



HAL
open science

L'agitation motrice, du normal au pathologique : quels liens peut-on faire entre une perturbation des interactions précoces et l'agitation motrice ?

Elsa Couturier

► To cite this version:

Elsa Couturier. L'agitation motrice, du normal au pathologique : quels liens peut-on faire entre une perturbation des interactions précoces et l'agitation motrice ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017892

HAL Id: dumas-01017892

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017892>

Submitted on 3 Oct 2014

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

L'agitation motrice, du normal au pathologique.

**Quels liens peut-on faire entre une perturbation des interactions
précoces et l'agitation motrice ?**

COUTURIER Elsa

Née le 10 janvier 1990 à Belfort (90)

Juin 2014

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes et qui ont participé à ma formation.

Corinne, ma maître de stage de deuxième année, qui a su partager sa pratique et est restée présente tout au long de ma troisième année en m'apportant de précieux conseils.

Stéphane et Jean-Daniel, mes maîtres de stages de troisième année, qui m'ont accompagnée et m'ont permis d'enrichir ma réflexion.

Jean-Daniel, mon directeur de mémoire, qui m'a guidée et conseillée tout en restant disponible à tout moment de l'année.

Les équipes qui m'ont accueillie sur mes différents lieux de stage et ont ainsi contribué à ma formation.

Toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes trois années d'étude.

Ma famille de m'avoir soutenue et encouragée.

Emin de m'avoir supportée...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
I. Le développement de la motricité.....	7
A. La motricité chez le nourrisson	7
B. Le développement de la motricité volontaire.....	10
II. Les interactions précoces.....	16
A. Définitions.....	17
B. Niveaux d'interactions précoces	18
C. Interprétation et ajustement aux signaux de l'enfant.....	19
D. La relation père-enfant	26
E. Attachement	29
F. Les compétences précoces	31
III. Liens entre une perturbation des interactions précoces et une agitation motrice dite pathologique.....	34
A. Perturbation des relations précoces	34
B. Importance de l'environnement dans le développement moteur de l'enfant	35
C. La contenance.....	37
D. La grande bifurcation selon Pierre Delion	45
E. La castration anale de F.Dolto.....	48
F. Agitation « pathologique ».....	49
IV. La pratique psychomotrice	53
A. Définition de la psychomotricité	53
B. Le cadre.....	55
C. Spécificité de la prise en soin psychomotrice avec des enfants instables	66
V. Clinique.....	70
A. Présentation clinique de Kevin.....	70
B. Présentation clinique de Mathieu	81
CONCLUSION.....	88

INTRODUCTION

Durant ma troisième année de formation au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité, j'ai effectué deux stages à l'année, l'un dans un Centre de Santé Mentale Infantile (CSMI) et l'autre dans un Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD).

Ce choix s'est fait dans le prolongement de mon stage de deuxième année effectué dans un SESSAD pour Déficience Intellectuelle Moyenne. Au cours de celui-ci, plusieurs questions me sont venues et particulièrement celle du rôle de l'environnement dans le développement psychomoteur de l'enfant. Pour ma dernière année de préparation au diplôme d'état de psychomotricien, j'ai donc décidé de réaliser mon stage auprès d'enfants et plus particulièrement d'enfants souffrant de troubles du comportement.

Au fur et à mesure des prises en soin, je m'aperçois que la plupart des enfants sont adressés dans ces services pour un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Je m'intéresse alors à ce trouble et à ces enfants que l'on décrit comme agités, instables, hyperactifs, hyperkinétiques...

Selon l'obédience théorique que l'on adopte, nous pouvons parler de TDA/H (dénomination retrouvée dans le DSM-IV), d'instabilité psychomotrice (trouble faisant partie du décret de compétence du psychomotricien), d'hyperkinésie (dénomination retrouvée dans la Classification Internationale des Maladies, CIM-10) ou encore d'hyperactivité. Le trouble sera alors considéré en tant que symptôme ou en tant que syndrome. Il est au cœur d'un débat et d'une polémique depuis près d'un siècle dans lesquels j'ai choisi de ne pas rentrer dans le cadre de ce mémoire. En effet, toute ma réflexion a pour point de départ l'agitation motrice observée dans ce trouble.

Parler d'une pathologie du mouvement, c'est déjà s'interroger sur le lien psyché-soma. C'est également, en prenant en compte la dimension ontogénétique, se poser la question de l'influence des interactions entre l'enfant et ses parents. Qu'est-ce qui fait qu'un individu qui possède tout son équipement neuro-moteur, qui a une intégrité organique, ne puisse pas fonctionner correctement ? Quel est l'impact de la problématique parentale sur l'organisation du psychisme de l'enfant ? Quels sont les effets des échanges mère-enfant via le corps ?

L'agitation motrice semble se situer au croisement de trois grandes notions : motricité, développement et relation. Son étude apparaît donc comme un moyen de penser le corps chez l'enfant en développement.

Nous pouvons alors penser qu'elle recouvre un comportement concernant ce qui n'a pas pu se structurer psychiquement chez un sujet lors d'échanges avec l'environnement à une période préverbale.

Plusieurs questions me viennent concernant cette agitation: que signifie-t-elle ? Quels rôles peut-elle avoir ? Que veut nous dire l'enfant à travers son agitation ?

Ainsi, la problématique centrale de ce mémoire sera : quels liens peut-on faire entre l'agitation motrice et une perturbation des interactions précoces ?

Pour commencer, quelles représentations avons-nous de l'agitation motrice ? Comment la définir ? Quand estime-t-on que celle-ci est normale ou pathologique ?

En interrogeant des personnes de mon entourage, qui ne font pas du tout partie du domaine médical ou paramédical, une définition de l'agitation revient souvent : état d'une personne qui bouge beaucoup, fait de grands gestes saccadés, est énervée ; l'agitation est également décrite comme spontanée et comme un phénomène de mouvements non coordonnés.

Selon le dictionnaire Robert, l'agitation est l'état d'une personne qui, en proie à des émotions et à des impulsions, ne peut rester immobile, calme ou en repos.

Dans l'ouvrage de Jacques CORRAZE et Jean-Michel ALBARET, L'enfant agité et distrait, un enfant agité est décrit comme « un enfant en mouvement quasi permanent, un enfant dont la motricité est rarement en repos. Toute une série d'activités se succèdent à un rythme rapide et il touche les objets, les manipule, les porte à sa bouche. Il s'agit d'un niveau d'activité élevé et qui n'est adapté ni aux exigences du milieu ni à celles de la réussite, elle est stérile, inefficace.¹ » Cette agitation s'inscrit dans la durée, elle n'est pas due à un événement récent, et retentit sur la vie de l'enfant, dans sa famille comme à l'école.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, je définirai l'agitation motrice comme étant une activité motrice accrue, augmentée et sans finalité.

Dans un premier temps, nous allons parler du développement normal de la motricité, puis nous parlerons des interactions précoces pour finir par essayer de faire le lien entre une perturbation des interactions précoces et une agitation qualifiée de pathologique. Enfin, une partie sera consacrée à la clinique avec deux présentations d'enfants.

¹ Corraze et Albaret, L'enfant agité et distrait, page 17

I. Le développement de la motricité

A. La motricité chez le nourrisson

1. Réflexes archaïques

À sa naissance, le nouveau-né a tout d'abord des mouvements très immatures, souvent saccadés et limités dans leur amplitude. Une grande partie de sa motricité est alors régie par ce que l'on appelle les réflexes archaïques ou primaires.

Dans son livre Le développement du jeune enfant : motricité, perception, cognition, Jacques VAUCLAIR définit les réflexes comme des mouvements involontaires, automatiques et rapides en réponse à des stimulations sensorielles spécifiques. Ces réponses musculaires ne font donc pas appel à la volonté consciente.

Ces réflexes sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous-cortical. Leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie. Elle indique l'absence de dépression du système nerveux central et un tronc cérébral intact mais ne rassure pas sur l'intégrité du cerveau supérieur. En fait, ce n'est que vers l'âge de 3 ou 4 mois que ces réflexes se transforment progressivement en mouvements volontaires.

Les réflexes primaires sont essentiellement contrôlés par le tronc cérébral puisqu'à la naissance, la maturation du système nerveux central demeure inachevée et la myélinisation présente se fait initialement dans les voies sous-corticales. Ultérieurement, cette myélinisation atteindra les voies cortico-spinales qui assureront l'intégration progressive des réflexes primaires et le contrôle volontaire des mouvements, généralement entre les troisième et sixième premiers mois de vie.

Cette motricité réflexe primaire est donc essentielle chez le nouveau-né. Ainsi, l'agitation motrice que nous pouvons percevoir dans les premiers mois de vie du nourrisson est normale.

Nous pouvons alors nous demander quelle est la fonction de ces réflexes ? Favorisent-ils, aident-ils aux futurs mouvements volontaires, ou, au contraire, les interfèrent-ils ?

La plupart des réflexes archaïques sont présents dès la naissance et d'autres apparaissent dans les premières semaines de vie du nourrisson. Leur disparition survient à un âge variable et leur persistance n'a de signification qu'à partir de 5 à 6 mois.

Les plus souvent recherchés sont ceux de succion-déglutition, de marche automatique, d'agrippement ainsi que le réflexe de Moro.

Certains ont une valeur fonctionnelle essentielle tels que les réflexes de succion et de déglutition. Au vue de leur utilité, ils ne sont pas amenés à disparaître et sont en fait définitifs. D'autres sont amenés à disparaître ou à s'intégrer ensuite dans des mouvements plus complexes. Ainsi, certains réflexes sont la base des activités motrices ultérieures que le nourrisson doit donc intégrer. Nous pouvons donc dire qu'ils peuvent avoir un rôle facilitateur pour le développement moteur futur. À l'inverse, d'autres doivent disparaître afin de laisser place à un mouvement volontaire. Par exemple, le réflexe de Babinski (réflexe cutané plantaire) doit disparaître pour que l'enfant puisse se tenir debout et marcher. Nous pouvons donc penser que la persistance, anormale, de certains réflexes peut donc interférer dans le développement de la motricité volontaire.

2. Motricité spontanée

Jusqu'à deux mois, la motricité du nouveau-né est de type sous-cortical. Elle peut être définie comme incontrôlable, non volontaire, avec des mouvements sans finalité instrumentale ni signification apparente. Ces mouvements sont généraux et spontanés, c'est à dire hors de toute stimulation extérieure. À cette période, le bébé bouge donc pour le plaisir de bouger et sa motricité n'a pas de but, elle n'est pas orientée vers un objet extérieur.

Pour étudier ces mouvements spontanés, nous devons tenir compte des états de vigilance. Ceux-ci ont notamment été décrits par PRECHTL qui a défini cinq stades.

Le premier stade est un stade de sommeil calme où il y a une absence générale de mouvements qui peut être entrecoupée par des épisodes brefs et brusques d'extension des membres. Au niveau du visage, on peut observer des mouvements de succion. La respiration et le rythme cardiaque sont parfaitement réguliers ; les muscles sont relâchés. Le sommeil est très stable et sa durée est d'environ vingt minutes.

Dans le deuxième stade, le sommeil est agité. Ce stade est particulièrement présent en période néonatale et apparaît à cet âge dès l'endormissement. Ce sont des mouvements fins des extrémités, plus amples des bras et des jambes. Au niveau du visage, les mimiques sont nombreuses et variées. Des mouvements des globes oculaires sont détectables sous les paupières. La respiration est irrégulière ou périodique ; le rythme cardiaque est variable. En dehors des périodes d'agitation, le tonus musculaire est très bas, les membres se déplient.

Le troisième stade est un stade de veille calme. Les yeux sont grands ouverts, l'activité motrice est faible. La respiration est régulière. Le bébé est attentif aux bruits, aux mouvements autour de lui et cherche l'interaction. S'il est doucement invité à la communication, il peut avoir un vrai sourire-réponse et peut imiter une mimique. Dans les premiers jours de vie, cet éveil calme est limité à quelques minutes, pas plus de deux à trois fois par jour. Au fil du temps, ces périodes d'éveil calme se prolongent.

Le quatrième stade est caractérisé par une veille active. Les yeux sont ouverts, les mouvements sont nets et vigoureux. Le rythme cardiaque est rapide et la respiration est irrégulière.

Enfin, le stade ou état cinq est caractérisé par les pleurs. Ceux-ci sont vigoureux, difficiles à calmer et s'accompagnent d'une agitation intense.

Chacun de ces états se caractérise par des états toniques et une sensibilité différente aux signaux extérieurs à l'organisme.

L'évaluation de ces mouvements généraux est qualitative. Nous observerons en effet leur fluidité, leur variabilité et leur complexité. Ceci constitue un indicateur très sensible du fonctionnement cérébral. En effet, les anomalies vont s'exprimer par une perte de la fluidité, de la variabilité et de la complexité.

Comment, à partir de cette motricité réflexe et spontanée le nourrisson va-t-il pouvoir acquérir une motricité volontaire et dirigée ?

B. Le développement de la motricité volontaire

Grâce à la maturation du système nerveux central et notamment à la myélinisation des fibres nerveuses, le bébé va progressivement pouvoir passer d'un fonctionnement neurologique automatique et réflexe à un fonctionnement volontaire, investi et de plus en plus approprié et organisé.

La myélinisation correspond à la formation d'une gaine de myéline autour des fibres nerveuses pendant le développement du système nerveux. Cette myélinisation des axones est un phénomène destiné à accélérer la vitesse de conduction. Elle survient vers le 4^{ème} mois de la vie fœtale et se termine vers 2 ans. Il y a alors une relation entre l'évolution des aires corticales et celle des fonctions motrices. Le contrôle des actions motrices évolue grâce, en partie, aux transformations qui se produisent dans les centres et les voies de contrôle.

Avec la maturation, les mouvements du nourrisson seront de plus en plus réguliers et de plus en plus amples. Grâce à la myélinisation, il va y avoir une évolution générale du contrôle moteur selon des directions céphalo-caudale et proximo-distale.

En effet, le développement de la motricité volontaire répond à deux lois : la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale.

La loi céphalo-caudale signifie que la maturation est opérée de façon descendante sur le corps, de la tête vers le bas du corps. C'est pourquoi, dans son développement, le bébé va tout d'abord pouvoir tenir sa tête, puis acquérir la station assise et enfin se tenir debout.

La loi proximo-distale signifie que la motricité contrôlée se réalise du tronc vers les extrémités. Ainsi, le contrôle de l'articulation des épaules est fonctionnel avant celui du coude et avant celui du poignet par exemple.

Ainsi, la combinaison de ces deux lois amène progressivement à une motricité dirigée, contrôlée et volontaire.

De plus, grâce à la maturation, le nourrisson pourra passer d'une hypertonie des membres et d'une hypotonie du tronc à une hypotonie physiologique des membres et une hypertonie physiologique du tronc. Le tonus de flexion des membres va diminuer en commençant par les membres supérieurs, puis en atteignant les membres inférieurs pour aboutir à l'hypotonie physiologique dite de 6 mois.

Ici, je développerai trois grandes catégories d'habiletés motrices : tout d'abord les habiletés posturales, puis les habiletés de préhension, de manipulation, pour finir avec les habiletés locomotrices.

1. Le contrôle postural

Le contrôle postural est primordial dans l'acquisition de la motricité du nourrisson car il fournit la base pour les mouvements du corps. Son développement est marqué par trois grandes étapes : le maintien de la tête, vers 3 mois, l'acquisition de la station assise, vers 6 mois, et celle de la station debout, vers 9 mois.

Le développement postural s'appuie donc sur un état tonique qui fluctue et qui répond à la loi céphalo-caudale.

2. Le développement de la préhension

Nous pouvons dans un premier temps étudier le développement des modes de préhension. Dans celui-ci, trois niveaux d'habileté se succèdent. Le premier niveau est une approche par balayage ; il met en jeu principalement l'épaule, le coude étant semi-fléchi et la main fixe. Ensuite, vers 6 – 7 mois, cette approche est remplacée par l'approche parabolique qui consiste en une extension puis une flexion du coude. Enfin, vers 8 mois, apparaît l'approche directe qui est réalisée par une avancée de l'épaule, un allongement du bras et l'arrivée de la main sur l'objet.

Ensuite, nous pouvons étudier le développement de la saisie de l'objet qui constitue une seconde étape du geste de préhension. Cette étape se décompose en trois phases appelées cubito-palmaire, digito-palmaire et radio-digitale. En effet, on retrouve ici la loi proximo-distale : la saisie des petits objets est réalisée tout d'abord près du poignet, puis elle se déplace vers des points situés de plus en plus près des extrémités des doigts pour terminer son développement entre le pouce et l'index.

Enfin, le développement de la coordination entre la préhension et la vision est également très important. En effet, la coordination de l'œil avec les mouvements du bras, de la main et des doigts est nécessaire dans le développement de la préhension.

3. Le développement de la locomotion

La locomotion va se développer en relation avec la maîtrise posturale. Trois étapes principales se succèdent : la reptation, la propulsion quadrupède et la marche bipède. Ainsi, le premier moyen de locomotion du nourrisson est la reptation qu'il va acquérir vers l'âge de 6 mois. Celle-ci se réalise en position couchée sur le ventre, le nourrisson va s'appuyer sur ses membres supérieurs et ceci sans soulever son corps ni s'aider de ses membres inférieurs. Ensuite, vers 8 mois, va apparaître la propulsion quadrupède qui consiste en une alternance des mouvements des quatre membres avec l'abdomen soulevé ; cependant, tous ne passent pas forcément par cette étape. Enfin, l'enfant va acquérir la marche bipède vers 12 mois.

4. Les patterns d'ajustement

Une fois que l'enfant aura en sa possession ces différentes habiletés motrices, comment va-t-il pouvoir s'en servir ? Que va-t-il mettre en œuvre ?

HADDERS-ALGRA a mis en évidence deux phases dans le développement des patterns d'ajustement : une phase de variabilité primaire et une phase de variabilité secondaire.

Dans la première, le nourrisson commence par tester, mettre à l'épreuve toutes les stratégies motrices, sans finalité instrumentale. À partir de 3 mois, il va commencer à sélectionner le pattern optimal des ajustements posturaux, sans adaptation à la situation rencontrée. Ainsi, au cours du premier semestre, l'enfant montre un répertoire inépuisable de mouvements ; il procède par essais-erreurs.

Puis, vers 9 – 10 mois, il utilise les informations sensorielles pour affiner la réponse motrice la plus adaptée aux contraintes de la tâche ou de l'environnement ; c'est la phase de variabilité secondaire. Au cours de celle-ci, les patterns d'ajustement posturaux seront adaptés aux différentes situations en fonction des entrées sensorielles et des contraintes. Ceci est la base d'une motricité flexible et adaptée.

5. L'axe corporel

Nous pouvons mettre en parallèle ces différentes étapes du développement moteur et la construction de l'axe corporel. Je m'appuierai notamment sur A.BULLINGER pour parler de cette notion. La construction de l'axe corporel débute au cours du premier trimestre et permet notamment la coordination et l'unification des espaces droit et gauche ; ceci est permis en partie par le contrôle de la tête et la mobilité de celle-ci sur les épaules. La réunion de ces espaces va se faire dans un premier temps par le relais oral qui n'est plus seulement le lieu de l'alimentation mais le lieu primordial de la préhension.

La transition par la bouche des objets pris dans la main droite pour aller vers la main gauche par exemple est un puissant organisateur de la vision de deux hémicorps réunis. Le deuxième trimestre est une période capitale pour l'intégration du bassin qui est une étape majeure pour la construction de l'axe corporel ; ceci est permis en partie par l'acquisition de la station assise. Enfin, le troisième trimestre, qui correspond à la conquête de la verticalité et de la stabilité, est le moment où s'achève le contrôle de l'axe corporel. Le bébé va pouvoir faire le lien entre le haut et le bas de son corps grâce à la conjugaison des bras préhenseurs et des jambes porteuses. L'axe corporel va ainsi constituer un point d'appui représentatif.

Nous pouvons également faire un lien avec le développement social et la découverte de l'environnement. En effet, au fur et à mesure de ses acquisitions motrices, le bébé va investir son propre corps et l'ensemble de ses potentialités pour ensuite explorer et investir le monde. Par exemple, lorsqu'il commencera à ramper, il va pouvoir se déplacer vers un objet ou une personne qui l'attire. Ensuite, la station assise va permettre la libération des mains comme point d'appui et le bébé pourra alors davantage explorer le monde qui l'entoure. Enfin, l'acquisition de la station debout et de la marche vont permettre à l'enfant d'avoir une meilleure vision de son environnement qu'il pourra alors davantage découvrir. Il va également pouvoir se diriger vers son entourage avec lequel il veut entrer en relation ou, au contraire, s'en éloigner. L'acquisition de la marche est donc aussi une marche vers l'autonomie.

Pour J.DE AJURIAGUERRA, « le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique, mais l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence et prise de contact, domination et destruction. L'action ne se présente pas comme l'activité d'un esprit désincarné... »²

² Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, page 18.

Ainsi, bien que la maturation anatomique soit la condition nécessaire au développement, elle n'est pas suffisante pour expliquer le comportement moteur et son évolution au cours de la croissance du bébé puis de l'enfant. Si les structures anatomiques dépendent en grande partie de l'équipement inné, les conduites dépendent étroitement de l'environnement dans lequel évolue le bébé. Outre la maturation du système nerveux, l'enfant a également besoin d'appui sur son entourage proche afin d'avoir un développement moteur harmonieux. Nous allons donc voir, dans un second temps, ce que sont les interactions précoces et à quel niveau elles peuvent agir dans ce développement moteur.

II. Les interactions précoces

Pendant longtemps, le bébé a souvent été considéré comme un être passif, subissant les influences de son environnement et, en premier lieu, de sa mère. En effet, dans les premières conceptions de la relation parent-enfant, c'était l'environnement du bébé qui allait le façonner et déterminer la direction de son développement.

Bien que l'enfant soit dans un premier temps dépendant de son environnement affectif, relationnel, pouvons-nous le considérer comme un réceptacle passif que l'éducation pourrait totalement modeler ?

Nous allons tout d'abord essayer de définir ce que sont les interactions précoces, puis de voir quel est le rôle respectif de l'enfant et de son entourage à l'intérieur de celles-ci.

A. Définitions

Dans le dictionnaire Larousse, le mot interaction est défini comme la réaction réciproque de deux phénomènes et l'application de cette notion est d'abord envisagée à propos de l'étude des problèmes aérodynamiques. Dans ce dictionnaire, toutefois, l'extension philosophique de ce terme est également étudiée : il est associé à la notion d'action réciproque et d'interdépendance.

L'être vivant se développe donc dans un milieu qui agit sur lui, mais qui peut en retour être modifié par lui.

À travers cette définition, nous pouvons d'ores et déjà constater qu'en utilisant le terme « interaction » pour désigner la relation mère-enfant, nous attribuons une importance au comportement de ce dernier : il n'est donc pas considéré comme passif.

Le terme d'interactions sous-tend en effet l'idée de processus bidirectionnel. Le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de son entourage mais est à l'origine de modifications considérables de celui-ci ; l'environnement et le nourrisson s'influencent donc l'un l'autre. L'interaction s'envisage dans un continuum d'échanges où chacun agit et réagit ; c'est la réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans un même système.

Ainsi, bien que le bébé et l'enfant soient des sujets en devenir, ils prennent une part active à leur propre développement.

Ici, je définirai donc les interactions précoces comme les échanges réciproques qui se produisent entre le bébé et son entourage, en particulier sa mère, et ceci dans les premiers mois de sa vie.

B. Niveaux d'interactions précoces

Après avoir défini ce qu'étaient les interactions précoces, nous pouvons nous demander à quels niveaux elles interviennent. Quelles sont-elles ?

Ici, je m'appuierai sur B.CRAMER pour décrire les différents niveaux d'interactions possibles. Selon lui, il y a trois niveaux d'interactions :

- **Comportementales** ou **réelles** : échanges directement observables entre la mère et son bébé. Ces interactions se situent dans différents registres, dont trois principaux : corporels, visuels et vocaux.
- **Affectives** : découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Avant la première année, les interactions parents-bébé sont essentiellement des émotions et affects. Après un an, il y a plus de place pour des objets extérieurs. Lors de ces interactions, il y a une différenciation des affects du bébé, sentiments de plus en plus nuancés.
- **Fantasmatiques** : « domaine où le parent, dans l'actualité de ce qui se passe avec le bébé, fait revivre des situations anciennes » (S.Lebovici). Influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé. Elles font appel à la propre histoire des parents et à leurs relations avec leurs propres images parentales. C'est un « jeu infini de miroir, d'ombres, de reflets, en un mot de fantasmes » (S.Lebovici).

Nous reviendrons plus particulièrement sur les interactions comportementales en évoquant notamment les notions de holding de D.W.WINNICOTT, de dialogue tonico-émotionnel et d'ajustement postural et tonique de J.DE AJURIAGUERRA et de H.WALLON.

C. Interprétation et ajustement aux signaux de l'enfant

1. Moyens de communication

Un nourrisson qui vient au monde ne peut communiquer que de manière comportementale. En effet, « jusqu'à l'apparition de la parole, le mouvement est l'unique expression et le premier instrument du psychisme »³.

Les premiers gestes de l'enfant ne sont pas tournés vers les objets du monde extérieur mais vers les personnes, ce sont donc des gestes d'expression. Ainsi, au cours des premiers mois, nous pouvons observer l'importance de la mimique d'appel et la prépondérance des signaux visuels.

Au début de sa vie, le bébé paraît essentiellement connaître des affects tranchés et évoluant entre deux pôles, le plaisir et la résolution des tensions d'une part, et, d'autre part, la tension, la détresse. L'expression affective majeure est alors représentée par les pleurs et les cris. En effet, ceux-ci constituent certainement le principal mode de communication par lequel le nouveau-né puis le jeune nourrisson exprime ses besoins. Ce moyen de communication est d'une grande importance car si le bébé ne le possédait pas, ses parents devraient alors deviner quand il a faim par exemple et quels sont ses divers besoins et inconforts. Les pleurs et les cris du bébé vont ainsi avoir une influence sur son environnement. Par exemple, ils peuvent faire revenir le sein et ainsi soulager la tension interne.

³Jean Le Camus, Les origines de la motricité chez l'enfant, page 10

À partir de deux mois environ, il semble que les affects du bébé varient essentiellement selon deux dimensions indépendantes : la dimension plaisir-déplaisir et excitation-inexcitation.

Les nourrissons expriment avec une claire évidence leurs affects. Ils crient, ils pleurent, ils vocalisent, ils sourient, ils s'agitent, ils se calment, ils regardent... À chaque fois la mère est largement mobilisée par l'expression visible de cette affectivité.

La fonction de communication est due aux comportements émotionnels et plus précisément aux modulations du tonus musculaire. Ici, nous pouvons faire référence à Henri WALLON qui postule que les émotions renvoient toutes à des modifications toniques : « L'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique.⁴ »

Ainsi, Wallon pose le corps comme instrument de relation.

Nous pouvons également nous appuyer sur la notion de dialogue tonico-émotionnel développée par J. DE AJURIAGUERRA. Celui-ci parle d'hypertonie d'appel et d'hypotonie de réplétion, de satisfaction. L'exemple du nourrissage est très illustratif : lorsqu'il a faim, le bébé est en hypertonie d'appel, il s'exprime à la fois par son tonus, ses mimiques et ses cris. Une fois rassasié, il revient en hypotonie. Sa mère va alors interpréter ses variations toniques, persuadée que ce dernier l'appelle. Progressivement, le nourrisson va faire le lien entre son propre état tonique et l'arrivée de sa mère ; il pourra ainsi volontairement la faire venir. C'est alors que s'installe une communication entre le bébé et sa mère, qu'AJURRIAGUERRA nomme dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue participe à la transmission des émotions entre le bébé et son entourage. L'enfant est dans des rapports sociaux de dépendance avec sa mère ; ces rapports vont s'actualiser par des modifications du tonus musculaire qui seront autant d'expressions émotionnelles. Il y a alors des manifestations tonico-émotionnelles

⁴Wallon, dans La psychomotricité : un itinéraire de Jacques Corraze pages 185-186

partagées. L'expression des émotions emprunte ainsi le canal tonique et en sont autant de modulations.

Ainsi le tonus prépare et guide le geste et exprime en même temps les fluctuations affectives.

Il y a donc un double effet de la régulation tonique : elle suscite des effets internes à l'organisme et simultanément cette modulation peut être partagée par le milieu.

Comme nous l'avons dit plus haut, le bébé est un être « actif » qui participe activement à son développement. Ainsi, il va pouvoir entrer en communication avec sa mère à l'aide de « messages comportementaux » tels que le sourire, le regard ou les cris. De plus, il va se montrer capable de répondre à sa mère à l'aide de ses propres moyens. Nous pouvons donc penser que lui aussi modèle son entourage et a une influence sur lui. Cependant, comment l'entourage et plus particulièrement la mère, va-t-il recevoir et interpréter ces signaux ? Que va-t-il en faire ?

2. Interprétation

Les appels du bébé pour manifester ses besoins ne sont structurants que si sa mère les entend, réussit à les interpréter correctement et y répond de façon adéquate. En effet, cette fonction d'interprétation est essentielle au développement.

Ici nous pouvons faire référence à ce que W.BION appelle la fonction alpha. Dans cette théorie, l'élément bêta, qui est un pôle psychique de confusion, un obstacle à l'activité de penser, s'oppose à la pensée. L'écran d'éléments alpha recueille, contient, transforme les éléments psychiques en pensées rendues pensables et va permettre que s'organisent des processus de pensée par un appareil à penser les pensées. Et cet appareil, c'est la mère.

Le bébé décharge ses angoisses de manière floue, brouillonne. La mère absorbe ses éléments Bêta (comportements de l'enfant, ses angoisses, son agressivité) et les adoucit et les renvoie en éléments alpha, plus supportables. C'est ce que Bion nomme la détoxication. Cette fonction alpha fait référence à la capacité de rêverie de la mère qui fait tout un travail intérieur, très largement non conscient. Celui-ci consiste en une traduction, une interprétation, des stimuli, des cris, des pleurs... Grâce à cette fonction, la mère « psychise » les premières sensations du bébé.

Le plus souvent, quand le bébé se manifeste, le parent vient auprès de lui et interprète ce qui ne va pas ou ce qui le fait sourire. Par son comportement, qui n'est pas uniquement verbal, le parent offre en retour au bébé des réponses, des modes d'intervention, des modes d'être qui font que celui-ci va assimiler ce que le parent lui offre comme quelque chose de bon à penser. Nous allons donc avoir la mise en place de boucles interactives qui sont absolument essentielles au développement du bébé.

La mère doit donc être attentive aux besoins physiques, corporels, somatiques, de son enfant, mais également à ses besoins psychiques. C'est donc grâce à la sensibilité de la mère et à l'adéquation de son interprétation que l'interaction peut être satisfaisante et harmonieuse.

Il arrive cependant que l'interprétation ne soit pas pertinente, l'enfant est alors laissé à sa sensation qui reste de fait difficile, voire impossible, à penser, à se représenter. Il est donc seul face à une situation de détresse psychique, de souffrance.

3. Ajustement

Une standardisation des soins maternels ne peut être proposée. En effet, ces soins ne peuvent que s'ajuster aux besoins et tendances du nourrisson.

L'adéquation des réponses de la mère peut entraîner la disparition des pleurs, des cris et favoriser le babillage et les comportements d'orientation. À l'inverse, l'inadéquation des réponses ne permettra pas la disparition immédiate des comportements d'appel, mais ceux-ci pourront disparaître face à l'épuisement qu'ils entraînent. La tension interne trop forte qui va découler de ce comportement maternel, qui retarde la satisfaction, entraîne alors une désorganisation. Ces mères ne répondent pas de manière adéquate, soit parce qu'elles ne perçoivent pas les signaux du bébé, soit parce qu'elles refusent d'en tenir compte, soit parce qu'elles les interprètent de manière erronée.

Si les partenaires ont trouvé un ajustement satisfaisant pour les deux, si la rencontre est réussie, alors l'interaction pourra être harmonieuse. À l'inverse, si la rencontre échoue, le bébé ainsi que sa mère vont être en souffrance.

La bonne interprétation des signaux du bébé va alors permettre un ajustement optimal.

4. Différences interindividuelles

Comme nous venons de le dire, il n'existe pas de « recette » pour s'ajuster à son bébé car justement chacun est différent.

Chaque nourrisson n'intervient pas de la même manière dans l'interaction avec sa mère. Il existe des différences considérables. Chacun a ses caractéristiques propres dont tout d'abord son poids et sa taille de naissance ainsi que ses particularités physiques. Ensuite, chacun possède des conduites interactives propres, des états de vigilance propres...

Ainsi, la plupart des soins maternels à cette période visent à apaiser le bébé, or l'aptitude à être apaisé et conforté varie d'un bébé à l'autre ; la mère devra donc s'ajuster.

Les seuils de sensibilité de chaque bébé montrent combien aucune standardisation des soins maternels ne peut être proposée ; ces soins ne peuvent que s'ajuster aux besoins et tendances du nourrisson. Par exemple, certains dont le seuil sensoriel est bas, tendent à être rapidement débordés par les stimulations. L'intervention de la mère va donc consister en une protection contre les stimulations. À l'inverse, d'autres dont le seuil sensoriel est très élevé, vont avoir besoin d'une protection moins importante contre les excitations mais doivent au contraire bénéficier de soins maternels plus stimulants.

Nous pouvons alors nous demander comment une mère va être capable d'interpréter les signaux de son bébé et y répondre correctement.

5. La préoccupation maternelle primaire

La préoccupation maternelle primaire est une notion décrite par D.WINNICOTT. Celle-ci caractérise un état très spécifique chez la mère. Selon lui, cet état se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin. Il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Les mères ne se souviennent que difficilement de cet état lorsqu'elles en sont remises. Nous pouvons même penser qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir.

« Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus ⁵».

⁵Winnicott, De la pédiatrie à la psychanalyse, page 287

Il est important de tenir compte de cet état pour ce qui concerne la toute première phase de la vie du petit enfant. Pour WINNICOTT, il n'est pas possible de comprendre l'attitude de la mère au tout début de la vie du nourrisson si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité et de s'en remettre ensuite.

Cet état particulier de préoccupation maternelle primaire permet alors à la mère de s'adapter aux tout premiers besoins de son enfant avec délicatesse et sensibilité.

Elle va donc être en capacité de s'identifier à son enfant afin de le comprendre. Il y a alors une sorte d'adéquation totale entre la mère et son bébé.

La mère qui a atteint cet état de « préoccupation maternelle primaire » fournit un « cadre » dans lequel l'enfant pourra se développer. Il aura alors la capacité de ressentir le mouvement spontané et de vivre en propre des sensations particulières.

Ainsi, un environnement « suffisamment bon » dès le stade primaire permet à l'enfant de commencer à exister, d'avoir un bon départ.

Les facteurs constitutionnels se révéleront plus facilement dans des conditions normales, lorsque l'environnement s'est adapté dès les premiers instants.

Tout cela est contenu dans le terme « dévoué » que WINNICOTT emploie quand il parle d'une « mère ordinaire normalement dévouée »: durant la phase très précoce du développement, il existe presque toujours une figure maternelle qui n'a pas d'autres préoccupations que les besoins du nourrisson pendant la durée de la dépendance absolue.

D. La relation père-enfant

Nous pouvons remarquer que depuis quelques années, nous entendons de plus en plus parler du rôle du père dans le développement de l'enfant. En effet, celui-ci a un rôle actif et n'est pas seulement celui par qui la séparation mère-nourrisson s'opère. Ses apports au nourrisson représentent bien davantage. Il n'est pas non plus une deuxième mère mais il est bien différencié, avec toutes ses spécificités.

Tout d'abord, le père s'impose précocement comme tiers séparateur dans la dyade mère-enfant. Il doit faire comprendre symboliquement à sa femme que leur enfant n'est pas son objet. Cela permettra à celui-ci de devenir un être unique et singulier. Le père est symboliquement porteur de la loi notamment en disant « non » au désir de fusion maternelle. Ce détachement amène l'enfant dans un processus de socialisation.

La relation triangulaire qui va ainsi s'établir correspond au stade Œdipien. Le complexe d'Œdipe est un concept psychanalytique développé par S.FREUD. Il désigne « l'ensemble des désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents ». Lors de cette période, de 3 à 5 ans environ, la relation triangulaire domine le champ d'expérience. Le complexe d'Œdipe est fondateur du fonctionnement psychique et a un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. En effet, sa résolution est nécessaire à une maturation affective harmonieuse de l'enfant et à l'élaboration du Surmoi (intégration des interdits et des exigences parentales et sociales). L'enfant devient alors plus autonome et constitue son identité. Il se structure autour de l'interdit de l'inceste et c'est notamment à travers l'intégration de cet interdit qu'il assimile tous les autres interdits. Ainsi, il passe d'un fonctionnement en dyade avec sa mère à une relation triangulaire (tiercéité).

Nous pouvons mettre en lien le dépassement du stade de toute-puissance infantile avec la résolution du complexe d'Oedipe. En effet, suite à l'identification œdipienne, une instance psychique va se former : l'idéal du moi. C'est un modèle auquel le sujet cherche à se conformer, résultat de l'identification aux parents idéalisés ; le Moi se compare et se construit par rapport à un idéal, à une référence. L'idéal du Moi est une instance qui accompagne le

processus de socialisation, tout au long de la formation de la personnalité ; c'est aussi le substitut de la toute-puissance de l'enfant. De plus, la découverte de la différence des sexes et le complexe de castration qui en découle vont contribuer au renoncement de cette toute-puissance.

Il y a plusieurs manières d'aborder la relation père-nourrisson. La première est de considérer l'interaction père-nourrisson directe, c'est-à-dire les contacts et échanges entre ces deux partenaires. Une deuxième approche est de considérer l'influence indirecte que le père exerce sur le nourrisson, au travers de la relation conjugale, au travers du soutien qu'il offre à la mère et des différents aspects de la relation de couple.

L'interaction père-nourrisson partage certains points communs avec l'interaction mère-nourrisson : il s'agit, en effet, dans les deux cas, d'un processus d'échanges caractérisé par la réciprocité et par des processus de régulation mutuelle.

Cependant, il existe des caractères particuliers à l'interaction père-nourrisson. Père et mère peuvent être vécus par le bébé comme différents dès les premières interactions ; le nourrisson vit une autre expérience quand c'est son père qui est avec lui : une expérience plus syncopée, un rythme plus excitant, une « danse » plus alerte.

Selon M.YOGMAN, l'interaction père-nourrisson a un caractère plus « physique », plus stimulant, que l'interaction mère-nourrisson.

Comme le note K. Alison Clarke-Stewart, « le jeu des pères est généralement plus physique et plus stimulant, plutôt qu'intellectuel, didactique, ou médiatisé par les objets, comme c'est le cas pour les mères.⁶ »

⁶Lebovici, Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, page 325

Le père peut très bien jouer un rôle dit maternant à l'égard de son bébé et est capable d'y montrer une grande habileté, mais sa conduite est légèrement différente de celle de la mère. Son comportement implique moins de portage proche et plus de rythmicité. La relative spécificité de son comportement est mieux faite pour réguler les rythmes moteurs et de ce fait introduire des valeurs excitantes d'agression.

Le père tend à jouer avec le tout-petit plus que la mère et les jeux paternels sont en général plus stimulants, plus vigoureux, plus excitants et plus perturbateurs pour le bébé. Les pères se livrent à des jeux tactiles et des jeux de mouvements au cours desquels ils cherchent par leur comportement à exciter l'enfant. Les mères se livrent plus généralement à des jeux visuels qui consistent à exécuter des mouvements à distance que le bébé observe et qui visent apparemment à fixer son attention visuelle.

Jean LE CAMUS souligne que le père reconnaît très tôt le bébé en tant que sujet. Il multipliera les demandes de clarification ce qui permettra à l'enfant d'accéder à un langage socialement compréhensible. Lors des jeux, le père verbalise beaucoup et il y a un réel échange verbal.

Ainsi, Jean LE CAMUS insiste sur le fait que le père et la mère ne sont pas interchangeables. Le père différencié stimule, est un éveilleur pour l'enfant et devient facteur de socialisation.

Pour parler de cette relation père-nourrisson, cet auteur utilise le terme de « dialogue phasique ». Celui-ci équivaut au dialogue tonico-émotionnel entre la mère et le nourrisson évoqué par AJURIAGUERRA. Ici, le terme phasique vient pour souligner le caractère plus brusque, plus discontinu, plus rythmé, plus imprévisible des échanges initiés par le père. Tout comme pour le dialogue tonico-émotionnel, le vecteur de ce dialogue est le tonus qui selon AJURIAGUERRA constitue le substrat organique, l'étoffe des émotions primaires chez l'enfant.

Nous pouvons penser que la pression sociale et les attentes de rôles participent à faire émerger des différences entre le père et la mère.

E. Attachement

Dans le langage courant, l'attachement est un lien affectif qui unit deux personnes.

Selon John BOWLBY, qui a développé la théorie de l'attachement, un jeune enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue.

Il énonce les critères de satisfaction du besoin d'attachement : l'échange de sourire, l'échange de communications sensorielles pendant la tétée, la solidité du portage, la chaleur du contact et les gestes caressants. À ces critères, Didier ANZIEU ajoute la concordance des rythmes.

Selon cet auteur, le développement du comportement d'attachement comprend quatre phases. Dans la première, de la naissance à 10 semaines environ, le bébé ne discrimine pas une personne d'une autre. Vis-à-vis d'une personne de son entourage, il s'oriente vers elle, la suit des yeux, lui sourit... Lors de la deuxième phase, jusqu'à 6 mois environ, le bébé se comporte de la même façon que dans la première mais de façon plus nette vis-à-vis de la figure maternelle que des autres. Lors de la troisième phase, le répertoire de réponses de l'enfant s'étend. Les réponses amicales et assez peu discriminantes à d'autres vont en déclinant ; le bébé s'attache à la figure maternelle. La quatrième phase se caractérise par une relation complexe réciproque que J.BOWLBY nomme « association ».

Ainsi, vers 6 mois, les comportements d'attachement vont se modifier : ils sont alors dirigés prioritairement vers les personnes repérées comme familières. Le bébé va babiller davantage avec la personne qui lui est familière qu'avec une personne étrangère. Il va également plus la fixer et la suivre du regard en orientant son corps vers elle. Ces figures familières vers qui l'enfant va s'orienter de plus en plus vont devenir ses figures d'attachement.

Les conditions contribuant probablement à ce que l'attachement se développe ou non vers une figure quelconque, comprennent la sensibilité de cette figure dans sa réponse aux signaux de l'enfant ainsi que la quantité et la nature de l'interaction entre le couple.

La pulsion d'attachement satisfait aussi au besoin de sécurité, reposant sur la fiabilité des objets, la possibilité d'entrer en relation avec eux.

Ainsi, le bébé va pouvoir s'attacher de façon plus ou moins solide selon que son environnement soit sûr ou insûr.

D'après Mary AINSWORTH, la dimension qui présente une utilité particulière est celle de la sécurité de l'attachement de l'enfant.

Les théorisations de J.BOWLBY se sont nourries des observations et des expériences de Mary AINSWORTH et notamment sur l'expérience de la « situation étrange » (strange situation). Ainsi, il est intéressant d'observer le comportement des nourrissons au cours des épisodes de retrouvailles avec leur mère car cela est très informatif sur le mode d'attachement de l'enfant à sa mère. La réaction aux séparations est aussi intéressante à observer mais se montre peut-être moins informative. Certains bébés recherchent la proximité et l'interaction avec leur mère lors de ses retours, cela correspond au schème d'attachement sûr. D'autres évitent leur mère, ce qui correspond au schème d'attachement angoissé « évitant ». D'autres encore réagissent avec une grande détresse à la séparation et manifestent lors des retours un

comportement de colère et d'opposition bien qu'ils veuillent aussi être pris dans ses bras, c'est le schème d'attachement angoissé ambivalent.

Lors de cette expérience, il est remarqué que plus l'enfant est sécurisé, plus il est capable d'explorer librement une situation étrangère en utilisant sa mère comme base de sécurité.

En 1990, Main et Salomon décrivent un autre schème d'attachement : angoissé-désorganisé/désorienté. Dans ce type d'attachement il peut y avoir par exemple, lors des retrouvailles, des signes de confusion et d'appréhension à l'approche de la mère, ou une attitude figée ; des comportements inusités ou bizarres dominant.

F. Les compétences précoces

Tout ce que nous venons de décrire à propos des interactions précoces et de l'attachement n'est possible que grâce aux compétences précoces du nourrisson.

Les capacités sensorielles du nouveau-né font que les comportements de la mère à son égard ne sont pas seulement des soins mais également les fondements initiaux des premières situations interactives.

Nous pouvons alors nous demander sur quelles sensations et perceptions, l'interaction parent-nouveau-né peut-elle venir s'étayer et se fonder.

Tout d'abord, en ce qui concerne la **vision**, un nouveau-né est capable de suivre des yeux un objet de couleur vive dès les quatre premiers jours de sa vie. Le bébé suspend ses propres mouvements corporels pendant cette période d'attention visuelle. Certains nouveaux-

nés vont même jusqu'à tourner la tête pour faciliter le mouvement de poursuite oculaire. La fixation visuelle des nouveau-nés semble indiquer qu'ils préfèrent regarder des images ayant une certaine complexité plutôt que des formes très simples ou des fonds unis. Cela donne un crédit aux mères qui affirment que leur bébé les regarde dès la période néonatale. D'ailleurs, il semble que tenir et câliner le bébé sont des gestes qui favorisent l'ouverture des yeux du nouveau-né. Le regard du bébé, dès la période néonatale, apparaît comme une manière dont le bébé peut développer la force du lien affectif entre sa mère et lui-même.

Avant l'âge d'un mois, il semble que le système d'accommodation visuelle ne s'ajuste pas aux variations de la distance des cibles visuelles et qu'il soit adapté à des objets situés à une distance de 20 cm environ ; cela correspond à la distance du visage de la mère lorsque celle-ci porte son bébé par exemple. À partir du deuxième mois de la vie, ce système mûrit de telle sorte qu'à l'âge de 4 mois le nourrisson a les mêmes capacités d'accommodation que l'adulte.

Ensuite, pour ce qui est de **l'odorat**, le nouveau-né se révèle doué de capacités olfactives dès l'âge de deux jours ; il est capable de discriminer et de distinguer deux odeurs.

À l'inverse d'autres domaines sensoriels, il semble que les sensations olfactives du nouveau-né soient plus fines que chez l'adulte.

L'olfaction facilite ainsi la recherche et la prise du sein maternel.

En ce qui concerne le **goût**, les sensations gustatives revêtent probablement une importance majeure chez le nouveau-né, à la mesure de la place que tient l'expérience alimentaire à ce stade de la vie. À cet âge, les bébés ont une préférence pour le sucré.

Grâce à l'**audition**, le bébé tourne les yeux et parfois également la tête en direction de la source sonore.

Non seulement le bébé paraît entendre, mais il fait également preuve de capacités de discrimination vis-à-vis des stimuli sonores.

La voix humaine a des effets qui se distinguent des autres sons et, notamment durant la deuxième semaine de la vie, elle est susceptible de susciter des sourires plus fréquemment que d'autres stimulations sonores.

Enfin, le nourrisson est très sensible au **toucher**, grâce notamment aux nombreux mécanorécepteurs qu'il possède. Il y en a trois principaux pour les différents types de toucher : les récepteurs de Merkel (sensibilité à l'effleurement), les récepteurs de Meissner (sensibilité un peu plus profonde) et les récepteurs de Pacini (sensibilité aux fortes pressions). Ces trois types de récepteurs sont présents dès la naissance, ce qui permet au nouveau-né d'avoir des sensations fines et nombreuses.

III. Liens entre une perturbation des interactions précoces et une agitation motrice dite pathologique

Pourquoi s'être interrogé sur ce lien possible entre un défaut des interactions précoces et une agitation dite pathologique, anormale ? Comme nous l'avons dit plus haut, la maturation du système nerveux joue un rôle très important dans le développement moteur de l'enfant. Mais suffit-elle à en assurer un développement harmonieux ? Au départ, le nouveau-né est un être totalement dépendant de son environnement. On peut donc penser que ce dernier va avoir un rôle primordial dans le développement du nourrisson. Ici, nous nous centrerons principalement sur son rôle dans le développement moteur de l'enfant afin de comprendre comment il peut l'influencer.

A. Perturbation des relations précoces

Tout d'abord, nous pouvons nous demander à quel niveau il peut y avoir des perturbations des interactions précoces. Nous aborderons les notions de qualité et de quantité.

- **Niveau de stimulation** : excès, insuffisance-manque. Le caractère excessif ou insuffisant des stimulations peut provenir de la mère (énergique ou hyperenthousiaste, ou manifestant une hypersollicitation anxieuse ou à l'inverse déprimée ou ayant des comportements d'évitement phobiques ou bien délaissant l'enfant) et/ou du bébé (hypersensibilité innée ou à l'inverse hyporéactivité).
- **Réciprocité et mutualité** : interactions dysharmonieuses, non contingentes, parfois paradoxales ; pauvreté de l'harmonisation affective.
- **Déroulement temporel** : discontinuité des échanges, non transformation de l'interaction (figée), répétition de la séquence interactive.

B. Importance de l'environnement dans le développement moteur de l'enfant

Pour AJURIAGUERRA, « la présence de l'autre contribue à façonner le monde moteur qui servira de matrice ».

Pour WALLON, « le comportement n'est pas la conséquence de la seule maturation ; il est un jeu, le fruit d'une interaction dans laquelle s'affrontent et s'impliquent mutuellement des facteurs d'origine biologique et sociale. Il est nécessaire de souligner que les relations de l'enfant sont des relations avec autrui, avec tous ceux qui l'entourent mais, avant tout, et en premier lieu avec sa mère ⁷».

À travers ces deux citations, leurs auteurs mettent donc en évidence l'importance de l'environnement dans le développement moteur de l'enfant. Mais à quel niveau celui-ci va-t-il intervenir ? Quelle influence peut-il avoir sur le développement moteur ?

Le développement moteur va résulter de la combinaison et de l'interaction entre les facteurs biologiques et les facteurs environnementaux. Ainsi, la perspective interactionniste postule les rôles réciproques de la maturation et de l'environnement. La maturation constitue une condition nécessaire à l'apparition de certains comportements, elle ouvre des possibilités nouvelles, mais elle n'est pas suffisante pour expliquer les changements et les diverses conduites au cours du développement. Ainsi, le déroulement du programme moteur est inscrit dans les gènes mais il est dès le début tributaire de l'environnement et de ses apports.

⁷Lexique CARRIC page 156

Le comportement ne constitue jamais l'expression rigide d'un génotype ; il se met en place chez un individu donné au cours de l'ontogenèse sous l'influence combinée et indissociable de la maturation et de l'expérience. Et ces expériences vont en grande partie être permises par l'environnement.

Le développement de l'enfant, même s'il est fondé sur une tendance innée à grandir, ne peut être effectif sans la présence d'un être humain.

Dès le début, la santé psychique de l'individu dépend de la mère qui assure ce que WINNICOTT appelle un environnement facilitant, c'est à dire un environnement dans lequel les processus de croissance naturels du nourrisson vont pouvoir s'opérer. En effet, selon la psychologie du développement affectif, un environnement facilitant est nécessaire à la réalisation des processus de maturation.

WINNICOTT distingue trois étapes successives dans le développement de l'enfant.

Tout d'abord, il décrit l'étape de **dépendance absolue**, de 0 à 5 mois. Au cours de celle-ci, l'enfant est en fusion avec sa mère ; il n'est pas capable de reconnaître les soins maternels dans ce qu'ils ont de bon ou de mauvais. Il en tire profit ou en souffre, et là s'arrête sa participation. Ainsi on observera au niveau du langage, la mère qui s'exprime et fait les réponses à sa place. Dans le comportement alimentaire, quand l'enfant a faim, il pleure avec conviction parce qu'il est déstructuré.

Ensuite vient l'étape de **dépendance relative**, de 6 mois à 2 ans. Durant cette étape, l'enfant se différencie progressivement de sa mère. On passe de la satisfaction magique des besoins au fait que l'enfant doit d'abord manifester un signal. Ainsi, la mère doit être capable d'un abandon progressif de son adaptation. L'enfant commence à être conscient de la dépendance ce qui est le début de la compréhension intellectuelle. L'enfant est capable de se rendre compte en détail des soins dont il a besoin. Il les relie à des impulsions personnelles. Il les repère, les juge en fonction de ses désirs et de leur adéquation. Il n'est pas encore capable

de s'en passer. Ainsi, l'enfant pourra décrypter ce que dit la mère. Quand il a faim, il pleurera pour appeler.

Enfin, il y a l'étape d'**indépendance** qui s'acquiert petit à petit. Il y a socialisation et acquisition du sens social. L'enfant peut se passer des soins, en emmagasinant des souvenirs. Il possède une certaine compréhension intellectuelle et une confiance en l'environnement. Il a introjecté les soins antérieurs et peut projeter ses besoins sur autre chose. Il est capable de différer. Ainsi il pourra répondre, prendre en charge le langage. Quand il a faim, il sait attendre un peu, et sait halluciner le biberon pour patienter.

C. La contenance

Pour se développer, l'enfant a besoin de contacts humains. Il a besoin d'être porté, tenu, caressé, entouré, enveloppé, stimulé.

Chez l'enfant agité, nous pouvons ressentir un manque de contenance. Mais où ce manque se situe-t-il ?

W.BION parle de la fonction de contenance et selon lui, l'environnement précoce de l'enfant a un rôle primordial par rapport à la formation de son « appareil à penser les pensées ».

1. Holding

Selon WINNICOTT « il y a une telle différence entre les débuts d'un bébé dont la mère est capable de remplir sa fonction suffisamment bien et ceux d'un bébé dont la mère en est incapable, qu'il n'y a pas lieu, à ces tout premiers stades, de décrire un bébé autrement que par rapport à la fonction de la mère »⁸.

WINNICOTT emploie ce terme de holding comme une métaphore pour décrire les relations initiales de l'enfant et de sa mère. Ce terme peut être traduit en français comme une mère qui tient son enfant, mais aussi le retient, le contient, le soutient. Ainsi, elle porte son enfant physiquement et psychiquement.

Le holding joue ainsi un rôle de protection face aux expériences potentiellement angoissantes que peut vivre le bébé et qui peuvent être de natures physiologiques, sensorielles ou encore relatives au vécu psychique du corps.

Un holding suffisamment bon va permettre à l'enfant de connaître un développement affectif très rapide et d'édifier les bases de sa personnalité.

Quand le holding a été bon, le bébé ne s'en souvient pas, mais quand il a été insuffisant, il en garde le souvenir d'une expérience traumatique.

Bernard GOLSE fait référence aux notions de WINNICOTT de Holding, Handling (désigne la façon d'agir sur le bébé dans le cadre du soin) et Object presenting à la base du sentiment de continuité d'exister. Il porte l'accent sur le besoin fondamental qu'a le bébé d'être contenu et supporté par la mère aussi bien pour l'alimentation et la survie somatique que pour la mise en place de l'appareil psychique. Il pointe le risque d'une faille dans la fonction contenant et pare-excitante maternelle et plus tard dans les capacités de pare-excitation propres à l'enfant dont il aurait besoin pour se développer harmonieusement.

⁸Winnicott, La mère suffisamment bonne, page 47

2. Enveloppe psychique

Le concept d'enveloppe psychique met fondamentalement en avant les notions de contenance et d'espace psychique, de spatialité. L'enveloppe psychique participe à maintenir le sentiment de continuité d'exister.

Les enveloppes psychiques dérivent du fantasme de peau commune mère/enfant et de ses transformations. Elles sont investies surtout par la pulsion d'attachement et par celle d'autodestruction.

T.Berry BRAZELTON parle d'enveloppe maternante. Pour lui, les soins donnés au tout-petit par la mère et l'entourage constituent une « enveloppe » de sensations et de gestes, plus active, plus unifiante que l'enveloppe utérine. WINNICOTT rattache cette notion à la sollicitude maternelle primaire qui prévient et comble au fur et à mesure les besoins de l'enfant.

La constitution de ces fonctions d'enveloppement psychique et de liaisons somato-psychiques dépend étroitement des relations affectives de l'enfant avec l'objet maternel dans les spirales interactives, en particulier celles qui infiltrent, soutiennent et stimulent le développement psychomoteur.

Ainsi, l'interaction centrée sur le corps de l'enfant participe directement à faire évoluer et travailler les enveloppes psychiques.

- **Le Moi-peau**

Le concept de Moi-peau a été défini ainsi par D.ANZIEU: « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps.⁹ »

Ce Moi-peau ainsi dénommé apparaît donc sous la forme d'une représentation primaire et métaphorique du Moi, étayée sur la sensorialité tactile. Il a des fonctions originales conçues sur le modèle des fonctions de la peau. Trois de celles-ci sont alors distinguées : la contenance, la limite entre le dehors et le dedans et la communication et les échanges avec l'environnement.

Dans son livre de 1985, D.ANZIEU augmente le nombre de ces fonctions; neuf sont différenciées : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, inscription des traces, autodestruction. Dans l'édition de 1995, cette classification a été légèrement modifiée, notamment dans l'ordre de succession, qui est maintenant : maintenance, contenance, constance, signifiante, correspondance, individuation, sexualisation, énergisation.

Le Moi-peau se constitue par étayage sur les fonctions de la peau et par l'illusion que fournit la mère à son bébé d'une peau commune avec lui.

L'accent est mis sur la peau comme donnée originaire à la fois d'ordre organique et d'ordre imaginaire, comme système de protection de notre individualité en même temps que comme premier instrument et lieu d'échange avec autrui.

⁹Anzieu, Le Moi-peau, page 61

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

Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. Il y a alors un parallèle entre les fonctions de la peau et celles du Moi-Peau :

De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-Peau remplit une **fonction de maintenance du psychisme**. La fonction biologique est exercée par ce que WINNICOTT a appelé le holding, c'est-à-dire par la façon dont la mère soutient le corps du bébé. La fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel. Le Moi-peau est une partie de la mère – particulièrement ses mains – qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner, du moins pendant la veille, tout comme la mère maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité.

À la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond la **fonction contenante** du Moi-peau. Cette fonction est exercée principalement par le handling maternel. En effet, la sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère.

Le Moi-peau comme **représentation psychique** émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales.

La couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci et l'organisme en général contre les agressions physiques, les radiations, l'excès de stimulations. Ici, le Moi-peau a donc une **fonction de pare-excitation**.

Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables. Celles-ci peuvent être narcissiquement, voire socialement surinvesties. Elles permettent de distinguer chez autrui les objets d'attachement et d'amour et de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau personnelle. À son tour, le Moi-peau assure une **fonction d'individuation** du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique.

La peau est une surface porteuse de poches, de cavités où sont logés les organes des sens autres que ceux du toucher. Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la **fonction d'intersensorialité** du Moi-peau, qui aboutit à la constitution d'un « sens commun », dont la référence de base se fait toujours au toucher.

La peau, avec les organes des sens tactiles qu'elle contient fournit des informations directes sur le monde extérieur. Le Moi-peau remplit **une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles**. Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de « présentation de l'objet » (notion de WINNICOTT) auprès du tout-petit. Cette fonction du Moi-peau se développe par un double appui, biologique et social.

Il y a donc un double étayage du Moi-peau : biologique, sur la surface du corps, et social, sur la présence d'un entourage uni et attentif à l'expérience que le nourrisson est en train de vivre.

Lorsque le bébé est satisfait dans ses besoins, et surtout lorsqu'il est rassuré quant à la compréhension de sa demande, la construction d'une enveloppe est possible. Celle-ci, narcissiquement investie, est le support de l'illusion qu'un être accolé de l'autre côté de cette enveloppe réagit immédiatement en symétrie complémentaire à ses signaux.

Le caractère opératoire des agitations motrices peut découler directement d'une faille du Moi-peau puisque les états et les sensations qui marquent le corps du bébé ne se transforment en pensées que si le Moi-peau bien constitué peut servir à l'étayage du Moi-pensant, qui lui seul contient les pensées.

- **Notion de seconde peau psychique**

Pour Esther BICK, l'expérience prototypique au sein de laquelle s'exerce la fonction de contenance est la situation de nourrissage. Ainsi, lors de la tétée, la jonction entre les différentes modalités sensorielles (le portage, l'interpénétration des regards, le contact du mamelon dans la bouche, les paroles apaisantes, l'odeur de la mère...) permet à l'enfant de vivre cette expérience de rassemblement interne et lui procure son premier sentiment d'être contenu et contenant, comme une « peau psychique ».

E.BICK parle de notion de seconde peau psychique : les enfants confrontés à une carence de la fonction maternelle primaire surinvestissent l'environnement concret pour s'y accrocher, éventuellement par une agitation ou hyperactivité motrice, afin d'éprouver une unité des parties de leur personnalité lors du contact avec les objets-choses.

Ainsi de nombreux auteurs ont développé cette notion d'enveloppe psychique et nous pouvons encore citer ici Geneviève HAAG. Selon elle, c'est la rythmicité des échanges entre la mère et l'enfant qui amène directement à la représentation de l'enveloppe corporelle. Avant d'être certain d'avoir cette enveloppe qui lui est propre, le bébé va se sentir enveloppé et contenu dans des rythmes. Ceux-ci sont des alternances de présence/absence de la mère, de portage, de jeux... La notion d'enveloppe est centrale chez G.HAAG car elle va permettre les premiers sentiments de différenciation avec l'autre. Elle va également permettre de combattre les angoisses archaïques que connaît tout bébé dans son développement ; ce sont des angoisses qui font justement lien avec le sentiment d'être enveloppé ou non (angoisse de liquéfaction, de chute...).

Nous pouvons donc voir que la notion de rythmicité est importante dans le développement de l'enfant.

L'interaction mère-enfant est constituée de « cycles » d'attention et de non-attention chez chacun des partenaires, cycles qui normalement s'agencent l'un à l'autre et s'organisent dans des configurations rythmiques, des structures rythmiques. L'emploi du rythme comme moyen d'entraînement du système interactionnel du bébé constitue probablement le fondement de son apprentissage de ses propres systèmes de contrôle.

La répétition des communications de la mère selon un rythme régulier permet au bébé d'intégrer les structures rythmiques de l'interaction avec sa mère. Comme nous l'avons dit plus haut, il semble que le rythme de chaque parent soit différent et que l'une des caractéristiques différentielles importante du père soit le rythme différent avec lequel il communique avec le nourrisson.

L'aspect désorganisé des agirs instables traduit-il le fonctionnement d'un corps profondément construit dans une rythmicité impossible avec des repères stables et précis ?

3. Fonction de pare-excitation

L'action de la mère est souvent rapportée au concept freudien de « pare-excitation ». Celui-ci peut être vu comme l'image de la couche protectrice contre les excitations internes, en un temps où l'appareil psychique n'est pas isolé par la barrière des systèmes défensifs. Ainsi, l'application de cette notion au comportement maternel signifie bien que la mère joue ce rôle en faveur de l'appareil mental de l'enfant dans la phase initiale de l'unité du bébé avec les soins maternels.

La mère joue également un rôle essentiel en évitant que son bébé ne soit soumis à des excitations permanentes. Le calme qu'elle lui apporte le protège aussi contre les stimuli internes.

Nous pouvons donc envisager l'existence d'un bouclier maternel pour la survie psychique du bébé.

En 2005, Maurice BERGER avance que l'agitation externe peut avoir une fonction pare-excitante supplétive. L'agitation externe serait une protection dans le registre des processus autocalmants. Ce concept de G.SZWEC explique comment l'enfant met en place un procédé autocalmant lorsqu'il est confronté à l'échec de la fonction maternelle à atténuer ses angoisses et son besoin d'être apaisé. La recherche répétitive de l'excitation tente de ramener le calme ; l'agir corporel a alors ponctuellement une fonction pare-excitante et protectrice.

Ainsi, sans cette capacité contenante et délimitante maternelle, l'enfant se retrouve « à nu » et va devoir se forger une contenance de remplacement en fonction de ses possibilités pour traiter les angoisses archaïques et ses proto-pensées.

L'agitation motrice et la carapace qu'elle induit permettent à l'appareil psychique en constitution de se donner une contenance et d'évacuer la mentalisation des affects les plus douloureux ou les plus dépressifs.

D. La grande bifurcation selon Pierre Delion

Grâce à la myélinisation des fibres nerveuses conjuguée aux investissements sociaux, l'enfant va acquérir la marche autonome, intégrée. De plus, vers l'âge de deux ans, il est bien installé dans son redressement et on observe qu'à ce moment-là il y a une explosion motrice, c'est-à-dire que l'enfant ne cesse d'expérimenter et de jouir de cette motricité qui lui est devenue disponible pour explorer tout ce qui l'entoure (grimper, passer dessous...). L'enfant découvre avec beaucoup de jubilation ce pouvoir lié à l'intégration de ses compétences motrices ; il va donc passer par une phase qui est centrée sur la muscularité.

La maturation du système nerveux donne en effet la possibilité à l'enfant de devenir autonome sur le plan moteur et fait naître en lui le goût et le désir de contrôler, de faire, d'expérimenter. Il cherche à prendre possession et à dominer son propre corps ainsi que tout ce qui l'intéresse.

Pendant cette période de la deuxième année, le jeu favori de l'enfant est alors l'exercice de la motricité. Cette activité va en s'enrichissant, se diversifiant, s'organisant et est source de plaisir.

Par l'intermédiaire de ces exercices moteurs, l'enfant apprend progressivement à coordonner et à diriger son activité. Cet exercice de la motricité offre des possibilités d'expérimentation précédant l'utilisation du raisonnement.

Dans le même temps, il parvient progressivement à mieux maîtriser les expressions vocales qui coïncident avec la désignation du monde qu'il a entrepris. Le pointage proto-impératif avec son index commence à être accompagné du mot que lui propose son environnement et l'enfant qui se développe sans difficultés va rapidement opter pour le mot en lieu et place de la désignation indexée de l'objet dont il a besoin. Il réutilisera le pointage lorsque, quelques mois plus tard, envahi par une émotion soit positive, soit négative, il aura besoin de la partager avec son parent, d'abord pour se délivrer du débordement émotionnel auquel l'objet en question aura donné lieu, puis pour en comprendre la ou les raisons d'être là, au bout de son index. Il s'agit alors du fameux pointage proto-déclaratif dont la fonction vient indiquer que l'enfant est en lien avec un autre qui peut l'aider à grandir en partageant notamment ses émotions.

Pierre DELION dit qu'à cette étape il y a un enjeu important pour l'enfant. Par exemple, du fait de cette puissance motrice importante qu'il découvre et investit, l'enfant vient se confirmer dans le sentiment de toute-puissance qui habite tous les petits individus. Il possède alors une motricité au service de ses désirs où il peut aller vers tout ce qui l'intéresse et s'en aller de tout ce qui le rebute ; et c'est une expérience très importante pour l'enfant de montrer qu'il peut faire beaucoup de choses à partir du moment où il maîtrise sa motricité d'une façon suffisamment fonctionnelle. Mais ce sentiment de toute-puissance est de début de vie (illusion vitale). Il permet à l'enfant de s'approprier le monde et de considérer que c'est à la

fois lui qui le crée et le contrôle. Cette toute-puissance devra petit à petit régresser face à la réalité des choses ; néanmoins il en reste toujours quelque chose. On pourrait dire que la motricité, que le pouvoir que donne le muscle, vient remobiliser ce sentiment de toute-puissance. Puisqu'il peut aller et venir à sa guise, qu'il n'est plus restreint à rester dans les bras de ses parents ou dans sa chaise ou son lit, l'enfant peut donc sortir, se déplacer, partir à la découverte du monde...

À cette étape-là, cet auteur souligne combien il est important que l'enfant reçoive une éducation qui va l'aider à canaliser, à civiliser cette toute-puissance motrice, qui d'une certaine manière entraîne des réactions motrices immédiates pour obtenir un objet (non civilisées et destructrices). Or l'enfant doit apprendre à canaliser ses pulsions, à réfréner le désir de posséder de façon immédiate et passer par la représentation, c'est-à-dire développer des représentations de cet objet qu'il convoite. De plus, il va devoir être limité dans ses prétentions motrices lorsqu'elles se retrouvent au service d'une action qui n'est plus socialement acceptable : prendre de force le jouet de l'autre, pousser son pair...

Cela ne se fait donc pas tout seul mais par le biais de l'environnement, par l'éducation ; on aide l'enfant à développer son langage pour demander ce qu'il veut. On pourrait dire que si l'enfant reste prisonnier de sa puissance musculaire, il va obtenir l'objet sans tenir compte de l'autre, donc d'une certaine manière en détruisant quelque chose de l'ordre de l'altérité, de la réciprocité, de la demande, de l'échange. Ou bien il apprend à contenir, civiliser ses pulsions et du coup il est amené à développer des représentations (rêver l'objet en attendant de l'obtenir réellement). C'est là que se situe la grande bifurcation de P.DELION. C'est-à-dire ou l'enfant continue à utiliser sa motricité toute-puissante et le risque est qu'en lieu et place de développer une capacité de représentation, il continue à utiliser son muscle, ou l'enfant apprend, grâce à son entourage, à canaliser ses pulsions et il investit, à ce moment-là, la représentation de l'objet et il rentre dans le langage.

En résumé, la deuxième année est une période stratégique où il y a un enjeu très important qui est de permettre à ces enfants de canaliser, de contenir leurs pulsions et notamment celles qui les poussent à agir pour investir les représentations et le langage.

C'est une période et une étape très importante sinon on se retrouve avec des enfants qui sont dans des agirs pulsionnels et qui sont en grande difficulté dans la mentalisation de leur représentation et dans le rapport qu'ils ont avec l'objet et à l'autre. Dans cette situation, le muscle vient en lieu et place de la parole.

E. La castration anale de F.Dolto

Françoise DOLTO développe la notion de castration anale : il s'agit d'une prise de distance entre l'enfant devenu capable de motricité et sa mère ; celle-ci doit promouvoir cette modification du lien : « l'enfant devenu sujet cesse d'être un objet partiel retenu dans la dépendance de l'instance tutélaire, soumis à sa possessivité et à sa totale surveillance (nourriture, habillement, toilette, coucher, déambulation) ». L'anxiété vécue par la mère conduit l'enfant à une maîtrise musculaire acquise pour lui plaire et se mettre en « bonne harmonie avec elle » et si l'on tient compte de cette proposition, l'instabilité peut apparaître comme une réaction narcissique infantile face à cet accordage artificiel.

F.DOLTO avait développé cet aspect-là en parlant de la castration anale, alors que P.DELION préfère parler de castration musculaire : « *Non, tu ne peux pas tout obtenir par la force, tu dois en passer par le langage, par l'échange avec l'autre, par la représentation de l'objet et pouvoir obtenir satisfaction.* »

Pendant le stade anal, le meilleur vecteur de l'analité c'est la motricité, pour posséder, pour exercer son pouvoir, sa possession sur le monde, sur l'objet, sur l'autre.

À travers ces deux notions de castrations anale et musculaire, nous pouvons faire le lien avec ce que Daniel MARCELLI nomme la capacité de « surséance ». Selon lui, la liaison entre l'activité perceptivo-sensorielle pure et l'activité psychique d'autre part, est dépendante de ce qui existe dans le temps, c'est-à-dire qu'elle est dépendante de la temporalité.

La temporalité est enracinée dans le corps et va, au travers des rythmes des interactions de la mère et du bébé au départ, permettre le passage de l'activité perceptivo-sensorielle à l'activité de représentation.

Si les conditions de vie du bébé sont bonnes, si la répétition des conduites est de bonne facture, si ça correspond à un ensemble cohérent, cette rythmicité dans les actions va générer de l'activité de penser chez le bébé.

L'activité perceptivo-sensorielle ne fait que figer l'individu dans l'absence de pensée. Il faut que le bébé se dégage de l'activité perceptivo-sensorielle pour advenir dans le champ du symbolique et de la pensée. Cette capacité de surséance, de dépasser l'immédiateté, c'est ce qui pour D.MARCELLI va permettre d'advenir à la pensée.

Au début, il y a donc une prédominance de la sphère perceptivo-sensorielle sur la sphère de la pensée.

F. Agitation « pathologique »

Au départ, le mouvement est une modalité expressive. Puis, cette expression de l'émotivité infantile va s'enrichir de nouvelles modalités expressives. L'agitation motrice peut venir dire que l'enfant n'a pas encore mis en place les moyens d'exprimer autrement ses émotions et ses demandes, voire ses angoisses. L'enfant ne sait pas encore dire avec des mots ce qui lui arrive. Et toute cette énergie qui ne sait pas comment se mettre en forme peut conduire l'enfant à des difficultés, voire à des impossibilités d'accepter les limitations qu'on lui impose.

Traditionnellement, l'agitation est perçue comme désorganisatrice, perturbatrice, signe de désinhibition pulsionnelle. Cependant, il semble que l'agitation ait un rôle défensif. Elle est plutôt associée à la pulsion de vie, au rejet de la menace associée à la dépression ou à la destructivité. Quoique gênante, il est préférable de la concevoir plutôt comme une tentative de

maîtrise de la destructivité. Nous pouvons alors penser l'agitation comme étant une fuite ; cette notion renvoie à des défenses de type maniaque contre une souffrance dépressive sous-jacente et envahissante, avec déni de la réalité interne et fuite vers la réalité externe.

L'agitation motrice peut alors revêtir plusieurs fonctions que nous allons essayer de distinguer.

Comme nous l'avons vu plus haut, une des fonctions de l'agitation selon M.BERGER serait une fonction de pare-excitation. Avant lui, VALENTIN a également avancé cette même idée ; l'excitation interne est vécue comme venant du monde externe, l'agitation serait une tentative illusoire de recréer un pare-excitation.

Un des enjeux du développement pour l'enfant est l'appropriation de son propre corps. Cependant, ce qui nous est propre appartient déjà à l'autre, la mère, qui tout au long des deux premières années de la vie constitue le premier interprète du corps infantile en le nourrissant, l'orientant, l'enveloppant, le modelant, lui donnant du sens. Selon GAUTHIER, le corps pour l'enfant est à l'image des soins que la mère lui a prodigués, un « corps relationnel ». Pour lui, « l'organisation corporelle de l'enfant est le reflet de l'organisation psychique de la mère en fonction des liens qu'elle a établis avec sa mère et sa culture ¹⁰», le corps équivaut à un contexte où l'objet maternel donne la possibilité au bébé de fonctionner dans une relation.

L'histoire du corps instable peut alors s'interpréter et exprimer la manière dont le sujet s'est approprié son propre corps. Ainsi, l'agitation motrice s'inscrit globalement comme un trouble d'interaction et de la relation précoce aux objets primaires ; lors de cette interaction, c'est la constitution d'un espace somato-psychique propre, d'un corps relationnel moteur, qui est en jeu. Si cette appropriation du corps fait défaut, son socle identitaire ne peut être que variable, dysharmonieux, instable. Les travaux de GAUTHIER contribuent à expliquer l'importance de la rythmicité dans la constitution du corps propre et de l'identité. L'encadrement et le traitement que la mère fait autour des énergies corporelles et musculaires de l'enfant au cours de ses apprentissages moteurs imposent un rythme spécifique qui va former une grande part de l'enveloppe corporelle motrice infantile.

¹⁰P.Claudon, Enfants hyperactifs, enfants instables, se repérer, comprendre, prévenir, page 53

Comme expliqué plus haut, l'enveloppe psychique participe à maintenir le sentiment de continuité d'exister.

Nous pouvons ici reciter E.BICK qui rappelle que des enfants confrontés à une carence de la fonction maternelle primaire surinvestissent l'environnement concret pour s'y accrocher, éventuellement par une hyperactivité motrice, afin d'éprouver une unité des parties de leur personnalité lors du contact avec les objets-choses.

Nous pouvons également nous référer à D.ANZIEU qui postule que le caractère opératoire des agitations motrices peut découler directement d'une faille du Moi-peau. Pour lui, « il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par une forme ou une autre de motricité ¹¹», et il y a une marque corporelle et sensorielle qui émane de toute image mentale du corps. Du point de vue théorique, on peut alors penser que cette marque essentielle s'observe singulièrement lorsque le corps et sa motricité sont mis en avant de façon prégnante comme c'est le cas dans l'agitation motrice.

Les travaux cliniques sur l'agitation motrice de l'enfant mettent tous en exergue la problématique de la contenance des expériences psychiques et une faille du pare-excitation dans l'explication des troubles psychomoteurs de l'enfant instable, quel que soit l'âge. Les fragilités maternelles vont se traduire aussi par une faille de sa fonction de pare-excitation lors des premières coordinations motrices et lors des premières déambulations infantiles. Ceci induit chez l'enfant devenant instable une faille dans la capacité à élaborer ses propres représentations.

Il faudrait retenir ici que l'interaction centrée sur le corps de l'enfant participe directement à faire évoluer et travailler les enveloppes psychiques. La clinique de l'agitation motrice confronte constamment l'adulte à sa fonction de contenance, de soutien, de mise en organisation.

¹¹P.Claudon, Enfants hyperactifs, enfants instables, se repérer, comprendre, prévenir, page 64

Un autre point important est la temporalité qui concerne l'enfant instable et sa famille à plusieurs titres. En effet, le temps et le rythme sont deux entités particulièrement altérées chez ces enfants, la pathologie repose d'ailleurs surtout sur cette difficulté pour un enfant de s'approprier ses espaces, une rythmicité propre et son corps propre.

Ainsi, il y a des enjeux relationnels et narcissiques dans cette pathologie du mouvement.

Nous pouvons noter trois conditions essentielles qui président à un développement harmonieux de l'enfant : son intégrité organique, la satisfaction de ses besoins et un climat émotionnel favorable.

IV. La pratique psychomotrice

Nous venons de voir le développement moteur de l'enfant et l'importance des interactions précoces dans celui-ci. J'ai décidé de me pencher plus particulièrement sur l'agitation motrice de l'enfant et nous pouvons désormais nous demander quelle est la spécificité de l'approche psychomotrice dans ce trouble du mouvement ?

Dans un premier temps, nous pouvons tenter de donner une définition de la psychomotricité.

A. Définition de la psychomotricité

Dans le langage courant, « la psychomotricité regroupe l'ensemble des fonctions motrices qui sont en lien direct ou indirect avec la pensée, la psychologie et les fonctions cérébrales. C'est une discipline autant qu'un courant de pensée qui met en avant la liaison du corps et de la psyché, contrairement à la dichotomie souvent mise en avant. Elle s'enracine dans un système de régulation et de feed-back et d'homéostasie qui cherche à mettre en adéquation le corps et la pensée. ¹²»

La psychomotricité est également définie comme « l'ensemble des fonctions motrices considérées sous l'angle de leurs relations avec le psychisme. ¹³»

Le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (S.N.U.P.) écrit que « le concept même de psychomotricité rend compte de la liaison constante entre corps et psychisme »¹⁴, posant ainsi l'indissociabilité du corps et du psychisme comme principe fondateur de notre pratique.

¹² <http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychomotricite>

¹³ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychomotricite/64859>

¹⁴ <http://www.snup.fr/spip.php?article2>

B.JOLIVET définit la psychomotricité comme une « motricité en relation » qui vise à l'appropriation de certaines modalités relationnelles relativement aux défaillances et aux ratés des interactions et du développement précoce. Il fait référence aux enfants agités qui s'exprimaient uniquement par leur corps mais pas en relation avec l'autre. Ainsi, la psychomotricité ne serait pas uniquement une rééducation motrice mais plus une discipline permettant de mieux habiter son corps et à être dans la relation à l'autre. Ainsi, en évoquant des défaillances au niveau des interactions précoces en faisant référence aux enfants agités, ceci rejoint plus spécifiquement notre problématique de départ.

Tout au long de mon cursus de formation, j'ai pu me faire une idée personnelle de la psychomotricité. Tout d'abord, j'entrevois la psychomotricité comme une approche globale de la personne, dont une de ses spécificités est le corps en relation. Ensuite, je pense qu'une des notions importantes à cette définition repose sur l'indissociabilité du corps et du psychisme. Si la pensée s'enracine dans les sensations, les perceptions, il faut souvent l'aider à les organiser ; nous pouvons donc penser que ce sera un des rôles du psychomotricien. Cette profession est régie par un décret de compétence du 6 mai 1988 ; l'instabilité psychomotrice est notamment un trouble qui y figure et dont le psychomotricien est donc habilité à prendre en charge.

Concernant les troubles psychomoteurs, nous pouvons citer J.DE AJURIAGUERRA pour qui « 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. »¹⁵ (Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité volume 1 page 64).

Le symptôme peut être considéré comme une difficulté qui entrave le bon fonctionnement de l'enfant ; il peut aussi être un signe d'appel d'un mal être interne, entravant par son expression les apprentissages et l'évolution de l'individu.

¹⁵ Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité volume 1 page 64

L'instabilité psychomotrice est le motif de consultation le plus fréquent en pédopsychiatrie, mais quelle est la spécificité de la prise en soin psychomotrice vis-à-vis de ce trouble? Que peut-elle apporter et comment ?

Tout d'abord, au cours de mon stage, notamment au sein du CSMI, j'ai rapidement pu remarquer que ces enfants instables avaient des difficultés à respecter un cadre ; ils sont en permanence dans la recherche de limites. C'est pourquoi je pense que, dans un premier temps, dans la prise en soin de ces enfants, le psychomotricien possède un outil primordial qui est le cadre thérapeutique.

B. Le cadre

1. Généralités

Au départ, le cadre désigne une bordure, une limite. C'est un lieu, un espace, qui va délimiter la séparation entre le dedans et le dehors, un intérieur et un extérieur.

Dans son article « *Adolescents difficiles : entre autorités et soins* », Xavier POMMEREAU définit le cadre comme le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soin. Il est donc question de contenance et non de détention. Il est aussi question de souplesse, et non de rigidité.

C. POTEL définit le cadre thérapeutique comme étant « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ¹⁶»

¹⁶ C.Potel, Etre psychomotricien : un métier du présent un métier d'avenir, page 321

Ainsi, dans l'idée de cadre, il y a une notion de temps et d'espace. Cette notion de cadre existe dans toute idée de relation, mais quelle est la spécificité du cadre en psychomotricité ?

Tout d'abord, le cadre de la prise en soin s'inscrit dans le cadre institutionnel.

2. Le cadre institutionnel

Bien qu'ayant effectué mon stage de troisième année de formation dans deux lieux différents, je fais le choix ici de n'évoquer que le Centre de Santé Mentale Infantile car c'est sur ce lieu que j'ai pu observer davantage de clinique quant à l'agitation motrice et dans lequel font partie les deux enfants que j'ai choisis afin de développer une étude de cas.

Le CSMI est un lieu de consultations et de soins du Pôle de Pédiopsychiatrie Universitaire accueillant des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans.

Ce centre, créé en 1972 et géré par l'association Rénovation, est financé par l'Agence Régionale de Santé Aquitaine (ARS) ainsi que par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le CSMI propose différentes prises en charges :

- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) qui organisent des actions de prévention, de diagnostic et de soins,
- Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) qui organise des groupes pour des adolescents de 12 à 18 ans.

Dans le cadre de mon stage, je ne participe qu'aux prises en soin en psychomotricité au sein du CMP.

La majeure partie des enfants que je rencontre sont issus de famille dans la précarité, de famille monoparentale où sont placés en famille d'accueil.

La majorité des patients est adressée par les établissements scolaires : psychologues scolaires, enseignants, médecins scolaires, assistante sociale, infirmière scolaire... Une grande part est également adressée par leur médecin généraliste.

Généralement, les patients accueillis peuvent être maintenus dans le milieu scolaire. Les principales indications sont les troubles psychoaffectifs, les retards de développement et de maturation, les troubles des apprentissages et des conduites ainsi que les troubles instrumentaux.

Le bilan constitue un premier temps de l'action thérapeutique. À l'issue du bilan, une réunion se déroule en présence de tous les professionnels de l'équipe. À la suite de cette synthèse, un temps spécifique est consacré par le médecin à la communication des résultats de des bilans et du diagnostic à la famille et à l'élaboration d'un projet de soin avec eux.

L'équipe est constituée d'une secrétaire, d'une assistante sociale, d'un médecin pédopsychiatre, de deux internes psychiatres, d'une orthophoniste, d'une psychologue et d'un psychomotricien.

La prise en charge orthophonique peut se faire en individuel et consiste en un traitement des troubles des capacités de communication, langagiers et des aptitudes instrumentales. Les orthophonistes peuvent également co-animer des prises en charge de groupe avec d'autres intervenants de l'équipe : groupes de maturation, comptines, contes, argile...

Les psychothérapies peuvent être individuelles. Elles sont indiquées pour le traitement des troubles affectifs, anxio-dépressifs et pathologies limites. Elles s'adressent aux enfants et aux adolescents pour lesquels la relation duelle, sans médiateur, n'engendre pas une trop forte anxiété. Les psychothérapies peuvent également se dérouler en groupe. Elles sont indiquées pour des patients qui connaissent des difficultés de mobilisation de la pensée et de processus anxigènes sous jacents. Elles s'adressent aux pathologies du développement affectif et instrumental, aux troubles de l'attachement, aux difficultés de séparation et d'individuation. Les thérapies de groupe prennent en compte les besoins de stimulation et de maturation. Le

CSMI propose deux formes de thérapies de groupe : les psychodrames et les psychothérapies avec médiateurs (conte, marionnettes...). Il y a également des psychothérapies parents-enfant.

L'assistante sociale participe au travail d'équipe. Elle intervient auprès des enfants et de leur famille et s'occupe de l'orientation et de l'accès aux structures. Elle réalise un travail partenarial.

L'adhésion et l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant sont constamment recherchées.

Je consacrerai une partie spécifique pour exposer le rôle du psychomotricien.

3. Le cadre en psychomotricité

Catherine POTEL envisage « le cadre psychomoteur » à deux niveaux : le psychomotricien se doit de définir un cadre physique et un cadre psychique.

- **Le cadre physique :**

Le cadre physique, c'est tout ce qui va se mettre en place au départ ; nous devons essayer que ce soit immuable, c'est-à-dire maintenir cette régularité au niveau temps et espace. Nous pouvons ainsi définir un cadre temporel et un cadre spatial.

La séance de psychomotricité doit être marquée par des limites temporelles. Le cadre temporel comprend tout d'abord le jour et l'horaire de la prise en soin: nous nous engageons dans un temps. Il est important de les signifier et d'essayer, dans la mesure du possible, de garder ces mêmes horaires tout au long de la prise en soin ; cela crée un repère pour le patient. Ceci est d'autant plus important dans le cas de l'instabilité psychomotrice où les enfants ont ce besoin d'avoir des repères temporels. Le choix du jour et des horaires se fait selon les disponibilités du psychomotricien mais aussi selon celles de l'accompagnant. Ensuite, la fréquence est établie : elle se décide en début de prise en soin principalement en fonction du projet de l'enfant. Il est important de prévenir les temps d'absence, de vacances. La durée de

chaque séance est également stable ; ceci est structurant pour l'enfant et permet de limiter les angoisses.

Ces éléments très matériels doivent être discutés avec l'enfant et ses parents pour assurer la meilleure régularité possible dans la prise en soin.

La rythmicité et la régularité des séances vont contribuer à la structuration et l'intégration des notions temporelles.

Durant le temps de la séance, le psychomotricien est présent et disponible pour le patient.

Le cadre spatial correspond au cadre concret de la salle qui est délimitée par des murs. Il comprend le lieu et le matériel de la prise en soin : le psychomotricien possède généralement une salle qui lui est propre et doit rester la même durant toute la prise en soin. Le matériel doit également être identique à chaque séance, ce qui constitue un repère pour l'enfant. Ce matériel contribue à la spécificité de la psychomotricité et le psychomotricien peut aménager cette salle. L'enfant a ainsi accès à différents types de matériel. Certains objets vont lui permettre de mettre en jeu sa motricité tels que les cerceaux, les cubes en mousse, les ballons... et d'autres de mettre en jeu davantage son imaginaire, sa créativité ou encore ses stratégies (puzzles, dessins, jeux de figurines, jeux de sociétés...). À la fin de chaque séance, il me paraît important de demander à l'enfant de ranger les jeux qu'il a utilisés. Ceci marque un temps, celui de la fin de la séance. Ainsi, la salle est un espace spécifique avec ses propres règles ; tout en les respectant, l'enfant peut courir, sauter, faire du bruit...

Ce cadre instaure donc une limite concrète entre l'intérieur et l'extérieur de la salle et permet d'établir les bases du cadre qui assurent un contour et des limites à l'enfant. Toutes ces règles physiques vont être structurantes et sécurisantes pour les patients. Elles constituent une contenance rassurante.

- **Le cadre psychique :**

Pour D. HOUZEL, l'**alliance thérapeutique** « est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire ».

Dans tout domaine de soin, cette alliance est importante car elle est basée sur une relation de confiance réciproque. Celle-ci est primordiale avant tout travail thérapeutique et il est nécessaire de la construire et de l'entretenir en permanence.

La construction de cette l'alliance dépend des caractéristiques du patient et du thérapeute. Du côté du patient, cela va dépendre de son engagement dans le processus thérapeutique et de sa capacité à nouer des relations interpersonnelles saines. Plus ces deux facteurs seront développés, meilleure sera l'alliance. Quand au psychomotricien, la construction de l'alliance dépend de son caractère personnel mais également de sa capacité à intégrer le patient dans cette relation.

Selon D. GRABOT, dans son article « *la fragile naissance de l'alliance thérapeutique* », le premier entretien et l'alliance thérapeutique sont indissociables. L'alliance thérapeutique ne dépend pas du type de trouble mais de la capacité du clinicien à établir un cadre favorable à cette alliance et du type de traitement psychothérapeutique. La communication non verbale a une réelle influence sur l'alliance thérapeutique.

Cette compréhension empathique du thérapeute et cette alliance signent un accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs à atteindre et sur les tâches qui sont liées. L'alliance thérapeutique est donc un lien entre le patient et le soignant, un accord qui concerne à la fois les objectifs du travail et les moyens mis en œuvre.

En fait, il y a du côté du soignant et du soigné, l'alliance thérapeutique car des deux côtés il y a une prédisposition : entre le soigné qui demande une aide et le soignant qui a un regard bienveillant.

L'alliance thérapeutique est un facteur très prédictif à la guérison. On ne peut pas avoir l'intention de guérir si on n'a pas confiance en son thérapeute (on n'écoute pas ses conseils par exemple).

C'est une autre façon de le dire, mais c'est pour renforcer l'idée indispensable à toute relation. Quand on a à faire à un enfant, l'alliance doit inclure les enfants mais également ses parents.

Pour D.HOUZEL l'alliance thérapeutique « est l'adhésion de l'enfant à une expérience de type nouveau et qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques et qui permet à l'enfant d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui qu'il est habitué à connaître et de découvrir la possibilité, l'espoir, de donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance ».

Ainsi, un enfant qui présente un trouble d'instabilité, ou des symptômes qui le mettent en souffrance, est habitué à vivre avec un certain fonctionnement. Mais, dans la prise en soin psychomotrice, il peut avoir à faire à une écoute différente : la demande induira des réponses différentes. Il paraît donc important de faire participer l'enfant : « es-tu d'accord de venir travailler avec moi? ».

Mais cela n'est pas si simple car le symptôme fait parfois partie d'un équilibre familial, de vie. Il est parfois difficile d'accepter un changement même si consciemment on sait que ça peut aller vers du mieux.

Selon Michel BERNARD, « si le patient souhaite renoncer consciemment à son symptôme, inconsciemment il a peur de l'abandonner parce qu'il s'en est servi comme moyen de défense, de protection ».

Nous pouvons aussi penser que ce symptôme peut également lui apporter des bénéfices secondaires.

Le cadre diffère donc en fonction du psychomotricien, de son lieu d'exercice et de la population rencontrée.

4. Fonctions du cadre et du psychomotricien garant de ce cadre

- **La fonction contenant :**

D.ANZIEU compare le cadre à un « contenant maternel ». Cette enveloppe protectrice est élaborée et garantie par le psychomotricien ; il aura alors le rôle d'une seconde peau psychique. Les pensées du sujet pourront alors se déployer et l'excitation qu'elle soit d'origine interne ou externe sera contenue. C'est pour cela qu'il parle de contenant maternel.

Pour C.BALLOUARD, « un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.»

Cette fonction de contenance renvoie à la notion de holding de WINNICOTT. En effet, il parlera de « setting » qui est une application de son concept de holding. Le cadre est ainsi considéré comme un « contenant maternel », tout le monde ne contient pas pareil, c'est ça le « setting ». Mélanie KLEIN définit ce terme de « setting » comme aménagement, mise en place, réglages ou composition.

Le « setting » renvoie également à la notion de règles. Le cadre va donc avoir un rôle limitatif.

- **Rôle limitatif**

Le cadre va être défini par des lois et des règles qui vont venir limiter les possibilités d'action du patient. Il va définir non seulement un espace, un temps mais aussi un ensemble de règles.

La loi a un caractère général et universel ; elle fonde une société. La règle est plus ou moins fixe ; elle peut s'adapter à l'individu et à la situation, elle n'a pas de caractère de généralité. Ainsi, la loi est immuable alors que la règle s'applique dans un espace et un temps donné.

Ainsi, à cette matérialité du cadre, nous pouvons ajouter un certain nombre de règles qui vont border, limiter, contenir, maintenir un climat de sécurité. Les interdits ne sont pas absents des règles : interdit de se faire mal, de faire mal, de faire exprès de casser le matériel...

Ces règles sont variables d'un patient à l'autre et il convient de les définir et de les énoncer. Elles peuvent être adaptables et le psychomotricien définira ses propres règles en fonction de sa propre personnalité, de sa propre sensibilité. Quand on va modifier les règles d'un dispositif, on passe dans des métarègles ; par exemple, il se peut que nous ayons à adapter ces règles face au sujet, à la situation.

Les règles constituent un principe de réalité. Elles sont un frein au sentiment de toute-puissance. Le Moi du sujet se construit en se confrontant aux interdits. L'intégration des règles va aider à la socialisation.

Des règles spécifiques peuvent également intervenir pour les groupes en psychomotricité.

- **Fonction de miroir**

L'enfant se voit dans le miroir du regard du psychomotricien. Le dialogue non verbal, la manière de lui renvoyer ses réussites ou défaites constitue un miroir pour l'enfant et ceci de manière consciente et inconsciente. Le psychomotricien peut ainsi avoir une fonction miroir en renvoyant au travers de son regard, de son implication, de ses encouragements une image positive à l'enfant. Ainsi, il participe à la consolidation d'une base narcissique souvent fragilisée chez l'enfant instable.

- **Fonction d'étanchéité**

Tout ce qui se passe à l'intérieur d'une séance, reste à l'intérieur. L'enfant nous a fait confiance et il n'a pas forcément envie de tout dire à ses parents. Le secret thérapeutique qui découle de cette fonction d'étanchéité est une garantie majeure pour l'enfant. Il faut savoir rester coopératif avec les parents ou l'institution sans rompre le secret.

- **Rôle de symbolisation**

Le psychomotricien doit permettre à l'enfant, par ses actes et ses paroles, de différencier le possible de ce qui ne l'est pas, à trouver d'autres moyens pour s'exprimer que le passage à l'acte ou à l'agir : c'est en outre la sublimation des pulsions qui permet l'acte de création.

- **Rôle de pare-excitation**

Ce rôle est rendu possible par la disponibilité corporelle du psychomotricien. Le psychomotricien est là pour aider l'enfant à maintenir son attention sur un jeu choisi et ainsi ne pas passer d'activité en activité. Il lui revient de faire appel à sa créativité pour enrichir l'activité choisie par l'enfant pour que celui-ci l'investisse. Les mimiques, l'intonation, la proxémie, la qualité de contact autant corporelle que relationnelle participent à ce rôle de pare-excitation.

Le cadre dans la pratique psychomotrice permet de rassurer, sécuriser le patient par sa constance. C'est un frein au sentiment de toute-puissance. Il permet de contenir le patient sur un plan psychique pour éviter qu'il se disperse et pour éviter les passages à l'acte. Il pose des limites comportementales dans le temps et dans l'espace et permet au patient de se situer dans sa prise en soin. Grâce à celui-ci, le psychomotricien peut se protéger et protéger le patient de ses possibles débordements.

Il rend possible l'élaboration d'une confiance, d'une alliance thérapeutique entre patient et psychomotricien. Son existence permet au sujet de se sentir contenu; il est donc plus disponible pour se centrer sur lui-même et être à l'écoute de ses émotions, de ses sensations et de les mettre en mots.

Il est posé en même temps que le projet thérapeutique et il dépend de chaque patient.

Ainsi, la mise en place du cadre favorise la structuration, l'expérimentation, l'intériorisation des limites et la confrontation à la frustration. Il va aider à l'intégration du corps dans le temps et dans l'espace et va aider le patient à accéder à une élaboration psychique.

Dans un groupe, il est commun à tous mais il peut y avoir des règles différentes pour chacun.

Le cadre psychomoteur donne ainsi à la pratique clinique sa spécificité. Avec les enfants instables, qui ont tendance à tester les limites, il semble primordial de le maintenir.

- **Fonction de médium malléable**

M.MILNER définit le médium malléable comme une possible utilisation du cadre matériel, mais aussi comme une modalité d'utilisation du thérapeute. Le médium malléable renvoie donc conjointement à la matérialité du cadre et à la dimension transférentielle.

À sa suite, R. Roussillon (1991) reprend ce concept et le redéfinit. Il dégage alors les cinq caractéristiques qu'il attribue au médium malléable : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et vie propre.

F.JOLY va reprendre ces cinq caractéristiques qu'il va attribuer au psychomotricien. Ainsi, le psychomotricien est **indestructible**. Il est doté d'une **extrême sensibilité**, réceptif à toute variation émotionnelle ou tonique de l'enfant. Il est capable d'une **indéfinie transformation** ; il peut prendre toutes les formes, jouer différents personnages. Il est **inconditionnellement disponible**, dans l'espace et le temps de la séance. Il est capable d'**animation, de vie propre** ; ce n'est pas un objet qui ne vit que parce que l'enfant l'utilise.

- **Parallèle entre la fonction du psychomotricien et la fonction parentale.**

Le psychomotricien peut jouer un rôle de contenant « maternel » dans ses aspects de réception et de transformation des vécus de l'enfant. Ainsi, il permet à celui-ci, au travers d'un engagement global, d'accéder à des voies de symbolisation plutôt qu'à celles de l'agitation. Pour cela, il doit s'adapter, s'ajuster à l'enfant et faire preuve d'empathie et de bienveillance. Ceci va alors créer un climat de sécurité, de disponibilité corporelle et affective.

Dans le cadre temporel, nous avons énoncé la notion de rythmicité. Celle-ci peut renvoyer à la notion de rythmicité des soins organisée par la mère permettant d'indiquer des repères stables à l'enfant et l'amenant à développer sa capacité d'attention, sa capacité de mémorisation-anticipation et sa tolérance à la frustration.

Tout comme le cadre, le psychomotricien est lui aussi garant de repères : il incarne la loi et ne transgresse pas les règles ; ceci peut renvoyer à la fonction paternelle. En énonçant les règles, le psychomotricien est garant de l'autorité.

C. Spécificité de la prise en soin psychomotrice avec des enfants instables

Tout d'abord, il est important de mettre en place un **projet thérapeutique**.

Selon F.JOLY, « le projet thérapeutique en psychomotricité est toujours singulier, adapté au sujet présent, mieux réinventé et co-construit avec lui (quels que soient son âge et sa pathologie) ».

Le but c'est d'avoir connaissance des différents outils, de sa sensibilité, pour savoir proposer un projet qui nous parait cohérent. Ce projet va se construire en lien avec notre sensibilité, les parents, le patient...

Pour F.DESOBEAU, « la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est. ».

Je pense que cette prise en soin va être davantage basée du côté du relationnel que du rééducatif. En ce sens, le symptôme va être considéré comme un signe d'appel d'un mal être interne, entravant par son expression les apprentissages et l'évolution de l'individu.

Dans ce cas, ce n'est pas d'agir sur le trouble mais de mettre à jour le conflit pulsionnel qui s'y rattache.

1. Le jeu, un médiateur essentiel

Pour WINNICOTT, « proposer une médiation c'est donner une chance aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles d'exister de se manifester afin qu'elles participent à la construction dynamique du sujet ».

Le jeu, lieu privilégié de l'expressivité de l'enfant, peut ainsi être envisagé comme un médiateur de la vie psychique de l'enfant.

Il participe en effet à l'évolution des compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, de créativité et de socialisation chez l'enfant depuis son plus jeune âge.

Pour C.POTEL, le jeu psychomoteur sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable.

Ce médiateur permettra tout d'abord de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions. Ensuite cela pourra favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant. Il sera également une aide à la transformation des éprouvés en représentation. Il ne s'agit pas ici de faire de l'interprétation ; permettre des représentations c'est mettre du sens dessus, cela passe par la verbalisation de ce que nous voyons.

Fabien JOLY a parlé du travail du jouer ; il défend l'idée que le jeu est un travail.

Ainsi, en séance, nous invitons l'enfant à agir pour qu'il accède aux représentations.

Au travers de son regard, de ses paroles, de ses mouvements, de son imaginaire, de son corps, de ses émotions, autrement dit, de sa propre capacité à jouer, le psychomotricien invite les enfants à créer, à exprimer, à partager mais surtout à élaborer ce qui figurait encore comme non pensable par l'enfant auparavant.

Quand l'enfant joue, il met dans le même temps et le même mouvement en travail sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle. Le jeu peut ainsi permettre de projeter dans le monde extérieur les conflits internes dont l'enfant souffre.

Il faut être capable de contenir le jeu quand il y a des trop pleins, organiser le temps (pour mettre des repères de temps), des règles d'espace (le jeu se passe à un endroit), et permettre que la réalité et l'illusion puissent coexister sans pour autant être confondues (dans les jeux de faire semblant par exemple).

Dans le cadre de mon stage, c'est aux enfants de choisir l'activité, le jeu qu'ils veulent faire. Le jeu libre devient donc un jeu aménagé. Pour mener sa séance, le psychomotricien part donc des propositions de l'enfant. Je pense que c'est un bon moyen d'entrer en relation et d'augmenter l'adhésion de l'enfant à sa prise en soin.

Pour le psychomotricien, ce n'est pas tant le contenu du jeu qui importe mais la construction de celui-ci. Quelles règles l'enfant met-il en place ? L'enfant peut-il décrire son activité par des mots ou ne peut-il exprimer son idée qu'engagé dans l'action ? Qui l'enfant inclue-t-il ? De quelle manière ?

De plus, il y a tout le côté instrumental. Les grands thèmes tels que l'équilibre, les coordinations, la motricité fine sont sollicités. Pour pouvoir jouer, l'enfant doit alors moduler son tonus, contrôler ses mouvements et gérer ses débordements. Il devra également faire intervenir la précision et la concentration.

Les jeux à plusieurs peuvent prendre différentes tournures : en coopération ? En compétition ? Il me semble intéressant de remarquer ce que l'enfant choisit et comment il l'investit.

Ainsi je pense que de partir de la volonté de l'enfant tout en amenant progressivement nos objectifs permet à celui-ci d'être réellement acteur dans sa prise en soin. L'activité sera alors d'autant plus investie et appréciée par l'enfant. Le psychomotricien doit alors faire preuve d'adaptation et de créativité afin de pouvoir aménager le jeu selon ses objectifs.

Cependant, le psychomotricien peut parfois proposer l'activité. En effet, les enfants que je rencontre ne choisissent que très rarement de dessiner par exemple ; le psychomotricien peut donc décider de cette activité au cours d'une séance.

2. Entre directivité et non directivité

Dans sa pratique, il semble important que le psychomotricien puisse trouver un juste équilibre entre ces deux attitudes, notamment dans la prise en soin d'enfants instables. En effet, nous pouvons penser qu'être trop directif peut limiter leur adhésion. De plus, cela peut cacher leurs réels besoins et empêcher leur sphère imaginative de se développer pleinement. Pour eux, être trop directif pourrait renforcer leur opposition. À l'inverse, être trop dans la non-directivité peut s'avérer déstabilisant. De plus, cela risquerait de marquer une absence de limite, où tout est possible.

Ainsi, le psychomotricien doit être à l'écoute de l'enfant pour s'ajuster le mieux à ses besoins et l'aider à s'autonomiser tout en n'oubliant pas les objectifs de la prise en soin.

3. L'empathie

L'empathie est une notion désignant la « compréhension » des sentiments et des émotions d'un autre individu. En langage courant, ce phénomène est souvent rendu par l'expression « se mettre à la place de » l'autre. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie>)

Le psychomotricien a une attitude empathique et doit donc être sensible aux différentes émotions qu'éprouve le patient ; il doit alors avoir une grande capacité d'écoute. Cela suppose qu'il doive se décentrer pour accueillir les émotions de l'autre et pouvoir se mettre à sa place.

Cette attitude empathique pourra permettre au psychomotricien d'être un contenant pour l'enfant notamment en recevant ses angoisses afin de les détoxiquer, ce qui correspond à la fonction alpha décrite par W.R.BION et développée dans la deuxième partie.

V. Clinique

A. Présentation clinique de Kevin

Je rencontre Kevin dans le cadre de mon stage de troisième année au sein du Centre de Santé Mentale Infantile.

Kevin est né le 1^{er} septembre 2005 et a donc 8 ans lorsque je le rencontre. Il a les cheveux courts et bruns avec des yeux marron. Il a un développement staturo-pondéral normal pour son âge. Il est pris en soin au sein du CSMI pour un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) de type mixte.

Lors de mes premiers contacts avec lui, Kevin m'apparaît comme un enfant ayant besoin de maîtrise, qui aime bien décider ; il me paraît également indifférent à ma présence.

1. Situation familiale

Kevin est fils unique. Jusqu'à la fin de l'été, il vivait avec ses parents. Depuis, ils se sont séparés et se partagent sa garde ; Kevin est chez son papa un week-end sur deux ainsi que la moitié des vacances scolaires et est le reste du temps chez sa maman. Cette dernière travaille dans un cabinet d'expert comptable et son papa est technicien dans le mobilier urbain.

Les parents et le psychomotricien, ne notent pas de changement dans le comportement de Kevin suite à la séparation parentale. Cependant, les parents se montrent très peu

informatifs quant à leurs relations avec Kevin et le psychomotricien n'a rencontré que très peu de fois Kevin avant la séparation.

2. Histoire et anamnèse

- Grossesse et accouchement :

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans difficulté particulière. Kevin est né par siège par voie basse à 8 mois; il pesait alors 2kg780 pour 46cm.

- Développement :

Kevin a tenu assis à 6 mois, âge auquel il marchait également à quatre pattes. Il a acquis la station debout à 8 mois et a commencé à marcher à 12 mois.

Il a toujours très bien dormi et l'alimentation n'a pas posé de problème mis à part quelques difficultés avec les morceaux.

Kevin a acquis la propreté de jour à 3 ans et de nuit à 3 ans et demi.

Il n'a aucun retard de langage et a été compréhensible à 18 mois.

Ses parents décrivent un bébé vif, éveillé, qui bougeait énormément.

- Parcours scolaire :

Lorsqu'il est rentré en maternelle, Kevin a pleuré tous les matins durant un mois. Ses parents ont été rapidement et souvent convoqués car il ne tenait pas en place, n'écoutait pas et ne faisait que ce qu'il voulait.

En moyenne section de maternelle, sa maîtresse se dit dépassée par son comportement ; il a sans cesse besoin d'une présence et d'attention de la part de l'adulte. Il présente également une forte opposition. Cependant, il n'a aucun problème dans les apprentissages et a de bonnes relations avec ses pairs qui l'invitent notamment à leurs anniversaires.

Lors de son CP, il présente des difficultés attentionnelles majeures et ne peut se concentrer au-delà de 5 minutes ; il est parasité par son agitation et a une distractibilité importante.

En classe, il est isolé, seul à une table, car il gêne les autres (bouge et regarde ce qu'ils font). Il peut être opposant avec la maîtresse et même provoquant : « Aujourd'hui j'ai décidé de faire ce que je veux ». Ses parents sont alors convoqués au bout de 3 semaines. Cependant, il a de très bons résultats scolaires et a des copains.

- Comportement à la maison et lors d'une activité extrascolaire :

Les parents évoquent un enfant très tonique dès la naissance ; par exemple, il était difficile de le changer sur la table à langer car il bougeait beaucoup.

À la maison, Kevin est décrit comme fatigant et ayant besoin de beaucoup de surveillance. Il bouge beaucoup, est opposant et colérique. Il présente une intolérance à la frustration et les punitions n'ont aucun effet sur lui (il se montre indifférent aux sanctions telles que la confiscation de sa console ou l'interdiction de regarder des dessins animés).

Ses parents le décrivent également comme un garçon très émotif qui pleure facilement. Il ne se fait pas confiance et a tendance à se dévaloriser ; ils évoquent un enfant très « pessimiste ».

En dehors de l'école, Kevin fait du basket une fois par semaine depuis deux ans. Cela se passe bien, il arrive à suivre les règles, même si l'entraîneur relève parfois quelques légers problèmes d'inattention.

- Parcours médical :

Le 20 avril 2012, Kevin bénéficie d'un premier suivi en maternelle par un psychologue en libéral ; il n'y a pas encore de diagnostic posé. Ce suivi a été proposé aux parents par l'école suite aux diverses observations des institutrices.

Le 13 juin 2012, il réalise un WISC-IV au sein de l'école (auprès du psychologue scolaire). Il obtient alors un score général de 108, ce qui correspond à une intelligence normale pour son âge.

Le 27 septembre 2012, il réalise un KITAP (bilan neuropsychologique permettant d'évaluer les capacités attentionnelles) au Centre de Consultation Spécialisé. Il en résulte que ses ressources attentionnelles sont correctes lorsqu'elles sont évaluées dans un cadre duel.

Puis, le 27 novembre 2012, il est adressé par son pédiatre pour suspicion de TDAH ainsi que par l'école pour agitation et refus des ordres au médecin pédopsychiatre du CSMI. Kevin sera suivi pendant un an en pédopsychiatrie et un bilan psychomoteur est indiqué.

Les 13 et 20 décembre 2012, Kevin effectue donc un bilan psychomoteur.

Dans la première partie de celui-ci, Kevin est accompagné de ses parents. Ceux-ci reviennent sur l'histoire et les difficultés de leur fils ; ils semblent cohérents au niveau éducatif et ne se contredisent pas.

Lors du deuxième rendez-vous, Kevin vient seul. Dès l'épreuve du dessin du bonhomme, qui se déroule au début du bilan, il manifeste une fragilité narcissique (déjà évoquée plus haut dans la description des parents). En effet, il répond spontanément qu'il ne sait pas faire de bonhomme, puis, une fois réalisé, il pose plusieurs questions concernant son dessin. Son bonhomme est assez sommaire, pas personnalisé.

La suite des épreuves est marquée par les expressions récurrentes de ce qu'il ne sait pas faire ou mal faire.

Lors des réalisations motrices, Kevin est appliqué et on ne note aucune difficulté au niveau moteur, ses compétences étant normales pour son âge ; cependant, l'ensemble de son corps est crispé. Entre ces épreuves, il se rassoit à la table à côté du psychomotricien, construisant des figures avec les clips. Il ne manifeste aucune agitation ni excitation.

Kevin possède un bon repérage spatio-temporel mais son évaluation peut être anxiogène car il a tendance à anticiper sur les questions et à répondre trop vite.

Le schéma corporel est de bonne qualité. Ses compétences graphiques sont correctes et la mémorisation est efficace, tout comme l'accès à la symbolisation.

Le bilan souligne surtout une crispation globale du corps dans les épreuves, plutôt en lien avec l'évaluation qu'avec un véritable malaise corporel. La crainte de l'échec est récurrente et manifestée à plusieurs reprises. Il semble capable de se détendre et de se poser ; une prise en soin en groupe lui est alors proposée afin de lui permettre de se sécuriser.

Le 18 février 2013, la synthèse du bilan psychomoteur est remise aux parents qui sont alors d'accord pour la prise en soin ainsi que pour l'accompagnement en VSL (Véhicule

Sanitaire Léger). Une proposition pour participer à un groupe de parents à Bordeaux leur ait également faite.

3. La prise en soin en psychomotricité

Comme préconisé à la suite du bilan psychomoteur, Kevin bénéficie d'une prise en soin de groupe en psychomotricité à partir du 21 mars 2013. Celle-ci a lieu tous les jeudis matins durant 30 minutes ; le groupe est composé d'un autre garçon et d'une autre fille de son âge.

À chaque séance, il a été décidé et expliqué par le psychomotricien que c'est à un enfant de choisir et d'organiser l'activité qu'ils vont faire et ceci à tour de rôle.

C'est donc dans ce contexte-là que je rencontre Kevin pour la première fois le 12 septembre 2013.

Comme je l'ai dit plus haut, une de mes premières impressions en rencontrant Kevin est qu'il est indifférent à ma présence. Cette impression s'est confirmée lors des séances suivantes. En effet, il ne se souvient pas de mon prénom en début de chaque séance et, au cours de celles-ci, il ne me regarde pas et n'interagit pas spontanément avec moi.

Je me questionne alors sur la place qu'il m'attribue. Me situe-t-il au même niveau que lui ? Au même niveau que le psychomotricien ? Ou ne sait-il pas vraiment où me situer, quelle place me donner ? Je me demande également quelle est sa capacité à entrer dans une relation triangulaire.

Je suis amenée à prendre en charge une séance seule, sans le psychomotricien. À ce moment-là, Kevin me parle spontanément et m'intègre même dans son jeu. Il a choisi de prendre plusieurs instruments de musique et nous devons jouer à tour de rôle le chef d'orchestre. Lorsqu'un enfant a pris ce rôle alors que c'était à mon tour, Kevin l'a repris en lui disant que c'était à moi et m'a même nommée par mon prénom. Nous pouvons donc penser que Kevin interagit avec moi car je suis la seule adulte et nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il présente des difficultés à entrer dans la triangulation.

Nous pouvons également nous demander si Kevin interagit plus spontanément avec le psychomotricien parce que c'est un homme ; vivant principalement avec sa maman, il recherche peut-être plus une figure paternelle, masculine.

Ensuite, cette question de choisir à tour de rôle un jeu me paraît intéressante dans le cas de Kevin. En effet, lorsque c'est à lui de décider, il semble davantage faire un choix afin de l'imposer aux autres que de le faire réellement parce que ce jeu lui plaît. C'est en cela que je rejoins une de mes premières impressions concernant Kevin qui est celle d'un enfant qui aime bien décider, qui a un besoin de maîtrise. Cela se confirme lorsque ce n'est pas à son tour : soit il essaie d'influencer le choix de l'autre enfant, soit de diriger l'activité. Par exemple, lorsque la petite fille a choisi de construire une maison à l'aide de briques, il dit : « Ici, il faut faire la porte et là la fenêtre ». Nous pouvons faire un lien avec la notion de toute-puissance infantile, le fait de faire ce qu'il veut, quand il veut. De plus, nous retrouvons cette notion dans les descriptions faites par ses parents et ses institutrices : « Ne faisait que ce qu'il voulait », « n'écoutait pas », « intolérant à la frustration »... Nous pouvons donc penser que Kevin n'a pas dépassé ce stade de toute-puissance infantile et qu'il est resté dans un fonctionnement immature.

Kevin s'est parfois retrouvé seul, sans les autres enfants, en séance ; c'était donc à lui de décider ce qu'il voulait faire. Il a alors eu du mal à choisir, n'ayant pas d'idée de ce qui lui plairait ; cependant, il est capable de dire ce qu'il ne veut pas faire. Par exemple, en voyant des feuilles et des stylos posés sur la table, il dit : « Ha non, je ne veux pas dessiner ! ». Lorsque nous lui proposons notre aide afin de l'aider à faire un choix, celui-ci refuse.

Nous pouvons donc noter une difficulté à choisir que nous pourrions relier à une difficulté à mobiliser sa pensée. En effet, nous pouvons relever cette dernière à plusieurs reprises lors des différentes séances. Par exemple, aux retours de vacances, lorsque nous lui demandons ce qu'il a fait au cours de celles-ci, il dit ne pas se souvenir et ne peut pas nous dire s'il était chez sa maman ou chez son papa.

Ces deux notions de toute-puissance infantile et de difficulté à mobiliser sa pensée peuvent se retrouver à travers un jeu que Kevin a choisi lors d'une séance : un jeu de figurines avec des accessoires et des décors. Au début, il a partagé les différentes figurines, accessoires et décors avec les deux autres enfants. Il a décidé de prendre un camp pour lui tout seul et

d'attribuer un autre camp pour les autres enfants. Nous avons donc pu remarquer que Kevin s'est emparé des plus grands décors, des meilleures armes ainsi que de la majorité des figurines ; il a également pris un grand nombre d'accessoires et notamment ceux les plus convoités par les enfants. La quasi-totalité de la séance a alors consisté à l'installation des deux camps, sans que Kevin ne puisse construire une histoire. Il n'a par exemple pas pu dire pourquoi il y avait deux camps, ni ce que chacun devait faire et pourquoi. Ici, nous pouvons penser à un défaut de représentation et d'imaginaire. L'agitation motrice présentée par Kevin serait alors un moyen pour évacuer ses tensions internes.

Dans le cadre de cette prise en soin, le travail du psychomotricien s'appuie sur le jeu choisi par l'enfant. Dans le cas de Kevin, le psychomotricien pourra alors servir de support et d'étayage, afin qu'il puisse mobiliser sa pensée et développer ses capacités de représentation. Petit à petit un des objectifs sera pour Kevin de pouvoir inventer de petits scénarios et ainsi de pouvoir jouer et mettre en scène ses mouvements pulsionnels et affectifs. Cela va l'aider à aller peu à peu vers la représentation et généralement, lorsque l'enfant commence à imaginer, à se représenter, son agitation diminue ; la mise en mots favorise la mise à distance par rapport à l'agir.

Je peux aussi remarquer que Kevin a parfois tendance à se dévaloriser, à manquer de confiance en lui. Par exemple, il dit qu'il ne sait pas dessiner. D'ailleurs, face à cette activité, il met du temps à pouvoir produire une trace. Au cours d'une séance, le psychomotricien assis en face de lui, afin de voir sa réaction, lui a demandé si nous pouvions partir le temps qu'il dessine. Kevin lui a répondu non, que nous devions rester pour le regarder. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que Kevin présente une difficulté à être seul en présence de l'autre. Il aurait un certain besoin de maîtriser l'adulte et on pourrait penser que son agitation motrice serait une façon d'attirer le regard de l'autre. D. WINNICOTT a développé cette notion de « capacité d'être seul en présence de l'autre ». Cette capacité est un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif et est essentielle au bon développement du bébé. Cette phase permet l'intériorisation de la mère comme bon objet.

Enfin, j'ai également pu observer que Kevin pouvait avoir peur de l'échec. Lors d'une séance où il était seul sans les autres enfants, il a décidé de construire la plus haute tour possible avec les cubes ; étant seul, il n'était alors pas en « compétition » avec les autres. Cependant, avant de commencer, il me demande s'il peut la construire « contre un mur car sinon ça ne va pas tenir ». Nous pouvons donc noter une crainte de l'échec mais la mise en place de stratégie afin de répondre à une certaine angoisse. Tout au long de la séance, je peux constater que Kevin prend son temps et s'applique. Sans que la tour ne tombe une seule fois, elle parvient à atteindre le plafond, mais Kevin semble plus soulagé d'avoir réussi que réellement fier ou content.

Ainsi, nous pouvons remarquer que Kevin présente certains éléments dépressifs. Ici, son instabilité psychomotrice est alors vue comme un symptôme. En effet, nous pouvons penser que l'agitation motrice qu'il manifeste à l'école et chez ses parents pourrait être un moyen de défense pour lutter contre ces éléments.

À travers ces divers éléments, je peux percevoir une forme d'angoisse chez Kevin, qui se retrouve également lorsque sa maman dit qu'il a pleuré pendant un mois lors de sa rentrée en maternelle. Nous pouvons penser à une fragilité des assises narcissiques primaires entraînant une angoisse de séparation et un manque de confiance en lui. Maurice BERGER avance que l'agitation externe peut avoir une fonction pare-excitante supplétive. Elle serait une protection dans le registre des processus autocalmants. Ce concept de G.SZWEC explique que l'individu tente par ce procédé de retrouver le calme à travers la recherche de l'excitation motrice; l'agir corporel a alors ponctuellement une fonction pare-excitante et protectrice.

Pour Bernard GOLSE, « l'agitation d'un enfant peut prendre la valeur d'une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordial ».

Ainsi, dans cette prise en soin, il me semble qu'il est important pour Kevin de pouvoir passer par l'agir, la motricité, afin de l'amener petit à petit vers la représentation symbolique et la mobilisation de sa pensée. Un des rôles du psychomotricien peut être de poser des mots sur ce que fait Kevin, ce qui fait référence à la fonction alpha décrite par BION.

La psychomotricité est donc vue comme un étayage de la pensée sur le corporel ; elle permet à Kevin de recréer des liens entre son corps et son psychisme.

4. Mes questionnements et observations au cours de cette prise en soin

Tout d'abord, j'occupe une place d'observatrice. Au début, Kevin me semble calme, posé, mais montrant un besoin de maîtrise. Il m'apparaît alors dans un fonctionnement immature de toute-puissance.

Je décide de ne pas consulter son dossier immédiatement et d'essayer de saisir sa problématique à partir de mes observations.

Pourquoi avoir retenu mon attention sur Kevin et décidé de présenter sa clinique ? Tout d'abord, je pense parce que c'est un des seuls étant au départ dans l'indifférence face à ma présence ; ceci m'a amenée à me questionner. Ensuite, je remarque beaucoup de choses quant à son comportement mais ne cerne pas immédiatement pourquoi il est adressé en psychomotricité ; il m'a fallu plusieurs séances avant de pouvoir faire un lien entre tout ce que j'observais et sa problématique.

Dans un premier temps, son envie de toujours diriger le jeu est ce qui m'a le plus marquée, le plus interpellée. En effet, malgré les nombreuses remarques faites par le psychomotricien, Kevin semble ne pas pouvoir s'empêcher de donner son avis et de soumettre des idées lorsque ce n'est pas à lui de choisir le jeu. Cependant, je remarque qu'il est conscient qu'il ne doit pas le faire et vérifie parfois que le psychomotricien ne le regarde pas avant de faire une remarque à un autre enfant du groupe ou essaie de le dire à voix basse afin qu'on ne l'entende pas.

Ensuite, la première fois où Kevin s'est retrouvé seul en séance, j'ai été interpellée par sa difficulté à faire un choix ; je me suis alors questionnée quant à ce comportement.

En tant qu'observatrice, après avoir saisi la problématique de Kevin, j'ai essayé de comprendre les objectifs de sa prise en charge et les moyens mis en œuvre par le psychomotricien.

Je relève alors le choix d'un groupe pour Kevin. Ce choix me semble notamment pertinent quant au fonctionnement immature de Kevin. Il me paraît important qu'il puisse se confronter à d'autres enfants de son âge. Ainsi, lorsque c'est au tour de Kevin de choisir le jeu, il me semble important d'essayer de le faire exprimer ce qu'il va faire avec ce jeu. Lorsque ce n'est pas à lui de choisir, le psychomotricien peut l'amener à écouter et faire ce que demandent les autres. Cette prise en soin en groupe pourra donc être bénéfique afin de l'aider à sortir de sa toute-puissance.

Ensuite, je remarque que le psychomotricien encourage beaucoup Kevin à verbaliser. Un jour Kevin est venu en séance avec de petites griffures sur la main. Le psychomotricien lui a alors demandé s'il avait un chat. Kevin lui a alors dit oui mais dit ne plus se souvenir de son nom. Le psychomotricien lui pose alors différentes questions pour l'amener à raconter qui a voulu ce chat, à qui il est, qui est allé le chercher, où ça ? Questions auxquelles Kevin a eu beaucoup de mal à répondre. À partir de cet exemple, je veux montrer comment le psychomotricien peut aider Kevin à mobiliser sa pensée à partir d'un petit détail et de choses simples.

Ensuite, je deviens de plus en plus participante aux séances jusqu'à le prendre en charge seule. Je décide de rester dans le même principe mis en place par le psychomotricien, c'est-à-dire de laisser choisir les enfants à tour de rôle. Je me place alors dans une continuité de prise en soin où j'essaie au maximum de faire verbaliser Kevin.

Je remarque alors qu'un jeu de cabanes revient très souvent et est répétitif, quel que soit l'enfant qui choisit. Les enfants construisent une maison à l'aide de briques, toujours à peu près la même, puis vont chercher une dinette et font semblant de manger. J'essaie alors d'enrichir ce jeu en proposant à l'enfant qui choisit d'attribuer des rôles à chacun par exemple afin de pouvoir créer une histoire. L'enfant accepte-t-il et respecte-t-il le rôle qui lui a été attribué ?

Au fur et à mesure des séances la maison s'enrichit et je remarque un besoin de contenance. Les enfants utilisent par exemple un coin de la pièce afin d'avoir déjà deux murs de construits et ainsi pouvoir en construire deux autres plus hauts que d'habitude. Pour matérialiser l'entrée ils utilisent très souvent un tunnel, ce qui peut renvoyer à un besoin d'enveloppement, de se sentir contenu. Avec étayage, des histoires prennent peu à peu sens. Cette construction est induite par le psychomotricien et est notamment permise par la mise en place d'un climat de sécurité.

Il semble ainsi primordial d'aiguiller Kevin, de lui poser des questions, de nourrir sa pensée. Au fil des séances, Kevin semble étoffer de plus en plus sa construction imaginaire, avoir des idées et être dans le jeu symbolique. Il est désormais dans la relation avec moi et n'hésite plus à me demander de l'aide.

Ce que je peux remarquer, c'est une difficulté lorsqu'il doit ranger le matériel. Il détruit alors la maison à coups de pieds et poings et semble être dans une excitation qui est difficilement contrôlable. Il détruit et joue avec le matériel plutôt que de le ranger. Cependant, une fois cette phase passée il est capable de se mettre à ranger.

Je pense que Kevin évolue donc progressivement et que pour l'instant l'approche par le corps est la seule possible avant une éventuelle prise en soin psychothérapeutique.

Au vue de ces divers éléments et observations, il semble utile de poursuivre cette prise en soin afin d'aider Kevin à se sécuriser et à prendre confiance en lui. Le groupe semble approprié pour l'aider à faire des choix et à accepter celui des autres. Il paraît important de maintenir un cadre contenant pour le soutenir afin qu'il sorte de cette toute-puissance infantile tout en se sentant contenu. Ici, le cadre pourrait être vu comme une métaphore de la relation mère-enfant, ayant une fonction pare-excitante et contenant. Cette prise en soin paraît également primordiale afin que Kevin puisse favoriser la mise en mots et mettre à distance l'agir.

B. Présentation clinique de Mathieu

Je rencontre Mathieu pour la première fois le 7 novembre 2013 au sein du CSMI. Mathieu est un garçon aux cheveux bruns et aux yeux marron. Il est de grande taille et de forte corpulence. Il est né le 31 juillet 2007 et a donc 6 ans.

1. Situation familiale

Mathieu est le fils aîné d'une fratrie de deux. Il vit avec ses deux parents et son petit frère âgé de deux ans et demi ; sa maman est actuellement enceinte.

Il est souvent en conflit avec sa maman et se montre opposant surtout au moment du coucher. La relation avec son papa se passe bien.

Au départ, les grands-parents paternels n'acceptent pas la grossesse survenue peu de temps après la rencontre des parents. Les grands-parents maternels sont proches.

Sa maman se décrit comme anxieuse et a du mal à se contenir.

Ses parents l'ont inscrit au football mais Mathieu n'a pas pu continuer car il n'écoutait pas l'entraîneur.

2. Histoire et anamnèse

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème particulier. Mathieu est né à 38 semaines d'aménorrhées et pesait 3,350 kilogrammes.

Ses parents ne rapportent aucun problème de sommeil ni d'alimentation.

- Développement psychomoteur :

Mathieu a tenu assis à 6 mois et a marché à un an.

Il a acquis la propreté de jour et de nuit à deux ans et demi.

Il a parlé tôt et a été rapidement compréhensible.

- Parcours scolaire :

En petite section de maternelle, il arrivait à Mathieu de s'opposer à sa maîtresse. Celle-ci le décrit comme un enfant qui bouge beaucoup et qui veut tout le temps faire vite. Elle suspecte alors un trouble hyperkinétique.

Mathieu est souvent isolé des autres enfants car il lui arrive de leur prendre leur jouet et de les pousser ; ses pairs se plaignent souvent de lui.

En moyenne section de maternelle, Mathieu bénéficie d'une adaptation des conditions de travail : il est souvent seul à une table et le plus possible en présence de l'adulte.

En grande section de maternelle, sa maîtresse le décrit comme un élève « cocotte-minute ». Il ne tient pas en place et ne peut pas rester un temps complet sur un atelier. Cependant, il est content de venir à l'école et n'a pas de difficultés dans les apprentissages.

En CP, Mathieu bénéficie d'une Aide Spécialisée à Dominante Rééducative à la suite de la demande de son enseignante. Mathieu est très perturbateur en classe et difficile en récréation. Il présente beaucoup d'impulsivité et paraît submergé par le besoin de bouger. Le collectif est problématique et Mathieu cherche une exclusivité de l'adulte.

Objectifs de l'aide rééducative : Offrir un espace contenant et rassurant au sein de l'école permettant de vivre des expériences motrices, ludiques et symboliques pour favoriser la confiance et l'estime de soi, la prise de risque, la gestion de l'obstacle. L'apaisement attendu devrait profiter aux apprentissages scolaires, à l'attitude d'élève, au rapport aux autres et à soi, afin de sortir du statut de « mauvais objet » dans lequel Mathieu semble placé depuis plusieurs années.

Mathieu présente des difficultés face à la frustration et n'accepte pas de perdre.

- Parcours médical :

Mathieu rencontre pour la première fois le médecin pédopsychiatre du CSMI le 12 septembre 2011. Il est alors âgé de 4 ans et est accompagné par sa maman. Il est adressé par l'école ainsi que par son médecin traitant pour une suspicion de trouble hyperkinétique.

Le médecin diagnostique un trouble oppositionnel avec provocation et suspecte un TDAH ; il prescrit un bilan psychomoteur.

Ce bilan est réalisé en deux fois, en février et mars 2013 ; Mathieu a alors 5 ans et demi.

Mathieu ne manifeste aucune angoisse de séparation et apparaît à l'aise dans la relation.

Sa latéralité est hétérogène avec une latéralité manuelle et pédestre à droite et une latéralité visuelle à gauche. Sa latéralité est en voie d'intégration.

Mathieu présente des difficultés à se repérer dans le temps : il ne connaît pas la date ni les jours de la semaine. En revanche, il est capable d'ordonner chronologiquement des images séquentielles. Lors de cette épreuve, il place les images de droite à gauche.

Mathieu connaît les notions topologiques de base par décentration.

Lors de l'épreuve de Naville, il réussit le premier parcours au deuxième essai. Il parvient à s'auto-corriger, ce qui souligne une évolution dans la stratégie employée et une capacité à se représenter mentalement un espace. Les autres parcours sont réussis du premier coup. Cette épreuve a également montré qu'il peut comprendre et mémoriser une consigne complexe.

Il connaît les couleurs et parvient à nommer et à reproduire les figures géométriques de base.

À l'épreuve de la figure de Rey, Mathieu obtient des résultats inférieurs à la moyenne des résultats des enfants de son âge. Il oublie en effet de reproduire plusieurs détails et le triangle est tout juste reconnaissable. Les figures sont superposées ou accolées mais ne sont pas intriquées. La reproduction de mémoire est marquée par une perte de détails supplémentaires. Cette épreuve souligne chez lui un retard de représentation visuo-spatiale.

Mathieu est capable de nommer et de montrer sur lui les différentes parties du corps demandées. En revanche, son dessin du bonhomme souligne une immaturité dans la représentation du schéma corporel ; sa représentation est éclatée sans aucun lien entre les différentes parties du corps.

Lors du test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine, Mathieu parvient à imiter les gestes globaux dans les différents plans de l'espace, l'imitation se faisant en miroir. L'imitation de gestes manuels montre chez Mathieu des difficultés dans son déliement digital et dans sa motricité fine.

Au niveau de la graphomotricité, Mathieu tient son stylo de la main droite au moyen de la pince pouce-index ; il stabilise sa feuille avec sa main gauche. Le tracer peut être interrompu et ses productions sont de petite taille. Mathieu ne parvient pas à reproduire les boucles.

Au cours des épreuves de coordination, les mouvements sont discontinus, saccadés et manquent de fluidité. Cela marque des difficultés au niveau de la régulation tonique.

Mathieu a un bon équilibre tant statique que dynamique.

Mathieu parvient à se détendre lors des épreuves d'évaluation du tonus. Lors des mobilisations passives, il accompagne le mouvement mais arrive très vite à se relâcher dans les épreuves du ballant et de la chute. Lors du bilan, Mathieu présente fréquemment une hypertonie au niveau des membres supérieurs.

Durant l'ensemble des épreuves, Mathieu s'est montré souriant et attentif. Parfois, ses soupirs ont pu montrer une certaine opposition ; cependant Mathieu est facilement recadrable : il a accepté et réalisé toutes les propositions faites. Il accepte également les temps d'attente et de transition et fait preuve d'écoute des consignes.

Une prise en soin en ambulatoire en psychomotricité serait bénéfique à Mathieu compte-tenu de son immaturité globale.

3. La prise en soin en psychomotricité

À la suite de ce bilan, Mathieu bénéficie d'une prise en soin en psychomotricité. Celle-ci se déroule en individuelle une fois par semaine durant 30 minutes à partir du 7 novembre 2013.

Dès le début, Mathieu manifeste une envie de jouer au football. Je suis à ce moment-là dans l'observation mais Mathieu m'inclut dans ses jeux. Le psychomotricien aménage alors des séances autour d'un jeu de ballon. Très vite Mathieu semble rentrer dans la compétition et paraît vouloir particulièrement me battre.

Mathieu est enthousiaste pour venir en séance. Pendant les vacances scolaires, il est même arrivé très avance et sa maman nous a alors dit que c'est parce qu'il était pressé de venir. Il a pu me dire que c'est parce qu'il voulait jouer et qu'il s'ennuyait chez lui. Mathieu semble donc vivre ses séances comme un jeu. Cependant, lorsque le psychomotricien lui a demandé pourquoi il venait, il a été capable de dire que c'est « parce qu'il n'est pas sage et qu'il n'écoute pas ».

Les séances partent donc de cette proposition de Mathieu de jouer au football mais évoluent progressivement. Au départ, il y avait des briques en carton sur un banc, et le but du jeu était de toutes les faire tomber en un minimum de coups en shootant dans le ballon avec le pied. Un cerceau était alors disposé face au banc, ce qui marquait l'endroit d'où nous devons shooter. J'ai alors pu observer que Mathieu était très impulsif et ne prenait pas du tout le temps de viser les briques et de se concentrer ; parfois, il ne revenait même pas dans le cerceau et shootait à plusieurs reprises dans le ballon sans toucher aucune brique.

Ainsi, au début de la prise en charge, bien que le psychomotricien parte de la proposition de Mathieu, c'est lui qui met en place le jeu et instaure les règles. L'objectif de la prise en soin est alors basé sur la capacité à respecter des règles et, d'un point de vue instrumental, arriver à moduler son tonus et à se concentrer afin de pouvoir réaliser le jeu. De plus, afin de mobiliser son attention, le psychomotricien demande à Mathieu de compter les points lorsque ce n'est pas à son tour de jouer.

Puis, au fil de la prise en soin, nous restons dans un jeu de ballon mais en modifiant son installation. Ainsi, nous allons successivement jouer au football, au handball et au basketball. La motricité globale et plus fine de Mathieu est alors mise en jeu. Je remarque que Mathieu a de plus en plus de mal à accepter de perdre et modifie parfois les règles afin de pouvoir gagner. De plus, il semble avoir du mal à comprendre que, dans cette salle de psychomotricité, nous ne jouons pas à du vrai football et que les règles sont aménagées. Par exemple, durant une séance, même le gardien de but ne pouvait pas prendre le ballon à la main. Mathieu l'a alors pris plusieurs fois à la main et malgré nos remarques, il n'a de cesse de répéter : « mais quand on est gardien on a le droit ». Le jeu n'a alors pas pu se poursuivre jusqu'au bout. Je pense que Mathieu a des difficultés à entrer dans le symbolique et le faire-semblant.

Lors de cette même séance, étant en nombre impair et devant faire deux équipes, nous avons demandé à Mathieu avec qui il voulait être. Il nous a alors répondu : « seul contre vous deux ». Même face à la difficulté évidente de gagner contre deux adultes, Mathieu n'a pas pensé à changer d'équipe mais a persévéré dans le fait de vouloir gagner à tout prix ; c'est alors qu'il a voulu introduire de nouvelles règles telles que le carton rouge ou des pénaltys non justifiés. Ici, le travail du psychomotricien est alors de lui faire comprendre que seul contre nous deux, il ne pouvait pas gagner et l'amener progressivement à réfléchir quant à une possible coopération avec l'un de nous plutôt qu'une compétition. Nous pouvons mettre en lien ce comportement de Mathieu avec une illusion de toute-puissance.

Lorsque nous jouons au basket, nous installons un panier et devons, chacun notre tour, essayer de marquer le plus de paniers en un certain nombre de lancers. Nous sommes parfois amenés à laisser gagner Mathieu, mais nous ne l'avons fait que peu de fois. Il est vrai qu'avec d'autres enfants, nous aurons tendance à plus les laisser gagner et je me suis beaucoup interrogée sur cette question. Il me semble que face à sa problématique, il est important qu'il comprenne qu'il ne peut pas toujours gagner et notamment face à des adultes. Mais ce qui me paraît encore plus primordial, c'est d'arriver à lui faire respecter les règles. Or, lorsqu'il gagne, il ne va pas chercher à les modifier, donc il me paraît utile de le confronter à la perte afin qu'il apprenne malgré cela à respecter les règles.

Puis, petit à petit, c'est à lui de mettre en place le jeu en début de séance. Il doit alors installer le matériel et nous expliquer les règles. Je peux remarquer qu'à ce moment-là Mathieu présente quelques difficultés. Tout d'abord, comme je l'ai déjà dit plus haut, Mathieu a du mal à rentrer dans le symbolique ; ainsi, il semble difficile pour lui de créer un faux panier de basket avec le matériel : « Mais on ne peut pas jouer, il n'y a pas de panier ». Je pense qu'à ce moment-là il est important que le psychomotricien puisse l'étayer et l'amener à construire un jeu qui n'est pas forcément pareil que celui qu'il connaît en dehors de cette salle. Ensuite, le psychomotricien peut l'amener à réfléchir sur la manière de construire le jeu : fait-on des équipes ? Jouons-nous tous l'un contre l'autre ? En collaboration ? Quel est le but du jeu ? Les règles ? Les interdits ? Ceci va permettre à Mathieu de pouvoir élaborer de plus en plus et de pouvoir enrichir et varier les jeux.

Comme nous l'avons vu, Mathieu est souvent isolé des autres enfants et a des difficultés à être en collectivité. Il me semble pour cela judicieux de travailler d'abord en individuel autour du respect des règles ; nous pouvons cependant penser qu'une prise en charge en groupe pourra lui être proposée plus tard, afin de le confronter à d'autres enfants.

Ainsi, je pense que ces deux présentations cliniques se complètent et montrent une bonne partie de ce que j'ai pu apprendre et observer en stage. En effet, Kevin bénéficie d'une prise en soin de groupe alors que Mathieu est en individuel. Même si ces deux enfants présentent une agitation motrice, leur clinique et problématique ne sont pas les mêmes. De plus, je n'ai jamais rencontré les parents de Kevin alors que j'ai pu assister à des entretiens entre le psychomotricien et les parents de Mathieu, notamment avec sa maman. Lors de ceux-ci, j'ai pu découvrir une facette du métier de psychomotricien : la guidance parentale ; cependant celle-ci nécessite une formation particulière supplémentaire.

Conclusion

Tout au long de mon stage, je me suis donc intéressée à l'agitation motrice. En effet, cette agitation est un symptôme qui se remarque lors d'une séance, mais que recouvre-t-elle ?

Ce point de départ m'a permis de pouvoir réfléchir à la question des limites tant corporelles que psychiques. Les concepts d'enveloppe et de fonction parentale m'ont alors beaucoup interrogée et j'ai ainsi pu mettre en avant un lien entre l'agitation motrice et une perturbation des interactions précoces.

Ensuite, j'ai pu aborder une manière de prendre en soin ces enfants agités : partir de leur proposition, de leur choix d'activité. J'ai ainsi pu découvrir en quoi cela pouvait leur être utile et comment, en tant que psychomotricien, nous pouvons intervenir et étayer afin de ne pas perdre de vue nos objectifs.

En découvrant la guidance parentale, il m'a paru intéressant d'inclure les parents à la prise en soin. L'alliance thérapeutique avec les parents est donc importante et permet à l'enfant d'avoir le meilleur suivi possible.

En m'impliquant de plus en plus et en essayant d'avoir une réflexion clinique, je me suis aperçue que sous ce symptôme pouvaient se cacher différentes significations et qu'il pouvait y avoir divers troubles associés.

En effet, ayant pu rencontrer plusieurs enfants instables, j'ai pu remarquer que chacun avait une clinique et une histoire différente. C'est pourquoi je pense qu'aucun courant de pensée n'est à négliger, mais qu'ils peuvent au contraire se compléter. J'ai réellement voulu partir de la clinique de l'enfant et non des différentes classifications et courants de pensée. Je pense que le fait de pouvoir s'appuyer sur différents courants est notamment une des richesses de la psychomotricité.

Enfin, outre cette question de l'agitation, j'ai pu découvrir deux fonctionnements d'équipe différents suivant mes lieux de stage ainsi que la place accordée au psychomotricien au sein de cette équipe. J'ai également pu me questionner quant à ma pratique future et m'apercevoir de l'importance de continuer à se former et à se documenter.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
I. Le développement de la motricité.....	7
A. La motricité chez le nourrisson	7
1. Réflexes archaïques	7
2. Motricité spontanée	8
B. Le développement de la motricité volontaire.....	10
1. Le contrôle postural	11
2. Le développement de la préhension	12
3. Le développement de la locomotion.....	12
4. Les patterns d'ajustement	13
5. L'axe corporel	13
II. Les interactions précoces	16
A. Définitions.....	17
B. Niveaux d'interactions précoces	18
C. Interprétation et ajustement aux signaux de l'enfant.....	19
1. Moyens de communication.....	19
2. Interprétation	21
3. Ajustement.....	23
4. Différences interindividuelles.....	23
5. La préoccupation maternelle primaire	24
D. La relation père-enfant	26
E. Attachement	29
F. Les compétences précoces	31
III. Liens entre une perturbation des interactions précoces et une agitation motrice dite pathologique.....	34
A. Perturbation des relations précoces.....	34
B. Importance de l'environnement dans le développement moteur de l'enfant.....	35

C. La contenance.....	37
1. Holding.....	38
2. Enveloppe psychique.....	39
3. Fonction de pare-excitation.....	44
D. La grande bifurcation selon Pierre Delion.....	45
E. La castration anale de F. Dolto.....	48
F. Agitation "pathologique".....	49
IV. La pratique psychomotrice.....	53
A. Définition de la psychomotricité.....	53
B. Le cadre.....	55
1. Généralités.....	55
2. Le cadre institutionnel.....	56
3. Le cadre en psychomotricité.....	58
4. Fonctions du cadre et du psychomotricien garant de ce cadre.....	62
C. Spécificité de la prise en soin psychomotrice avec des enfants instables.....	66
1. Le jeu, un médiateur essentiel.....	67
2. Entre directivité et non directivité.....	69
3. L'empathie.....	69
V. Clinique.....	70
A. Présentation clinique de Kevin.....	70
1. Situation familiale.....	70
2. Histoire et anamnèse.....	71
3. La prise en soin en psychomotricité.....	74
4. Mes questionnements et observations au cours de cette prise en soin.....	78
B. Présentation clinique de Mathieu.....	81
1. Situation familiale.....	81
2. Histoire et anamnèse.....	81
3. La prise en soin en psychomotricité.....	84
Conclusion.....	88

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA.J et MARCELLI.D, Psychopathologie de l'enfant, 3^{ème} édition, Paris, Masson, 1989.

AJURIAGUERRA.J, Corps, tonus et psychomotricité, Montreuil, éditions du Papyrus, 2008.

ANZIEU.D, Le Moi-peau, Paris, Dunod, 1995.

BERGER.M, L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, 2013.

BOUBLI.M, Psychopathologie de l'enfant, Paris, Dunod, 1999.

BOWLBY.J, Attachement et perte, volume 1, l'Attachement, 5^{ème} édition, Paris, Presses universitaires de France, 2002.

CLAUDON.P, Enfants hyperactifs, enfants instables, se repérer, comprendre, prévenir, Paris, In press, 2007.

CORRAZE.J et ALBARET.J-M, L'enfant agité et distrait, Paris, Expansion scientifique française, 1996.

DAVID.M, L'enfant de 0 à 2 ans, vie affective et problèmes familiaux, Paris, Dunod, 2013.

GARY.E, « Borde-Moi », Contenance et limites chez les enfants instables, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012.

LEBOVICI.S et STOLÉRU.S, Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces, 2^{ème} édition, Paris, Bayard, 2003.

LE CAMUS.J, Les origines de la motricité chez l'enfant, Paris, Presses universitaires de France, 1988.

MIRRE.J.D, Un lien possible entre la perturbation du lien précoce père-fils et l'instabilité psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches, 2000, n°123, pages 116 à 127.

POTEL.C, Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, Erès, 2010.

VASSEUR.R, Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, Toulouse, Erès, 2010.

VAUCLAIR.J, Développement du jeune enfant, motricité, perception, cognition, Paris, Belin, 2004.

WINNICOTT.D.W, La mère suffisamment bonne, Paris, Payot, 2006.

WINNICOTT.D.W, Le bébé et sa mère, Paris, Payot, 1992.