

Psychomotricité: une discipline souvent méconnue des médecins mais qui suscite leur intérêt

Séminaire au 7^e colloque de formation continue du CMPR du 1^{er} septembre 2005 à Lausanne

Dans le cadre du 7^e colloque de formation continue du CMPR, Sylvie Wampfler-Bénayoun, chargée de cours à l'Ecole Romande de Psychomotricité (ERP/HES) de Genève, a animé deux séminaires intitulés «Psychomotricité: un axe privilégié d'observation et de traitement». Ces deux séances ont permis aux nombreux praticiens participants de mieux cerner cette profession et de comprendre ce que la médecine peut attendre d'une collaboration avec cette discipline.

Im Rahmen der 7. Fortbildungstagung des KHM in Lausanne bot Silvie Wampfler-Bénayoun von der Ecole romande de psychomotricité (ERP/HES) in Genf unter dem Titel «Psychomotorik: Schnittstelle von Beobachtung und Behandlung» zwei Workshops an. An diesen beiden Veranstaltungen lernten die zahlreich teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte das Berufsfeld der Psychomotorik besser zu kennen und erhielten einen Eindruck dessen, was sich in der Medizin durch eine Zusammenarbeit mit dieser Disziplin erreichen lässt.

Alain Regamey¹, Sylvie Wampfler-Bénayoun²

Définition

La profession de psychomotricien/ne n'existe que depuis les années 1964/66. Elle a vu le jour à la suite des travaux du professeur Juan de Ajuriaguerra, neuropsychiatre renommé, qui avait repris, puis développé le concept «psychomoteur» introduit d'abord dans les travaux d'Henri Wallon. Dans cette conception de l'humain, «le psychique et le moteur ne sont pas deux catégories ou réalités étrangères, cloisonnées séparées, [...] mais bien au contraire, l'expression bipolaire d'un seul et même processus, celui de l'adaptation souple, mouvante et constructive au milieu environnant.» [1] Ainsi, l'approche psychomotrice de l'individu amène à tenir compte tout autant de ce qui est somatique (prédéterminé, organisé) que de la relation gestuelle entretenue avec l'environnement et, en fonction de celui-ci, de l'observation de tout ce qui fait le comportement spécifiquement individuel de chacun, quel que soit son âge.

Pour J. de Ajuriaguerra: «le concept de psychomotricité tente de mettre en évidence cette interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme point

d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales» [2].

Trois écoles à Zurich, Bâle et à Genève forment des psychomotricien/nes en Suisse. La profession fait partie des professions du domaine pédo-thérapeutique comme pour la profession de logopédiste. En Suisse romande, la formation est dispensée dans le cadre de la HES Santé-Social et les études durent quatre ans.

Dans certains cantons, la profession de thérapeute en psychomotricité est inscrite dans les Lois sanitaires, aux côtés des autres professionnels de la santé, comme les ergothérapeutes, logopédistes, physiothérapeutes, etc. Les psychomotriciens sont habilités à établir un bilan et analyser le comportement de la personne, à mettre en place un projet thérapeutique, à organiser et administrer des séances de thérapie. Ils n'ont en revanche pas le droit de prescrire, administrer ou de remettre des médicaments. Le cas échéant, ils se conforment aux directives et prescription du médecin traitant, dans l'exécution des traitements prescrits.

1 Pédiatre FMH, Morges

2 Psychomotricienne ASTP, Chargée de cours à l'Ecole romande de Psychomotricité, Genève

But

Fondée d'abord sur l'observation des interrelations entre le sujet et son environnement, la thérapie psychomotrice vise à adapter les comportements et à permettre à la personne prise en charge de trouver un meilleur équilibre relationnel. Elle concerne tous les âges de la vie. Les champs d'application ainsi que les modalités d'intervention peuvent être très divers: éducation psychomotrice, prévention et dépistages des troubles, rééducation ou thérapie.

D'un point de vue pratique

En ce qui concerne les écoliers, pris ici comme exemple, il est évident que chaque rentrée scolaire constitue pour l'enfant une occasion de se confronter à un nouvel environnement, avec lequel il va forcément interagir, aussi bien pour fonder ses apprentissages que sur le plan social. Des troubles psychomoteurs, et les troubles de la fonction symbolique, souvent liés, peuvent entraver son développement. Des données constitutionnelles (handicaps physiques, maladies chroniques, petite ou grande taille), le rythme de maturation propre à chacun, les facteurs environnementaux, les contacts familiaux, sociaux (scolaires, sportifs ou de loisirs) sont les éléments sur lesquels le sujet va construire son organisation psychomotrice. Certains sujets plus fragiles ou momentanément déséquilibrés vont rencontrer des difficultés. La thérapie psychomotrice peut être indiquée comme traitement en cas d'atteintes des fonctions neuromotrices, perceptives et exécutives; dans ce cas, elle a pour but de réduire les difficultés perceptivomotrice, en fonction d'un objectif d'intégration. La thérapie psychomotrice ne s'adresse pas «à la motricité en tant que telle mais à ce que la motricité représente, c'est-à-dire à la personnalité en action» [3]. L'étiologie des troubles psychomoteurs est généralement plurifactorielle:

Les troubles tonico-émotionnels précoces, la débilité motrice, les dyspraxies, les troubles de la latéralisation, les difficultés de l'écriture et les tableaux de l'instabilité psychomotrice sont présentés par Ajuriaguerra comme étant les principaux troubles psychomoteurs [4].

En pratique, toutefois, les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués pour une demande de bilan ou d'examen psychomoteur sont formulés en d'autres termes, comme: «manque de tonus ou de force», «difficultés à se situer dans l'espace et ou dans le temps», «perturbation du schéma corporel», «difficultés de communication et de contact, «retard de développement du graphisme» ou «latéralisation

mal définie»; la maladresse, les tensions ou crispations, l'agitation et le manque de concentration ou d'attention, l'inhibition, la persistance de syncinésies, etc. sont des manifestations quant à elles, souvent mentionnées par les enseignants ou par les pédiatres et neuropédiatres qui adressent les familles en consultation.

Démarche d'investigation clinique avec des enfants

Le bilan portera sur l'observation ciblée des principaux points suivants:

- activité spontanée de l'enfant et capacité de jouer;
- interactions avec les personnes en présence;
- capacité à résoudre les difficultés en fonction d'activités choisies et «standardisées» de manière à situer l'enfant sur une échelle de développement;
- confrontation aux tableaux cliniques des troubles psychomoteurs;
- entretiens avec les parents pour connaître leur perception du développement de l'enfant et leurs demandes.

Ce bilan aboutit à un rapport ou résumé de consultation et permet d'envisager le projet thérapeutique en terme d'intégrations: sensorimotrice, psychomotrice et sociale.

Le pédiatre ou le médecin de famille rencontrent souvent des enfants affectés par des maladies dont les manifestations perturbent le développement psychomoteur. Selon la définition «princeps» d'Ajuriaguerra, les troubles psychomoteurs «ne répondent pas à une lésion cérébrale en foyer, donnant les syndromes neurologiques classiques». Pourtant les troubles psychomoteurs «oscillent [...] entre le neurologique et le psychiatrique» dans la mesure où ils sont liés à un défaut de maturation. Ils correspondent «à des désordres de l'activité corporelle, qui ont une signification relationnelle». On pourrait aussi y inclure «les troubles de l'efficacité motrice (rendement moteur) et de l'organisation praxique (maîtrise des rapports spatiaux, temporels et symboliques dans l'action) ou encore des troubles cognitifs (représentation du corps, de l'espace et du temps)», comme le souligne F. Poinso (1993) [5].

L'intervention des professionnels de la psychomotricité vise donc à créer un environnement favorable pour encourager les processus de maturation; D. W. Winnicott, célèbre pédiatre et psychanalyste anglais, a, tout au long de ses écrits, longuement insisté sur l'importance de l'expérience du jeu dans le développement de l'enfant. Le jeu qui se déploie librement

est un élément organisateur de la construction de l'identité. La maturité affective est en relation étroite avec l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un; D. W. Winnicot, en étudiant la capacité de jouer et d'être seul et en «présupposant que cette attitude constitue l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif», a montré combien il est important que «le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire.» [6] «Le terrain du psychomotricien est d'abord celui d'un axe privilégié d'observation, qui fixe les données de l'organisation psychomotrice de l'individu dans des situations choisies.» [7]

L'observation de l'activité motrice spontanée de l'individu a lieu, en général, dans une grande salle de psychomotricité ou «salle de jeu» quand il s'agit d'enfants. Cet espace comprend un matériel divers constitué «d'objets polyvalents»; des ballons, des cordes, des foulards, des coffres, des matelas, [...] ou encore des peluches, de la pâte à modeler, des crayons, des objets sonores, des instruments de musique [...]. Cet environnement est à disposition pour que chacun l'utilise au gré de ses capacités à entrer en interaction. Les psychomotriciens s'engagent dans la relation en faisant plusieurs propositions ludiques; les situations choisies permettent d'effectuer des observations dans les domaines suivants:

- domaine moteur: à savoir la façon dont les enfants «maîtrisent l'immobilité du corps, leur équilibre statique et dynamique; la coordination de ces éléments au repos, dans l'initiation et la tenue du mouvement; la possibilité de leur dissociation». La motricité globale, l'équilibre postural, l'agilité motrice renseignent sur la capacité du sujet à varier son tonus et à l'ajuster aux actions ou activités demandées.
- domaine de la vision et de la préhension: habileté manuelle, motricité fine; «dans la manipulation des objets, l'imitation, le graphisme», on peut apprécier comment l'enfant appréhende le monde des objets concrets et la façon dont il peut s'y adapter ou non.
- domaine de la qualité de l'intégration sensorimotrice et psychomotrice: l'activité sensorimotrice de l'enfant renseigne sur ses possibilités d'ajustements toniques et émotionnels; on est attentifs à ses points d'appuis, à savoir s'il peut varier ses mouvements, effectuer des coopérations bimanuelles, croiser le plan médian, ... à la relation entre les différentes parties du corps (haut/bas, gauche/droite), qui indique la connaissance que le sujet a de son corps, son schéma corporel et l'image qu'il s'en fait;
- on porte aussi attention aux «variations du tonus

musculaire» qui sont «en prise directe avec l'affectivité» (pour que l'action se développe et devienne geste, elle doit être destinée à quelqu'un, s'inscrire dans une relation; les gestes doués d'intention ont un début, une durée et une fin; c'est donc dans l'interaction que se forment les projets moteurs).

- domaine de la communication verbale et non verbale: le psychomotricien sera à l'écoute de la respiration et des expressions sonores, vocales, langagières; il cherchera à décrire la façon dont l'enfant est à même de manifester ses affects; les mimiques, les sons, les vocalises et les paroles, les expressions de l'enfant renseignent sur la façon dont il utilise les différents canaux de communication, tels que les échanges de regards, l'orientation des postures; dans ses échanges avec le monde environnant et ses interactions, on se demandera s'il est capable d'attention conjointe, de partage des objets, de dialogue (tour de rôle). Ces aptitudes sont à la base de ce que l'on appelle les conduites socialisées.

L'enfant apprend à se mouvoir dans l'espace et à se repérer dans le temps, à varier ses distances interpersonnelles et à jouer avec autrui d'abord dans sa famille. Lorsqu'il va à la crèche, puis entre à l'école, il va devoir faire face à un nouvel environnement; pour être en mesure de s'adapter aux nouvelles contraintes de l'espace, du temps et à celles du groupe (ou de la classe), l'enfant doit être capable de pouvoir transformer ce qui lui est proposé. C'est-à-dire être capable de «recréer» à partir de ce qu'il connaît déjà. Ce travail est ce que l'on nomme un «travail psychique de symbolisation» pour «médiatiser» ses échanges avec le monde environnant [8]; cette médiatisation s'effectue autant sur un mode affectivo-sensori-moteur, qu'en image ou sur un mode verbal.

L'investigation psychomotrice permet de vérifier si l'enfant dispose d'un répertoire de modalités d'échanges suffisant et un traitement psychomoteur permet de remédier à cette difficulté de développement psychomoteur qui entrave l'enfant dans ses communications et ses actions sur le monde extérieur.

La thérapie

Si l'on observe que l'enfant ne peut pas jouer et créer, lorsqu'il n'est pas suffisamment repéré dans le temps et dans l'espace, que son estime de soi est faible, qu'il court le risque de ne pas pouvoir développer une autonomie, le thérapeute va lui proposer d'expérimenter de nouvelles interactions en explorant des situations partagées qui vont l'engager:

- en mouvement, corporellement et par le toucher (dialogue tonique);
- au travers des objets concrets (dans un jeu partagé et partageable);
- dans le monde sonore, rythmique, mélodique, préverbal;
- dans une relation verbale.

Lorsque l'enfant est en difficulté sur le plan de sa motricité, il est toujours plus dépendant de son entourage. L'enfant et ses parents peuvent prendre des habitudes interactionnelles qui contribuent à «fixer» les conduites. C'est donc avec son entourage que le psychomotricien va travailler à améliorer sa relation au monde environnant. Les parents seront donc régulièrement invités à venir «jouer» avec l'enfant et le thérapeute, pour initier de nouvelles possibilités d'échanges avec leur enfant.

Quelles que soient l'intensité des troubles, la présence ou non d'une déficience ou la nature du handicap, une proposition de traitement ne peut être envisagée que si le psychomotricien a suffisamment pu faire connaissance avec l'enfant et sa famille lors des entretiens et des rencontres de bilan. Les informations réunies doivent permettre de faire la distinction entre un retard de développement psychomoteur lié à une atteinte des structures (lésions) ou lié plutôt à un trouble des fonctions. Lorsqu'il s'agit d'une difficulté de fonctionnement, on parlera alors de troubles psychomoteurs associés aux troubles de la communication ou autres «troubles envahissant du développement».

Les apprentissages scolaires doivent pouvoir reposer sur des fondations stables; les enseignantes observent aujourd'hui de plus en plus que certains enfants n'ont pas les prérequis nécessaires pour effectuer certaines tâches avec plaisir et pour les réussir; ce sont les mêmes enfants souvent qui ne savent pas comment jouer, seul et avec autrui en groupe. Le développement de l'intelligence est perturbé quand les bases indispensables à la construction de l'identité sont trop fragiles. Même chez des enfants possédant un bon niveau de développement du langage, des troubles de la fonction symbolique (distinction entre jeu et réalité) peuvent se manifester.

C'est à l'issue de trois ou quatre rendez-vous que les psychomotricien/nes pourront donner aux parents un retour des observations et discuter avec eux du dispositif le plus favorable au développement psychomoteur de l'enfant. Il est souvent opportun que le thérapeute prenne contact avec les enseignants, le pédiatre, ou tous professionnels engagés par ailleurs avec la famille dans une relation d'aide ou de soin, pour recueillir des données d'observations et des informations sur la santé et le comportement de l'en-

fant dans d'autres contextes. Parfois, l'observation devra s'étendre en classe ou à la crèche et les informations partagées avec d'autres professionnels qui interagissent avec l'enfant. Le développement psychomoteur n'intéresse pas uniquement les professionnels de la psychomotricité.

Quand la possibilité lui est donnée de travailler avec la famille, le psychomotricien expliquera aux parents que les aspects moteurs, sensoriels, langagiers et affectifs ne sont chacun qu'un aspect du développement psychomoteur; les informations viseront à les accompagner dans le rôle majeur qui est le leur de soutenir le développement psychomoteur de leur enfant. Ainsi, ils comprendront mieux que le dispositif thérapeutique mis en place doit associer aux séances des entretiens familiaux et parfois des séances de thérapie mère-enfant ou père-enfant, voire parents-enfants. Dans certains cas on variera aussi la fréquence des séances et l'on pourra alterner les thérapies individuelles ou de groupe.

Les difficultés ou retards de développement psychomoteur compromettent souvent l'intégration des enfants sur le plan scolaire et social. «Le terme de développement désigne l'ensemble des phénomènes maturatifs des fonctions cérébrales [...] fonction motrice, cognitive, langagière, intégration sensorielles, structuration psychique [...] la maturation cérébrale sous-jacente au développement n'est pas un phénomène linéaire: elle est sous la dépendance du patrimoine génétique, de la vie psychique, de l'environnement socioculturel. Le flux maturatif peut être donc plus ou moins rapide selon les individus, mais avec des étapes incontournables.» [9] La thérapie psychomotrice vise à soutenir le développement des enfants et de leur famille, afin qu'ils se débrouillent mieux ensemble; comme dans d'autres domaines, les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention sera plus précoce!

Références

- 1 Encyclopaedia Universalis France S.A. 2001, Psychomotricité.
- 2 Brochure «La psychomotricité, pratiques professionnelles en Suisse»; (astp).
- 3 J. de Ajuriaguerra, conférence du 15 mai 1968 à Genève.
- 4 de Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. VIII «L'organisation psychomotrice et ses troubles». Paris: Masson; 1974.
- 5 Poinso F. cité par Richard J, Rubio L. in: La thérapie psychomotrice, coll. Médecine et psychothérapie, Paris: Ed. Masson; 1994.
- 6 Winnicott DW. Jeu et réalité, l'espace potentiel, Paris: Ed. Gallimard, nrf; 1971.
- 7 Richard J. La thérapie psychomotrice. Coll. Médecine et psychothérapie. Paris: Ed. Masson; 1994.
- 8 Tisseron S. Y a-t-il un pilote dans l'image. Ed. Aubier; 1998.
- 9 Amiel-Tison C, Gosselin J. Démarche clinique en neurologie du développement. Paris: Ed. Masson; 2004.

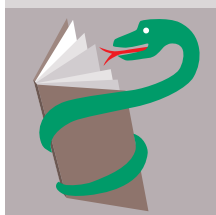
Références supplémentaires

- Berger M. L'enfant instable, approche clinique et thérapeutique. Paris: Ed. Dunod; 1999.
- Berger M. Le travail thérapeutique avec la famille». Paris: Ed. Dunod; 1995.
- Berger M. Les troubles du développement cognitif, approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Ed. Dunod; 1996.
- Bullinger A. Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche», coll. La vie de l'enfant, Ed. érès; 2004.
- Haenggeli CA. Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs». Ed. Georg; 2002.
- Wampfler-Bénayoun S. La consultation psychomotrice, l'occasion d'un changement d'images? Journal astp «Le corps écrit», n° 4; 1994.
- Wampfler-Bénayoun S. La peur; l'inhibition psychomotrice, actes des journées de la Société internationale de thérapie psychomotrice, «corps et émotions». Genève; 1998.
- Wampfler-Bénayoun S. De bouche à oreilles: la demande téléphonique. Actes des XXXI journées annuelles de thérapie psychomotrice. Première Rencontre. Quels enjeux...Annecy; 2002. Syndicat national d'Union des Psychomotriciens (SNUP).

Quelques liens utiles

- www.therapie-psychomotrice.ch – La thérapie psychomotrice.
- www.astp.ch – L'association suisse des thérapeutes de la psychomotricité.
- www.blindlife.ch – Professions spécialisées dans le handicap en Suisse.
- www.cdip.ch – Enseignement spécialisé, logopédie et psychomotricité, formation dans le cadre des hautes écoles.
- www.psy-desir.com – Psychomotricité: les concepts fondamentaux.
- www.chups.jussieu.fr/programmes/psychomot/psycho2002/psychode/psychomotdedoc1.htm – Institut de Formation en Psychomotricité, Université Paris VI, UFR Pitié-Salpêtrière.
- www.freud-lacan.com – Berges, J. motricité et psychomotricité; l'enfant hyperkinétique.

Dr Alain Régamey
Pédiatre FMH
Cabinet de Pédiatrie de la Gottaz
Vergers de la Gottaz
1110 Morges
alain.regamey@bluewin.ch

**DIFFERENT CONTEXT**

«... For many years general practice was considered entirely derivative. It was assumed that the methods learned in one context – the teaching hospital – could be applied unmodified in the very different context of general practice ...»

Aus dem Vorwort von Ian R. McWhinney zum «Oxford Textbook of Primary Medical Care» (Oxford University Press, 2003, ISBN: 0192632191)

FM