évacue la description des symptômes névrotiques ou psychotiques, refuse de prendre en compte les difficultés du diagnostic en psychiatrie de l'enfant (le développement et le caractère aléatoire des symptômes), il ne juge pas des interactions familiales et n'étudie pas les conflits. Autrement dit, le DSM-IV, même révisé, n'est pas psychopathologique.

La classification de Roger Misès

L'autre classification compatible avec la CIM-10 et qui va retenir toute notre attention est nationale, opérationnelle des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent et a été élaborée par Roger Misès et un groupe de travail composé de Jacques Fortineau, Philippe Jeammet, Philippe Mazet, A. Plantade, Nicole Quemada avec la collaboration de Jean-Louis Lang.

Cette classification est biaxiale. Un axe est consacré aux catégories cliniques, il y en a neuf, et l'autre aux facteurs associés avec deux sous-rubriques, les atteintes organiques et les conditions d'environnement. Elle comporte en outre un glossaire qui donne les définitions de chacune des sous-catégories, le plus souvent sous forme de critères. Parmi les catégories cliniques hiérarchisées, seule nous intéresse celle des troubles instrumentaux. Elle intervient dans la mesure où le diagnostic ne peut pas être fait à partir des cinq premières catégories, on y retrouve tous les troubles du développement qui nous intéressent (encadré ci-dessous)

Troubles du développement intéressant la psychomotricité

- *Le retard de langage* : il s'exprime par un retard dans l'apparition des premières phrases (après trois ans) puis par une expression verbale immature sur le plan de l'organisation syntaxique et du vocabulaire, alors que la compréhension est bonne.
- *Les troubles isolés de l'articulation* : ce sont les déformations involontaires et systématiques d'un ou de plusieurs phonèmes comme le zozotement, le zézaïement ou le chuintement.
- *Les troubles complexes du langage oral*, c'est-à-dire les dysphasies et les aphasies acquises (en général par traumatisme).
- *Les troubles lexico-graphiques*, c'est-à-dire la dyslexie et la dysorthographe : confusions de graphèmes dont la correspondance phonétique ou la forme est proche en des inversions ou des additions ou des substitutions. Au niveau de la phrase, il existe une difficulté à en saisir le découpage et le rythme. La compréhension du texte s'en ressent, mais elle est généralement supérieure à ce que pourrait laisser croire le déchiffrement.
- *La dyscalculie* : trouble de l'apprentissage de l'arithmétique.
- *Les troubles du raisonnement*, c'est-à-dire les troubles cognitifs non déficitaires ou les dysharmonies cognitives : les difficultés dans certains apprentissages avec un niveau intellectuel satisfaisant.



- *Le bégaiement* (tonique, clonique ou les deux).
- *Le mutisme* électif, électif de situations sociales, extra-familiales particulièrement.
- *Les instabilités psychomotrices*, pour la France, ou *l'hyperkinésie* pour les États-Unis : une difficulté à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités, un certain degré d'impulsivité et une hyperactivité ou une agitation motrice. Les troubles peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations comme en relation duelle ou lors d'une situation nouvelle. Il ne s'agit pas d'hypomanie bien sûr.
- *Le retard psychomoteur*, celui des grandes acquisitions psychomotrices que sont la tenue assise, la préhension et la marche, quand on ne peut pas encore parler de déficience mentale et qu'il n'est pas question d'autisme. Le repérage par le test d'Odile Brunet et Irène Lézine est particulièrement bien indiqué avec ses quatre secteurs que sont le postural, le verbal, l'objectal et le social.
- *Les autres troubles psychomoteurs* :
 - la maladresse (par trouble de la latéralisation, débilité motrice de Dupré ou dyspraxie) ;
 - l'inhibition ;
 - les perturbations toniques (hypotonie et hypertonie c'est-à-dire tous les troubles où la dimension relationnelle est nette).
- *Les tics* : caractérisés par des gestes brusques, soudains, affectant des groupes musculaires restreints, « en éclair », impérieux et involontaires, répétés à intervalles variables. Ils disparaissent pendant le sommeil.
- *La maladie de Gilles de la Tourette* (tics multiples moteurs ou vocaux).
- *L'intrication de troubles psychomoteurs et du langage*, c'est-à-dire la catégorie « autre » où il existe plusieurs troubles sans qu'aucun ne prédomine et sans qu'il s'agisse de troubles de la personnalité, de troubles psychotiques ou de troubles déficitaires.

Ce repérage parmi les grandes classifications permet de clarifier le paysage nosographique, de simplifier l'approche d'un champ nouveau, de désencombrer l'horizon du débutant, mais il reste utile de réitérer la précaution de l'usage. C'est en tout cas le meilleur chemin pour visiter quelques fleurons de la psychopathologie de la fonction motrice en retenant ceux qui ont une valeur exemplaire à défaut d'être paradigmatique comme nous l'avons fait avec les indications principales de la psychomotricité (voir le chapitre sur « les troubles psychomoteurs »).

13

L'épreuve et l'observation dans le bilan

IL EST rare qu'une prise en charge psychomotrice ne se fasse sans avoir réalisé au préalable un bilan global des possibilités de l'individu. Le bilan psychomoteur, véritable incipit d'une démarche, est la spécificité de la psychomotricité située à la lisière du neurologique et du psychologique, tiraillée entre ces deux champs et s'intéressant au trajet de l'un à l'autre. Aussi allons-nous en faire un chemin, un entre-deux, un espace de transit, un lieu et un lien transitionnel support d'une relation. Le bilan peut être considéré comme une médiation de la rencontre organisée que représentent la consultation et son contexte social.

Incipit d'une démarche _____

Un moteur de cette prise de contact qui pose les éléments de la relation, semblable à cet égard à toute situation de test, se trouve dans le paradoxe, qu'il nous faut accepter comme tel, du bilan : il s'agit globalement d'appréhender ce qui est cohérent chez le sujet dans sa similarité, sa ressemblance et en même temps dans sa distinction aux autres.

Le bilan constitue la seule situation où le thérapeute demande (« à voir et à entendre »), tandis que par ailleurs c'est le sujet qui est demandeur (d'écoute et de compétences). L'obligé de cette situation est la rencontre thérapeutique. « L'appel » de cette dernière répond à des contingences sociales et à la souffrance d'un sujet, ceci suppose qu'il a une petite idée de ce qu'il vient chercher.

Le bilan psychomoteur permet au sujet de montrer et/ou de signifier au thérapeute ses difficultés et ses possibilités, ses échecs et ses réussites. Cette évaluation a une double fonction : d'une part, permettre au sujet de se présenter à l'autre et de s'ouvrir à la relation, d'autre part, de participer à l'élaboration d'un diagnostic. Il est souvent une demande d'avis direct de la part d'un tiers, il est alors outil de communication avec le médecin et les parents. Il est rarement sollicité directement par la personne concernée puisque son trouble nécessite justement demande de formulation ou de reformulation de ce qui ne va pas.

Deux temps, trois mouvements

Nous proposons un bilan psychomoteur, qui se déroule généralement sur deux séances, pour lequel la présence des parents n'est pas nécessaire. Néanmoins, à chaque fois que cela apparaît utile, qu'une angoisse de la séparation gêne le déroulement des événements, le bilan se fait en présence de la mère ou des parents. Pour les plus petits, la prise en charge est celle de la dyade mère-enfant de façon presque naturelle. Il nous semble important que l'enfant ait un minimum d'autonomie, tant physique que psychique, afin de ne pas remplacer une trop grande dépendance par une autre et pour que l'enfant puisse bénéficier d'un temps qui lui soit propre.

Notons combien le sujet est actif dans ce qui se passe lors d'un bilan psychomoteur. Cependant, ce dernier est trop souvent assimilé à la notion de mesure. Le bilan heurte souvent parce qu'il suggère une forme de sélection, de catégorisation et semble faire écran, notamment, à une relation spontanée. L'étiquetage est alors avancé comme un obstacle à une évolution non prévisible. Certes, toute nosographie, tout diagnostic est rassurant pour tous, y compris pour le soignant, comme toute parole peut l'être sur du non-visible ou du non-connu. C'est négliger l'ouverture qu'offre un savoir que de courir à la relation qui revêt à ce moment-là un manteau fusionnel. Il nous semble cependant que les contestations du bilan psychomoteur et de la situation de test en psychopathologie, essentiellement témoins d'une époque, sont moins vives aujourd'hui. Soulignons à quel point, par l'interaction qu'il suppose, le bilan se distingue d'un simple test référé à une standardisation. Les données cliniques et psychométriques se complètent.

Ces mots et ce savoir nous font dire, dans notre perspective, qu'un bilan psychomoteur n'est pas un devis pour autant. Il n'est pas seulement un répertoire des difficultés et des possibilités d'un sujet. Il remplit une fonction de photographie dans la vie, y compris institutionnelle, d'un être par son aspect transitoire. La composante tonico-affective fait aussi du bilan le début d'une prise en charge. Il nous apparaît ainsi inconcevable de procéder à une deuxième évaluation pour mesurer les progrès réalisés. S'il s'agit de ne pas se précipiter dans cette relation, encore moins à « corps perdu », cette approche « prudente » par un arsenal professionnel n'échappe pas pour autant aux composantes affectives. Nous sommes en train de dire qu'il s'agit d'une relation avec laquelle il faut prendre ses distances. Toutefois, quel que soit le recul que l'on peut y mettre, cette rencontre reste toujours une relation spontanée, mais d'une spontanéité contrôlée, « armée », réfléchie.

L'évaluation, nécessaire, possède deux aspects, l'un quantitatif, l'autre qualitatif que l'on ne peut confondre sans pour autant chercher à les disjoindre. Même si les deux sont liés, il nous faut soulever le « voile » des libertés pour ne pas tirer le « rideau » de la manipulation. Aux deux séquences d'un bilan font écho les trois temps de la notoriété de la mesure qui vont et viennent au fil des cultures sociétales et des craintes de faire parler les chiffres avant de donner la parole aux personnes.

Prise de mesures et restitution

Quand on parle d'évaluation, c'est souvent pour questionner la légitimité du psychomotricien à faire passer des épreuves quand ce n'est pas pour interroger celle des épreuves elles-mêmes. Il est bien sûr artificiel de séparer les épreuves de leurs usages et ce d'autant plus que cet usage divise les psychomotriciens eux-mêmes.

Support d'un conflit idéologique majeur et rageur et la normalisation sous-jacente, l'évaluation qui passe par une batterie de tests peuvent être ramenées à un plus juste milieu. Comme si, ceux-ci, pour prendre l'exemple des chiffres de la tension artérielle, soit mesuraient la bonne santé, soit ne signifiaient rien du tout puisqu'ils peuvent être modifiés par l'émotion. Dans la majorité des cas, les psychomotriciens choisissent de pratiquer les épreuves qu'ils jugent nécessaires mais entendent rester maître des résultats, c'est-à-dire ne communiquent que des conclusions cliniques ou professionnelles, et non pas les seuls chiffres pour éviter toute interprétation tronquée.

Le psychomotricien, cet artisan du temps, a pour vocation de défendre la désaliénation et l'épanouissement des individus et des groupes. Il est le garant de l'expression de l'individualité dans cette société qui traite les individus comme des produits et lui demande parfois de calibrer un développement, comme on le fait pour les œufs. La psychomotricité insiste sur la relativité des faits qui garde le souci constant de la question de départ et souligne deux références fondamentales, à un critère de la réalité et à un groupe d'appartenance.

Sélection et catégorisation

À côté de l'épreuve, lors du bilan, l'autre outil à la disposition du psychomotricien, en dehors de son activité psychique, est l'interaction, à la croisée de deux méthodes, l'observation et le dialogue.

En psychomotricité, on observe un comportement. Sur un simple mouvement, se greffe déjà toute une physiologie cachée. De l'anatomie l'on ne voit que la peau. Pour peu qu'on attribue à ce mouvement une intention (et non plus seulement une simple tension), c'est la pensée et son traducteur, le langage, qui déferlent, déclenchent un processus qui n'est plus une simple greffe, mais constitue un envahissement. C'est, en effet, à ce moment-là, toute la culture et la société portant cette intention, la transportant et la déportant qui sont convoquées chez l'auteur

de ce mouvement. L'auteur est unique et s'il n'est pas le seul à avoir fait ce mouvement, il est le seul à le faire à cette minute-là, dans ce lieu-ci, avec ce qu'il a dans la tête et sur le cœur.

Un geste (un mouvement qui a une intention s'appelle un geste) s'exécute dans une situation et pour quelqu'un. Un geste se caractérise par une double adresse, de coordination et de destination. Un comportement, à adresser à quelqu'un, est vu, visible et ainsi partageable.

Observer, c'est percevoir et percevoir c'est sélectionner, c'est aussi reconstruire. Dire qu'« observer c'est percevoir » pointe les limites de cette perception. En effet, en regard de l'espace, une observation est forcément localisée. Une observation est toujours partielle. Cette même partialisation existe également en regard du temps. Les moyens sensoriels à notre disposition prêtent à une imprécision particulièrement en ce qui concerne le trop ténu et le trop fugitif ainsi que la fatigabilité. Ces limites sont aussi celles de l'individu et de ses capacités, en termes de fatigue et d'orientation. Plus l'attention est orientée (spontanément ou sur consigne), plus l'observation est sélective. En regard de la mémoire enfin qui exige que l'on prenne des notes.

À cette sélectivité naturelle, due à l'attention, à la sensorialité, à la localisation et à la mémoire, s'ajoute une catégorisation spontanée. Percevoir, c'est catégoriser. Cette catégorisation est simplificatrice, voire réductrice.

Être observé implique des réactions normales de défense sociales qui oscillent entre deux pôles, l'anxiété et l'exhibitionnisme. Face à cela, l'observateur doit posséder deux qualités : l'attention au comportement et l'empathie, c'est-à-dire une sympathie froide. C'est de la froideur du raisonnement dont il est question en opposition à l'incandescence des affects. Il s'agit de se mettre, métaphoriquement ou plutôt intellectuellement, à la place de l'autre, de faire comme si l'on était l'autre sans jamais perdre de vue la condition « comme si ».

Mais quelle attitude adopter ? En effet, une attitude amicale induit une docilité chez les observés et une attitude neutre peut être perçue comme inquiétante parce que difficile à définir. Le problème n'est pas simple, mais ce que nous voulons souligner par là, c'est que toute observation est réactive, c'est-à-dire qu'elle change ce qu'elle observe. Le dialogue dont nous parlons, comme venant croiser l'observation, est un contrat de communication. Nous l'examinerons avec ce que nous dirons de l'entretien.

Interaction active

Le psychomotricien pendant le bilan est dans une position délicate, orientée vers deux directions apparemment contradictoires, celle d'une écoute, essentiellement visuelle, et celle d'un décryptage, d'une lecture de ce qu'il voit et entend. La première témoigne d'une disposition, sorte de regard et d'écoute plus ou moins flottant, tournée aussi bien vers le ou les sujets observés en situation, que vers lui-même. La seconde, suit une technique acquise par sa formation et son expérience. Ici, c'est toute sa vigilance qui est nécessaire, son sens de l'évaluation et son raisonnement.

Cette attitude double nécessite de proposer des activités à l'enfant. Nous parlons essentiellement de l'enfant, car l'adulte a composé depuis des années avec son corps le vécu de celui-ci et a aménagé des formes adaptées de modalités de relation avec autrui dans les différentes circonstances de la vie comme nous le verrons ultérieurement. L'analyse de la demande à laquelle il est nécessaire de procéder lors de ce type de rendez-vous, à partir du comportement, des représentations et des émotions concernent une seule personne. C'est artificiellement que l'on distingue autant d'aspects du développement dont l'apprentissage reste néanmoins indispensable. Ces différentes composantes techniques et théoriques conduisent à adopter cette méthodologie d'un bilan en deux parties. L'intervalle entre deux rendez-vous bénéficie par l'effet d'après-coup, pour orienter la suite de l'investigation, à partir de la formulation d'hypothèses. Il s'agit souvent de voir ce qui n'a pas été abordé ou ce qui n'est pas congruent sur l'instant. C'est également une façon de respecter un rythme corporel et une attention propres à la physiologie de l'humain dans un temps imparti.

L'observation en chemin

La pratique n'en soulève pas moins d'importants questionnements. Toute honte bue, il nous fallait oser, dans les premiers temps de notre expérience clinique, chercher la latéralité d'un psychotique. L'inscription institutionnelle de ce métier et les éléments du trajet historique que nous avons évoqués ne suffisent pas à justifier cette contradiction. L'hétérogénéité des outils à disposition, cautionnée par l'utilitarisme, n'évince pas des questions basiques relatives au décryptage. Lorsque nous repérons des réactions de prestance, nous les observons ou nous les interprétons ? Le raisonnement qui fait distinguer le visible de l'observable par induction nous laisse avec des interrogations : pouvons-nous écouter ce que nous voyons ?

Une situation est unique pour observer l'observation, il s'agit de la position de stagiaire où l'éprouvé de la situation d'apprentissage amène progressivement l'étudiant au ressenti d'un outil qu'il se forge au fur et à mesure de l'expérience. Certains traduisent la position de l'observateur par le dilemme actif-passif. Ce sont les mêmes qui ne supportent pas un observateur qu'ils disent passif, voyeur. En effet, une observation, le fait même de regarder, est une action, comme toute perception. À la différence d'une caméra, ces yeux qui voient font partie d'un ensemble, d'un corps qui ressent, réagit à ce qui se passe. C'est bien d'une présence dont il s'agit. Il est important d'y porter attention, car cette présence peut être mal vécue s'il n'existe pas de retour sur cette observation, donnant l'impression que la personne est partie avec quelque chose.

Cette présence apparaît bénéfique, quand elle offre la garantie que ce qui se passe est thérapeutique, supporté par le regard d'autrui et, à cet égard, faisable, comme pouvant se reproduire à l'extérieur de la séance, ce qui reste un but essentiel à poursuivre. En ce sens, être présent sans agir est une place non seulement enrichissante, mais structurante pour la personne prise en charge. Il va sans dire que le patient est concerné et qu'après lui avoir expliqué, il faut qu'il puisse choisir, mais également revenir sur sa décision s'il le désire. Par ailleurs, nous

pouvons penser que le maître de stage demande à l'observateur de le conforter en tant que thérapeute « suffisamment bon ».

Le bilan psychomoteur intervient comme prologue d'une prise en charge le plus souvent pour lequel la thérapie psychomotrice met l'accent sur la motricité en relation et en relation d'objet pour reprendre la désignation qui résulte d'une organisation complexe de la personnalité.

14

L'entretien

L'ENTRETIEN est à double visée quand nous souhaitons l'explorer comme la base d'un travail thérapeutique, il est alors la fondation de tout ce non-verbal qui occupe le devant de la scène psychomotrice, il est aussi à la base du recrutement de tout professionnel, mais ici une attention plus particulière va lui être portée puisqu'il incarne l'enjeu humain par définition. Bien évidemment, ce n'est pas de la même place dont il s'agit et nous ne poussons pas l'ironie jusqu'à penser que l'entretien est un outil de recrutement de patients. Il s'agit avant tout de mettre en place les conditions nécessaires au recueil de l'information que l'on souhaite jusques et y compris celle à laquelle on ne s'attend pas, à la différence d'un questionnaire par exemple.

Une information et une relation _____

L'entretien, c'est un contrat de communication et l'on va examiner les termes de ce contrat, car il supporte trop aisément l'adage qui laisse à penser que tout le monde peut faire de l'entretien tel Monsieur Jourdain. La formation n'en devient que plus délicate, car l'expérience professionnelle, quelle qu'elle soit, ne suffit pas pour poser les bonnes questions, il est nécessaire de disposer également d'une expérience de l'entretien. Pire, on pense souvent qu'il suffit d'être soi-même, or l'on se trouve en face d'une autre personne en situation professionnelle : l'authenticité, essentielle, doit être épaissie.

Il faut repérer deux axes dans un dialogue qui recoupe, comme dans toute communication, le contenant et le contenu, mais aussi le cadre et le processus, le second permis par le premier. C'est ainsi que l'on distingue :

- *la relation*, c'est-à-dire la rencontre de deux personnes avec leur rôle (interviewé, intervieweur), leur personnalité, leur statut, leur pression sociale (définie par la situation). L'un questionne, reformule, relance et « empathise » pendant l'entretien : il a préparé en amont et analyse en aval ; l'autre fournit la matière première, construit son discours et parlant et peut transformer sa position de départ ;
- *l'information*, c'est-à-dire, ce qui circule et fait l'objet d'une élaboration puisque l'on vise le recueil d'une information pertinente, une information qui répond aux objectifs donnés et remplit la fonction attendue. L'information fait l'objet d'un travail : elle est triée, évaluée, pensée et adressée. Cette information passe par la parole, elle va donc impliquer les personnes et met aussi les facteurs de la relation au premier plan.

Diriger tout en se laissant diriger _____

Une relation asymétrique ne suffit pas, des conditions pour obtenir de l'information sont nécessaires. En tout premier lieu, être facilitateur, mettre à l'aise. Être neutre également, mais bienveillant, ce qui conduit à une attitude qui oscille entre laisser faire et direction. La réussite d'un entretien est conditionnée par cette attitude qui consiste à diriger tout en se laissant diriger. Reformuler nécessite de résumer, et non de répéter, c'est-à-dire reprendre l'essentiel pour la personne et non pour le professionnel. C'est comme un feedback de ce que l'on a compris, la reformulation est proposition d'un accord comme pour dire : « C'est bien ce que vous voulez dire ? » Il est nécessaire aussi de recentrer, de relancer et d'interroger à partir de questions ouvertes ou fermées.

Alain Blanchet donne la définition suivante de ce contrat de communication : « ensemble de savoirs partagés des interlocuteurs sur les enjeux et objectifs du dialogue ».

Un changement et une réussite _____

Cette relation centrée sur de l'information se caractérise par un effet, un changement, jusqu'à assimiler les termes, sans pour autant se prononcer sur la nature de ce changement. Ainsi, l'entretien est efficace, il introduit un processus de changement, meilleure connaissance et/ou perception de soi. L'usage va jusqu'à se prononcer sur un impact positif dans 80 % des cas, négatif dans 10 % et une absence d'impact dans 10 % des cas. Néanmoins, ce n'est pas parce qu'il semble que ça marche à tous les coups que l'on peut faire n'importe quoi : l'efficacité systématique de l'entretien relève de la qualité de l'interaction. Par ailleurs, on s'entend pour dire qu'il n'y a pas un modèle meilleur que les autres parmi plus de quatre cents modèles répertoriés. Ça transforme quelqu'un et la coutume va jusqu'à donner une répartition de la réussite de l'entretien, de ce changement, expliqué ainsi : 65 % de cette réussite sont attribués à la personne interrogée, 25 % au professionnel et 10 % reviennent à la technique. En ce qui concerne la personne, ses ressources internes sont mises en avant, en particulier son aptitude à

verbaliser, sa conscience de soi et sa maturation affective. Ses ressources externes sont liées au soutien social et à la nature des difficultés. En ce qui concerne le professionnel, sont pointées sa personnalité, sa formation, son expérience, ses capacités d'écoute et d'empathie.

Une co-construction

La personne est si importante qu'elle guide la compétence principale mise en jeu, l'écoute active ; l'atout principal de la réussite, l'authenticité ; le soubassement de celle-ci, la connaissance de soi, véritable prérequis à la pratique de l'entretien. L'entretien est une co-construction. L'information qui circule connaît un traitement et c'est un processus qui s'appuie sur les deux interlocuteurs. La qualité de cette construction est déterminée par les facteurs qui vont influencer sur la relation entre les deux et l'enjeu qui les relie. C'est un plaidoyer pour le respect de la personne et de la parole quand il s'avère plus utile qu'une autre modalité d'examen. C'est d'ailleurs une consultation sans examen : on ne touche pas, on écoute et on regarde. Cette conduite de retrait, doublée d'une mise à distance, est un premier pilier de cette technique, le second étant la grille d'entretien, car une préparation donne du poids : il y a un ou des objectifs à atteindre.

Une préparation

Ce guide est plus ou moins fort selon la structure de l'entretien. Trois types d'entretien décrits à cet égard sont fournis par le dosage de l'interrogation. En premier lieu : l'entretien dirigé. Les questions sont précises, un questionnaire aurait autant de valeur, l'entretien tourne court. L'entretien non directif, à l'opposé, met en avant la spontanéité de la personne et ses préoccupations dominantes. Il est riche sur la personnalité, bénéfique pour la personne, il oblige à être neutre et compréhensif. Il peut être long et fouillé. Il peut surtout être inutile et distiller de la démagogie. L'entretien semi-directif, quant à lui, à privilégier, n'est pas une résolution de problème, ni un dialogue de sourds, ni une évaluation comparée. Il mêle une attitude d'enquête, particulièrement au début, à une attitude d'exploration dès qu'apparaît un point important. La poussée de l'exploration est soutenue d'une attitude de compréhension où l'on encourage la personne à expliciter et analyser ce qu'elle dit. On évite les risques d'un sentiment d'évaluation en posant des questions indirectes.

Pour en revenir à la grille d'entretien, elle est une garantie de fiabilité, elle permet d'intérioriser la préparation de l'entretien et de ne pas induire les réponses. Elle construit le champ d'investigation, permet d'homogénéiser une procédure, résume les hypothèses et les variables retenues et, enfin, prépare l'analyse de contenu qui va suivre l'entretien. Une fois la grille construite, il est possible de passer à l'élaboration d'un canevas, plus souple et plus complet.

Un repérage de trois temps et de quatre mouvements peut être classiquement décrit. Trois temps, non linéaires, sont présents dans l'entretien : l'exploration, la compréhension,

l'action. Un entretien qui peut s'inscrire dans un processus en quatre phases pour faciliter une mnémotechnie qui évoque un « Pied » : j'accueille, c'est une *Préparation*, je dépiste, c'est une *Investigation*, je pense, c'est une *Exploitation*, j'oriente, c'est une *Décision*.

La qualité des premiers contacts, au centre desquels se trouve l'entretien, est déterminante de celle de la relation thérapeutique ultérieure, en termes d'investissement, mais aussi d'intensité de l'interaction. Sans faire tout reposer sur le ou les premiers entretiens, il est nécessaire d'admettre l'oscillation de base de l'objectif le plus immédiat : accepter la mise en place d'un cadre thérapeutique ou se dégager d'une impasse thérapeutique prévisible. Les préoccupations diagnostique, pronostique et thérapeutique rythment les entretiens au fur et à mesure du déroulement de ceux-ci dans le temps, y compris après coup. Leur simultanéité aboutit rapidement à une décision après une phase d'évaluation, de nature réciproque, même si les objectifs sont distincts, qu'elle concerne l'analyse d'une psychopathologie individuelle ou des interactions familiales et sociales.

5

La prise en charge psychomotrice

15	Le nourrisson et son développement	93
16	Le jeu et l'enfant	99
17	Le prime adolescent, l'adolescent, l'adultescent	105
18	Les médiations corporelles	109
19	Le langage du corps de l'adulte	115
20	L'adulte du 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e et 5 ^e âge	121

15

Le nourrisson et son développement

LA PSYCHOMOTRICITÉ marque les premiers temps du développement de l'enfant et ceux-ci sont source d'étude, de référence et d'accompagnement pour le psychomotricien. Tout est là pourrait-on dire, ses concepts et la source de ses compétences. Il n'est guère étonnant que ce professionnel soit sollicité dans les lieux de la toute petite enfance pour stimuler l'éducation psychomotrice qui s'y déroule naturellement dans cette période précédant l'avènement du langage.

Des bases essentielles _____

Le premier espace est buccal. L'enfant va conjuguer deux espaces, buccal et visuel, dans son rapport au sein ou au biberon. Toute la motricité s'organise à partir de la bouche, c'est la loi céphalo-caudale : les mouvements de la tête vont ainsi être les premiers. Le processus opère d'une irradiation dans la région dorsale jusqu'à l'obtention de la station assise, intermédiaire de la bipédie. D'une motricité inorganisée dans les premiers temps, le regard du nourrisson va s'arrêter sur ses mains : les premières coordinations de l'enfant vont apparaître. Elles sont suivies des coordinations occulo-manuelles, puis bucco-manuelles ensuite pédo-manuelles, etc. Ces premières coordinations, qui doivent beaucoup à l'organisation de l'espace, vont faire découvrir à l'enfant ses différents organes. Ceux-ci ne vont être engrammés au niveau cortical une action de l'enfant comme véritable nécessité. Ainsi, s'établit le schéma corporel traduisant notre espace intérieur.

Nous devons à Henri Wallon d'avoir dégagé l'importance de la fonction posturale du corps et fait de la posture, qui relève de l'activité tonique, l'origine de l'adaptation émotionnelle. L'émotion étant ainsi considérée comme une forme d'adaptation au milieu. Alors que l'activité fonctionnelle du nourrisson « bat son plein » dès la naissance, il en est tout autrement, pendant de longs mois, de l'activité de relation avec laquelle elle contraste. En effet, grand nombre des réactions du petit enfant sont immatures (sensibilité, vision etc.). En ce qui concerne l'audition par exemple, le bruit est la première matière dans laquelle le corps peut commencer à se reconnaître, mais la myélinisation des fibres acoustiques déterminant l'aptitude à fonctionner pleinement est la plus longue. Pourtant, nous connaissons le lien précoce qui existe entre le son et le mouvement dont la liaison préférentielle apparaît dans le phénomène de sursaut qui se produit au bruit et non à l'éclair. Pour Henri Wallon, l'activité de relation et l'activité de posture ont une origine commune, l'émotion, seul moyen d'expression dont dispose le nourrisson vis-à-vis de son entourage. Elle est considérée par celui-ci comme une réaction organisée et ayant sa raison d'être. Il la fait appartenir à un stade du comportement où, le pouvoir conceptuel restant limité, il importe de réagir à temps.

Des rires, des pleurs, des chatouilles

L'émotion sert de transition entre l'automatisme et la représentation. Le premier est la délimitation impossible entre l'action du corps et la réaction de l'objet, la seconde est l'aptitude intellectuelle comme seule façon de ne pas céder aux émotions. C'est le cas de l'émotion qui laisse développer ses effets une fois le danger imminent passé. Ainsi, pour l'enfant, l'insuffisance de sa vie intellectuelle a pour contrepartie nécessaire sa grande émotivité. Par l'exemple du rire et des pleurs, comme décharge du tonus, soulignant leurs conséquences immédiates dans la vie végétative, Henri Wallon nous montre comment le tonus, des muscles et des viscères, et le système postural sont interdépendants de l'émotion. Le rire se produit dans les moments de contention musculaire ou mentale. Il existe une dépendance rigoureuse entre le rire et l'équilibre végétatif du moment. Le rire, comme les pleurs, dont nous connaissons l'action de détente, de soulagement, sont des liquidations d'hypertonus. L'hypertonie concerne les muscles du squelette dans le cas du rire et les viscères dans le cas des pleurs. Nous noterons qu'on ne peut pas pleurer volontairement, mais qu'il faut au moins l'évocation d'une image. Ceci nous montre les liens entre l'émotion et les circonstances extérieures qui apparaissent comme de type conditionnel.

La première ébauche de l'émotion, encore indifférenciée, est le chatouillement, qui apparaît vers six, sept mois. Nous remarquons qu'il est impossible de provoquer sur soi des chatouilles profondes, toniques, émotives. Les chatouilles illustrent bien l'apparition de la pensée par l'anticipation qu'elle suppose à constater le passage du registre sensoriel au registre intellectuel, le rire lié à une stimulation sensorielle puis à une stimulation cognitive. C'est finalement l'attente de la reprise des chatouilles qui provoque le rire chez l'enfant dans une interaction avec sa mère alors qu'au départ c'est « la petite bête qui monte ». Avec l'âge, l'émotion se mentalise. La fonction tonique du corps est donc comme une fonction primitive et essentielle de

la communication. Quant à l'expression émotionnelle, elle est à entendre comme une étape qui précède le langage et nous amène à évoquer le « dialogue tonique » de Julian de Ajuriaguerra.

Un dialogue tonique

Cet échange, par l'intermédiaire duquel l'enfant donne et reçoit trouve son origine dans la genèse de la notion de temps chez l'enfant, à savoir l'attente entre ses besoins et la satisfaction de ceux-ci, le rythme faim-satiété. À ces deux états correspondent des modifications du tonus : décharges toniques massives avec agitation incoordonnée en état de besoin et baisse de tonus, ou légère agitation moins mal coordonnée en état de quiétude. L'enfant va faire l'expérience du retard, de la frustration, subir les variations et les modifier, les accentuer ou les diminuer par son comportement. La personnalité de la mère, partenaire de cette interaction, n'est pas neutre. L'enfant, dans la façon dont sa mère va le porter dans les bras, le manipuler, lui dispenser des soins corporels (la « séduction primaire » de Sigmund Freud développée par Jean Laplanche), va percevoir l'état affectif de sa mère. Le corps à corps, la transmission des contractions va faire vivre à l'enfant, sur un plan moteur, l'acceptation ou le refus de celle-ci. La façon d'être porté, serré, secoué, bercé (le *holding* et le *handling* de Donald Wood Winnicott) crée ainsi le canevas tonique, l'étoffe dont parle Henri Wallon. Ces manipulations déclenchent comme une euphorie musculaire : le corps est source d'une satisfaction procurée par son fonctionnement (actif ou passif).

Le rôle actif du nourrisson, dans l'interaction mère-enfant, prototype ultérieur de tout échange entre l'enfant et le monde extérieur, est bien mis en évidence par les travaux sur la relation de la mère et de son nourrisson qu'ont pu mener T. Berry Brazelton, Daniel Stern et Bertrand Cramer notamment. Il a été ainsi observé qu'un enfant, dès les premières heures de la vie, réagit par des micromouvements en complète synchronisation avec les paroles de son entourage (les plus rythmées possible), du moment que le locuteur parle un langage qui a un sens pour lui-même (expériences de Condon et Sander).

Un bain de langage

La constitution du lien mère-enfant va témoigner d'un processus, l'attachement, considéré comme l'effet d'un besoin primaire, souligné par John Bowlby, probablement inné (le besoin d'autrui et non l'attachement en lui-même) que nous retrouvons dans le dialogue tonique. La période spécifique de ce besoin (six à huit mois) se recoupe avec d'autres, l'angoisse du huitième mois de René A. Spitz et la position dépressive de Melanie Klein. L'enfant gardera une empreinte indélébile de ce vécu tonique qui est issu, et tissu, de ces contacts avec le corps de la mère, avec lequel il se confond, s'identifie avant de s'en différencier. Nous pouvons dire que le corps de l'enfant est façonné par la mère, mais il n'y a pas que les contacts musculaires, le bain de paroles est tout aussi important. Il fonctionne sur ce même mode du retentissement tonico-émotionnel et de la résonance anticipée dont parle Michel Bernard, que l'enfant retrouve

après perception et incorporation d'une attitude, d'une posture de sa mère ou de quelqu'un d'autre.

Tout ceci contribue à l'émergence du langage. Le sens que le son reçoit va inciter l'enfant à parler. Progressivement, l'enfant va établir des corrélations dans son propre corps entre ses émissions sonores et son vécu tonique, notamment à travers l'imitation verbale. Nous pouvons dire que la mère, d'une façon paranoïaque, va lui renvoyer ce qui est signifiant. L'enfant va, par exemple, comprendre petit à petit que s'il dit « pa-pa-pa », il n'obtient aucune réaction, mais par contre lorsqu'il dit « pa-pa », sa mère est très contente.

Une intervention contenante

Dans ces lieux de la toute petite enfance, crèche, centre de protection maternelle et infantile, centre d'action médico-sociale précoce, la spécificité du psychomotricien est reconnue pour l'affinement du diagnostic et de la prise en charge des troubles psychomoteurs ou du soutien des parents et des équipes. L'accompagnement du développement ou de la détresse conjointe à des difficultés ou à une pathologie se fait avec la dyade mère-enfant, mais aussi en groupe de dyades, les animateurs sont alors généralement deux psychomotriciens, mais bien plus souvent deux psychomotriciennes. Rassembler des dyades mère-enfant avec des difficultés similaires ou non lors de réunions à thèmes ou sans thème est bénéfique pour plusieurs raisons. Certes, des conseils sur un portage, une posture, un confort corporel, peuvent être diffusés, des éléments d'une réflexion peuvent infuser, notre disponibilité et notre regard être utiles. Les points communs que peuvent se découvrir les parents dans cette occasion qui leur est donnée de se rencontrer deviennent par contre des leviers puissants par l'identification générée. La dynamique de groupe ainsi mise en place conduit à de nets progrès et est source de grandes satisfactions pour tous.

Une stimulation des capacités naissantes

À côté des troubles les plus classiques comme l'inhibition, l'instabilité ou le retard psychomoteur repérés après un an, un cortège de signes inquiète dès les premiers mois. Il s'agit plus particulièrement des états d'irritabilité, d'excitation, des difficultés du sommeil, de la communication, des perturbations dans la relation mère – enfant et ses interactions, stimulations, distanciations, des troubles sensoriels, du tonus et des suivis de prématurité ou de l'annonce d'une malformation ou d'un handicap.

L'intervention en psychomotricité est initialement centrée sur une stimulation des capacités naissantes du nourrisson et un éveil de son potentiel. Les jeux moteurs, sensoriels et expressifs sont adaptés au rythme de l'enfant, à son initiative et laissés à la créativité qui peut surgir dans l'évolution du jeu. Sa motricité globale, son équilibre, son habileté, son expression sont au premier plan. Cet accompagnement de l'évolution psychomotrice du tout-petit est soumis aux

règles de la maturation bioneurophysiologique par les lois proximo-distale et céphalo-caudale qui définissent cette progression somatique.

Cet éveil du bébé ne se résume pas pour autant à la gymnastique libératrice qui fit la gloire des premières psychomotriciennes dans ces lieux lors des années 1980. Ce processus développemental se love dans l'évolution des relations qui se mettent en place, il ne peut être dissocié de son contexte environnemental. Tout le monde sait aujourd'hui qu'un bébé seul, ça n'existe pas. Les travaux sur les interactions précoces ont démontré l'importance fondamentale de la synchronie, de l'accordage affectif, de l'ajustage dans les regards et les émotions et des nombreuses subtilités de ces moments d'échanges entre la mère et l'enfant.

16

Le jeu et l'enfant

LIRE et lier le somatique et le psychique dans l'optique d'une lecture psychomotrice des troubles, voire des maladies, reste une tâche d'envergure. Nous composons en attendant avec les possibilités psychomotrices et les dispositions intellectuelles de nos patients. Nous sommes tenus, quand il s'agit d'aborder l'enfant, là où confluent l'émotion et la motricité (sans pour autant perdre de vue l'intellect), de regarder si les réactions émotionnelles ne débordent pas l'activité motrice, psychomotrice, et de travailler la configuration et le débit de ces émotions.

Autonomie et potentiel

Lors des séances, il s'agit de contribuer à l'intégration d'une fonction, de la plus motrice à la plus symbolique, en proposant une expérience nouvelle qui joue sur l'apprentissage et la découverte, mais surtout sur l'intégration. Nous insistons sur ce terme qui souligne le mouvement d'appropriation, d'assimilation, de mise à l'intérieur pour faire sien, d'appel aux forces du dedans. Il existe comme un paradoxe à contribuer à la mise en place de quelque chose qui ne peut s'apprendre que par soi-même, mais il est important de jouer avec ce paradoxe sans chercher à le résoudre. Le cadre d'une thérapie tente de rassembler les conditions optimales pour qu'un cheminement, une prise de conscience, une révélation puissent avoir lieu. Révélation s'entend au sens photographique du terme, puisque ne peut apparaître que ce qui est potentiellement présent, quelle que soit l'option retenue, potentiel génétique ou psychique, sous le sceau de l'apparition ou de la co-construction.

Le champ d'application de la psychomotricité comprend essentiellement les troubles qui s'expriment par des perturbations psychomotrices et les troubles pour lesquels l'approche par le corps paraît la seule possible ou la meilleure à un moment précis. Nous allons envisager ces deux registres dans des situations distinctes qui nécessitent la prédominance de l'usage de certains outils par rapport à d'autres. En effet, si c'est avec le même bagage que nous abordons les patients, leurs réactions nous font privilégier une modalité d'approche. Nous envisageons ici le jeu, très utilisé avec des enfants, et l'analyse de nos propres réactions, toujours source d'enseignement, particulièrement nécessaire lorsque nous nous retrouvons face à des patients qui n'utilisent pas le langage. Nous distinguons ainsi dans les situations rencontrées, une pathologie « légère », référée à des symptômes qui gênent le déroulement d'une vie scolaire et familiale et une pathologie « lourde », référée à des symptômes qui perturbent l'entourage familial et social. Les deux types de patients sont sensibilisés à des médiations comme le jeu et peuvent être réceptifs et récepteurs de la mise à jour de fantasmes et de processus complexes qui débordent parfois l'entendement. Ils nécessitent alors le recours soit à des théories communes (lorsque nous retrouvons des cas similaires dans notre littérature), soit à des théories « de poche ». Ce sont des tentatives d'analyse lorsque nous nous retrouvons face à des références éparées qui vont de la simple intuition à des phénomènes évoquant l'obscurité de la parapsychologie, qu'ils fassent écho à notre histoire ou à celle des autres.

Une activité organisée

Parmi les techniques proposées, le jeu demeure capital auprès des enfants. Il est à ceux-ci ce que le travail est à l'adulte. Ce n'est pas un simple loisir, mais bien une activité dans laquelle ils s'investissent totalement. Une véritable base biologique de l'imaginaire permet d'expliquer le jeu comme une activité qui permet de jouer à vide des conduites appliquées plus tard à des objets réels. Il n'est pas seulement une agitation, une dépense motrice incoordonnée, mais une véritable organisation de mouvements et de séquences psychomotrices, mentales et comportementales qui répondent à des scénarios plus ou moins élaborés, de l'image motrice à la fiction. Le jeu, c'est sérieux pour l'enfant chez qui il existe de façon spontanée. L'entourage s'y inclut naturellement, complexifiant le jeu source d'adaptation. Que la présence de petits camarades soit de plus en plus insistante et la socialisation devient l'enjeu du jeu.

La psychomotricité se devait d'utiliser cette prédisposition au mouvement, cette intuition du corps, celle d'une conduite fondamentale chez l'homme, et l'envisager comme une technique de soins. Il s'agit de partir de ce que peut proposer l'enfant qui n'a pas toutes les capacités pour s'exprimer par le langage encore en développement chez lui. Conduite psychomotrice par excellence, la propension naturelle à bouger apparaît comme la situation idéale pour en exprimer une autre, plus difficile à gérer. Elles retrouvent par là une des fonctions premières du jeu qui consiste à répéter une expérience, auparavant subie, pour la dominer, la maîtriser et ainsi trouver un apaisement. Il s'agira de transformer un acte spontané en une construction d'histoire, construction induite (et non l'histoire) par le thérapeute, véritable création originale à deux. Celle-ci nécessite de favoriser l'émergence des conditions qui rendront possible cette

« aventure », à commencer par la mise en place d'un climat de sécurité. Ce dernier permet de gérer une éventuelle angoisse, obstacle possible à toutes les étapes d'une élaboration naissante, elle-même source de soulagement.

Une fonction éternelle

Le jeu remplit une fonction continue dans le développement de l'enfant et se poursuit chez l'adulte, certes sous une forme ludique, mais surtout sous les auspices de la sublimation que l'on rencontre en situation de travail. Il s'agit alors de résoudre des problèmes, de les déjouer et de se jouer du désagréable pour le transformer en supportable en mettant en œuvre cette intelligence pratique, rusée, que l'on appelle *métis*. Chez le tout-petit, les jeux d'exploration dominent et les expériences psychomotrices nouvelles sont au premier plan. Il s'agit d'exercer sa motricité et de détourner ses peurs pour mieux les apprivoiser. Au ressenti des émotions succède la symbolisation que jouer rend possible. Le terrain de jeu s'élargit, la simulation des situations d'adulte prend le pas. Pour l'enfant plus âgé, le jeu devient indispensable au développement des capacités de socialisation. Jeux de rôles et jeux de règles priment et s'expriment. Tricher devient jouer avec les limites, contourner les règles pour mieux les situer. Il aide l'adolescent à surmonter ses difficultés liées à la séparation ou à la confrontation, à l'apprentissage et aux fantasmes. Les limites vont s'épuiser dans le passage à l'acte violent, où le jeu du foulard, pour une prise de risque mortelle, et la tournante, empruntée au ping-pong pour nommer un viol collectif, n'ont de jeu que le nom. C'est tout au long de la vie que l'on retrouve le jeu, qu'il faille s'ouvrir à l'inattendu ou mettre du jeu dans les relations pour qu'elles soient plus vivables. Son utilité ne s'est jamais démentie tout au long des époques et dans toutes les sociétés.

Agent du développement social, moyen d'exprimer la nature de la relation avec l'autre, le jeu permet de projeter dans le monde extérieur les conflits internes dont l'enfant souffre. Ce mécanisme de défense permet de projeter, déplacer, sublimer, s'identifier. À jouer et rejouer, ce dernier déjoue sa problématique, noue un lien dans un plaisir partagé et renoue avec un investissement de l'expérience du corps en action. Nous n'avons pas encore évoqué le plaisir inhérent au processus thérapeutique, plaisir sensoriel dû à l'action, plaisir intellectuel résultant de l'élaboration. Rappelons que le mouvement est naturellement source de joie, que le fonctionnement produit du plaisir. Euphorie musculaire et jouissance intellectuelle sont des leviers thérapeutiques. Le jeu joué est une activité symbolique, structurante, support d'un travail. Il est d'ailleurs susceptible de connaître le même traitement qu'un rêve. Catalyseur, cathartique, il permet la rencontre avec le thérapeute.

Jouer, prendre soin, guérir

Le jeu nous permet également de conceptualiser la spécificité de l'intervention psychomotrice. En effet, nous pouvons envisager une proposition pour décrire et situer le processus de « guérissabilité », car il est beaucoup plus souvent question de soigner et de prendre soin que

de guérir, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique, psychose et handicap compris. Celui-ci, au point de jonction du transfert, de la maladie et de l'autonomie, pourrait être considéré comme un espace transitionnel dans la mesure où il œuvre à l'ouverture d'un espace de santé et à l'indépendance, vis-à-vis de symptômes, de médecins, de traitements. La question demeure néanmoins de savoir si l'on est guérissable de tout. Cette question est légitime quand une élaboration autonomisante, pour qualifier la transformation opérée, tend à se répéter et à devenir infinie. Une réponse appelle bien souvent une autre question comme un symptôme peut en remplacer un autre, quand bien même il se psychise.

Nous pouvons considérer le temps mis à la guérissabilité, à partir d'une intervention tierce, comme un espace transitionnel qui remplit sa fonction de passage de l'état de maladie à l'état de santé, à condition qu'une ponctuation, le temps justement, puisse s'y inscrire. L'inscription du temps signe l'avènement d'une élaboration consistante, d'une symbolisation. En effet, l'espace transitionnel n'est pas seulement un espace, mais un espace vectorisé, un espace-entre, le trait d'union venant marquer la flèche du temps, non un espace-entre. Nous voici en train d'envisager le soin et la guérissabilité dans le registre du jouer (*playing*), distinct du jeu de règle (*game*) et du jeu d'expression fantasmatique (*play*), tels que Donald Wood Winnicott les a décrits. L'objet transitionnel pourrait apparaître alors comme le traitement ou plutôt le cadre thérapeutique à ce traitement, dans son aspect le plus fonctionnel. L'objet transitionnel pourrait également apparaître comme incarné par le thérapeute lui-même, l'objet serait alors à entendre au sens psychanalytique du terme. Les deux peuvent s'étayer mutuellement, mais leurs proportions, variables, répondent au principe des vases communicants. En effet, si l'on « envisage » le type de trouble en question ou si l'on « dévisage » la personne selon les moyens dont elle dispose à un moment donné de son histoire, le recours au traitement médicamenteux ou à un traitement par psychothérapie motrice d'inspiration psychanalytique, répond alors aux besoins du sujet et à ses capacités. En témoigne l'insistance sur les données du cadre ou sur celles liées au processus.

Le jeu comme un soin ou le soin comme un jeu ? _____

Une guérissabilité envisagée comme ayant lieu dans un espace transitionnel fonctionne aussi bien pour des rétablissements où il s'agit de redresser un état de santé provisoirement déstabilisé, que pour un soin qui tarde, un accès à l'autonomie restreinte par des capacités et des aptitudes allant jusqu'à exiger un étayage de tous les moments. Le soin concerne aussi cette période antérieure à l'instauration de cet espace transitionnel, ce qui n'est pas le cas de la guérison proprement dite, sauf si nous le considérons dans son aspect interminable, l'inguérissabilité. Ainsi, le soin n'est pas que thérapeutique, il comporte une dimension sociale de préservation et de protection des personnes les plus vulnérables. Cet aspect d'une santé publique prend d'autant plus d'ampleur que le travail sur l'autonomie sociale, psychomotrice et psychique présente des difficultés de mise en route. Le principe d'autonomie se heurte ainsi au paternalisme hérité du principe de bienfaisance. Est-il donc raisonnable de penser que la

temporalité qui distingue le soin de la guérison, en générant des institutionnalisations distinctes, permet de concilier ces deux principes ?

La guérissabilité peut être considérée comme un phénomène transitionnel lorsqu'elle nécessite un étayage bien particulier, quand il s'agit d'un soutien qui vise une « dérobee », c'est-à-dire une mise ou remise en marche qui laisse la possibilité d'expérimenter l'équilibre et les aléas de la marche. Cette métaphore, « emprunte » plus que « empreinte » de métonymie, à propos des premiers pas de l'enfant, peut s'entendre, tant au plan physique que psychique, au sens d'un soutien et d'un lâchage, aide provisoire vers l'autonomie qui ne s'apprend que par soi-même. Ce parallèle avec le développement de l'enfant, ou plutôt ce rappel insistant tant du point de vue de l'autonomie physique que psychique, laisse à penser qu'il n'est pas étranger aux mécanismes à l'œuvre dans la guérissabilité. Il est cependant facile d'envisager tout traitement comme la reprise d'un raté du développement, tant cette conception est en vigueur dans de nombreux champs thérapeutiques. Nous sommes d'ailleurs simplement en train de (re)découvrir cette hypothèse, dans un « trouvé-créé », mais il reste à poser la question du mode sur lequel cette reprise a lieu, métaphorique, métonymique ou métaphoro-métonymique.

Une fonction d'interface

Tous soins prodigués dans le registre de cette guérissabilité peuvent ainsi être considérés comme substituts ou comme renvoyant aux soins d'une mère passablement bonne (autre traduction de « mère suffisamment bonne ») et le processus de guérison comme réélaboration ou renvoyant à l'autonomie d'un individu. C'est pointer combien le développement est perpétuel et l'enfant nous rappelle avec insistance comment l'évolution de la personne humaine est constante. De façon apparemment contradictoire, la psychomotricité de l'adulte et de la personne âgée tend à nous faire oublier cette dimension et nous focalise sur une dimension intégrative du soin qui éloigne la pathologie pour privilégier un développement appelé personnel. L'autonomie de la personne s'émancipe ainsi d'un paternalisme médical pour vaquer à la vie.

Le postulat sous-jacent à nos propositions concerne le principe du déterminisme psychique. Nous considérons que le corps malade y est poussé par un conflit psychique insalubre et insoluble pour un moment donné, ce qui fait déborder la coupe psychique. Ce conflit renvoie toujours à des élaborations antérieures en un temps où corps et psychisme s'étaient l'un l'autre, via le corps et le psychisme d'une tierce personne. Un des rôles principaux de ce tiers a été de digérer tout en dirigeant, et réciproquement, des vécus bruts corporels en éléments psychiques assimilables (fonction alpha de Wilfried Ruprecht Bion) en attendant que cette assimilation puisse être réalisée par le sujet lui-même, déléguant un pouvoir au psychisme sur le corps qui devient ainsi « ex-primé ». Les troubles psychomoteurs de l'enfant, mais également les pathologies de l'adulte, signent ainsi un retour à ces états désorganisateur indéscriptibles et le corps y est toujours un partenaire. Nous avons bien souvent tendance à ne considérer que le caractère désorganisant de ces états, dont nous regroupons l'expression sous le nom générique d'émotions. Nous négligeons ainsi l'aspect réorganisateur de la maladie d'autant plus facilitateur que le corps s'est socialisé d'une manière indélébile.





Ayant force d'autonomie (via un espace et un temps pour penser), l'esprit se réfugie dans le corps dès qu'il ne peut faire face à un vécu non assimilable directement. Il fait alors appel à celui auquel il doit son émergence, le corps, tout en réclamant une intervention tierce, en ayant recours aux soins d'un praticien de la santé physique ou mentale. Le jeu y trouve une fonction d'interface essentielle, particulièrement avec l'enfant.

17

Le prime adolescent, l'adolescent, l'adulte

LA SPÉCIALISATION scientifique ambiante conduit à décomposer la classique période de l'adolescence en plusieurs tranches, il se trouve qu'elle correspond au mouvement actuel d'une nouvelle composition de ce moment fort, mais aussi précoce sur certains aspects et tardif sur d'autres. Il existe néanmoins des caractéristiques pérennes de ce bouleversement de la vie qui met le corps au centre d'un mouvement dont on souhaite toujours le moins d'à-coups pour une meilleure continuité du développement. Il n'y a pas qu'un pas entre l'infantile et le juvénile, il y a aussi des figures de proue.

À chaque période, ses soucis

Les troubles somatiques chez l'enfant et plus particulièrement les troubles psychomoteurs sont aisément répartis en fonction de l'âge par l'évolution des problématiques au centre des expressions de sa souffrance. Une première tranche de zéro à deux ans met l'accent sur les aléas d'un dialogue tonique à une période où l'essentiel est de réagir à temps en l'absence de langage. La période suivante que l'on pose de deux à six ans insiste sur l'expérience princeps de la séparation à l'occasion de la première socialisation que représente l'école, mais aussi et avant elle, la crèche. Les troubles de l'individuation sont alors au-devant de la scène. On accorde à la période suivante de six à douze ans, par la prédominance des contraintes scolaires, une prééminence des troubles de l'apprentissage auquel s'ajoute ou se substitue le poids des inquiétudes parentales lorsque celles-ci se focalisent sur la scolarité. La confrontation avec les

parents et les tensions engendrées vont culminer au moment de la prime adolescence et de l'adolescence, voire se proroger ou se transformer lors de l'adulescence, mais l'expression de la souffrance est alors moins corporelle.

Avec l'âge, les symptômes se psychisent, d'où l'importance d'une approche psychomotrice de l'enfant puisque son corps est beaucoup plus mis à contribution tant qu'il ne dispose pas des moyens requis pour mentaliser ce qui fait obstacle à son plein épanouissement. Aussi, les troubles appelés fonctionnels ou instrumentaux vont être en première ligne et au centre des préoccupations du psychomotricien. C'est bien pour cette raison qu'il intervient majoritairement auprès des enfants. L'adolescence en augurant une période tumultueuse reste excessivement intéressante dans la mise en corps de la souffrance, la flânerie sur bon nombre de limites en tous registres, le corps y étant particulièrement présent, ainsi qu'à l'occasion des déclinaisons de problématiques où le possible joue un rôle majeur. Mais comme tous les excès, ceux-là doivent être appréhendés avec modération, car l'importance du rôle du corps chez l'adolescent ne conduit pas nécessairement à souligner son implication dans une prise en charge, notamment parce qu'il est utile de veiller aux conséquences d'un toucher généralement à éviter.

Un corps nouveau à maintenir comme avant _____

Le remaniement de l'image corporelle devant les modifications du corps qui surgissent au moment de la puberté et l'interrogation anxieuse sur l'identité se retrouvent à travers tous les conflits des adolescents. L'accession à une sexualité génitale pour laquelle l'émergence pulsionnelle ravive des conflits fantasmatiques amène à une rupture d'avec le monde de l'enfance et dans l'équilibre acquis antérieurement. À l'absence de synchronie des progrès dans différents domaines, que traduit une dysharmonie du développement, s'ajoute le tumulte de la perpétuelle mobilité des attachements. Ceux-ci oscillent en des phases successives et contradictoires : attachement/détachement, homosexualité/hétérosexualité, liberté/ascèse, progrès/régression, culpabilité/agressivité. Ce tableau est celui d'une crise avec le remaniement de la personnalité induit par la maturité selon deux polarités notoires : l'importance des conflits avec le milieu extérieur, en particulier familial, sur les valeurs, l'orientation professionnelle et les fréquentations, d'une part, la tendance à l'agir par la maîtrise de sa motricité d'autre part.

Le silence possible des organes de l'enfant cesse lorsque celui-ci est adolescent. Pourtant, si le psychomotricien l'écoute, il va se faire entendre, mais bien avant encore à son entourage sous forme de plaintes, premiers points d'ancrage d'une angoisse qui ne demande qu'à surgir. Les transformations morphologiques qui conduisent à positionner le corps au centre de l'étude de l'adolescence ne doivent pas éclipser d'autres facteurs au travail tels que le deuil ou la recherche d'un nouvel équilibre psychique. Le corps n'en demeure pas moins un objet d'investissement et l'image le concernant un produit de cet investissement. Celle-ci est mouvante, car elle est travaillée par la question des limites, d'où les sentiments d'étrangeté et les bouffées hypocondriaques, mais le corps, lui, est bel et bien unique, irremplaçable, non interchangeable et à ménager, à aménager, à maintenir intact. Toutes les conduites bruyantes de l'adolescent sont centrées sur le corps, même si des discriminations plus fines sont nécessaires pour appréhender

les problématiques sous jacentes. Le passage à l'acte, délinquant ou non, la fugue, pathologique ou non, l'agressivité, destructrice ou non, la phobie, excessive ou non, la tentative de suicide, aboutie ou non, la crainte hypocondriaque, révélatrice ou non, le trouble alimentaire, instable ou non, l'anorexie, mineure ou non, la boulimie, nerveuse ou non, l'insomnie, anxieuse ou non, la conversion hystérique ou non, sont autant d'états qui interrogent chacun à leur façon le corps et son investissement.

Le corps social à l'adolescence

Le schéma corporel et l'image du corps ne sont pas les seuls convoqués dans ce remaniement vivant où le corps est le plus à même d'exprimer les difficultés rencontrées. Le corps social constitue aussi un axe de compréhension essentiel. L'inscription sociale, y compris cutanée, est fondamentalement un souci dans une comparaison constante avec les autres et ce qu'ils pensent pour s'approcher de ce qui est annoncé comme normal ou pour s'en singulariser. Les métaphores sociéto-corporelles prennent tout leur essor à l'adolescence où les repères structurent et les repaires suturent. Les équivalences s'auto-promeuvent, appartenir à un groupe, à un de ses organes ou à un organisme, composé de membres, avec un leader à sa tête ou un cerveau, marque les esprits et les habite.

Un accueil sans coalition

Les points de vue conceptuels sur l'adolescence s'aménagent et leurs postulats respectifs peuvent se concilier pour avancer et faire progresser une situation. En effet, une cristallisation sur une adolescence en termes de crise, qu'elle soit normale ou pathologique, pourrait conduire à attendre et voir venir, tandis que l'accent porté sur une phase de développement est susceptible de polariser l'attention sur un objectif à venir, celui de l'âge adulte. Or l'une s'intègre parfaitement à l'autre, et l'entrave au développement comme le risque de banalisation, peuvent constituer des arguments complémentaires. La crise étant alors celle d'un moment de réaménagement du développement nécessitant de s'abstenir de se positionner comme simple témoin. Ici aussi, il est nécessaire d'agir et la dramatisation de la situation doit au contraire favoriser la mobilisation des acteurs et motiver une prise en charge de l'adolescent et de sa famille et plus particulièrement la mise en place d'un cadre thérapeutique concernant le travail que sont amenés à faire ensemble un adolescent et un psychomotricien.

Nous sommes ainsi susceptibles d'accueillir cette seconde phase d'individuation-séparation dans un contexte d'urgence ou avec une certaine massivité qui rend la relation d'emblée intense quand bien même il est souvent nécessaire de pousser les parents à reconnaître la gravité d'une situation qui a duré. Cependant, si le psychomotricien accueille volontiers une dyade mère-enfant ou une famille lorsque l'enfant est plus jeune, il est nécessaire de préconiser que le professionnel reçoive seul l'adolescent ou avec ses parents, mais ceux-ci plus particulièrement

dans un second temps, évitant ainsi une rencontre préalable en l'absence du jeune perçue comme une coalition.

Le corps est partout à l'adolescence, à la fois envahissant et modalité de rappel d'une réalité structurante. À l'ouverture des portes de la perception par des expériences en tous genres et au moment où l'ensemble des possibles surgissent, un vacillement peut apparaître. Dans la grande majorité des situations, ce temps de déséquilibre ou de flottement précède la reprise de son souffle ou d'une démarche sur le chemin de la vie. Les moments d'éternité susceptibles de survenir à cette occasion ne sont pas forcément d'une gestion facile, car chacun sait que l'éternité est longue surtout vers la fin. Mais après tout, avancer un pas après l'autre suppose bien l'alternance d'instant d'équilibre et de déséquilibre du corps. Une tempête peut souffler à cette époque, elle ne présage en rien du règne du temps ultérieur. Une des situations à la mode consiste à prolonger des aménagements entre folie douce et raison furieuse, la tendance aujourd'hui est d'ailleurs d'en faire un état, c'est l'adulescence. Avec angoisse ou volupté, elle mêle l'acidulé d'un temps révolu à l'essence d'un autre à venir. Petit à petit ou en un bond, l'adulterie arrive.

18

Les médiations corporelles

L'UTILISATION de la suggestion, l'apprentissage et la mise en jeu du corps sont au centre de la relaxation qui peut également s'appuyer largement sur la relation à partir de certaines de ses méthodes. Leur point commun est de viser le relâchement du tonus musculaire, cet état qui prête au dialogue et donne accès au langage, cet état de tension permanente et involontaire des tissus musculaires ancré dans l'expression émotionnelle entre une mère et son enfant. Cet échange, par l'intermédiaire duquel l'enfant donne et reçoit trouve son origine dans la genèse de la notion de temps chez l'enfant, à savoir l'attente entre ses besoins et la satisfaction de ceux-ci, le rythme faim-satiété prédominant dans les premiers moments de la relation mère-enfant. À ces deux états correspondent des modifications du tonus : décharges toniques massives avec agitation incoordonnée en état de besoin et baisse de tonus, ou légère agitation moins mal coordonnée en état de quiétude.

Les méthodes de relaxation

L'apprentissage de la relaxation est facile et son utilisation aisée. Nous n'insisterons jamais assez sur le moindre coût auquel elle conduit par rapport à d'autres techniques et le caractère écologique de sa pratique. Nous pourrions toujours plaisanter sur le matériel portatif transporté à demeure, notre corps est d'une accessibilité confondante à cet égard. Le luxe consiste en une position confortable. Un environnement musical ou un milieu aquatique isotonique sont superflus. Nous sommes positionnés sur une répartition classique des méthodes :

- *centrées sur la physiologie neuromusculaire* dont la technique prototypique est de Jacobson ;
- *centrées sur l'auto-concentration mentale* dont la technique prototypique est de Schultz ;
- *centrées sur la mobilisation passive* dont la technique prototypique est de Wintrebert ;
- *centrées sur la concentration mentale et des gestes lents* dont la technique prototypique est de Feldenkreis.

L'intérêt de cette classification est d'affiner les indications en regard des capacités du public à laquelle s'adresse l'opportunité d'un tel travail sur le corps, sa représentation, sa régulation tonique et son potentiel.

La méthode Jacobson est adaptée à une recherche plus pédagogique que psychologique, celle d'un apprentissage d'une régulation tonique par une alternance des tensions et des détentes, à partir de longs exercices d'activité et de passivité et d'une prise de conscience des résistances musculaires.

La méthode de Schultz s'attache beaucoup plus à la concentration d'un sujet, à l'écoute de la détente musculaire, à la visualisation du corps interne et au ressenti de la dilatation vasculaire. L'observation de ses propres fonctions physiologiques à partir d'une autosuggestion plonge l'individu dans un état hypnoïde où les pensées deviennent des visions.

La mobilisation passive consiste en l'intervention manuelle du psychomotricien venant soulever les membres en leur imprimant des flexions lentes distalo-proximales (le poignet, puis le coude, puis l'épaule par exemple). Elle est particulièrement aidante chez l'enfant ou l'adulte ayant besoin d'un retour immédiat sur leur régulation tonique.

Les exercices dynamiques sont particulièrement appropriés chez les personnes à qui l'on évite la position allongée en raison de leur handicap ou de leur âge. À la représentation mentale sollicitée d'une partie du corps succède l'image d'un corps en mouvement. Les sensations mentalisées le sont à partir du ressenti.

Pour la plupart des méthodes, aux séances hebdomadaires, les sujets sont invités à une reprise des exercices régulièrement entre les rendez-vous. Expérience perceptive ou état de conscience modifié, ces méthodes de longue haleine, de plusieurs mois à plusieurs années, ne sont pas sans faire intervenir des modalités élaborées de la relation comme le transfert, mais ont aussi à voir avec la suggestion thérapeutique.

Le caractère essentiel et fondamentalement approprié des méthodes de relaxation consiste en la reprise des modalités de découverte du monde environnant par l'enfant. Ce dernier va pouvoir en prendre connaissance à partir d'une perception de plus en plus fine de ses variations toniques : l'accommodation tonique des muscles le fait lutter contre la pesanteur et maintenir ses attitudes, ce qui va faire advenir et aiguïser la composante active de la perception. Avec la progression de la socialisation, le dialogue tonique va se développer avec les autres, mais l'acquisition du langage va conduire à désapprendre en quelque sorte ce dialogue corporel pour se détacher de l'activité sensori-motrice. Il s'agit d'accéder à un niveau de représentation qui chemine de l'acte à la pensée. Le dialogue tonico-émotionnel se détache de son histoire et passe au second plan. Le recours et le retour à une symbolisation et une historicité rappelle cette

complexité des expériences motrices et affectives de l'individu durant l'accès à une maturation nerveuse et une maturité psychologique.

À l'eau

Un élément privilégié des prises en charge psychomotrices, au sens le plus littéral de l'expression, consiste en l'utilisation d'un lieu où le corps n'est plus un poids, c'est la piscine ou la baignoire. L'usage de l'eau par la similitude apesanteur qu'elle concède au corps est une médiation porteuse. Le polyhandicap et l'éveil de coma sont parmi les indications les meilleures pour bénéficier des propriétés de ce fluide. Les portages sont ainsi réalisés sans difficultés, la pression active la sensorialité, les sensations sont exacerbées, l'amplitude des mouvements est accentuée et la stimulation primordiale pour une mobilisation optimale.

L'enveloppement et la vérification de l'étanchéité de la peau, la résistance et la modification de l'équilibre constituent les soubassements d'un phénomène d'adaptation riche en régulation tonique et en détente. L'autonomie en déplacement va y gagner en déclenchant des conduites d'exploration de l'environnement grâce à la confiance susceptible de s'installer. Les progrès fonctionnels prennent sens par la nature de cette relation toujours privilégiée dans un cadre aux caractéristiques repérées : semi-nudité, odeur et acoustique spécifiques. Le milieu aquatique n'évince pas le bain de langage.

Techniques ou médiation

Les techniques sont innombrables ; il serait d'ailleurs raisonnable d'en compter autant que de professionnels tant les aménagements apportés aux méthodes « mères » les transforment. Nous avons brièvement présenté un milieu comme support de prise en charge. Répertoire les éléments est facile et les travaux de Giséla Pankow avec la terre sont particulièrement instructifs. Nous pourrions également énumérer différents sports, beaucoup trouvent à y figurer parmi les outils des psychomotriciens, nous ne citerons que l'équitation et le Taï-chi. Ce n'est donc pas leur nombre qui nous dissuade de lister des variations de techniques, mais leur véritable portée qui nous conduit à négliger d'en faire une liste plus ou moins exhaustive. Encore une fois, l'usage est primordial et avec lui l'objectif poursuivi, le prêt à porter de la technique beaucoup moins. C'est bien la raison pour laquelle les dérives répréhensibles résident dans le dévoiement de techniques honorables par ailleurs et sont à comprendre par cette voie pour une prévention optimum (voir le chapitre sur les faux souvenirs). Nous pouvons également renvoyer sur ce que nous avons dit du jeu, car in fine c'est l'activité qui est médiatrice, l'espace de l'action, l'interface proposée. Une modélisation de l'acte est susceptible d'éclairer la médiation, y compris et particulièrement quand elle se donne les moyens de soigner ou de prendre soin.

Une modélisation de l'acte : le complexe d'Abraham

Notre intérêt pour le développement de la socialisation de l'enfant où le corps, l'action, l'autre et les règles sont au cœur du processus, mais aussi la permanence d'une préoccupation centrée sur les modalités de l'action, dont le passage par l'acte et à l'acte, nous ont amenés à la description d'une métaphore opérationnalisable. Le statut de l'acte mérite toujours que l'on avance sur son étude. Notre souci se porte également sur une volonté d'intégrer la psychomotricité dans une dynamique de soins qui fasse sortir le psychomotricien de sa salle pour en faire un acteur social des politiques de santé en vigueur. C'est ainsi que nous avons été amenés à glisser du complexe d'Edipe vers ce que nous appelons pompeusement complexe d'Abraham.

Les références à l'histoire d'Abraham illustrent parfaitement le passage à l'acte envisagé comme rupture de sens et absence de mentalisation. Le bras armé qui s'abat sur sa victime est l'expression d'une pensée éclatée ne pouvant contenir l'insupportable d'une béance narcissique. La main de Dieu occupe bien une fonction de pare-excitation de cette souffrance qui écrase Abraham.

Abraham est sur le point de tuer son fils Isaac en sacrifice à Dieu : Abraham tendit la main pour prendre le couteau et immoler son fils. Alors l'ange du Seigneur l'appela du ciel et lui cria : « Abraham ! Abraham ! » Il répondit : « Me voici. ». Il reprit : « N'étends pas la main sur le jeune homme. Ne lui fais rien, car maintenant je sais que tu crains Dieu, toi qui n'as pas épargné ton fils unique pour moi » (Genèse, 22, verset 10-12, TOB).

Dieu arrête ainsi le bras qui tient le couteau, Isaac est épargné. L'idée que se fait Abraham de la volonté de Dieu change avec ce geste ou plutôt cette parole. Dieu lui réclame une fidélité sans faille et non un sacrifice humain. Plus précisément, en arrêtant le bras sacrificateur, Dieu permet à Abraham de dépasser l'idée qu'il se fait de sa volonté et ainsi de transformer les représentations dans lesquelles il est plongé. Dieu ne veut pas le sacrifice du « fils de la vieille », don de Dieu à Abraham comme gage de son élection. Seule la fidélité inconditionnelle d'Abraham est ici demandée et éprouvée, véritable saut radical dans la foi comme l'appelle Sören Kierkegaard. Abraham convertit son regard sur Dieu et une nouvelle relation naît de cette épreuve.

Si la transgression est nécessaire à la conquête d'un espace pour penser, c'est-à-dire, permettre le choix dans la décision originelle d'un tri structurant du type « ça je le garde, ça je le jette », elle mérite d'être distinguée du passage à l'acte. Abraham est dans la transgression lorsqu'il s'apprête au sacrifice de son fils, un moment d'ailleurs où il doute et pense qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais il ne passe pas à l'acte. Sans le savoir, Abraham transgresse la loi de Dieu. Le passage à l'acte possible d'Abraham est l'expression d'une légitimité de l'action qu'Abraham sait néanmoins transgressive dans cette « crainte » et ce « tremblement ». Inutile de dire que sans l'opportunité d'interrompre cet acte, Abraham n'aurait jamais pu faire l'expérience de la fidélité. La fidélité se découvre pleine et entière parce que cette transgression est offerte. La transgression réalisée et le passage à l'acte suspendu sont les éléments qui semblent fondateurs d'une conversion et donc d'une conquête d'un espace pour penser qui éclairent les enjeux mêmes de la transgression.

Une transgression n'est pas un passage à l'acte si le passage à l'acte est une transgression puisqu'il commence par elle. Une différence de degré dans la structuration de la prise de conscience impose l'autonomie à la transgression et oppose le discernement au passage à l'acte. La transgression est l'élément initiateur d'une pensée qui consiste bien à désobéir en quelque sorte. Le dilemme présent dans la transgression est le choix entre obéir ou penser. Il n'y a pas de dilemme dans le passage à l'acte puisque le clivage entre corps et langage, que traduit le court-circuit de la pensée, évite toute souffrance, toute question et préserve le narcissisme.

L'acte du passage à l'acte est bien souvent hors la loi juridique et toujours hors la loi langagière, symbolique, et se mesure à l'aune du conflit entre pulsion et pensée, trahissant et traduisant un défaut de régulation pulsionnelle. Externalisation d'une tension interne, exutoire temporaire de l'angoisse, l'absence de mentalisation empêche l'adresse, non au sens physique du terme, mais au sens relationnel, d'un tel acte. L'après-coup revêt une importance non négligeable lorsqu'il est susceptible de poser une signification, un sens sur un acte de ce type.

À partir du modèle du développement psychosocial de la relation asymétrique originelle parent-enfant, initiatrice d'un grand nombre de comportements sociaux et d'une herméneutique du récit biblique du sacrifice d'Isaac, nous envisageons une analyse des attitudes et comportements individuels et collectifs en jeu, dans la relation psychomotricien-patient. Acteur social, le psychomotricien compose avec son patient un colloque singulier qui ne peut ignorer le travail de la pensée.

Nous proposons une réflexion sur une herméneutique et un paradigme du fonctionnement social et psychique, susceptibles de décrypter, au-delà des évidences premières, des comportements individuels et collectifs de la santé dans le prolongement des travaux de René Girard sur le processus d'expulsion sacrificielle. Nous appelons « complexe d'Abraham » la mise à l'épreuve d'une dialectique entre « sacrifice » et « fidélité » au cœur des relations dans les pratiques sociales, plus particulièrement à l'œuvre dans l'exercice de la thérapie. Les niveaux de symbolisation primaire et secondaire que nous intégrons à partir de la fonction « re » spiralee, véritable métabolisme des mécanismes métonymique et métaphorique, nous invitent à étendre une conceptualisation de la relation, au-delà de la rencontre duelle liée à un cadre thérapeutique, pour envisager l'action sociale de santé du psychomotricien. Cette herméneutique et ce paradigme des comportements et des discours permettent d'établir une grille de lecture heuristique au-delà des discours institutionnels formalisés.

La portée d'une telle analyse est susceptible d'éclairer l'intermédiaire, cette sphère médiationnelle de notre action thérapeutique où des scènes se superposent, des personnes se croisent, d'où une discrimination surgit. C'est aussi le lieu où une relation trouve une consistance, la confiance que nous avons décliné en transferts.

19

Le langage du corps de l'adulte

Entre le long fleuve tranquille d'une neuropsychologie effervescente et la dérive des psychothérapies apaisées, certains psychomotriciens optent pour les sirènes de la communication. En effet, une troisième voix, celle qui appelle de tous ses vœux à un langage du corps, se fait écho d'une psychologie humaniste scientifique. Cette voie retrace l'épopée de la nouvelle communication comme elle a été appelée. Elle présente des difficultés d'inscription dans une logique nationale des prises en charge des personnes en situation de vulnérabilité, mais fournit l'occasion de laisser enfin émerger l'opportunité du traitement de la question de l'existence ou non d'un langage du corps. C'est une péripétie inévitable dans le parcours du psychomotricien, qu'il en fasse l'hypothèse ou qu'on lui pose la question.

Le corps dispose-t-il vraiment d'un langage ? _____

La démonstration est avant tout théorique, car l'application d'une telle reconnaissance dans le champ de la santé mentale ne s'y prête guère. Nous pouvons néanmoins en repérer des traces fugaces. Des trucs et des recettes sont retenus pour leur efficacité. Si l'on vous propose lors d'un entretien, non pas d'être en face à face, ni côte à côte, mais en coin, en situation d'angle, c'est bien parce qu'il a été démontré que la production verbale est plus importante dans ce cas. Elle suscite six fois plus de conversation qu'une situation en face à face à un mètre de distance et deux fois plus qu'une disposition où les interlocuteurs sont côte à côte. L'audience

de ces applications est encore moins répandue auprès de l'enfant tant les données culturelles sont mises en avant et donc éminemment en prise avec le monde de l'adulte.

Nous constatons fréquemment combien le langage se montre insuffisant pour tout exprimer. Dans certaines situations, le corps supplée au langage, la pathologie nous le montre amplement, ce qui nous fait nous demander si le corps ne s'exprime pas essentiellement quand il va mal ou du moins y prêtons-nous plus d'attention dans ce cas. S'il ne se manifeste pas quand il est bien, il manifeste à tout moment. Le souci quasi universel de mettre des mots sur le corps, de rechercher une signification à des productions corporelles nous conduit à nous demander si l'on peut qualifier l'expression corporelle de « langage du corps ». Le corps nous révèle-t-il un vocabulaire, une syntaxe que l'on pourrait apprendre ? La kinésique, la proxémie, la conversion, la somatisation possèdent-elles la structure d'un langage ?

Il n'est pas question pour autant de réduire la distance d'avec le langage verbal, même si l'expressivité du corps nous conduit à conserver le terme de communication corporelle et non celui de langage du corps. Il nous semble effectivement que le corps ne présente pas, dans ses manifestations, un ensemble de données que l'on puisse assimiler au langage. Quelle que soit la production corporelle, elle ne possède pas la structure du langage, y compris le code des sourds. Ce dernier ne présente pas de rétroaction complète, par exemple : lorsqu'on parle, on s'entend. En revanche, les sourds n'ont pas de retour sur leurs mimiques. Ces lectures éparses ne peuvent décoller du contexte et, en tant que telles, répondent à la mise en place de codes, mais pas de langages. Les efforts qui vont dans le sens d'une lecture des manifestations corporelles laissent supposer qu'un langage, qu'un code partageable est sous-jacent. Ray Birdwistell, dans son échec avec la kinésique, a bien perçu les difficultés de la mise en place d'un arbitraire du signe au niveau physique. Par conséquent, chacun y va de son code personnel.

Code et langage

Il nous faut distinguer le code du langage. Ce dernier est remarquable par sa double articulation de lettres en mots et de mots en phrases. Il reste caractérisé par les treize propriétés qu'a dénommées Charles F. Hockett. Tandis que le code répond d'une logique et constitue un système qui reste dépourvu de sens en l'absence d'un contexte. Par exemple, la couleur des feux tricolores perd sa signification en dehors du système du code de la route. Par contre, un langage suppose une autonomie du sens qu'une situation peut aider à comprendre, mais qui, en aucun cas, ne reste indispensable à une compréhension minimum.

Nous pensons que les « lectures » des mouvements du corps, ou décryptages, ne peuvent se faire en dehors du contexte dans lequel l'émission a lieu, pour fournir une interprétation accessible à des gens issus d'une même culture. Les différents codes ne peuvent être considérés comme autant de langues, car elles ne signifient pas la même chose. Nous pourrions dire qu'il est plus question de « lecteurs » du corps que de véritables lectures. Ceci permet de concevoir des angles de vue distincts qui peuvent se compléter, mais non se traduire entre eux. S'il existe un langage du corps, il est indéchiffrable pour le moment. Parler d'un tel phénomène relève d'un abus de langage.

Nous reconnaissons que le corps est susceptible de produire un code, mais non partageable, tant cette communication au niveau infraverbal peut être empreinte de parasitages. Comme tout ce qui n'est pas connu, il fait l'objet de mythes, constructions qui relatent une origine répondant au consensus d'un groupe. Ce langage présumé peut répondre, dans une perspective scientifique, à un décryptement toujours futur, tant l'incertitude des progrès témoigne d'une insuffisance actuelle. La science avance cependant, en se révélant toujours supérieure à des connaissances passées et draine un savoir ignoré du grand public, en avance sur lui.

On ne peut pas ne pas communiquer _____

L'école de Palo-Alto va décliner un modèle où toute communication est interrégissante et circulaire. Gregory Bateson reste un pionnier à nous proposer la communication comme une matrice où sont enchâssées toutes les autres activités humaines. La formule est célèbre : « On ne peut pas ne pas communiquer. » Autrement dit, le comportement comme synonyme de communication n'a pas de contraire, « il n'y a pas de non-comportement » nous disent Paul Watzlavick, Janet Helmick Beavin et Don D. Jackson. Donc, nous communiquons sans cesse. Ce postulat est partagé par ce que Yves Winkin va appeler « le collègue invisible » : Gregory Bateson, Don D. Jackson, Paul Watzlavick, Ray Birdwistell, Albert E. Scheflen, Edward T. Hall, Erving Goffman. La communication est entendue par tous ces auteurs comme un processus pluriel permanent. Nous obéissons en permanence à des règles de grammaire d'une communication sans nous en rendre compte.

Nous retrouvons chez plusieurs de ces auteurs l'analogie avec un orchestre parlant ainsi d'une « partition invisible ». Les individus ne communiquent pas, ils prennent part à une communication. De la même façon, les personnes ne se croisent pas dans la rue, ils « dansent » comme une chorégraphie. Toute communication comme processus d'interaction présente deux aspects :

- le contenu, transmis sur un mode digital (relation arbitraire entre la chose et le nom), le message ;
- la relation, essentiellement de nature analogique, c'est-à-dire toute la communication corporelle, le commentaire sur le message.

Le deuxième aspect englobe le premier et, par conséquent, est une métacommunication.

La communication corporelle utilise trois types de supports : le corps et les artefacts liés au corps (vêtements, tatouage) ; les artefacts liés au milieu et tous les produits de l'artifice humain ; la dispersion dans l'espace. Jacques Cosnier et Alain Brossard considèrent trois caractéristiques de la communication humaine : multicanalité, plurifonctionnalité et conventionnalité (et non plus arbitraire) et distinguent deux catégories dans la communication corporelle, qu'ils nomment communication non verbale :

- le non verbal *co-textuel* : une partie du langage est non verbale. Le contexte est alors particulier, vocal et mimogestuel dans une interaction conversationnelle. Il est composé essentiellement d'éléments visuels cinétiques rapides (mimiques faciales, gestes) ;
- le non verbal *contextuel* : il existe du non-verbal qui n'est pas du langage. Il est composé essentiellement de signes visuels statiques (morphotype, artifices, parures) et cinétiques lents (faciès basal, rides, postures). Ils sont souvent utilisés comme marqueurs sociaux et vont servir à la définition contextuelle de la situation par leur fonction métacommunicative.

Concernant la mimogestualité, ces deux auteurs distinguent les gestes illustratifs (en redondance avec le texte verbal) et les gestes connotatifs sur le contenu (attribution et/ou redondance) ainsi que sur l'attitude du locuteur (métacommunication).

Le système d'analyse kinésique de Birdwistell _____

Vers 1950, un type de microanalyse a été constitué par le système d'analyse kinésique de Ray Birdwistell. Il est nécessaire de préciser d'emblée qu'elle constitue une sorte de « traversée du désert » pour l'auteur dont il est sorti, déclarant lui-même qu'il n'a pas été capable jusque-là de découvrir une grammaire des microactes, ni d'isoler la hiérarchie qu'il cherchait. Cette tentative a eu un grand retentissement public. Ce travail est fondé sur l'hypothèse d'une sélection culturelle de quelques positions corporelles parmi les milliers que peut produire le corps et notamment le visage en mouvement. Invité par Edward T. Hall à appliquer les principes de la linguistique descriptive à la gestualité, Ray Birdwistell distingue des niveaux et travaille en termes d'unités de plus en plus complexes. Ainsi le kinème correspond au phonème (Ray Birdwistell dégage une cinquantaine de kinèmes), le kinémorphème au morphème, la construction kinémorphique à la proposition. Plusieurs propositions constituent un énoncé qui s'intègre dans un discours. Par exemple, le kinème « œil gauche fermé » se combine au kinème « pince orbitale gauche » pour former le kinémorphème « clin d'œil ».

Cette participation obligée à la communication évoquée plus haut trouve racine dans les observations qu'il fait et qui lui font dire qu'il existe comme une « synchronie interactionnelle » (le terme est de William S. Condon) où les participants d'une scène semblent danser un ballet parfaitement mis au point. Par ailleurs, Ray Birdwistell parle d'analyse de contexte et non de contenu. Pour lui l'analyse porte non sur le contenu, mais sur le système qui a rendu l'échange possible. Ce système est la communication.

L'analyse contextuelle de Scheflen _____

Albert E. Scheflen, coéquipier de Ray Birdwistell tout au long des années soixante, propose une méthode d'investigation qu'il appelle « analyse contextuelle ». L'idée de base est celle d'une hiérarchie de niveaux. Les unités d'un niveau donné sont intégrées à la fois horizontalement dans une « synthèse diachronique ou processuelle » et verticalement dans une « synthèse

synchronique » d'unités de plus en plus larges. Chaque unité n'a de signification que dans ce double contexte. Il propose de distinguer ainsi trois niveaux kinésiques et lexicaux situés au-dessus de la proposition :

- le *point* : c'est la posture gardée le temps nécessaire à l'exposition ou à l'écoute d'un « point » dans une discussion (de l'ordre de quelques secondes). Albert E. Schefflen suggère que le répertoire d'un individu se compose de trois à cinq points qui reviennent constamment au cours de l'interaction ;
- la *position* (composée d'une série de points) : c'est la posture générale du corps observée durant l'exposé (ou l'écoute) d'un point de vue (de l'ordre de quelques minutes). Le passage d'une position à l'autre implique au moins la moitié du corps. Chaque interactant possède selon Albert E. Schefflen un répertoire de deux à quatre positions ;
- la *présentation* : c'est l'ensemble de la présentation au cours d'une interaction qui débute et se termine par un déplacement complet dans l'espace.

Ce bref aperçu montre la complexité de l'entreprise qui consiste à promouvoir un langage du corps et souligne l'importance de la contextualisation empêchant cette tentative d'aboutir. La démonstration est encore plus aisée avec la proxémie que les travaux d'Edward T. Hall ont mise en avant. Ce dernier jette une lumière nouvelle sur la connaissance que nous pouvons avoir de l'espace en agitant le faisceau des cultures. Il nous montre ainsi que chaque civilisation a sa manière de concevoir les déplacements du corps, l'agencement des maisons, les conditions de la conversation et les frontières de l'intimité. Il désigne sous le nom de « proxémique » l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique. Les situations interculturelles présentent des quiproquos qui sont alors pléthore par la méconnaissance de la culture de l'autre. Les conséquences en sont plus ou moins fâcheuses par des interprétations réciproques que la barrière de la langue peut étanchéfier, de l'absence de savoir vivre au scandale moral. Elles n'apparaissent cocasses que pour un tiers, interprète des langues ou des cultures.

20

L'adulte du 2^e, 3^e, 4^e et 5^e âge

L'ADULTE a composé depuis des années avec son corps, son vécu et a aménagé des formes adaptées de modalités de relation avec autrui dans les différentes circonstances de la vie. Aussi, est-ce lors d'entretien et non d'un bilan que nous voyons l'adulte et la principale proposition de mise en situation qui peut lui être proposée est une relaxation, statique ou dynamique, comme mode de règlement ou de gestion de ses difficultés psychomotrices. Un ancrage de longue date ne suppose pas pour autant qu'il ne faille rien bouger. Une intervention est toujours utile, même en l'absence d'une vie longue.

La prise en charge de l'adulte _____

S'il s'agit de prise en charge en groupe, la plus répandue, on préférera souvent une activité centrée sur les impressions et/ou les expressions corporelles afin de solliciter des prises d'information sur son environnement peu usitées d'ordinaire. Nous pensons à la myokinesthésie et à la proprioception notamment. Le niveau d'exploration exploité est variable en fonction du type de lieu en priorité, de la pathologie et de l'âge ensuite. Le premier est bien souvent déterminant des deux autres facteurs. Des activités structurées dans d'autres champs, comme la danse ou le théâtre, peuvent servir de support également. Des activités gymniques et sportives trouvent ici leur place pour l'attention portée au corps et les effets bénéfiques qui en découlent, mais le soin peut s'y trouver dilué et la limite entre thérapeutique et développement personnel s'estomper.

L'approche est toujours globale, mais l'objectif est moins porté sur un trouble psychomoteur comme chez l'enfant, car si celui-ci peut persister, l'histoire du corps l'interroge différemment. Nous pouvons rencontrer des adultes qui bégaièrent ou qui ont des tics et la perspective développementale nous fournit des éléments d'approche distincts même avec une méthode identique comme la relaxation. Cependant, le corps prend une autre tournure au cours de la vie et nous allons découvrir des pathologies nouvelles, les addictions en particulier, et de nouveaux questionnements en ce qui concerne l'évolution de pathologies de l'enfance comme une psychose ou un handicap. Le travail du psychomotricien se trouve particulièrement valorisé avec les pathologies les plus lourdes et va se déployer en de nombreux postes en institution. Néanmoins, des succès auprès de patients alcooliques ou obèses ouvrent d'autres postes, car le vécu de ces corps laisse une béance dont le psychomotricien se saisit pour y inscrire une expérience dont les personnes bénéficient.

Les personnes âgées

Une autre extension des indications institutionnelles dans les services de médecine a fait ses preuves avec le temps, il s'agit de l'âge. Les personnes vieillissantes, dont le nombre s'accroît, sont l'objet d'une sollicitude centrée sur le corps pour en préserver les aptitudes et éviter des conséquences fâcheuses de leur négligence jusqu'à l'apparition d'escarres. La psychomotricité entre alors dans une dimension préventive qui lui sied bien, mais susceptible aussi de lui faire quitter le soin pour prendre soin de personnes, d'équipes et d'institutions. La tangente conduit alors le psychomotricien vers des fonctions d'animateur et de professeur de tai-chi ou de yoga. La nature du lieu où professe le psychomotricien peut le mener vers le développement personnel et ses objectifs dont on a vu qu'ils s'éloignaient du champ de la santé quand bien même celle-ci est décrite au plus près d'un bien-être (voir le chapitre « De la psychiatrie à la psychothérapie »). L'inscription de ce professionnel dans le Code de la santé l'amène surtout à interroger la guérison quand soigner devient une fonction pérenne et qui dure longtemps auprès des mêmes patients, notamment dès qu'il s'agit de santé mentale.

Guérir ou... ou quoi ?

Sur le plan somatique par inférence, subjectivable sur le plan mental par enquête, la guérison apparaît comme une idée personnelle à chacun ou comme un état propre à tous. Considérer toute maladie, en dehors de ses modalités de prise en charge par un système social, sous l'angle du message qu'elle adresse peut relever d'une généralisation et donc être abusive. Il s'agit d'une lecture parmi d'autres, mais, en tant que psychiste, il n'est pas étonnant que nous privilégions un tel aspect. Nous pourrions aller jusqu'à poser la question : « Mais de quoi, pour éviter de dire de qui, s'agit-il de guérir ? » Ce raccourci n'évacue pas la maladie qui tient au corps, médiation importante et nécessaire dans une relation incessamment renvoyée à une

autre, mais qui prétend évoquer, voire convoquer, celui ou celle qui est ainsi concerné(e) par cette maladie.

En effet, si la maladie est « impossibilité de » (et les verbes restent au choix), travailler, tenir debout, continuer, symboliser, supporter, mettre en mots, elle est également une expression adressée, comme tout acte, elle a une ou des significations. L'adresse est parfois maladroite, en poste restante ou illisible : le destinataire n'est pas toujours connu et n'est pas toujours celui que l'on croit. Nous pouvons penser à un appel, mais pourquoi la maladie se réduirait-elle à cette seule nature de message ? Si la maladie peut-être considérée comme une régression et un retour en arrière, voire un retour sur les origines (via l'hérédité par exemple), la guérison, dans une tentative licite et exprimée de re(de)venir comme précédemment, se doit d'être un mouvement vers l'avant. On ne recommence rien, on continue.

Le sujet est avant tout l'acteur essentiel de sa guérison. Nous pouvons ainsi nous demander de quel droit d'ingérence il nous faut user pour guérir quelqu'un malgré lui ? Il semble ainsi fort utile de considérer la guérison comme ce que vient chercher le patient (et nous pouvons lui faire confiance, il sait où, quand, comment). Cependant, on ne la lui donne pas : il la prend. Ce retour à l'envoyeur, soulevé par le sujet acteur de sa guérison, nous signifie l'adresse dont il est question et les travaux sur le transfert nous le rappellent. Ce dernier nous interdit de donner notre avis sur le contenu, la problématique d'un sujet, mais nous fait nous intéresser à des modalités de fonctionnement. De même, l'interprétation comme outil de maniement du transfert n'est plus cette affirmation qui tranche. Au contraire, elle consiste de plus en plus à faire des liens. Ce changement tend à rendre l'interprétation incomplète, pourrait-on dire. Elle pointe des récurrences, des oppositions, des symétries, prenant bien soin de laisser au sujet la part du travail qui lui revient. Certes le modèle psychanalytique nous influence beaucoup pour penser la guérison. Nous estimons cependant qu'il est susceptible d'éclairer nombre de points forts tels le changement et la genèse de la modification, l'étaillage et la restauration, l'autonomie et la maturation, la suggestion, l'identification et le transfert, la guérison et l'idée de guérison.

Acteur du changement _____

La guérison suppose un terme, un délai à ou aux objectifs qui ne peuvent être désignés que par la personne concernée. L'élaboration qui en est le témoin peut coller au plus près d'un discours social alimenté d'un mythe ambiant et d'une efficacité qui éloignent les questions et rendent le processus comme collectif. La guérison est également énoncée par la personne quand le symptôme quitte son ancrage corporel pour un substitut pas forcément mieux gérable et qui rappelle à quel point un symptôme a sa raison d'être. Une limite au phénomène de guérison réside bien dans la répétition qui rencontre l'ineffable du corps. Il est entendu qu'une seule partie du réel du corps tend à se transformer. Le corps ne deviendra jamais essence, même par la toute-puissance de la pensée. Dans la mesure où c'est la personne malade qui décide ou accepte d'être guéri, nous nous attachons à sa demande. Celle-ci permet de repérer une souffrance et un cadre pour la dire. Il s'agit de généraliser un processus qui concerne essentiellement le

changement et suppose donc un risque. Ce dernier, toujours personnel, nous fait dire que la guérison ne peut être jugée que par le patient, même si c'est l'histoire d'une interaction dont il s'agit. Il faut que le sujet s'approprie les signes d'un mieux être, d'un soulagement, au prix soit d'un long travail de deuil, soit d'un court instant vécu comme contenant, comme magique, pour illustrer deux possibilités extrêmes. Cette appropriation retentit des mythes environnants ou des histoires de chacun. Nous préférons, somme toute, penser que l'on guérit plutôt que l'on s'aguerrît.

Le privilège de la carte du rêve chez l'adulte estompe la dimension développementale bien repérée chez l'enfant pourtant si vive tout au long de la vie. L'emprise culturelle des aménagements psychosociologiques du quotidien éloigne le soin d'une reprise des ratés du développement. De plus, les convictions sur la nature de la réussite dans l'idée de guérison conduit à se défaire d'une médicalisation des problèmes rencontrés. Ceux-ci sont ainsi situés ailleurs dans le cours de la vie, que ce soit dans le champ des croyances ou le respect d'un mode de pensée. L'adulte est ou se reconnaît comme beaucoup moins vulnérable et de plus en plus responsable et particulièrement de son destin. Aussi, doit-il se prendre en main en cohérence avec son expérience et l'adéquation de celle-ci avec ses opinions. Dans cette perspective, la psychomotricité devient marquée du sceau de la prévention et du loisir. La pratique d'un sport ou d'une activité physique facilite le maintien en forme ; la balnéothérapie et le balnéaire, un vécu harmonieux ; l'entretien de ses capacités de souplesse signe une préoccupation de la préservation d'une disponibilité corporelle. Avec l'âge qui augmente, les soucis d'avancer en bonnes conditions psychomotrices se démultiplient.

Avancer, mais en âge

Plus la personne avance en âge, plus elle doit faire face à une contradiction, voire un paradoxe qui la conduit à devoir s'adapter à son inadaptabilité progressive. En effet, en perdant peu à peu ses ressources d'adaptation par la diminution de ses capacités sensorielles, neuromusculaires, végétatives et par l'augmentation de sa fatigabilité, elle doit néanmoins compenser ces déficits fonctionnels, les aménager. Autrement dit, elle est confrontée au développement d'une nouvelle capacité d'adaptation pour réorganiser ses facultés. Cette restructuration plus ou moins permanente de son potentiel exige un effort constant d'adaptabilité. Avec le temps, va, tout s'en va, la mémoire, le repérage temporo-spatial, la proprioception, l'équilibration, les compétences intellectuelles. L'appauvrissement des structures nerveuses, le ralentissement des conduites psychomotrices et l'altération des fonctions sensorielles et du traitement de ces informations retentissent sur la communication avec autrui. Les déficits, auditif et visuel, les troubles de l'orientation et la restriction de l'espace d'action conduisent à des renoncements concernant les relations sociales. À la dégradation de l'autonomie fonctionnelle s'ajoutent les conséquences d'une atteinte de l'autonomie psychologique, en particulier du pouvoir d'action et de décision, qui élaboussent ainsi le moral qui dit oui, qui dit non et qui décline. Être vieux dans son corps et vieux dans sa tête conduisent à des réflexions qu'un miroir nous présentant un visage étranger ne suffit pas pour aider à comprendre la vieillesse : sommes-nous vieux quand

une autre personne se lève dans le métro pour nous céder sa place ou quand nous renonçons à un long trajet en prévision de la fatigue engendrée ?

Le renoncement le plus pénible reste moins le ralentissement qui donne l'occasion de s'observer vieillir que l'admission dans une institution pour un long séjour, le dernier. La confrontation au manque et à la mort est alors directe, régulière, plus ou moins percutante, plus ou moins douloureuse. Les paratonies de fond, si fréquentes qu'elles peuvent être considérées comme physiologiques, pourraient bien amener à poser des indications légitimes de relaxation. Or la position allongée apparaît comme incongrue, tant elle apparaît comme indélicate pour une prise en charge par la référence qu'elle induit. Ce sont ainsi des modalités plus dynamiques de relaxation qui sont alors proposées avec des déplacements du corps et des sollicitations à le mouvoir.

Gagner du temps, mais pas seulement _____

La relation de soin prend en compte cette différence d'âge et cette issue non valorisante. Ces corps d'âge distincts ne gênent pas forcément l'empathie, ni le dialogue tonique. La perspective de la mort qui nous attend aussi ne constitue pas pour autant un obstacle majeur à l'accès au plaisir corporel, mais aussi émotionnel et intellectuel, d'un partage entre personnes. Elle peut néanmoins occuper une place centrale lorsque l'activité en commun s'inscrit moins lors d'un séjour en maison de retraite que dans un accompagnement en fin de vie. Le traitement de la douleur est également beaucoup plus présent ainsi que l'angoisse et la dépression. Il s'agit alors de gagner du temps pour clore le passé et assurer l'avenir de l'entourage familial.

Plus la personne avance en âge, plus elle présente de troubles psychomoteurs, c'est dire l'indispensabilité des psychomotriciens susceptibles de déployer des prises en charge pour tout ce public tant en institution qu'à domicile. Cependant, le marché de l'emploi ne reflète pas encore cette espérance. La prise en charge de la personne des quatrième et cinquième âges n'est pas seulement centrée sur la marche et la peur du risque de la chute, même si cette garantie d'une autonomie est d'une aide précieuse pour la préservation de l'investissement de l'espace. Ce goût du mouvement et des coordinations est à entretenir, leur synchronisation avec la respiration à réguler. Le ressenti des sensations corporelles est également mis en valeur par la médiation corporelle que cet exercice soit nouveau, constituant une véritable découverte, ou l'accent porté dessus renouvelé. La verbalisation n'est pas en reste, le lien entre le vécu corporel et sa représentation est renforcé pour renouer l'investissement corporel à la valorisation de la vie. Il importe en particulier de se saisir d'un discours de plainte. La compréhension mutuelle issue et le tissu de cette relation rejaillissent sur l'environnement social, vecteur privilégié de l'estime de soi en action. L'intérêt prêté au corps donne une portée stimulante aux capacités d'expression afin de chercher à éviter le recours à la somatisation, à évincer la douleur et à faire reculer les limitations corporelles.

Le travail sur la conscience corporelle, l'équilibre et la mobilité articulaire peut se partager en groupe et les séances pas trop longues, structurées autour des mouvements et des postures à répéter, engendrent des dynamiques bénéfiques avec des démonstrations et des propositions

des participants. Des médiations moins mobiles, mais tout aussi mobilisatrices, peuvent se mettre en place avec la musique, le chant et un travail sur le rythme en leur centre, mais aussi à partir d'expressions artistiques diverses : dessin, peinture, modelage.

À travers la stimulation globale et spécifique des modalités sensorielles, des capacités d'adaptation et d'ouverture vers les autres, l'amélioration de nombreuses facultés et fonctionnalités s'en trouve reconnue, le plaisir retrouvé et les attentes de changement satisfaites. La présence du psychomotricien comme acteur essentiel de la prise en charge de nos aînés est pleinement reconnue à l'occasion de la sortie du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » du 1^{er} février 2008. Le contenu du rapport Ménard de cette grande cause nationale conforte ce professionnel dans le bien-fondé de son intervention.

6

Le métier de psychomotricien

21	Les études, les écoles	129
22	Les premiers pas dans le métier : stage et mémoire	133
23	Le premier travail, CV et entretien	139
24	Une identité entre cadre et transfert	145
25	Obligations et textes légaux	151

21

Les études, les écoles

Léon Michaux, successeur de Georges Heuyer à La Salpêtrière, propose de former des psychomotriciens. Un certificat d'aptitude de rééducation de la psychomotricité, en 1963, d'une durée d'un an, se met en place sous l'égide de deux chaires, celle de neuropsychiatrie infantile qu'il dirige et celle de biologie appliquée à l'éducation physique de Chailley-Bert. Didier-Jacques Duché, qui succède à Léon Michaux, continue d'œuvrer à la formation des psychomotriciens. La réforme des universités de 1970 met en place des unités de formation et de recherche (UFR) dont certaines dispensent un enseignement de psychomotricité.

Une reconnaissance institutionnelle récente _____

En 1972, Jacques Chaban-Delmas propose la création d'un diplôme d'État de rééducateurs en psychomotricité à partir de la mobilisation impulsée par J. Desfontaine. Un remaniement ministériel interrompt le projet. C'est Pierre Mesmer, en 1974, alors Premier ministre, qui le reprend pour que le décret 74-112 porte création de ce diplôme d'État de niveau III, c'est-à-dire reconnu comme bac + 2. La circulaire 238-DH-4 du 23 février 1976 inscrit les psychorééducateurs dans le Livre IX du Code de la santé publique et le décret 80-253 du 3 mars 1980 leur fournit un statut hospitalier. Le décret 85-188, en 1985, modifie l'appellation de psychorééducateur pour celle de psychomotricien, un décret de compétences est signé la même année (n° 85-659). Le statut d'auxiliaire de la médecine est accordé aux psychomotriciens le 11 décembre 1994.

Le contexte sociétal conduit à développer cette profession naissante du côté d'une paramédicalisation, aidé par J. Desfontaine, agitateur du milieu politique dans ce domaine en 1972. Infirmier avant d'être psychomotricien, sa formation initiale le pousse à adopter une ascension glorieuse du métier par la vassalisation médicale., Son réalisme sur l'emprise médicale, à commencer par la représentativité des médecins au sein des députés, le renforce sur l'option de cette stratégie. Tous ne sont pas d'accord, mais défendre une autonomie à partir d'une montée de la hiérarchie universitaire de la profession, sur le modèle des psychologues, est un pari osé à l'époque.

Profession intermédiaire, le psychomotricien est un professionnel de santé et du travail social, repéré par l'INSEE sous le code 4322, qui doit s'inscrire dans le répertoire Adeli de son département. Ce fichier est tenu par la Direction de la recherche des études et l'évaluation et des statistiques (DREES), généralement au sein des DASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales). C'est la plus récente des professions paramédicales.

Un concours d'entrée est instauré en psychomotricité depuis 1985 par homogénéisation avec les autres professions paramédicales. Il réserve trois cents places sur six écoles au sein de quatre universités et de deux établissements privés agréés par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Jusqu'à cette date, un concours en fin de première année recevait un candidat sur dix. Un vague portrait de l'étudiant qui se présente peut être brossé : c'est une fille, elle est titulaire du bac S. Elle réussit son concours directement après le bac ou à l'issue d'une année préparatoire. Sa motivation s'exprime différemment selon qu'elle choisit parmi plusieurs concours entrepris, qu'elle renonce à un cursus plus long comme celui de médecine ou qu'elle se réoriente après une expérience autre. Le concours d'admission comprend deux épreuves écrites : une contraction de texte d'une durée de deux heures, notée sur 20, et une épreuve de biologie portant sur le programme de première et de terminale S, d'une durée de deux heures, notée sur 20.

Programmes et cursus

Le programme et les modalités d'évaluation sont issus d'une actualisation opérée par un arrêté du 7 avril 1998 que modifie récemment l'arrêté du 3 mars 2008. La première année d'enseignement est orientée vers l'acquisition des bases fondamentales des sciences médicales et humaines. C'est le sujet normal à tous les âges de la vie qui est l'objet des cours et des stages. Ceux-ci vont se dérouler dans les milieux ordinaires de la petite enfance aux fins d'observer l'enfant en crèche et en école maternelle. La biogenèse du mouvement est étudiée lors de cette première année du cursus, c'est sur elle que va se fonder l'intervention du psychomotricien. Le développement des grandes fonctions psychologiques et la nosographie pédopsychiatrique sont également abordés.

La seconde année permet l'initiation aux méthodes cliniques et les stages vont alors constituer une initiation professionnelle. L'anatomie et la physiologie deviennent fonctionnelles et les grands appareils sont approchés ainsi que leurs avatars pathologiques. L'enfant malade est étudié en association avec un stage en milieu pédiatrique, les troubles psychiatriques de l'enfant

comme ceux de l'adolescent sont présentés ainsi que les différentes formes de psychothérapies. Enfin, la psychomotricité, ses indications et ses modalités d'application sont explorées en complément de cette culture générale sanitaire et éducative. Les aspects méthodologiques et pratiques du bilan psychomoteur comme des différentes formes de thérapies psychomotrices sont abordés pour permettre à l'étudiant d'intégrer le contenu des stages, notamment à partir d'études de cas. Le lien entre terrain, ateliers pratiques, en particulier de relaxation, et enseignements théoriques est essentiel à la formation de ce professionnel aux capacités d'actions évaluées.

La troisième année poursuit l'enseignement magistral en introduisant la nécessaire professionnalisation et ainsi la déontologie et la législation. Une plus grande place est accordée aux échanges et à la supervision des engagements cliniques que les étudiants développent sur leurs lieux de stage ainsi qu'aux ateliers techniques entre pairs. Ces trois années sont ponctuées d'évaluations sous forme de contrôles continus et d'examens terminaux, oraux et écrits, anonymisés ou non, avec une session de rattrapage. L'admissibilité permet l'accès aux deux épreuves du diplôme d'État, la soutenance d'un mémoire et une mise en situation professionnelle. La première est au plus près des normes universitaires, la seconde plus proche de la confrontation à la corporation par un jury de professionnels constitué par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

Les organismes de formation

- Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : Secrétariat de psychomotricité, 91, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris – Tél. : 01 40 77 95 71. Site : www.chups.jussieu.fr/programmes/psychomot/psychomot.html
- Institut supérieur de rééducation psychomotrice (ISRP) : 9 bis, rue du Bouquet-de-Longchamp, 75 116 Paris – Tél. : 01 47 04 22 03 – site : www.isrp.fr.
- Université Claude-Bernard, Lyon-I USP « Techniques de réadaptation » : 8, avenue Rockefeller, 69 373 Lyon CEDEX. Tél. : 04 78 77 75 39 et 04 78 77 70 89 (concours).
- Institut de formation au DE de psychomotricien de la région Nord-Pas-de-Calais : 1, rue Gustave Delory, 59 120 Loos – Tél. : 03 20 17 21 40.
- Centre de formation au DE de psychomotricien : Université de Bordeaux-II, 146, rue Léo Seignat, 33 076 Bordeaux Cedex. Tél. : 05 57 57 13 61. Site : <http://abep.ifrance.com/>
- UFR de technique de réadaptation de l'université P. Sabatier Toulouse-III : 133, route de Narbonne, 31 154 Toulouse. Tél. : 05 62 88 90 42. Site : www.psychomot.ups-tlse.fr/

Les organisations professionnelles

- Association française des étudiants et des professionnels en psychomotricité : 91, bd de l'Hôpital, 75 013 Paris. 01 45 86 20 52. <http://afepp.free.fr/afeppinfos.html>

- Fédération française des psychomotriciens : 5, rue Copernic, 75 116 Paris. <http://www.psychomotricite.com/ffp/actualite.html>
- Syndicat national d'union des psychomotriciens : 24, rue Paul Vaillant Couturier, 94 000 Ivry-sur-Seine. <http://www.snup.fr/>
- Société internationale de thérapie psychomotrice : 28, rue des Bauves, 95 200 Sarcelles. www.la-sitp.org
- Des liens avec des associations régionales sont disponibles sur : <http://groups.msn.com/psychomotriciens/adressedassociations.msnw> ou sur le site de la faculté de la Pitié-Salpêtrière : <http://www.chups.jussieu.fr/programmes/psychomot/psychode/psychomotdedoc2.htm>

22

Les premiers pas dans le métier : stage et mémoire

Le choix d'un stage est toujours important puisqu'il détermine bien souvent le positionnement professionnel ultérieur. Que ce choix soit minutieux ou qu'une occasion soit saisie, le stagiaire est amené à confirmer ses envies de travailler dans ce secteur avec ce type de public et avec cette organisation du travail ou, au contraire, à se prémunir d'un tel exercice pour s'orienter vers d'autres horizons. La place du stagiaire présente l'opportunité unique d'une expérience de formation privilégiée qui ne sera plus rencontrée par la suite.

Le stage : un parcours essentiel _____

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de l'observation si ce n'est pour ajouter qu'elle se trouve prépondérante en situation de stage. Sa « massivité » nous conduit d'ailleurs à l'interroger pour nous-mêmes et pour l'usage que l'on va en faire en situation professionnelle par la suite. Que le psychomotricien fasse usage de l'observation comme d'une méthode fait de lui un stagiaire performant. Que l'issue d'un stage soit une embauche, c'est toujours ce que l'on peut souhaiter, mais là n'est pas l'essentiel. Il n'est pas à négliger bien sûr qu'un stagiaire qui donne satisfaction soit un gain de temps et de compétences pour le recruteur, même si l'insertion dans une équipe et la prise de ses marques demandent une vigilance spécifique, le changement de « casquette » n'étant pas évident.

Le stage ne fournit pas seulement un thème de mémoire et l'occasion de s'essayer dans la mise en œuvre des connaissances, techniques et savoir-faire auprès de personnes. Certes,

les bienfaits d'un stage ne sont plus à démontrer concernant la formation technique et la connaissance des arcanes institutionnels dans lequel on évolue. Ce sont des compétences qui en seront issues, mais il est une dimension à laquelle elles doivent beaucoup, quasi subversive en sa définition. Le stage revêt en effet une fonction bien particulière par la position d'entre-deux dans laquelle il place le stagiaire, à la fois dedans et dehors, inclus dans un travail d'équipe, y compris dans la saisie de ses subtilités, mais exclu de responsabilités formelles, en l'absence d'un contrat de travail, y compris avec une convention de stage.

Cette posture est parfois inconfortable, mais aussi protectrice et plus qu'il n'y paraît. Cette position, voire cette « danse », un pied dedans, un pied dehors, est ainsi favorable à l'épanouissement d'une fonction critique dont on ne peut se départir. Si des critiques ont pu aiguïser le sens critique de l'adolescent que nous avons tous été, la subversion inhérente à cette position temporaire continue de forger une analyse critique de notre investissement social. Le stagiaire ne doit pas se priver de poser les questions qui dérangent. L'engagement professionnel est déterminant de notre identité sociale et l'activité de travail nous retient suffisamment d'années pour ne pas errer, voire se tromper dans la nature de cet engagement. Une réorientation professionnelle demeure toujours possible, mais un ajustement du parcours opéré le plus tôt possible permet de faire l'économie d'une souffrance.

Le rapport de stage : un écrit fondateur _____

L'appréciation du rapport de stage répond de quelques critères déterminants. Son écriture est un exercice engageant, une occasion d'exposer un point de vue personnel sur une situation professionnelle. Un exercice de style également, car la nécessaire description de la structure d'accueil avec ses caractéristiques et ses personnes doit être si claire que le lecteur doit pouvoir s'y voir, s'en configurer une représentation comme s'il s'était rendu sur les lieux. La place que l'on y a trouvée ou que l'on s'est faite, le rôle que l'on y a joué, son activité, ses apprentissages sont autant d'éléments attendus. Leur formulation nous confronte à l'exercice de la mise en mots de l'activité et cette tâche est loin d'être évidente. C'est aussi un entraînement aux travaux d'écriture qui nous attendent lors de la rédaction d'écrits contraignants par la traduction à laquelle nous obligent le corps en mouvement et l'effort de symbolisation nécessaire à la bonne avancée d'un processus ou d'une énigme selon les situations. D'ailleurs, les études de cas ou les vignettes cliniques y ont toute leur place.

Il est également important de ne pas se méprendre sur les difficultés rencontrées, ni sous-estimer leur vertu pédagogique. Non seulement on apprend beaucoup d'elles, leur compréhension par la mise à distance du travail d'écriture est éclairante, mais le doute sur une supposée naïveté subsistera toujours face à une histoire idyllique. L'enthousiasme et l'illusion ont leurs limites, les compétences attendues rendent nécessairement constructif, réaliste et non dupe. Il est plus aisé de composer ce rapport à partir de notes prises régulièrement au cours du stage et au fur et à mesure du déroulement de ses temps forts. L'intérêt de celles-ci et de leur reprise peut varier au fil du temps, mais leur élaboration est susceptible de fournir les traits saillants de cette expérience constituant les thématiques de ce travail.

Des précautions sont à établir en ce qui concerne les études de cas qui ne doivent pas permettre l'identification des personnes. Cette anonymisation conduit à changer des noms, à varier les caractéristiques et à transformer des détails sans affecter la compréhension de la situation, mais en préservant la vie privée des individus. Dans cette perspective, on évite de s'épancher sur la vie des personnes avec qui l'on a travaillé. L'étude de cas, ou de situation s'il ne s'agit pas d'une seule personne, obéit à un plan généralement dicté par l'approche qui prévaut : comportementalisme, psychanalyse, systémie, humanisme. On va retrouver l'anamnèse de l'individu et l'histoire de la souffrance, ou le contraire, et l'un des deux versants, ou les deux, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que la démarche des quatre « P » que nous proposons pour qualifier la praxie psychomotrice.

Les quatre « P »

Les effets de la demande, de l'affinement du diagnostic différentiel, de la recommandation thérapeutique et de l'analyse de la situation nous conduisent à définir une approche scientifique que nous pouvons résumer en quatre mots.

Les quatre P sont :

1. *problématisation*, celle d'une réflexion sur une situation donnée, prescrite ;
2. *proposition*, être en mesure à partir de l'analyse de la demande ;
3. *protocolisation*, en capacité de mettre en place un cadre pour qu'un processus s'y déroule ;
4. *psychomotricisation* pour la garantie d'une analyse de restitution, de qualité cela va de soi, des bénéfiques d'une prise en charge où prévaut le non verbal, mais dont on peut dire quelque chose et en rédiger des comptes rendus.

Le rapport de stage peut être adressé au maître de stage, mais également à l'institution d'accueil. C'est ainsi un retour vis-à-vis de l'apprentissage rendu possible en ses lieux. L'hésitation peut surgir lorsque la critique institutionnelle s'avère sévère. Cependant, un lieu qui reçoit des stagiaires sans les exploiter est *a priori* suffisamment sain pour admettre un regard neuf, même décapant, voire accepter une remise en cause constructive de son travail. À elle d'en disposer à son aise et de s'en saisir pour avancer si elle le juge opportun. Les stages vont se succéder et apporter leurs bonheurs, leurs désillusions, leurs désagréments et leurs regrets. Le dernier, le plus long, sera plus ou moins à l'origine du mémoire.

Le mémoire de fin d'études : une expérience initiatique _____

La conduite du mémoire de fin d'études, par sa confrontation avec le terrain, et le stage de dernière année, les deux peuvent d'ailleurs aller de paire, constituent un tremplin vers le premier emploi. La rédaction du mémoire qui doit être encadrée par un mode d'emploi et une

personne aguerrie à cet exercice peut effrayer au début. Son vécu est cependant généralement celui d'une expérience d'autonomie quasi initiatique, en tous les cas bien souvent inoubliable.

Le choix du sujet de mémoire doit tenir compte des préoccupations de l'intéressé, de ses centres de « dividende », et répondre au plus près au compromis réalisé avec la faisabilité de leur mise en œuvre. L'étudiant sera d'autant plus motivé que sa curiosité est mise au profit de ses intérêts. Il n'est pas avantageux d'escompter régler des problèmes personnels par ce travail, mais la désillusion a déjà fait son œuvre lors des premiers enseignements de psychologie du cursus. Ce choix thématique est l'aboutissement d'un processus de clarification. À partir d'un domaine et d'un objet d'étude, il s'agit de sélectionner un sous-domaine qui permette d'énoncer une question de recherche qui va être affinée au fur et à mesure.

Parmi les ressources disponibles, les problématiques saillantes du lieu de stage sont favorables à un éclaircissement qui tienne compte du terrain et de sa clinique, évitant l'étude trop documentaire et ainsi intellectuelle d'un phénomène. Une fois le champ d'investigation retenu, la démarche scientifique attendue consiste à définir un objet d'étude qui permette de clarifier ce sur quoi va porter la recherche.

Des lectures préalables sur le sujet ont permis de cerner les lignes de force déjà étudiées par d'autres ou qui continuent de générer des questionnements. Une synthèse de ces lectures est nécessaire pour décrire l'existant et le contexte dans lequel souhaite s'insérer cette étude.

La méthodologie : un suivi de plan _____

Un plan d'élaboration est indispensable ainsi qu'un calendrier. Ce dernier est établi à rebours en fonction du temps estimé des différentes étapes, en concertation avec le directeur de mémoire, en fonction de la date d'échéance prévue pour rendre le document. Le temps de réalisation technique n'est pas à exclure de ce calendrier. L'élaboration qui met en œuvre la construction d'un protocole de recherche conduit à la formulation d'objectifs. La méthodologie nécessaire pour atteindre ces objectifs amène des questions qui vont être autant d'occasion d'évaluer la faisabilité du projet.

L'évaluation est constante puisque des ajustements peuvent survenir dans le déroulement de la recherche qui conduit à la rédaction du mémoire. La méthodologie elle-même est évaluée en fonction de son opportunité à répondre aux objectifs assignés, c'est dire qu'elle est retenue pour la pertinence de son aide à répondre à la question initiale. Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise méthode, mais la recherche d'une méthode adaptée à partir d'une décision issue de la comparaison des points forts et des points faibles des techniques pressenties.

Deux pôles méthodologiques s'offrent à l'étudiant s'il renonce à l'étude livresque seule : l'expérience ou l'étude de cas. La première vise à établir une relation de cause à effet entre des phénomènes par le contrôle d'une série de facteurs de variabilité, des variables, la seconde vise l'analyse approfondie d'une situation que celle-ci soit présentée par une personne, un groupe ou une organisation. Le choix méthodologique est approprié et fait écho à la détermination d'un objectif de recherche en termes descriptifs ou explicatifs. Notons que l'étude d'interaction entre

divers phénomènes par des corrélations ne permet pas d'inférer l'existence de liens de cause à effet. C'est l'application de ces principes aux techniques de recueil de données, d'analyse et d'interprétation des résultats qui authentifient le processus scientifique de la recherche.

L'étayage d'un professionnel est fondamental pour la rédaction d'un projet de mémoire, généralement le premier écrit auquel l'étudiant est confronté pour ce travail de fin d'études. C'est également une base contractuelle et d'amélioration grâce à une critique constructive. Marque d'une première étape, ce document est court, de quelques pages, présente la ou les questions retenues, les procédures nécessaires pour y répondre et énumère les différentes tâches afférentes à l'objectif privilégié et à la vérification des hypothèses formulées.

La communauté enseignante et professionnelle s'entend sur la nécessité d'un plan, de la définition des termes employés et l'étayage de toute affirmation sur des données documentées ainsi que sur l'utilisation d'un langage professionnel, mais cependant clair, et l'usage de références bibliographiques. Si la création de documents est utile, telle une demande de consentement aux personnes ou une grille d'entretien, ils figurent en annexes. Il agit comme un guide récapitulatif de ce qu'il est nécessaire de faire. Il sera repris dans le mémoire et complété par les étapes ultérieures et leur contenu, le recueil de données, l'analyse des résultats, la discussion de ceux-ci en regard de la littérature existante sur le sujet. Il doit faire l'objet de l'accord du responsable de l'encadrement de ce mémoire. L'aisance du recours à internet comme source documentaire se mesure parfois à l'aune de l'économie de la réflexion. Or le maniement du copier-coller ne dispense pas d'un travail d'élaboration.

Remettre un exemplaire de ce mémoire de fin de cursus, non seulement au maître de stage et au directeur de mémoire, mais également à l'équipe d'accueil ou au responsable de la structure constitue un minimum de restitution de son activité comme nous l'avons dit. Véritable élaboration qui sort de l'ordinaire et confrontation à l'écriture, la rédaction d'un mémoire de fin de cursus d'enseignement constitue une expérience importante dont la valorisation se poursuit lors du premier emploi. Une autre épreuve est liée au mémoire, expérimentée au préalable lors d'exposés, c'est sa présentation orale.

La présentation orale : un exercice de style _____

À l'occasion d'un exposé ou d'une soutenance, l'exercice de la présentation d'un travail et d'une représentation de soi devant un jury et/ou un public est important à perfectionner. Ce n'est plus une récitation, ce n'est pas encore un entretien d'embauche, mais l'aisance à l'oral peut devenir un atout. C'est aussi un minimum requis pour incarner un métier qui met en avant le corps. Les présentations orales doivent donc être soignées autant dans leur contenu que dans leur forme.

C'est le temps d'une démonstration, le temps imparti va en structurer les étapes à partir de mots posés comme repères. En effet, lire un texte est contre-productif, écrire sur une feuille devant soi quelques mots comme jalons d'une pensée qui se déroule est plus utile. Exposer, c'est poser une introduction et une conclusion, et présenter un plan logique pour relier l'un

à l'autre. Comme il s'agit de convaincre, la cohérence doit être visible, l'anticipation sur les critiques possibles présente. C'est une performance scientifique qui doit prouver un esprit de synthèse, démontrer la maîtrise de qui a été écrit tout en s'écartant *a minima* du document à soutenir. Ce n'est pas seulement un résumé, mais une présentation qui va s'attarder sur quelques points jugés importants.

Un support de présentation aide cette structuration du temps et de l'argumentation. Le diaporama doit rester léger et dansant. Les diapositives reprennent quelques lignes de texte avec un titre en chapeau et parfois un petit dessin, le tout soutenu des mouvements d'une flèche et de lignes de texte. Il serait dommage de se priver des possibilités de l'informatique, mais il faut veiller à ne pas trop charger les diapos, ni disperser les mouvements d'apparition et de disparition. Si le temps de présentation peut être préparé, les questions issues d'un jury sont difficiles à anticiper. Le seul moyen de gagner un peu de temps pour organiser sa réponse est de faire répéter la question.

Du cursus de formation du psychomotricien, on ne retient pas seulement des connaissances issues des différentes disciplines qui parcourent ces trois années. C'est également une expérience vécue à partir de mises en situation sur le terrain toujours formatrices. C'est aussi la confrontation avec soi dans un travail d'écriture. C'est heureusement le fruit d'une activité de collaboration avec des pairs et des aînés, professionnels et enseignants, que le partage enrichit et fortifie pour une insertion optimale lors d'un poste après la réussite aux examens du diplôme d'État.

23

Le premier travail, CV et entretien

LE DIPLÔME en poche, ordinairement, on recherche un emploi. Nous devrions dire des emplois en ce qui concerne le psychomotricien. Il est probable en effet qu'un temps partiel permette de débiter, mais qu'il faille en accumuler plusieurs avant de s'installer dans un temps plein ou deux mi-temps si l'on préfère partager son exercice entre deux types de structure ou deux publics. Certains vont être tentés de suivre les incitations liées à l'exercice libéral, or une solide expérience clinique et une connaissance des réseaux institutionnels sont nécessaires avant de se lancer dans cette aventure. Si l'on y ajoute les contraintes afférentes et le nombre d'années pour se constituer une patientèle, la dissuasion reste forte pour les débutants. L'exercice salarié offert par des structures médico-sociales n'est pas si décourageant au vu de la pénurie des professionnels paramédicaux dont les actes sont remboursés par le dispositif social de santé.

En tout état de cause, trois accès se présentent pour acquérir son premier poste, la candidature spontanée, la réponse à un appel d'offres, la petite annonce, et l'opportunité d'un réseau de relations. Il demeure néanmoins utile d'être prêt avant même d'emprunter ces voies d'affrontement avec son avenir. Une réflexion est nécessaire sur l'orientation professionnelle à privilégier, quand bien même les stages, les options et les sujets d'études ont posé quelques jalons déterminants. Elle sera à l'épreuve lors de la rédaction du CV et des lettres de motivation ainsi que lors du choix des annonces d'emploi. Cette véritable élaboration d'un parcours de vie sociale se poursuit avec les entretiens de recrutement dont les premiers peuvent revêtir

l'aspect d'un entraînement pour la maîtrise de l'outil commercialisant, mais dont les effets sont structurants. La représentation du métier que l'on continue de se forger à cette occasion, la cohérence qu'elle endosse avec les projets que l'on souhaite voir aboutir incarnent la préparation qui fera sa place dans la construction de son identité professionnelle.

Le curriculum vitae

La rédaction du CV est l'occasion de faire un premier bilan de ce que l'on a travaillé et suivi pendant son cursus ou en dehors, et d'en structurer une synthèse valorisante, dont l'apprentissage n'est pas toujours aisé. L'exercice se complexifie avec le temps. Il permet en outre de se réconcilier, si besoin est, avec certains des épisodes de sa vie, les fameux trous de CV. Il comporte les rubriques suivantes : état civil, expérience et formation. Au nom et prénom, on ajoute l'âge plutôt que la date de naissance, qui dissuade de faire un thème astral. La formation est désormais positionnée après l'expérience, le diplôme le plus haut suffit puisqu'il suppose acquis ceux qui lui sont antérieurs, sauf à être très distinct de la spécialité. Un CV se présente sur une page, deux au maximum. Un titre au CV va permettre de résumer en trois mots la candidature. Il est idéalement centré sur la réponse à une candidature et doit lui être ajusté, cette fonction d'adéquation est fort souvent dévolue à la lettre de motivation.

L'expérience est notifiée par année en commençant par la plus actuelle, puis, au fur et à mesure de sa consistance, par période correspondante au lieu d'exercice ou au type d'activité. Une brève description du poste ou du stage, activité et public notamment, complète l'intitulé de la structure. Synthèse d'un parcours, le CV présente les activités effectuées et permet que soient déduites facilement les compétences, mais celles-ci peuvent aussi y figurer. Peuvent également apparaître les participations à des colloques ou des journées d'étude. Rien n'empêche de noter tout ce qui revient en mémoire, puis d'évaluer la pertinence de ce qui est à conserver. Il ne faut pas négliger les activités para-professionnelles à l'origine de compétences transférables. Il se rédige pour un décideur susceptible de connaître les spécificités du métier, mais les ellipses restent dommageables. L'intitulé du type de structure fournit des indices sur ce que l'on y fait, les redondances sont alors superflues. Certaines omissions ou sous-entendus sont commises de bon aloi, car le document est avant tout une présentation avantageuse, mais un CV trop gonflé perd de sa cohérence et devient difficile à défendre. C'est une patiente construction, un cheminement qui demande du temps pour répondre d'exigences parfois contradictoires et éclairer une carrière dont la cohérence peut se montrer subtile.

La recherche d'emploi

Chercher un travail est un vrai boulot, ces conventions demandent un réel apprentissage et l'aisance pour se déterminer dans un choix satisfaisant s'améliore par la confrontation avec l'exercice. Ainsi, est-il possible de s'entraîner pour des lettres de motivation à partir de petites annonces et d'accepter des entretiens d'embauche pour des postes qui ne conviennent

pas de prime abord. Si le recruteur cherche une perle rare, le salarié propose d'échanger sa force de travail. Il est donc fondamental de s'informer sur le poste à pourvoir et de s'enquérir de toutes les informations utiles pour motiver sa propre décision, indépendamment de la réponse fournie par l'institution. Le choix est réciproque et l'on ne peut accepter des contraintes susceptibles d'engendrer une souffrance professionnelle ultérieure. C'est dire aussi l'importance de l'authenticité lors de tels entretiens, ce qui n'exclue pas l'apport d'autres stratégies de valorisation.

L'effort de recherche doit être dosé et il n'est pas nécessaire de se disperser. Aussi est-il préconisé de favoriser la voie la plus propice à un résultat. Répondre aux petites annonces et envoyer des candidatures spontanées conduisent à des opportunités bien inférieures aux effets d'un réseau de relations. Il est judicieux de rester en contact avec ses collègues de promotion, voire de contribuer à leur rassemblement avec une association d'anciens et/ou de s'inscrire dans une organisation ou un syndicat qui propose des manifestations autour de la psychomotricité. Multiplier les contacts est une façon essentielle de déployer les chances d'être tenu informé de la vacance d'un poste.

L'entretien de recrutement _____

Si un entretien de recrutement n'est pas prévisible tout comme le passage devant un jury, certains moments peuvent néanmoins être préparés. Le premier est une présentation de soi de quelques minutes, de son parcours et de ses motivations, y compris à partir des sempiternelles interrogations : « Quels sont vos principales qualités et vos principaux défauts ? » Les moments critiques de son parcours peuvent être réexaminés avec soin, il est essentiel d'être au clair notamment sur les fins de contrats antérieurs. Que l'on demeure le sujet sur lequel il n'est pas possible de sécher est une chose, savoir communiquer sur son parcours et sa personnalité mérite une attention toute particulière. C'est toujours d'un choix réfléchi dont il s'agit in fine et il est à présenter comme tel. (Voir ce qui a été dit de l'entretien et de la soutenance dans les chapitres précédents.)

L'installation en activité libérale _____

Comme nous l'avons préconisé, ce mode d'exercice convient à un professionnel expérimenté. Les professions médicales et paramédicales susceptibles de s'installer en activité libérale sont particulièrement privilégiées par rapport à d'autres corps de métier puisque la sécurité sociale prend en charge la majeure partie des frais engagés auprès de ces professionnels. Le psychomotricien détient une position originale même si elle demeure inconfortable. En effet, l'État reconnaît ce professionnel comme digne de confiance quand l'exercice libéral est intégré dans le décret de compétence de celui-ci, mais il n'a pas encore obtenu l'aval des financeurs quand la Caisse primaire d'assurance-maladie ne codifie, ni ne rembourse des actes. Des actes de thérapie psychomotrice ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale que

lorsqu'ils sont intégrés à un traitement d'ensemble comportant d'autres actes thérapeutiques. Des négociations sont actuellement en cours avec la Caisse nationale de l'assurance-maladie pour que cette situation évolue. L'installation en activité libérale nécessite de se renseigner auprès de l'URSSAF et des centres des impôts, les cotisations et frais occasionnés sont relativement faciles à déterminer, mais une étude de marché s'avère nécessaire pour cette aventure qui prend du temps et de l'énergie. La durée de constitution d'une patientèle est de deux années, des revenus compensatoires sont donc à prévoir.

La protection sociale du créateur d'entreprise représente en effet un certain coût. Elle est conditionnée par le choix du statut juridique pour l'exercice d'une activité libérale et reste obligatoire, même si une activité salariée est exercée par ailleurs. Trois types de cotisation doivent être versés, pour la famille à l'URSSAF, pour la santé, à la caisse RSI (Régime Social des Indépendants) et pour la retraite à la CNAVPL (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales). L'URSSAF recouvre également trois contributions : la CSG (Contribution Sociale Généralisée), la CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale) et la CFP (Contribution à la Formation Professionnelle). Les cotisations sociales sont calculées sur la base des revenus professionnels. Les deux premières années, elles le sont sur une base forfaitaire et sont recalculées et donc régularisées.

Des informations sont utiles :

- pour les cotisations, sur :
 - www.urssaf.fr
 - www.le-rsi.fr
 - www.cnavpl.fr
- pour les aides au chômeur : www.assedic.fr
- pour les formalités administratives, fiscales et sociales : www.cfe.urssaf.fr
- pour un projet d'installation : www.formapl.org

Le choix du statut juridique et du régime fiscal réclame une information complète, un repérage renseigné et perspicace sur les formalités et leurs conséquences. La déclaration d'existence au Centre des Formalités des Entreprises (CFE) de l'URSSAF du lieu d'activité est d'autant plus simple qu'elle vaut pour l'ensemble des organismes destinataires. Ainsi, l'INSEE attribue un numéro d'identification unique : le SIRET. Ce numéro à 14 chiffres se compose du SIREN (identification de l'entreprise) et du NIC (identification de l'établissement). L'INSEE attribue également un code d'activité appelé code APE.

Les démarches peuvent être simples, les investissements peuvent aisément grever un budget. Le local, le mobilier, le matériel et les nécessaires démarches de communication autour d'une installation sont des charges qu'il est prudent de chiffrer. Au choix du local, s'ajoute les autorisations idoines, celle du propriétaire si l'on est locataire, celle du service d'urbanisme si l'on est propriétaire. La question se pose alors de changer le statut du local ou de lui conserver une mixité avec l'habitation. Le centre des impôts répond aisément à ces préoccupations en regard de la taxe afférente. Si un usage stéréotypé admet une clandestinité pour « se jeter à

l'eau » et ainsi ne pas déclarer les premiers clients le temps d'une période équivalente à un essai, non seulement elle n'est pas autorisée, mais elle constitue une infraction : au premier patient dont on prend en charge la responsabilité d'une aide, correspond une déclaration.

La préconisation collégiale à laquelle nous invitons les psychomotriciens, nouvellement diplômés ou en attente de l'être, par l'adhésion à des associations professionnelles ou thématiques, labellisant ou non, doit être déclinée pour servir ce renouveau professionnalisant. Les réseaux à entretenir ne servent plus seulement pour obtenir un emploi ou à se tenir au courant de l'évolution de sa profession et de l'actualisation des connaissances, mais sont à orienter vers d'autres partenaires. La démarche est la même, mais elle est moins tournée vers les autres psychomotriciens que vers les autres collègues. Le bagage institutionnel acquis a développé chez le psychomotricien une compétence à travailler en équipe pluridisciplinaire. C'est cette fibre qu'il va tisser dans ses relations avec les médecins généralistes et les psychiatres, les psychologues et les paramédicaux, les directrices de crèche et d'école, du quartier, de la commune et des environs. Des visites de courtoisie et de présentation de son activité sont également de bon aloi dans les différentes structures publiques de soins et d'éducation (CMP, CMPP, PMI, CAMPS...) et de prise en charge des fléaux sociaux (alcool, cancer...) ainsi que les associations centrées sur le développement de l'enfant et son éducation. Cette inscription sociale, particulièrement municipale, soit être étayée d'un document écrit facile à distribuer. Une plaquette de présentation de son activité, des prestations proposées, du lieu d'exercice, de son accès et qui indique aussi formation et références, est aujourd'hui d'une composition aisée, à un moindre coût. Une imprimante couleur autorise des recto-verso de qualité avec un contenu issu du CV, qui met en valeur le sérieux de l'entreprise et de l'offre de collaboration aux partenaires multiples et à la patientèle potentielle.

La libéralisation des activités professionnelles actuelles est un soutien pour une responsabilisation de son parcours professionnel aboutissant à une installation en libérale. L'expérience acquise au préalable reste cependant un étayage fondamental, la liberté d'action ne pouvant constituer le moteur essentiel de cette orientation, même si l'absence de remboursement vient la renforcer, rejoignant ainsi d'autres exercices comme la psychanalyse ou la psychologie. L'indépendance revêt un prix, mais pour qu'un coût ne nous écrase pas, il est indispensable de l'estimer.

24

Une identité entre cadre et transfert

LE STATUT susceptible d'être reconnu institutionnellement ou l'auto-proclamation du psychomotricien comme psychothérapeute en motricité conduit à explorer deux concepts essentiels à la mise en œuvre de la praxis psychomotrice. Il s'agit du cadre thérapeutique et du transfert. Nous les présentons comme des références particulièrement identifiables d'une génération de psychomotriciens qui ne renoncent pas aux apports scientifiques de données nosographiques concernant le corps, qu'elles soient offertes comme repères génétiques ou d'imagerie cérébrale, tout en persistant à voyager avec des références psychanalytiques pour faire un bout de chemin avec les personnes prises en charge.

Le cadre thérapeutique : un contenant au développement d'une relation

Le cadre, comme enveloppe d'une organisation suppose d'opérer une distinction entre un dedans et un dehors et de repérer un invariant au sein d'un processus de changement. Le « dehors » c'est l'institution, représentante d'un tiers symbolique, et « l'invariant » protège sans gêner un processus de développement. Il est constitué des règles de fonctionnement partagées. Il est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise. La capacité que nous avons à nous fier à un invariant nous permet d'attribuer ce que nous repérons à un processus qui, à lui seul, pose suffisamment de questions. Le cadre est un « non-processus » en ce sens qu'il est fait de constantes. Une des caractéristiques du cadre est qu'il est muet.

Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé. Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu. Il est contenant au développement d'une relation. Ce cadre, qui ne dépend ni du patient, ni du thérapeute, est garant d'une permanence : nous verrons le patient, quoi qu'il arrive, pendant un certain temps, avec des règles à l'intérieur de cette relation. Il est aussi solidité qui nous protège contre sa « folie », son angoisse et en le protégeant aussi des nôtres. Cette protection du thérapeute par le cadre qui le contient lui permet de s'impliquer dans une prise en charge.

Le cadre ne s'arrête pas aux modalités de la rencontre qui font l'objet d'un contrat relatif à l'espace, au temps et à l'argent. C'est également l'interséance, ces moments où l'on met en mots, où l'on élabore bien souvent du non-verbal. Ici se situe une de nos difficultés principales, car il faut se battre avec soi-même, s'obliger à repérer les choses pour mettre des signifiants ou des significations en place. Ceci demande une quantité d'énergie considérable, mais nous sommes garants de cette élaboration, du fait « que ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd ». C'est condamner, dans le cas contraire, un patient à la répétition, à ce que cela ne change pas. Et si le thérapeute n'interprète pas au sujet ses conduites, il demeure essentiel qu'il puisse les comprendre et les référer aux siennes propres. C'est bien souvent par le contre-transfert qu'une élucidation peut prendre forme. Cette interséance est également constituée par les réunions d'équipes où certaines élaborations individuelles sont redistribuées au groupe.

Le processuel est ce qui avance étymologiquement. Or, en psychomotricité, confrontés que nous sommes aux limites, le processus se retrouve être ce qui se passe entre deux cadres, nous faisant avancer de l'un à l'autre. Nous avons fait l'hypothèse par le passé du repérage de plusieurs cadres, reliés entre eux par des processus, et qui s'emboîtent à la manière des poupées russes. Un processus va même jusqu'à en traverser plusieurs, lors de l'interséance notamment. Celle-ci nous montre toute l'importance qu'il y a à « tricoter » du symbolique avec chaque niveau de cadre. Si la psychomotricité consiste à chercher à mettre en place un processus avec un grand « P » (celui des psychanalystes), celui-ci reste encore cerné par un cadre plus grand (le langage). S'il fallait caractériser le processus d'un mot en psychomotricité, le premier qui nous vient est « mouvement » avec tous les avantages que comporte un terme à double sens (si ce n'est plus), même si l'essentiel dans notre métier passe par le mouvement et le langage (des mots d'autant plus importants qu'on en prononce moins).

Nous avons ainsi posé que tout processus exige un cadre supérieur. Il serait commode d'établir un tableau d'équivalence entre les processus et leurs niveaux d'élaboration psychique. D'une part, des processus sont définis par leurs cadres respectifs, dépositaires d'un matériel spécifique issu de la mise en œuvre de mécanismes de défense, d'autre part, ces derniers, structurés chez le sujet en question, révèlent une capacité méta et de coping de celui-ci. Ce souhait est reflété dans la terminologie avancée dans nos travaux de surcadre, cadre idéal, idéal de cadre et cadre. Le cadre représente la symbolisation et/ou la non-symbolisation et nous amène à approfondir la modalité la plus représentative du surgissement de sens, le transfert. Celui-ci peut d'ailleurs tout à fait être considéré comme un cadre bien particulier. Il est en tout état de cause une des sources de questionnement intense des psychomotriciens.

Transferts primaire et secondaire : investissement et quiproquo à contretemps

Le transfert commence-t-il avec le choix du psychanalyste ou se met-il en place après des préliminaires ? Nous avons opté pour la distinction de deux transferts : un transfert primaire et un transfert secondaire. Nous allons les définir. Nous pouvons envisager en effet, un transfert de base, ce lien spontané interhumain à tonalité positive (tandis qu'un transfert positif ou négatif ne prend sa valeur qu'au regard de ses aspects de moteur et de résistance) : c'est la relation. Elle est empreinte de transfert secondaire comme elle l'est de parole, de fantasme ou de sexualité. Nous parlerons de transfert de base dès qu'il y a des échanges affectifs. Nous pourrions aussi l'appeler prétransfert ou transfert social.

Ce transfert de base, immédiat, n'est rien d'autre que l'investissement, la relation qui répond à l'appel d'une rencontre. À propos de cet investissement, on se souvient des difficultés de Sigmund Freud à le distinguer de l'identification primaire. Celle-ci explique bien le transfert dans la mesure où ce qui est intériorisé n'est pas l'autre ou son image, mais bien l'expérience de la relation à l'autre. Ce transfert de base peut être ramené à toute relation, à la restriction près de retrouver une situation d'asymétrie dans cette rencontre qui rappelle celle de la position parent-enfant. Nous ne pouvons pas séparer aisément la relation du transfert, car ce dernier est une situation totale qui suppose de la part du patient, non seulement une identification projective, mais aussi l'identification à un rôle social. Ce transfert peut être dévisagé, en ce qui concerne le thérapeute, dans le champ de l'empathie, de la séduction et de la suggestion. N'oublions pas l'ambiguïté de Sigmund Freud à propos de la constitution du transfert que nous allons envisager dans un instant, où il s'agit d'emporter la conviction du patient par le transfert. Cette confiance avec laquelle et sur laquelle on peut travailler va devenir un lieu de haute confiance.

Ce deuxième transfert que nous appelons secondaire ou « médiat » (pour reprendre le terme de François Roustang, mais seulement celui-ci) demande un temps d'installation. Ce transfert-ci n'est plus aussi spontané, ne demandant qu'à être révélé, il est fabriqué par la situation, produit par celle-ci. Nous le concevons comme une transformation du cadre. Ce transfert se met en place par construction, avec cette double valence d'être moteur et résistance, et d'autant plus moteur que l'on s'attache à travailler dessus, sur ce qu'il incarne de résistance. Nommer ou identifier la résistance ne suffit pas pour produire un changement, nous dit en substance Sigmund Freud. Il faut un travail d'élaboration interprétative de la résistance par le patient lui-même, sorte de réappropriation qui est moins une maîtrise qu'une reconnaissance et une désaliénation de son discours. Il nous dit aussi qu'il faut que le transfert soit installé avant d'interpréter. Le transfert devient l'objet du traitement à partir du moment où il s'est constitué en résistance. Il s'agit d'être pris dans cette méconnaissance provisoire, cette illusion qui nous permet de nous enfoncer dans le brouillard de notre pathologie, pour être prêt, voire apprêté. Cette prise dans la distance, dans le ciment de la relation, s'oppose à la prise de distance qui est plutôt une déprise. Cette dernière est garantie par celui qui vient pointer ce qu'il nous est difficile de voir à ce moment-là.

Cette confiance profonde où l'on va jusqu'à confier notre façon de fonctionner, est appréhendée à travers ce double faux rapport que définit Sigmund Freud : faux rapport temporel et faux rapport sur la personne, ce que Michel Neyraut reprend comme un « quiproquo à contretemps ». Le transfert n'en fait pas moins cohabiter les deux versions, les deux versants d'un transfert aussi invoqué que provoqué. Vous aurez compris que la séparation entre deux transferts est artificielle. Il s'agit bien du même qui trouve un développement orienté par les conditions dans lesquelles on va le travailler comme on le fait d'une capacité, d'une aptitude. Ce sont les contraintes techniques qui vont canaliser le développement de cet amour qui devient amour impossible. Il n'est pas possible d'épouser son thérapeute et nous allons le payer pour ça. Ces deux transferts n'en sont pas moins des registres différents qui cohabitent. L'effacement de l'un par la prééminence de l'autre ne l'exclut pas pour autant, il reste simplement silencieux. Il est clair que la situation ne produit pas les affects qui y apparaissent ; elle les accommode à sa sauce. Le cadre va être le temps de la cuisine qui nous prépare un bon petit transfert, si le cuisinier est compétent.

Le transfert est processus, il est ce moteur qui permet d'avancer, qui produit des effets. Parler des effets de transfert est une tautologie, un truisme. Aussi, la distinction transfert-effet de transfert ne semble pas des plus pertinentes. Par définition, le transfert n'est appréhendé que par ses effets comme peuvent l'être l'énergie, le corps ou l'intelligence. Ça ne se mesure pas, on les met sur une échelle et on parle de température. Par définition, l'unité de mesure est additive. Si le transfert est moins « objectivable » que les autres, il n'en est pas moins caractérisé par une réparabilité pour laquelle la température reste non seulement le qualificatif qui lui sied le mieux, mais aussi un indice fiable. Il est difficile en effet de courir après la répétition d'une distribution de réponses qui permettrait d'évoquer la preuve. La validité n'en est pas moins absente, pour peu que l'on considère la mutualité de la compréhension entre les deux protagonistes comme un critère de cette validité.

Nous aurons tendance à faire du transfert médiateur une transformation du cadre et à le voir agir comme un cadre notamment dans la fonction contenante, mais aussi limitative et symboligène, qui le caractérise. Il s'y substitue et joue le rôle d'un cadre : en effet, entre le thérapeute psychanalyste et son patient tout est ramené sur le tapis de la réalité psychique, tout est ramené dans le bain ou la baignoire du transfert. Il est lieu de ralliement par excellence. Nous pourrions presque dire que le transfert est structuré comme un cadre, mais un cadre plus évolué car « psychisé », métaphorique autant que métonymique, qui devient ainsi le récepteur des parties névrotiques de la personnalité. Le cadre se psychise à la rencontre l'un de l'autre par métonymie tout comme la dérivation d'une fonction psychique par rapport à une fonction biologique peut nous l'apprendre. Nous pensons à l'identification primaire qui s'étaye sur l'allaitement par exemple. La métaphorisation n'est pas absente quand le transfert vient « remplacer » le cadre comme support de travail.

Le transfert est bien repérable comme cadre. C'est bien le repérage de manifestations particulières qui nous fait envisager et dévisager le transfert. Sinon, nous pourrions dire que tout est transfert. Comme tel, nous avançons qu'il est récepteur des parties névrotiques de la personnalité, ce que beaucoup d'auteurs recouvrent par la notion de névrose de transfert. Il est bien ce terrain contenant où se joue la « répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué » pour reprendre la définition de Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis. Nous ne pouvons cependant pas affirmer qu'il parle. Il ne s'agit pas là de prendre position sur un transfert accessible dans une seule parole, mais bien d'évoquer une caractéristique : il est muet comme peut l'être un cadre, toujours défini selon la terminologie blégerienne. Il est, en effet, perceptible que quand « il bouge », quand il est question de lui.

25

Obligations et textes légaux

EN FONCTION des sources, syndicat ou État, on compte entre cinq mille et sept mille psychomotriciens et psychomotriciennes, plus nombreuses, car le métier est très féminisé, sur le territoire national. Il n'existe pas de chiffres précis malgré l'obligation de se déclarer, car aucune sanction n'accompagne cette mesure légale, même si les psychomotriciens pratiquant sans être inscrits sur ce registre national sont passibles d'une amende de 40 000 francs, montant d'époque. La loi n° 95-116 du 4 février 1995 prévoit en effet l'obligation pour les psychomotriciens, de se faire inscrire sur des listes dressées par le préfet du département de leur résidence professionnelle. Ce fichier est tenu par la direction de la recherche des études et l'évaluation et des statistiques (DREES), généralement au sein des DASS (direction régionale des affaires sanitaires et sociales). L'inscription se fait au vu des originaux des diplômes, autorisations ou attestations auprès de la DDASS de la résidence professionnelle. Celle où l'on exerce le plus grand nombre d'heures s'il en existe plusieurs. Cette inscription est obligatoire y compris pour les salariés, elle est maintenant l'une des conditions d'exercice de la psychomotricité. C'est un numéro ADELI pour « Automatisation DEs Listes ».

Les textes suivants détaillent la structuration de la profession de psychorééducateur, puis de psychomotricien. Ce sont les décrets n° 74 112 du 5 février 1974, n° 80-253 du 3 avril 1980, n° 85188 du 7 février 1985, n° 88-659 du 6 mai 1988, n° 95-116 du 5 février 1995 et l'arrêté du 7 avril 1998. Ils concernent par ordre chronologique :

- décret du 5 février 1974 portant création du diplôme d'État de psycho-rééducateur
- décret du 3 avril 1980 relatif au statut hospitalier des psychorééducateurs

- décret du 7 février 1985 portant création du terme de psychomotricien
- décret du 6 mai 1985 relatif aux compétences du psychomotricien
- décret du 5 février 1995 relatif au statut d'auxiliaire médical
- arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien

Décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psycho-rééducateur _____

Art. 1^{er} – Il est créé un diplôme d'État de psycho-rééducateur. Ce diplôme est délivré par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale aux personnes qui, après avoir été autorisées à suivre une formation agréée, ont à l'issue de cet enseignement, subi avec succès les épreuves d'un examen.

Art. 2 – La durée de l'enseignement est de trois ans. Un arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et du ministre de l'éducation nationale fixera notamment :

- a) Les conditions d'agrément des formations ;
- b) Le programme et le déroulement des études ;
- c) Les conditions d'admission des élèves en première année de formation ;
- d) Les modalités d'un concours organisé à la fin de la première année et désignant, dans la limite du nombre de places fixé annuellement par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, les étudiants autorisés à poursuivre leur formation en vue du diplôme ;
- e) Les modalités des épreuves précédant la délivrance du diplôme d'État de psycho-rééducateur.

Art. 3 – Des arrêtés du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et du ministre de l'éducation nationale fixeront en outre :

- Les conditions dans lesquelles des praticiens exerçant certaines professions paramédicales ou à caractère social pourront être dispensés de la première année d'études et se présenter directement au concours prévu à l'article 2 (§ d) ci-dessus.
- Les conditions d'attribution, par équivalence, du diplôme d'État de psycho-rééducateur à des personnes munies d'un titre délivré à l'issue d'un enseignement organisé avant la publication du présent décret.

Art. 4 – Pour être admis en première année dans les écoles préparant au diplôme d'État de psycho-rééducateur, les candidats doivent posséder le baccalauréat de l'enseignement du second degré ou un titre admis en dispense du baccalauréat en vue de l'inscription dans les facultés et établissements de l'enseignement supérieur.

Art. 5 – Le ministre de l'éducation nationale, le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, le secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et le secrétaire d'État auprès du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le

concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 15 février 1974.

Par le Premier ministre : Pierre Messmer.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, Michel Poniatowski.

Le ministre de l'éducation nationale, Joseph Fontanet.

Décret n° 80-253 du 3 avril 1980 relatif au statut particulier de certains agents des services médicaux des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social (extrait) _____

◆ Section VII : psychorééducateurs

Article 17. — Les psychorééducateurs sont recrutés par voie de concours sur titres ouverts aux candidats âgés de quarante-cinq ans au plus au 1^{er} janvier de l'année du concours et titulaires du diplôme d'État de psychorééducateur institué par le décret n° 74-112 du 15 février 1974. L'emploi de psychorééducateur comporte onze échelons.

Décret n° 85-188 du 7 février 1985 modifiant les décrets du 15 février 1974 et du 17 août 1976 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur. _____

Le Premier Ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte parole du Gouvernement, et du ministre de l'éducation,

Vu le décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur,

Vu le décret n° 76-782 du 17 août 1976 modifiant le décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur et les arrêtés du 17 août 1976 fixant les modalités des concours d'admission en deuxième année d'études préparant à ce diplôme,

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales (commission des psychorééducateurs) en date du 14 mai 1984,

Décète :

Art. 1^{er} — À compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret, le mot « psychorééducateur » est remplacé par le mot « psychomotricien » dans tout acte administratif en comportant la mention.

Art. 2 – Le concours de fin de première année des études de psychomotricien prévu à l'article 1^{er} du décret n° 76-782 du 17 août 1976 modifiant le décret n° 74-112 du 15 février 1974 sera organisé pour la dernière fois :

- a) En vue des rentrées scolaires 1984-1985 et 1985-1986, pour l'ensemble des candidats inscrits en première année ou dispensés de première année, au titre des années scolaires 1983-1984 et 1984-1985 ;
- b) En vue de l'année scolaire 1986-1987, pour les seuls inscrits en 1985-1986 au titre du redoublement de la première année ;

Art. 3 – À compter de la rentrée scolaire 1985-1986 un concours d'entrée en première année est organisé dans les régions où existent des centres de formation de psychomotricien, par le commissaire de la République de la région, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Le nombre d'élèves à admettre est fixé annuellement par centre de formation par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur des professions paramédicales (commissions des psychomotriciens).

Art. 4 – Pour l'application des dispositions transitoires mentionnées à l'article 2 ci-dessus, le paragraphe d du deuxième alinéa de l'article 2 du décret n° 76-782 du 17 août 1976 modifiant le décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'État de psychorééducateur est complété par les dispositions suivantes :

« Le commissaire de la République de région peut, s'il y a lieu, répartir les effectifs d'étudiants ayant réussi au concours de fin de première année entre les centres de formation existant dans la région ».

Art. 5 – Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'éducation nationale, le secrétaire d'État auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, et le secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale, chargé des universités, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 7 février 1985.

Par le Premier ministre : Laurent Fabius.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, Georgina Dufoix.

Le ministre de l'éducation nationale, Jean-Pierre Chevènement.

Décret n° 88-659 du 6 mai 1988, relatif aux compétences des psychomotriciens _____

Le Premier ministre

Sur le rapport du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 372 ;

Vu le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985, portant création du diplôme d'État de psychomotricien ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1er — Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.
2. Éducation précoce et stimulation psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - retards du développement psychomoteur ;
 - troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - troubles du schéma corporel ;
 - troubles de la latéralité ;
 - troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - dysharmonies psychomotrices ;
 - troubles tonico-émotionnels ;
 - maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - débilité motrice ;
 - inhibition psychomotrice ;
 - instabilité psychomotrice ;
 - troubles de la graphomotricité à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Article 2. — Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er, les personnes titulaires du diplôme d'État de psychomotricien.

Article 3. — Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1^{er}, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances.

Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du

jury sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Article 4. — Le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi et le ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la Santé et de la Famille, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel de la République française*.

Décret n° 95-116 du 5 février 1995, relatif au statut d'auxiliaire médical

◆ Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien

Chapitre I : Profession d'ergothérapeute [...]

Chapitre II : Profession de psychomotricien

Article L. 504-9. — Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale.

Article L. 504-10. — Peuvent seuls exercer la profession de psychomotricien et porter le titre de psychomotricien, accompagné ou non d'un qualificatif :

- 1° Les titulaires du diplôme d'État français de psychomotricien ;
- 2° Les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité de psychomotricien pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date du 8 mai 1988 et qui ont satisfait, dans les trois ans suivant cette date, au contrôle des connaissances prévu par le décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice ;
- 3° Les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont obtenu une autorisation d'exercice dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Chapitre III

Dispositions communes aux deux professions.

Article L. 504-11. — L'exercice illégal de la profession d'ergothérapeute ou de la profession de psychomotricien est passible d'une amende de 40 000 F et, en cas de récidive, d'une amende de 60 000 F et d'une peine d'emprisonnement de cinq mois ou de l'une de ces deux peines seulement. L'usurpation des titres professionnels correspondants est punie des peines prévues à l'article 433-17 du Code pénal.

Article L. 504-12. — Un ergothérapeute ou un psychomotricien ne peut exercer sa profession que s'il est inscrit sur une liste dressée, pour chacune de ces professions, par le préfet du département de sa résidence professionnelle, qui enregistre son diplôme, son certificat ou son autorisation.

Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à une nouvelle inscription et à la radiation de l'ancienne.

L'inscription n'est possible que dans un seul département. Dans le cas où l'activité est exercée dans plusieurs départements, l'intéressé est inscrit sur la liste du département dans lequel est situé son lieu principal d'exercice professionnel. Cette disposition n'est pas applicable aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens militaires.

Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien _____

Le ministre de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie et le secrétaire d'État à la Santé,

Vu le décret n° 74-112 du 15 février 1974 modifié portant création du diplôme d'État de psychomotricien ;

Vu l'arrêté du 17 décembre 1975 relatif au programme des deuxième et troisième années d'enseignement préparant au diplôme d'État de psychorééducateur ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 1975 relatif aux conditions de fonctionnement et d'agrément des centres de formation au diplôme d'État de psychomotricien ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 1975 relatif aux modalités de passage de deuxième en troisième année ;

Vu l'arrêté du 16 décembre 1976 relatif aux épreuves et à la délivrance du diplôme d'État de psychorééducateur ;

Vu l'arrêté du 4 mai 1988 relatif à l'examen de passage en deuxième année d'études de psychomotricité ;

Vu l'avis de la commission des psychomotriciens du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrêtent :

◆ Titre I^{er}. De la scolarité

Article 1er. — La date de la rentrée scolaire est fixée pour chacune des trois années de formation par le directeur de l'institut de formation en psychomotricité après avis du conseil technique. Elle doit intervenir au plus tard la première semaine du mois d'octobre.

Article 2. — La présence des étudiants à l'ensemble des enseignements pratiques et des stages est obligatoire, sous réserve des dispositions de l'article 4 du présent arrêté. Les élèves doivent également suivre de façon régulière les enseignements théoriques.

Article 3. — Pour chaque année scolaire, une franchise maximale de quinze jours ouvrés peut être accordée aux étudiants par le directeur après avis du conseil technique pour raison dûment motivée. Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être justifié par un certificat médical.

Article 4. — En cas de maternité, les étudiantes sont tenues d'interrompre leur scolarité pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieure à seize semaines, soit six semaines avant l'accouchement et dix semaines après.

Article 5. — L'étudiant(e) qui, pour raison de santé, pour un départ au service national, pour maternité ou pour cas de force majeure appréciée par le directeur du centre de formation, interrompt ses études en cours d'année scolaire peut les reprendre l'année suivante ou à son retour à la vie civile. Il ou elle conserve le bénéfice des enseignements théoriques, théorico-cliniques et pratiques, ainsi que des stages antérieurement validés. Cette reprise n'est pas considérée comme un redoublement.

Article 6. — Un redoublement est autorisé à l'issue de chacune des trois années de scolarité.

Article 7. — Le directeur de chaque institut de formation adresse annuellement à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales la liste des élèves exclus du centre.

◆ Titre II. De l'enseignement

Article 8. — Les études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien comportent des enseignements théoriques, des enseignements théorico-cliniques, des enseignements pratiques organisés en modules ainsi que des stages mentionnés à l'annexe I du présent arrêté. Les enseignements et les stages sont répartis de la manière suivante :

- *Première année* : six modules théoriques : 1. Santé publique, notions élémentaires de pathologie médicale, chirurgicale et de pharmacologie clinique, notions sur la pédagogie et sur le système scolaire et éducatif français ; 2. Anatomie ; 3. Physiologie neuro-musculaire et notions de neurophysiologie ; 4. Psychologie ; 5. Psychiatrie ; 6. Psychomotricité ; un module pratique de psychomotricité, des stages d'information et d'observation.
- *Deuxième année* : cinq modules théoriques : 1. Anatomie fonctionnelle, physiologie et physiopathologie ; 2. Pédiatrie ; 3. Psychologie ; 4. Psychiatrie ; 5. Psychomotricité ; 6. Un module théorico-clinique de psychomotricité ; un module pratique de psychomotricité, des stages de psychomotricité.
- *Troisième année* : un module théorique : 1. a) Anatomie fonctionnelle ; b) Législation, éthique et déontologie, responsabilité ; c) Psychiatrie ; d) Psychologie ; e) Psychomotricité ; un module théorico-clinique de psychomotricité ; un module pratique de psychomotricité, des stages de psychomotricité.

Article 9. — Les modules théoriques, théorico-cliniques et pratiques sont évalués selon des modalités fixées à l'annexe I du présent arrêté. Les contrôles donnent lieu à une notation. Les stages font l'objet d'une validation.

Article 10. — Sous réserve des dispositions de l'article 3, les étudiants doivent obligatoirement se soumettre aux évaluations. En cas d'absence pour motif dûment justifié à un ou plusieurs des contrôles, l'étudiant doit s'y soumettre à nouveau avant le début de l'année scolaire suivante.

Article 11. — Pour être admis de première en deuxième année et de deuxième en troisième année les étudiants doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1. Avoir obtenu une moyenne générale au moins égale à 10 sur 20 à l'ensemble d'évaluations portant sur les modules théoriques et le module pratique de psychomotricité sans que la note obtenue à l'un des modules soit inférieure à 8 ;
2. Avoir validé les stages de l'année considérée.

Article 12. — À l'issue de la troisième année pour être admis à se présenter à l'examen final en vue de l'obtention du diplôme d'État, l'étudiant doit satisfaire aux conditions suivantes :

1. Avoir obtenu une note moyenne générale au moins égale à 10 sur 20 à l'ensemble des trois modules théorique, théorico-clinique et pratique sans que la note obtenue à l'un des modules soit inférieure à 8 ;
2. Avoir validé les stages.

Article 13. — Lorsque, pour une année scolaire, la moyenne générale obtenue par l'étudiant est inférieure à 10 sur 20, il bénéficie, pour chacun des modules pour lesquels il n'a pas obtenu la moyenne, d'une épreuve de rattrapage portant sur l'ensemble du programme du module.

Il peut également se présenter aux épreuves de rattrapage des modules dans lesquels il a obtenu une note moyenne égale ou supérieure à 10. Dans cette hypothèse, il conserve le bénéfice de la note précédente si la note de rattrapage lui est inférieure.

L'épreuve de rattrapage se déroule, pour les deux premières années, avant la rentrée scolaire. Elle se déroule pour la troisième année au moins six semaines avant les épreuves finales du diplôme d'État.

Article 14. — Lorsqu'un stage n'a pas été validé, l'étudiant bénéficie d'un stage de rattrapage organisé avant la fin de l'année scolaire dans des conditions définies par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil technique.

Article 15. — L'étudiant qui, à l'issue des épreuves ou des stages de rattrapage, ne satisfait pas aux conditions définies aux articles 11 ou 12 redouble l'année considérée.

Il perd le bénéfice de l'ensemble des évaluations réalisées et des stages effectués au cours de l'année.

◆ Titre III. Du diplôme d'État

Article 16. — L'examen en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien est organisé par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région où est situé l'institut de formation en psychomotricité. Deux sessions d'examen ont lieu chaque année aux dates fixées par le préfet de région. La seconde session est réservée aux candidats ayant échoué à la première session ou n'ayant pu s'y présenter pour cas de force majeure apprécié par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Article 17. — Le préfet de région nomme les membres du jury, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, après avis du médecin inspecteur régional de la santé. Le jury est présidé par le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant médecin inspecteur de santé publique. Il comprend, outre le président :

- un médecin possédant des connaissances particulières dans le domaine de la psychomotricité ;
- deux psychomotriciens.

Deux des membres du jury doivent faire partie de l'équipe enseignante.

Par ailleurs, les membres du jury ne peuvent siéger lors de la soutenance d'un mémoire dont ils ont assuré la direction.

En tant que de besoin le jury peut se constituer en groupe d'examineurs.

Article 18. — Le dossier de candidature à l'examen composé des pièces énumérées à l'annexe II du présent arrêté est transmis par le directeur de l'institut de formation, trente jours avant la date fixée pour la première session, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales du lieu d'organisation de l'examen. Celui-ci procède à l'inscription du candidat après vérification du dossier. Le mémoire est transmis dans les mêmes conditions que celles fixées pour le dossier de candidature, l'année choisie par le candidat pour sa soutenance.

Article 19. — L'examen en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien consiste :

1. En une épreuve de mise en situation professionnelle auprès d'une personne à l'exclusion des candidats de l'année en cours, dont la durée est comprise entre quarante-cinq minutes et une heure et qui est précédée d'un temps de préparation de vingt minutes. Cette épreuve est notée sur 20 points ;
2. En la présentation et la soutenance, pendant une durée maximum de quarante-cinq minutes, du mémoire mentionné aux articles 12 et 18. Cette épreuve est notée sur 20 points. Ce mémoire dont la direction est assurée dans les conditions définies à l'annexe I peut être entrepris à compter de la deuxième année de scolarité. Sa soutenance doit intervenir au plus tard dans l'année qui suit le succès à l'épreuve de mise en situation professionnelle.

Article 20. — La moyenne du contrôle continu des enseignements théoriques, théorico-cliniques et pratiques de troisième année entre dans le total des points exigés pour l'obtention du diplôme d'État.

Article 21. — Sont déclarés reçus à l'examen les candidats ayant obtenu un total de points au moins égal à 30 à l'issue des épreuves visées à l'article 19, sans note inférieure à 10 pour chacune des épreuves et après prise en compte de la note moyenne des modules de troisième année.

Article 22. — En cas d'échec à la première session de l'examen, les candidats qui ont présenté les deux épreuves peuvent se présenter à la seconde session pour subir la ou les épreuves pour laquelle ou lesquelles ils ont obtenu une note inférieure à 10 sur 20, en adressant une nouvelle demande d'inscription au directeur régional des affaires sanitaires et sociales trente jours avant la date fixée pour l'examen. En cas d'échec à cette deuxième session, ils ne peuvent plus se présenter aux épreuves du diplôme d'État.

Les candidats qui présentent la soutenance du mémoire l'année qui suit leur succès à la mise en situation professionnelle ne peuvent plus, en cas d'échec à la deuxième session, se présenter aux épreuves du diplôme d'État.

Article 23. — La liste des candidats admis à l'examen, établie par ordre alphabétique, est affichée à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Article 24. — Le diplôme d'État de psychomotricien est délivré par le préfet de région, au vu du procès-verbal de l'examen, aux candidats déclarés admis par le jury.

◆ Titre IV : Des dispenses de scolarité

Article 25. — Sont dispensées de la première année d'études en vue du diplôme d'État de psychomotricien les personnes titulaires des diplômes suivants et ayant obtenu une moyenne générale de 10 sans note inférieure à 8 à un examen écrit portant sur le contenu des modules théoriques de première année :

- validation du premier cycle des études médicales ;
- licence ou maîtrise de psychologie ;
- diplôme d'État d'ergothérapeute ;
- diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ;
- diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ;
- diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;
- diplôme d'État d'éducateur spécialisé ;
- certificat de capacité en orthophonie ;
- certificat d'aptitude à l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés ;
- licence des sciences et techniques des activités physiques et sportives ;
- brevets d'État classés dans le tableau A de l'arrêté du 4 mai 1995 fixant la liste des diplômes ouvrant droit à l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives conformément à l'article 43 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et à la promotion de ces activités ;
- diplôme de maître d'éducation physique.

Article 26. — Les candidats visés ci-dessus doivent déposer auprès des services de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales compétente, au plus tard un mois au moins avant la date de l'examen de passage, un dossier conforme à l'annexe du présent arrêté.

◆ Titre V : Dispositions transitoires

Article 27. — Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux élèves admis en première année d'études en septembre ou en octobre 1998.

Article 28. — Les dispositions des arrêtés du 17 décembre 1975 relatif au programme des deuxième et troisième années d'enseignement préparant au diplôme d'État de psychoréducateur, du 30 décembre 1975 relatif aux modalités de passage de deuxième en troisième

année et du 16 décembre 1976 relatif aux épreuves et à la délivrance du diplôme d'État de psychorééducateur restent applicables aux élèves ayant commencé leur scolarité au plus tard en 1997, jusqu'à la proclamation des résultats de la seconde session du diplôme d'État de psychomotricien organisée en 2000. Les élèves admis en formation en 1997 et non admis à passer en deuxième année sont admis à redoubler dans le cadre des dispositions de la nouvelle réglementation.

Article 29. — L'arrêté du 4 mai 1988 relatif à l'examen de passage en deuxième année d'études de psychomotricité est abrogé à compter du 1^{er} novembre 1998.

Le premier alinéa de l'article 5 de l'arrêté du 30 décembre 1975 relatif aux conditions de fonctionnement et d'agrément des centres de formation au diplôme d'État de psychomotricien est abrogé à la date de parution du présent arrêté.

Article 30. — Les arrêtés mentionnés à l'article 28 seront abrogés à compter du 31 décembre 2000.

Article 31. — Le directeur général de la santé et la directrice de l'enseignement supérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 7 avril 1998.

Le ministre de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie,

Pour le ministre et par délégation, la directrice de l'enseignement supérieur : Francine Demichel

Le secrétaire d'État à la Santé, pour le ministre et par délégation, le directeur général de la santé : Joël Ménard.

Conclusion

BALLADE au pas de course pour faire le tour d'un métier, celui de psychomotricien, dont la richesse se poursuit dans les méandres d'un parcours, mais dont le voyage est laissé au lecteur. C'est avec un plaisir, non dissimulé, que nous avons souligné l'intérêt de cet engagement professionnel de grande diversité tout en pointant ses exigences et ses contraintes. Les difficultés sont surmontables tant en institution, malgré les désagréments d'une probable solitude d'exercice, qu'en activité libérale où les conditions ressemblent à celles d'un artisan et ne retrouvent pas le confort d'une profession paramédicale inscrite dans une logique de remboursement des actes. Le plaisir et l'enrichissement sont aussi au rendez-vous de cette conception de l'homme la plus globale, tantôt unitaire, tantôt dialectique, sachant aiguillonner la complexité des situations de souffrance dans les arcanes d'une activité corporelle, tout en accordant aux mots une importance aussi grande qu'ils sont parfois peu nombreux. Si ces derniers peuvent se glorifier de métaphores comme les membres d'un groupe peuvent l'incarner dans un corps social, ils réclament également une précision qui rend incontournable la présence d'un glossaire des termes rencontrés lors de la lecture d'un bilan psychomoteur, d'un compte rendu de prise en charge ou d'un ouvrage spécialisé. La psychomotricité est en mouvement, elle avance et évolue.

Glossaire

C E GLOSSAIRE est destiné à rendre clair le vocabulaire du psychomotricien et à lui proposer des définitions simples. Le premier mot concerné est donc le jargon. Le jargon est un signe de reconnaissance entre collègues et de préservation d'un domaine identifié. Il ne doit pas faire obstacle à une compréhension optimum de ce qui est présenté. Autrement dit, des explications sont toujours dispensées comme adaptées au niveau de compréhension des personnes auxquelles elles s'adressent.

(Les mots en italique sont définis dans le glossaire.)

Accident de conversion :

faillite momentanée des moyens de défense allant de la manifestation aiguë comme une crise de nerf ou une *convulsion* à l'accident durable comme une atteinte motrice, sensitive ou sensorielle.

Acouphène :

sensation sonore sans objet.

Acte :

comportement moteur adapté à un objectif et exprimant le sujet qui l'accomplit.

Acte manqué :

action inattendue venant contrarier ce qui était prévu. Si l'acte est manqué, le discours sous jacent, lui, est réussi.

Adaptation :

processus par lequel un individu s'accorde avec le milieu où il évolue.

Adduction :

mouvement qui rapproche un membre ou un segment de membre du plan médian du corps.

Adiadococinésie :

impossibilité d'exécuter des mouvements alternatifs rapides des mains.

Adresse :

habileté.

Affect :

disposition élémentaire oscillante de l'agréable au désagréable.

Agénésie :

impuissance.

Agnosie :

trouble de la reconnaissance et de l'identification des objets.

Agraphie :

impossibilité de communiquer par écrit.

Agressivité :

réaction structurante ou déstructurante ressentie comme hostile ou dynamique, nuisible, dégradante, humiliante, contraignante ou élément de défense, attitude devant la vie, caractérisée par l'attaque ou la fuite.

Akinésie :

rareté des mouvements.

Alexie :

cécité verbale.

Alexie aphasique :

perturbation profonde de l'écriture et de la lecture.

Ambidextrie :

aptitude à utiliser les deux mains de façon équivalente.

Amnésie :

Perte totale ou partielle de la mémoire.

Amnésie antérograde :

Difficulté à former de nouveaux souvenirs.

Amnésie rétrograde :

Difficulté à retrouver des souvenirs formés avant l'amnésie.

Amyotrophie :

Fonte musculaire.

Anarthrie :

Trouble de l'articulation, perturbation de l'élaboration motrice d'un mot aboutissant à l'échec de sa réalisation sonore.

Angoisse :

Voir *crise d'angoisse*.

Annulation :

Effacement d'allure magique de ce qui est advenu.

Anomalie :

Écart, irrégularité par rapport à une norme, un modèle, une règle générale. Elle est volontiers l'indicateur d'une pathologie affectant le fonctionnement d'un système.

Anomie :

Difficulté à trouver des mots alors que leur compréhension et leur répétition sont normales.

Anopsie :

Cécité.

Anosmie :

Perte plus ou moins complète de l'odorat.

Anosognosie :

Méconnaissance de son trouble.

Aphasie :

Trouble de l'expression et de la compréhension du langage.

Aphasie de Broca :

La déficience est dans la production de la parole.

Aphasie de Wernicke :

Production de paroles dénuées de sens et compréhension pauvre.

Apprentissage :

Modification du comportement par expérience.

Apracto-gnosie somato-spatiale :

désorganisation conjointe du schéma corporel et de l'espace.

Apragmatisme :

absence d'efficacité.

Apraxie :

déficience de la capacité d'initier et/ou d'exécuter des mouvements volontaires y compris en l'absence de *paralyse* musculaire et d'*agnosie*.

Apraxie bucco-faciale :

difficulté ou impossibilité de réaliser certains gestes bucco-faciaux sur ordre, tels que siffler, souffler, gonfler les joues ou claquer la langue.

Apraxie constructive :

perturbation de la réalisation de la manipulation des éléments dans l'espace dans le but de construire ou d'assembler des formes simples ou de dessiner.

Apraxie d'habillage :

confusion devant/derrière, endroit/envers générant une grande lenteur susceptible d'être prise pour de la paresse ou de l'immaturation.

Apraxie idéatoire :

perturbation de l'élaboration d'un plan d'action et d'une organisation des étapes, particulièrement dans la succession des séquences de gestes élémentaires pour des actes complexes.

Apraxie idéomotrice :

perturbation de la réalisation d'activités gestuelles finalisées, de gestes simples sur ordre et hors contexte.

Apraxie sensorio-kinétique :

altération de la synthèse sensori-motrice avec désautomatisation du geste, mais sans troubles de la représentation de l'acte.

Articulation :

liaison entre des éléments plus ou moins prédisposés.

Asomatognosie :

disparition de la conscience de l'hémicorps gauche.

Astéréognosie :

perte de la reconnaissance tactile des objets.

Asymbolie tactile :

voir *astéréognosie*.

Ataxie :

trouble de l'équilibre statique et dynamique.

Athétose :

les mouvements sont involontaires, incessants, arythmiques, irréguliers, lents, et de petite amplitude avec une hypotonie de fond, touchant le plus souvent les extrémités (doigts et orteils), mais aussi la face et le cou.

Athymhormie :

manque d'élan, perte de vitalité.

Atonie :

perte de tonicité.

Attention :

orientation de l'activité mentale.

Babinski (signe de) :

extension du gros orteil par excitation de la plante du pied.

Ballique (syndrome) :

hémiballisme et biballisme.

Barrage :

arrêt du cours de la pensée et du débit verbal pendant quelques secondes sans gêne.

Biballisme :

projection violente et incontrôlable des membres.

Bradykinésie :

ralentissement des mouvements.

Bruxisme :

grincement des dents.

Carence :

manque.

Catalepsie :

perte momentanée de la contractilité volontaire et conservation des postures imposées.

Cataplexie :

inhibition brusque de la motilité volontaire avec chute du tonus.

Catatonie :

inertie et perte de l'initiative motrice avec indécision du geste, raideur de la posture et *maniérisme*.

Catharsis :

décharge d'affects.

Cécité verbale :

agnosie visuelle spécifique concernant la lecture.

Cénesthésie :

humeur.

Céphalique :

voir *rostral*.

Chorée :

Les mouvements sont dansants, aléatoires, irréguliers, non répétitifs sur une *hypotonie* de fond, amorphes, impossible d'inhiber, saccadés, espacés, passagers ou chroniques.

Clastomanie :

impulsions destructrices.

Clonie :

convulsion musculaire brève comme une secousse.

Condensation :

traduction abrégée.

Conduite :

comportement élaboré.

Confusion :

désorientation temporo-spatiale avec perplexité qui va de l'obnubilation à la stupeur.

Contracture :

dystonie.

Conversion :

complaisance somatique aux bénéfices primaires comme la baisse de l'anxiété et secondaires comme la mobilisation de l'entourage.

Convulsion :

contraction involontaire violente.

Coordination :

coopération harmonieuse des muscles ou des conduites en fonction d'un but.

Coordination dynamique :

conduites motrices de base :
marche, saut, course, ramper.

Corps vécu :

objet et sujet du corps, posture et situation, il est le lieu du langage et de la communication entre l'être et le monde, de la conscience du corps et de l'espace.

Crampe :

contraction involontaire douloureuse.

Crise akinétique :

inhibition brutale et brève du tonus de posture avec affaiblissement plus ou moins complet du corps.

Crise comitiale :

voir *épilepsie*.

Crise d'angoisse :

sensation de danger imminent, d'une angoisse libre et flottante, d'apparition et de fin brutales, d'une demi-heure à une heure, avec des signes psychomoteurs comme une agitation, une sidération ou un *raptus*, accompagnée de signes neuro-végétatifs.

Crise somato-motrice :

convulsion clonique plus ou moins extensive à un hémicorps.

Critère :

opérateur, étalon de valeur, discriminant, à l'origine d'une évaluation ou d'une décision.

Cyphose :

courbure de la colonne vertébrale à convexité postérieure.

Danse de Saint Guy :

voir *chorée*.

Débilité motrice :

maladresse généralisée qui ramène l'efficacité motrice d'un enfant à un niveau moteur inférieur à son âge. Ce syndrome regroupe une exagération des réflexes ostéo-tendineux, une perturbation du réflexe plantaire, des syncinésies, une maladresse des mouvements volontaires, une hypertonie musculaire diffuse et une *paratonie*.

Déjà-vécu (impression de) :

sensation illusoire, premier stade d'une dépersonnalisation avec conservation de son identité.

Demande :

elle est sociale par l'indication circonstanciée que celle-ci soit collective ou sur prescription, elle est également plus personnelle, voire familiale en cas d'empêchement de son émergence.

Dénégation :

refus d'une formulation énoncée.

Déni :

refus de la réalité.

Dépersonnalisation :

altération de gravité croissante de l'unité de la personne qui conduit à une remise en cause de la réalité de son corps, trouble de la conscience du corps qui va de l'expression de la fatigue avec baisse de l'attention à celle de la dissociation schizophrénique avec morcellement du corps.

Déplacement :

focalisation sur un contenu de substitution.

Déréalisation :

perturbation de la perception du monde environnant accompagnant la dépersonnalisation.

Désorientation :

perte de la notion d'espace et de temps.

Développement :

processus global et continu résultant de l'interaction de nombreux facteurs menant à une maturité.

Dialogue tonique :

échanges structurants de la genèse de la notion de temps chez l'enfant par l'alternance entre l'attente et la satisfaction de ses besoins auxquelles correspondent des modifications du tonus, par agitation et quiétude, le rythme faim-satiété prédominant dans les premiers moments de la relation mère-enfant.

Diplégie :

paralysie bilatérale.

Discordance psychomotrice :

voir *catatonie*.

Disqualification :

discrédit dans l'interaction.

Dissociation :

exécution séparée de mouvements distincts en vue de les coordonner en fonction d'un but.

Doute :

suspension du jugement comme moteur de la relation.

Dysarthrie :

difficulté de la parole liée à une paralysie ou un *spasme* des organes de la phonation.

Dysbasie :

difficulté de la marche.

Dyscalculie :

déficience des aptitudes à réaliser des opérations arithmétiques.

Dyscinésie :

voir *dyskinésie*.

Dysdiadococinésie :

difficulté à faire pivoter les mains autour des poignets.

Dyesthésie :

diminution ou augmentation de la sensibilité.

Dysgénésie :

développement intra-utérin imparfait conduisant à des malformations.

Dysgraphie :

désordre de la réalisation motrice.

Dyskinésie :

difficulté d'exécution des mouvements.

Dyskinésie tardive :

mouvements involontaires du visage (bouche, lèvres, langue en particulier) liés à l'usage prolongé de médicaments neuroleptiques.

Dysmorphie :

difformité.

Dysmorphophobie :

distorsion de la perception de l'image du corps caractérisée par un sentiment pathologique de disgrâce et d'infériorité plus ou moins permanent.

Dysphémie :

bégaiement.

Dyspraxie :

trouble de l'organisation des gestes volontaires. Ensemble des diverses formes d'apraxie.

Dystonie :

contraction tonique involontaire et incoercible de survenue intermittente et localisée.

Écholalie :

répétition immédiate et automatique de mots ou de phrases.

Échomimie :

imitation répétée de jeux de physionomie.

Échopraxie :

répétition de mouvements imprimés.

Ecmnésie :

hallucination de la mémoire.

Écoute :

renoncement à un échange symétrique pour mieux saisir la demande dans sa première version

Émotion :

expérience subjective, communicationnelle et neuro-végétative comme forme d'adaptation au milieu et transition entre l'automatisme et la représentation.

Empathie :

sympathie froide, mode de discernement de l'affect chez son interlocuteur et capacité à en éprouver la tonalité pour le restituer. Faire comme si l'on était l'autre sans jamais perdre de vue la condition « comme si ».

Encoprésie :

incontinence fécale.

Énurésie :

défaut de contrôle de la miction.

Épilepsie :

décharges électriques de haute fréquence par des cellules nerveuses entraînant un état de crise caractérisé par des *spasmes* et une possible perte de conscience.

Éréthisme :

état d'excitation d'un organe.

Éreutrophobie :

peur de rougir.

Érythrophobie :

voir *éreutrophobie*.

État crépusculaire :

expérience de dépersonnalisation transitoire avec conscience, mais celle-ci est en voie de dissolution entre rêve et veille, obnubilation et sentiment d'étrangeté.

État second :

altération transitoire de la conscience sans trouble de la vigilance avec un sentiment d'étrangeté.

Expérience de dépersonnalisation :

sentiment d'irréalité ineffable transitoire liée à une dissolution de la conscience peu profonde.

Fading :

barrage atténué.

Fantasma :

réalisation psychique par conscience partielle d'une scène ou d'un scénario.

Feedback :

information en retour d'un geste ou d'une action.

Fixation :

prévalence d'origine traumatique.

Fluence :

fluidité du discours.

Fonction parachute :

amortir une chute de la position assise ou debout en mettant les mains et les bras vers le sol pour amortir le choc d'une autre partie du corps.

Fonction tonique :

une fonction primitive et essentielle de la communication. Voir *dialogue tonique*.

Fusion :

contact interpersonnel préalable à une différenciation.

Genu valgum :

angle ouvert en avant lors de la flexion de la jambe sur la cuisse.

Genu varum :

arc à concavité interne lors de la flexion de la jambe sur la cuisse.

Geste :

mouvement significatif, déterminé par une intentionnalité, destiné à quelqu'un, susceptible de répondre ainsi aux deux sens du mot adresse, de coordination et de destination.

Glossolalie :

pseudo-langage.

Gnosie :

faculté de reconnaissance de la forme d'un objet par l'un de ses sens, de sa représentation et de sa signification.

Graphomotricité :

rééducation psychomotrice d'un trouble de l'écriture.

Habilité :

adresse.

Habilité :

aptitude légale.

Habitude motrice :

précoce, contrôlée, élaborée, elle ne présente pas de brusquerie et dure.

Hallucination :

représentation confondue avec une perception, perception sans objet.

Hallucination spéculaire :

voir *héautoscopie*.

Hallucinose :

trouble du *schéma corporel* non délirant comme la perception d'un membre fantôme.

Handicap :

désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité par restriction des aptitudes physiques ou mentales, limitative de l'accomplissement d'un rôle.

Héautoscopie :

hallucination de son double, sentiment éprouvé d'être un spectacle pour soi-même.

Hémiasomatognosie :

perte de la conscience d'une moitié du corps.

Hémiballisme :

mouvements involontaires, désordonnés, explosifs, de grande amplitude, intermittents, unilatéraux.

Hémi-parésie :

diminution de la force musculaire limitée à une moitié du corps.

Hémiplégie :

paralysie plus ou moins complète d'une moitié du corps.

Hypertonie :

augmentation de la résistance du muscle à son allongement, plastique, avec une roue dentée, ou spastique, élastique, avec un déficit de la force musculaire.

Hypnagogique (phase) :

état semi-onirique fugitif à l'aube de l'endormissement.

Hypoalgésie :

diminution de la sensibilité à la douleur.

Hypochondrie :

trouble de la conscience du corps qui va de la dyscénesthésie avec anxiété au délire avec négation du corps.

Hypokinésie :

ralentissement moteur.

Hypomanie :

activité exagérée.

Hypomimie :

mimique peu mobile.

Hypotonie :

diminution de la résistance du muscle à son allongement passif se traduisant par une augmentation du ballant et de l'extensibilité.

Image du corps :

représentation mentale du corps à peine consciente, élaboration secondaire d'une « mise en image » du corps en autoconstruction relationnelle permanente. Pôle essentiel de l'expérience vécue, la libido confère une structure dynamique et une signification mouvante à la base biologique d'un modèle postural du corps.

Impatience :

piétinement caractéristique lié à une marche difficile ou à un usage de médicaments neuroleptiques.

Intellectualisation :

évocation abstraite de ses émotions pour les tenir à distance.

Isolation :

séparation de la réalité de l'affect qui lui est attaché.

Itération :

répétition incessante.

Jargonophasie :

discours au sens plus ou moins déchiffrable, incohérence verbale.

Larsen (effet de) :

commentaire plus ou moins parasite de la relation.

Latéralisation :

dominance hémisphérique de la coordination motrice

Latéralité :

prédominance fonctionnelle asymétrique des conduites motrices.

Libido :

énergie du désir.

Locomotion :

auto-transport du corps.

Lordose :

courbure de la colonne vertébrale à concavité postérieure.

Maîtrise :

rationalisation d'une souffrance par une défense à laquelle on s'accroche.

Maladresse :

mauvaise exécution des moyens pour parvenir à ses fins.

Manie :

état d'excitation intellectuelle et psychomotrice.

Maniérisme :

style moteur sans naturel ou dramatisation intense avec ralentissement des gestes empruntés d'une affectation, d'une surcharge artificielle de manières.

Marche automatique :

mouvement réflexe du nouveau-né maintenu debout.

Maturation :

évolution par laquelle une fonction biologique ou psychologique atteint une maturité.

Maturation neurologique :

myélinisation à l'origine de l'augmentation de la vitesse de conduction et du développement dendritique.

Mesnie :

communauté familiale recomposée.

Mimique :

expression physionomique.

Motilité :

faculté de se mouvoir.

Motricité :

fonction de production des mouvements et du maintien de la posture.

Mouvement :

activité des systèmes pyramidal, extrapyramidal et cérébelleux permettant de prendre conscience de son corps, de l'espace et du temps par un changement de position dans l'espace en fonction du temps. Considéré sans intentionnalité, c'est la signification qui le distingue du geste.

Mussitation :

balbutiement incompréhensible.

Mutisme :

suspension de l'expression verbale.

Mutité :

incapacité de langage articulé.

Myélinisation :

Maturation neurologique à l'origine de l'augmentation de la vitesse de conduction et du développement dendritique.

Myoclonie :

voir *clonie*.

Négativisme psychomoteur :

conduite de refus, de résistance aux sollicitations.

Onychophagie :

habitude de se ronger les ongles.

Paragnosie :

fausse reconnaissance d'objet.

Parakinésie :

accès court, de fréquence variable, de mouvements parasites ou de substitution à des mouvements normaux.

Paralysie :

diminution ou abolition de la motricité.

Paramimie :

expression gestuelle ou mimique discordante d'une idée ou d'une émotion.

Paramnésie :

fausse reconnaissance et impression de déjà-vu.

Paraphasie :

trouble de l'utilisation des mots, agencement erroné des phonèmes d'un mot (p. phonémique), emploi d'un mot (p. verbale) ou d'un geste (p. gestuelle) pour un autre par impossibilité ou difficulté du choix du mot ou du geste. La réponse inappropriée est plus ou moins proche de la réponse correcte.

Paratonie :

anomalie du relâchement musculaire.

Parésie :

affaiblissement de la contractilité.

Paresthésie :

anomalie de la perception des sensations.

Passage à l'acte :

expression impulsive d'un conflit intrapsychique ou interpersonnel.

Perception :

ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens.

Perplexité :

désarroi.

Persévération :

poursuite ou reprise de geste ou de mot par inertie.

Personnalisation :

processus d'individualisation aboutissant à une maturité identitaire à partir de l'expérience du corps propre.

Phosphène :

sensation visuelle sans objet.

Policinésie :

voir *polikinésie*.

Polikinésie :

répétition involontaire d'un même geste.

Polilalie :

répétition involontaire d'un même mot ou d'une même phrase.

Posture :

base du mouvement déterminé par le degré et la distribution du *tonus* musculaire, conservation d'une position caractéristique d'une pause ou d'une immobilité.

Posture « téléma » :

un pied juste devant l'autre.

Praxie :

organisation gestuelle coordonnée en fonction d'un résultat ou d'une intention.

Prodrome :

signes avant-coureurs.

Prosopagnosie :

trouble de la reconnaissance des physionomies avec impossibilité de connaître immédiatement au vu du visage à quelle personne on a affaire.

Psittacisme :

écholalie généralisée.

Ptoxis :

chute de paupière.

Pulsion :

poussée interne qui fait tendre l'organisme dans une direction et rend compte de la relation de l'individu à son organisme.

Raptus :

impulsion violente et soudaine qui porte un individu au suicide, au meurtre, à la mutilation.

Rationalisation :

connaissance justifiée comme contrôle.

Réaction de contenance :

voir *réaction de prestance*.

Réaction de Moro :

écartement des bras d'un bébé et rejet de la tête en arrière, puis flexion des bras en *adduction* lors d'une stimulation auditive forte et soudaine.

Réaction de prestance :

inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ses éléments posturaux, gestuels ou mimiques.

Réflexe de Moro :

voir *réaction de Moro*.

Régression :

actualisation de dispositifs antérieurs, un laisser-vivre et s'exprimer comme capacité adaptative face à une atteinte de l'autonomie qui engendre un amoindrissement de la maturation affective et psychique.

Représentation :

traitement d'information passant par un symbole, une image ou un signe, pris en compte dans les activités mentales élaborées.

Résolution musculaire :

affaiblissement ou disparition de contraction.

Retard mental :

déficit léger, moyen, grave ou profond, du fonctionnement intellectuel et adaptatif d'un enfant.

Réticence :

expression d'un échec de la relation qu'elle soit conduite d'esquive, de méfiance, de pudeur, de honte, de difficulté à formuler ou de dissimulation.

Rituel :

moyen de lutte stratégique et magique conjurant une hostilité supposée et entravant les relations.

Rostral :

vers la tête, associé à la tête.

Rythme :

retour à intervalles réguliers de temps forts et de temps faibles.

Rythmie :

balancement, manifestation motrice ou psychomotrice plus ou moins régulière, assez brusque et d'amplitude variable, intéressant tantôt : la tête seule (rythmies céphaliques), la tête et les yeux (rythmies oculo-céphaliques), la tête et le tronc (rythmies céphalo-corporelles).

Schéma corporel :

référentiel postural auquel sont rapportées les perceptions, garant de l'efficacité des intentions motrices, il ne cesse d'être réactualisé, à chaque fois que l'on bouge, grâce aux afférences proprioceptives, vestibulaires et visuelles.

Schéma d'action :

voir *schème moteur*.

Schème moteur :

structure mentale active assimilant le milieu ou s'y accommodant. Ils sont sensori-moteurs, d'opérations concrètes et formelles.

Sensation :

impression sensorielle.

Sentiment d'automatisme :

altération de l'éprouvé corporel marqué par un sentiment d'étrangeté et de doute sur son identité.

Signe :

symptôme en médecine, son ou forme graphique conventionnel en linguistique.

Somatognosie :

conscience du corps.

Spasmes :

contractions musculaires brusques, mouvement stéréotypé, lent et prolongé.

Spasmophilie :

prédisposition aux crises de tétanie.

Steppage :

démarche particulière par flexion de la cuisse sur le bassin sans flexion du pied sur la jambe.

Stéréognosie :

reconnaissance au toucher sans recours à la vue de la forme et de la consistance des objets.

Stéréotypie :

rythmie motrice, itération de mêmes gestes, comportements ou paroles.

Stupeur :

suspension de l'activité motrice avec immobilité, figement et mutisme qui va de la sidération émotionnelle au ralentissement dépressif extrême.

Supination :

rotation de dedans en dehors de l'avant-bras.

Surdité verbale :

non-identification des mots phonétiquement voisins.

Sustentation (base de) :

espace limité par les deux pieds en position debout.

Symptôme :

trouble fonctionnel, *signe* d'une maladie à soigner ou manifestation d'un conflit à résoudre.

Syncinésies :

apparition, pendant la réalisation d'un geste, de mouvements parasites, involontaires, dans une autre partie du corps.

Syndrome :

association de plusieurs *signes* ou anomalies qui permettent d'identifier une pathologie.

Tensionnel (état) :

état d'hypervigilance.

Tonicité :

état de tension permanente et involontaire des tissus musculaires.

Tonus d'action :

degré de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice.

Tonus d'attitude :

tension des muscles chargée de lutter contre la pesanteur.

Tonus musculaire :

état de tension permanente, active, involontaire, variable dans son intensité, des muscles, entretenu par l'influx nerveux, qui permet la réalisation des mouvements et le contrôle des gestes.

Tonus postural :

voir *tonus d'attitude*.

Tremblement :

mouvement involontaire répétitif, oscillatoire et rythmique, grossier ou fin en fonction de l'amplitude, d'intention (activité ou effort) ou de repos en fonction de la relation avec l'activité.

Tremblement essentiel :

tremblement physiologique accentué lors de mouvements volontaires.

Trichotillomanie :

habitude de tripoter une mèche de ses cheveux ou de les arracher.

Vécu :

voir *corps vécu*.

Vécu oniroïde :

voir *état crépusculaire*.

Verbigération :

répétition anarchique de mots ou de phrases.

Vigilance :

éveil de la conscience et des facultés de réaction.

Violence :

force de l'exigence pulsionnelle dans son expression externe de désir et de destruction.

Index des noms propres

A

Alexander 14
 Angelergues 64

B

Basquin 21
 Bateson 117
 Bauraud 41
 Beavin 117
 Bender 33
 Bergé 20
 Bergès 21, 32–34, 50, 51, 59, 62, 66
 Bernard 95
 Binet 18
 Bion 103
 Birdwistell 116–118
 Blanchet 88
 Bonvalot-Soubiran 20
 Borel-Maisonny 19
 Bowlby 95
 Brazelton 95
 Brossard 117
 Brunet 80
 Bugnet 14
 Bullinger 14

C

Carric 21
 Chaban-Delmas 129
 Chailley-Bert 129
 Charcot 45
 Collin 20
 Condon 95, 118
 Corraze 33
 Cosnier 117
 Couture 40
 Cramer 95
 Cruchet 46

D

de Ajuriaguerra 18–21, 24, 31, 32, 37, 39–41, 59,
 64, 95
 Degh 20
 Dejours 71
 Desfontaine 21, 129, 130
 Diatkine 20
 Dublineau 20, 21
 Duché 21, 129
 Dupré 19, 20, 80

E

Eschapaspe 21

Espinas 21
Estienne 40

F

Fauché 21
Favez-Boutonnier 20
Feldenkreis 110
Féline 58
Ferenczi 47
Flagey 34, 35
Fortineau 79
Freud 18, 20, 25, 58, 61, 95, 147, 148

G

Gallifret-Granjon 19
Gesell 20
Gibello 21
Girard 113
Giromini 21
Goffman 117
Grof 13
Guérard 12
Guillarmé 41, 42
Guilmain 18, 20
Guitar 40

H

Hall 117–119
Hecaen 64
Heuyer 20, 129
Hockett 116

J

Jackson 117
Jacobson 20, 110
Jeammet 79
Jolivet 21, 32
Joly 21

Kenny 53
Kierkegaard 112
Klein 21, 95

K**L**

Lang 20, 79
Laplanche 95, 149
Lauras-Petit 21
Le Camus 21
Lebovici 20, 46
Lépine 58
Lézine 80

M

Mâle 20
Maslow 13
Masson 21
Mauco 20
Mazet 79
Merleau-Ponty 20
Mesmer 129
Michaux 129
Misès 20, 58, 79
Morgenstern 20
Murcia 21

N

Neyraut 148

O

Ozeretski 20

P

Pankow 111
Pavlov 58
Peeters 40
Pelletier 21

Piaget 64
 Plantade 79
 Pontalis 149

Q

Quemada 79

R

Raoult 21
 Reich 13, 20
 Robineau 21
 Rogers 13, 21
 Roustang 147

S

Sander 95
 Scheflen 117–119
 Schultz 20, 110
 Serrano 37
 Spitz 35, 95
 Stambach 19
 Steiner 20
 Stern 95
 Striglioni 41

Testart 71
 Thiffault 51
 Thomas 19
 Tissié 18

T**V**

Van Hout 40
 Van Ripper 37
 Vigarello 21
 Vittoz 14

W

Wallon 18–20, 51, 64, 94, 95
 Watzlavick 117
 Wiedman 20
 Winkin 117
 Winnicott 35, 95, 102
 Wintrebent 110

Y

Yairi 40

Z

Zazzo 19

Index des notions

A

actes professionnels 155
 action 112
 activité
 cinétique 64
 de travail 72
 tonique 94
 adaptation émotionnelle 94
 adolescence 106
 adulescence 108
 adulte 121
 amphétamines 54
 analyse contextuelle 118
 apracto-gnosie somato-spatiale 64
 apraxie
 constructive 64
 d'habillage 64
 de formulation 64
 idéatoire 64
 idéomotrice 64
 sensorio-kinétique 64
 article 52 – 12
 attachement 95, 106
 automatisme 94
 auxiliaire de la médecine 129

B

bafouillage 39

bégaiement 37
 clonique 39, 40
 compliqué 40
 passif 39
 réprimé 40
 tonique 39, 40
 bègue 38
 bilan psychomoteur 81
 bredouillement 38
 budget 142

C

cadre thérapeutique 145
 centre d'études et de recherches psychomotrices et
 psychothérapeutiques (CERPP) 21
 champ d'application 5
 changement 88, 124
 chatouilles 94
 choix du sujet de mémoire 136
 classification 32
 de Roger Misès 79
 des troubles mentaux 75
 internationale des maladies 78
 coaching 13
 code 116
 communication 117, 118
 corporelle 116, 117
 complexe d'Abraham 112
 concours d'entrée 130

consentement 70
 coordinations 93
 corps
 communicationnel 6
 en mouvement 6
 social 107
 création du diplôme d'Etat 152

D

dangereux 76
 débilite motrice 19
 demarche des quatre P 135
 denegation agie 61
 depression 61
 desordre moteur 20
 developpement personnel 13
 dialogue tonique 95, 110
 diaporama 138
 dualisme 8
 dyade mere-enfant 96
 dysfonctionnement cerebral 24
 a minima 53

E

education ecologique 17
 emotion 94
 empathie 84
 enseignement 130
 entretien 87
 de recrutement 141
 dirige 89
 non directif 89
 semi-directif 89
 equivoques 40
 espace transitionnel 102
 etat
 dehiscent 51
 tensionnel 51
 etudes 157
 de cas 135
 evaluation 71, 82, 83

F

fonction
 alpha 103
 re spiralée 113
 formation 12

G

game 102
 grille d'entretien 89
 guerir 102, 122
 guerison 123
 guerissabilite 101, 103

H

handling 95
 holding 95
 hyperactivite 49, 51
 hyperkinésie 52

I

identite 25
 image corporelle 106
 inadaptation 76
 indications therapeutiques 35
 information 70, 88, 89
 inhibition 57
 par hypercontrôle 59
 par suspension de l'initiative motrice 59
 inquietante etrangete 61
 instabilite 49
 installation en activite liberale 141
 institutionnalisation 20
 interaction mere-enfant 95
 interpretation 27, 123
 interséance 146
 investissement du corps 7

J

jeu 100, 101

K

kinème 118
 kinémorphème 118
 kinésique 116, 118

L

langage 96, 116
 du corps 27, 115
 loi céphalo-caudale 93

M

médiation 111
 mémoire de fin d'études 135
 métacommunication 117
 méthode
 de Schultz 110
 Jacobson 110
 mobilisation passive 110

N

neurologie 24
 neuropsychologie 33
 non verbal
 co-textuel 118
 contextuel 118
 numéro ADELI 151

O

observateur 85
 observation 83, 84, 133
 organisation
 spatiale 24, 93

P

passage
 à l'acte 112
 par l'acte 112

paternalisme 102
 médical 69
 phénoménologie 7
 plaquette de présentation 143
 play 102
 playing 102
 posture 94
 praxie 65
 constructive 64
 praxis 7
 prévention 124
 processus 145
 professionnel de santé 130
 projet de mémoire 137
 proxémie 119
 psychanalyse 25, 27
 psychanalyste 12
 psychiatre 11
 psychiatrie de l'enfant 19
 psychodérapeute 13
 psychodynamique du travail 73
 psychologie des fonctions 8
 psychologue 12
 psychothérapeute 12
 psychothérapie 12, 54

R

ralentissement 58
 psychomoteur 60
 rapport de l'Inserm sur les troubles des conduites
 53
 rapport de stage 134
 recherche d'emploi 140
 rédaction du CV 139
 relation 88, 117, 147
 relaxation 54, 110
 répertoire Adeli 130
 réseau de relations 141
 réseaux 143
 responsabilité thérapeutique 77
 retard psychomoteur 32

rire 94
Ritaline®54

S

schéma corporel 93
sémilogie psychomotrice 18, 36
sidération 61
signe doux 33
socialisation 101
soutenance 137
souvenirs induits 12
stagiaire 85, 133
statut 153
 d'auxiliaire médical 156
symptomatologie d'accompagnement 33, 34
synchronie interactionnelle 118
syndrome
 d'Asperger 78
 de Rett 78

T

thérapies corporelles 13
tics 45
 de la face 46
 des membres inférieurs 46

digestifs 46
du cou et des épaules 46
verbaux 46
transfert 123, 148
 primaire 26, 147
 secondaire 26, 147
transgression 112
travail 101
trouble
 de l'apprentissage 105
 de l'individuation 105
 de la mentalisation 35
 du comportement 78
 du développement 32
 du développement psychologique 78
 émotionnel 78
 instrumental 32, 79
 psychomoteur 36
turbulence 52
types de cotisation 142

V

vécu du corps 7
vieillesse 124

L'Aide-mémoire

Psychomotricité

- Les notions clés d'un champ professionnel
- Une présentation structurée et synthétique
- Index détaillé, glossaire, adresses et sites internet.

→ **Les fondements** : spécificités et ancrages de la psychomotricité.

→ **Les troubles psychomoteurs** : descriptions des principales indications de la psychomotricité.

→ **Le bilan et la prise en charge** : modalités de l'évaluation et différents types d'intervention en fonction des moments de la vie.

→ **Le métier de psychomotricien** : facteurs clés pour une insertion professionnelle réussie.

Public : psychomotriciens (en formation et professionnels) et toutes personnes concernées par une approche corporelle en santé : médecins, psychologues, paramédicaux, patients, parents...

CHRISTIAN BALLOUARD
psychomotricien, psychologue,
vice-président de la Fédération
Française des Psychologues
et de Psychologie (FFPP).