



HAL
open science

Prise en compte de la dynamique dans la thérapie psychomotrice auprès des enfants

Adam Guyomard

► **To cite this version:**

Adam Guyomard. Prise en compte de la dynamique dans la thérapie psychomotrice auprès des enfants. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018127

HAL Id: dumas-01018127

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018127>

Submitted on 9 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'Etat de Psychomotricien

**PRISE EN COMPTE DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE DANS LA THERAPIE
PSYCHOMOTRICE AUPRES DES ENFANTS**

*« Comment le psychomotricien peut-il aider un enfant à trouver sa place dans une situation
familiale dysfonctionnelle ? »*

Guyomard Adam

Né le 24 juin 1992 à Bergerac

Juin 2014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Institut de Formation en Psychomotricité

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

PRISE EN COMPTE DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE DANS LA THERAPIE
PSYCHOMOTRICE AUPRES DES ENFANTS

*« Comment le psychomotricien peut-il aider un enfant à trouver sa place dans une situation
familiale dysfonctionnelle ? »*

Guyomard Adam

Né le 24 juin 1992 à Bergerac

Juin 2014

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les structures qui m'ont accueilli lors de mes stages ces trois dernières années ; la crèche Mercier à Périgueux, le Centre Hospitalier Lanmary, le CAMSP de Périgueux ainsi que le service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Périgueux.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon ancienne maître de stage et actuelle maître de mémoire Corine Legourriec, ainsi que ma maître de stage Anne Miagat, sans oublier Céline David et Angélique Blondeau, pour la gentillesse et la pertinence, dont elles ont fait preuve pour m'aider à affiner mon regard clinique et le soutien qu'elles m'ont apporté dans l'apprentissage du métier de psychomotricien.

Je tiens également à remercier l'Institut de Formation en Psychomotricité pour ces trois années d'études, ainsi que toute ma famille pour le soutien qu'elle m'a apporté, ainsi que ma petite amie Alice, pour son courage et sa patience.

Avant-propos

« L'enfant en souffrance est souvent qualifié de déviant et pose problème. L'exclusion est son épée de Damoclès.

Notre pratique se situe au point de convergence de deux mondes contradictoires ... La société (l'école, la famille) qui attend une normalisation du comportement de l'enfant et le champ du soin qui passe par l'acceptation d'un certain degré de marginalité. Notre place nous impose d'assumer les deux termes de cette contradiction.

Les troubles de l'enfant en difficulté psychique sont à comprendre dans un ensemble de rapports complexes réels ou imaginaires avec son entourage social, familial, culturel. C'est dans cette interaction permanente, en jeu très précocement, que se constituent son histoire, son identité et les éventuels avatars de son développement.

Les symptômes résonnent alors, comme des tentatives désespérées pour s'assurer une identité personnelle, fut-elle déviante.

Les symptômes sont non seulement les moyens qu'il trouve pour se défendre d'une angoisse fondamentale, mais sont aussi l'indice d'une demande que nous devons entendre. »

Dr Pascale Pauillac
Pédopsychiatre

Table des matières

<i>Introduction</i>	<i>p.5</i>
<i>Partie I: Théorique</i>	<i>p.9</i>
<i>1. Développement affectif de l'enfant et environnement suffisamment bon</i>	<i>p.10</i>
<i>2.2 Émergence du sentiment d'existence</i>	<i>p.12</i>
<i>2.3 Importance de la relation dans le développement de l'enfant</i>	<i>p.14</i>
<i>2.4 La place de l'enfant dans sa famille</i>	<i>p.19</i>
<i>2.5 La capacité de sollicitude</i>	<i>p.22</i>
<i>2.6 Identité, personnalité, individualité</i>	<i>p.24</i>
<i>2. Parentalité, interactions et traumatismes relationnels précoces</i>	<i>p.31</i>
<i>1.1 La parentalité</i>	<i>p.31</i>
<i>1.2 Interactions précoces</i>	<i>p.34</i>
<i>1.3 Trouble des interactions</i>	<i>p.36</i>
<i>1.4 Traumatismes relationnels précoces</i>	<i>p.37</i>
<i>1.5 Effets des traumatismes relationnels précoces répétés</i>	<i>p.38</i>
<i>Partie II: Théorico-clinique</i>	<i>p.46</i>
<i>1. Présentation de différentes structures de soins à l'enfance</i>	<i>p.47</i>
<i>2.1 Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce</i>	<i>p.47</i>
<i>2.2 La Consultation Medico-Psychologique</i>	<i>p.49</i>
<i>2.3 L'hôpital de jour pour enfant</i>	<i>p.50</i>

<i>2.4 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel</i>	<i>p.51</i>
<i>2.Psychomotricité, essai de définition et approche théorique du tonus, schéma corporel, de l'espace et du temps</i>	<i>p.52</i>
<i>1.1 La psychomotricité, essai de définition</i>	<i>p.52</i>
<i>1.2 Le tonus</i>	<i>p.54</i>
<i>1.3 Le schéma corporel</i>	<i>p.58</i>
<i>1.4 L'espace</i>	<i>p.61</i>
<i>1.5 Le temps</i>	<i>p.64</i>
<i>3.Prises en charge en psychomotricité</i>	<i>p.67</i>
<i>4.Études de cas</i>	<i>p.73</i>
<i>2.1 Eric</i>	<i>p.73</i>
<i>2.2 Clara</i>	<i>p.79</i>
<i>2.3 Sadid</i>	<i>p.89</i>
<i>Conclusion</i>	<i>p.95</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>p.100</i>
<i>Annexe</i>	<i>p.104</i>

Introduction

Le travail d'un psychomotricien est en grande partie centré sur l'évolution de l'enfant. Les enfants sont pour moi, l'avenir de notre société, c'est pourquoi le travail à leurs côtés m'a toujours intéressé. Il est d'autant plus efficace qu'il débute précocement. L'enfance est une des périodes les plus importantes de la vie d'un être humain car c'est au cours de ses premières années qu'émerge sa personnalité.

C'est lors de mon stage d'approche thérapeutique dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), au cours de ma deuxième année, que j'ai trouvé la base de la réflexion de ce travail de mémoire. C'est suite aux multiples observations que j'ai pu faire, que j'ai trouvé mon inspiration.

Dans cette structure, j'ai pu être confronté à certaines situations qui m'ont touché. En effet lors des synthèses et des prises en charge auxquelles j'ai pu participer, aux côtés de ma maître de stage, certains enfants présentaient des cadres familiaux plutôt complexes. J'ai par exemple eu la présentation d'une petite fille envoyée au CAMSP pour des troubles dans ses rapports espace/ temps. L'homme qui l'a reconnue (et qui est légalement son père) est biologiquement son oncle, et donc pour elle son oncle est en réalité son père biologique. J'ai pu également assister à la présentation d'une enfant, dernière d'une fratrie de douze, dont seulement quatre vivent encore avec la mère, les huit autres étant placés dans différentes villes de France, à plusieurs centaines de kilomètres les uns des autres.

Ces situations, entre autres, m'ont données envie de me pencher, pour mon travail de mémoire, sur la dynamique familiale dans la pratique psychomotrice. Il s'agit d'un thème plutôt large qu'il m'eut fallu par la suite affiner, au cours de mes recherches et en me questionnant sur les champs qui m'intéressent plus personnellement. J'ai donc été désireux d'effectuer mon stage

de troisième année dans des structures de psychiatrie infantiles, car cela allait me permettre d'avoir un lien avec la parentalité. Suite à mes démarches, une consultation médico-psychologique (CMP), m'a finalement contacté et proposé un stage au sein de leur structure, ainsi que dans l'hôpital de jour enfant situé dans le même complexe hospitalier afin d'élargir au maximum, mes formations.

Ma réflexion s'est d'abord portée, sur la place que les parents pouvaient avoir dans la thérapie psychomotrice, mais je manquais d'observations cliniques dans ce domaine, car le travail d'un psychomotricien dans un CAMSP, ou une CMP, se concentrent davantage sur les difficultés de l'enfant que l'action auprès des parents qui est plus le travail des psychologues. Par ailleurs la notion d'environnement pathogènes, bien que la trouvant quelque peu péjorative, m'intéressait particulièrement. C'est un texte du Pr. **Philippe Jeammet**, *La dépendance à l'environnement : une approche psychopathologique des troubles du comportement des adolescents*, qui m'a permis de m'intéresser plus longuement à cette notion au travers des troubles des interactions relationnelles précoces et à leurs impacts sur le développement de l'enfant. J'ai ensuite élaboré cette première problématique :

« Comment le psychomotricien peut-il aider un enfant à trouver sa place dans une situation familiale déstructurante ? »

Cette problématique me permettait de remettre l'enfant à sa place de sujet dans la thérapie psychomotrice, comme c'est le cas à la CMP et au CAMSP, mais le terme de « famille déstructurante » m'a rapidement posé problème. En effet je n'ai pas réussi à définir clairement ce terme qui était trop abrupte et qui, après questionnement sur mon lieu de stage et auprès de ma maître de mémoire, s'est révélé avoir une connotation trop péjorative. Plusieurs termes m'ont alors été suggérés : « famille en souffrance », « famille inadéquate » reprenant les termes employés par **Maurice BERGER** et enfin le terme de « famille dysfonctionnelle ».

Le terme de « famille en souffrance » était intéressant car il donnait une dimension plus empathique à la problématique mais suggérait également que mon mémoire traite

aussi du soin qui pourrait être apporté à la famille alors qu'il ne s'agissait pas de ce dont je souhaitais parler.

Celui de « famille inadéquate », sous-entend que la famille adéquate existerait or, si l'on en croit Freud, éduquer, gouverner et psychanalyser sont trois tâches impossible à réaliser. J'ai donc écarté cette proposition car elle présentait une dimension trop normative et soulevait la question de l'adéquat et de l'inadéquat qui serait trop tendancieux à définir d'autant plus que cela ne fait pas partie des thèmes que je souhaite approfondir dans ce mémoire.

C'est donc le terme de « famille dysfonctionnelle » que j'ai choisi pour remplacer celui de « famille déstructurante » dans ma problématique. Il intègre la notion d'un problème dans le fonctionnement familial, ponctuel ou non, pouvant avoir des répercussions sur le bon développement de l'enfant. Ma problématique finale sera donc :

« Comment le psychomotricien peut-il aider un enfant à trouver sa place dans une situation familiale dysfonctionnelle ? »

Lors des nombreuses discussions que j'ai pu avoir autour de ce sujet, sur mon lieu de stage ou avec ma maître de mémoire, j'ai été mis en garde sur la difficulté qu'il pouvait représenter. En effet il s'agit d'un sujet, et je le sais, qui peut rapidement prendre un aspect psychologique important, je vais donc tâcher de tisser des liens avec la psychomotricité, au travers d'une analyse clinique et théorique qui mettra la psychomotricité sur le devant de la scène. De plus ce mémoire n'aura pas pour but de faire polémique, il ne s'agira pas de dénoncer ou d'agresser l'éducation ou les services sociaux mais de tenter d'apporter une réflexion sur le travail d'un psychomotricien, des structures médico-sociales ou médico-psychologiques de soin à l'enfant. En effet d'après des études scientifiques poussées, il y a une corrélation entre la qualité des relations précoces et le développement neuro-psychique de l'enfant. Mon mémoire n'aura pas pour but de définir ce qu'est une bonne ou une mauvaise éducation, mon objectif n'est pas de juger les

parents. Je pars du principe, qu'ils sont, les meilleurs parents qu'ils puissent être et font du mieux qu'ils peuvent, car bien souvent leur propre enfance a été compliquée, ce qui les a privés des ressources psychiques nécessaires pour comprendre les besoins de leur enfant.

Je vais donc dans un premier temps, par le biais d'écrits de différents auteurs tels que Winnicott, Bowlby, ou encore Spitz, revenir sur la notion complexe du développement affectif et de la personnalité de l'enfant et comment celui-ci s'inscrit dans sa famille. Ce travail me permettra ensuite de revenir sur l'impact de l'environnement dans le développement du nourrisson et d'établir ce qui peut donc constituer des traumatismes, ainsi que l'effet délétère qu'ils peuvent avoir sur le comportement de l'enfant.

Dans un second temps je vais exposer les moyens de prendre en charge ces enfants, plus particulièrement du point de vue de la psychomotricité en revenant sur la définition de celle-ci et en exposant les principaux champs qu'il peut être intéressant à travailler. Je finirai par exposer quelques cas cliniques sur lesquels j'ai eu l'occasion de travailler au cours de mes études, afin d'illustrer de manière concrète mes hypothèses.

Partie I: Théorique

1. Développement affectif de l'enfant et environnement suffisamment bon :

Le développement affectif est en relation étroite avec tous les autres domaines de développement de l'enfant, sa croissance, ses progrès moteurs, l'évolution de ses capacités perceptives et cognitives, ainsi que l'apparition du langage. Le lien intrinsèque qui unit toutes ces notions de façon réciproque donne au développement affectif une dimension multifactorielle des plus complexes. On pourrait dire que le développement affectif fait donc partie intégrante du développement psychomoteur de l'enfant.

L'affectivité ou les affects sont définis par **Laplanche** et **Pontalis**, cités par **Ph Mazet** et **S. Stoléru**¹, comme « les états affectifs pénibles ou agréables, vagues ou qualifiés qui se présentent sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale ». Cette définition nous renvoie aux émotions et à la manière dont elles sont ressenties au niveau individuel, avec toutes les nuances que cela implique. Ceci fait de l'étude du développement affectif une question indissociable avec celles des relations interpersonnelles, notamment celle de l'enfant et son environnement, en particulier entre lui et ses figures parentales.

Pour résumer, le développement affectif se fait pour chacun de nous de façon très différente, et ce que sous-tend ce développement, c'est la création de notre propre personnalité, individualité, et donc notre propre identité d'être humain différencié.

Néanmoins, il est possible d'admettre trois dimensions, décrites par **C. Koupernik** et **R. Dailly**, autour desquelles le développement affectif peut se faire pour n'importe quel être humain :

¹ Ph Mazet. et S. Stoléru (1993) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson p.69

Tout d'abord un « **fond commun phylogénétique** (ce qui permet de comprendre que, quelles que soient les variations culturelles et individuelles, on trouve des repères universels) ; »². D'autre part **Winnicott** parle ainsi de processus de maturation innés. On peut prendre l'exemple des lois de maturation neurologique : *les lois céphalo-caudale et proximo-distale*.

La première définit la maturation nerveuse et le développement de la motricité, comme se faisant toujours du haut vers le bas. Le contrôle du mouvement s'effectue à partir de la tête vers les membres inférieurs.

La seconde énonce que le contrôle du corps commence par les segments situés près de l'axe corporel. Ainsi l'épaule est coordonnée avant la main, la hanche avant le pied.

Il s'agit d'un exemple mais ces lois sont les mêmes pour chaque être humain.

Ensuite une « **culture donnée** limite le nombre de variations [...] et tend à rendre prévalentes certaines situations, elles-mêmes issues d'une certaine attitude vis à vis de l'enfant et de la maternité en général et imprimant à leur tour un certain style aux relations affectives ».

Selon l'**UNESCO**³ : «*La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.*». On peut voir à travers cette définition que la culture portée par le groupe social va être à la fois, et nous y reviendrons plus tard, le cadre et l'enjeu du développement de l'enfant.

2C. **Koupernik** et **R. Dailly** (1968) *Développement neuro-psychique du nourrisson*, 4ème édition, Paris, Presse

Universitaire de France, p423-424

3 <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>

Enfin la dernière dimension est la dimension **individuelle** qui est propre à chacun et influence notre évolution de manière unique.

Ainsi nous allons voir à travers le kaléidoscope de ces trois dimensions, l'importance de l'environnement dans le développement affectif du jeune enfant et son passage d'un être indifférencié, centré sur lui-même, à un individu, à la personnalité propre au sein d'un environnement social. Selon **Ajuriaguerra**⁴ : « il faut accorder de l'importance (sans les opposer) d'une part à ce que l'enfant apporte à sa naissance, d'autre part à ce que le monde extérieur va apporter à cet enfant immature tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif afin que ce qui est possible s'accomplisse et que ce qui est probable se réalise aux divers moments de la maturation, dans le cadre de l'organisation fonctionnelle évolutive »

1.1 Émergence du sentiment d'existence :

Winnicott aborde le développement affectif de l'enfant dans « processus de maturation chez l'enfant », comme le faisant passer d'un niveau de dépendance extrême à l'environnement vers l'indépendance, en passant par un niveau de dépendance relative. Il fait ressortir le rôle capital de l'environnement « suffisamment bon » pouvant soutenir les tendances de maturation afin qu'elles opèrent positivement sur le sujet. Il décrit ainsi ce potentiel comme inné « d'intégration et de maturation ». Ce qui conduit à une construction efficace du *self* qui s'achemine vers l'unification et la construction du « Moi ».

Voici la définition du concept de « Moi » qu'il est possible de trouver sur psychologies.com : « *Caractérisé par l'emploi du Je, le Moi, concept essentiel de la psychanalyse est, avec le Ça et le Surmoi, l'un des trois éléments qui constituent la personnalité. Il se construit à partir des sensations éprouvées, des expériences vécues et de séries d'identifications. Il est à la fois le lieu de l'identité personnelle, du contrôle du comportement, du rapport aux autres et de la confrontation entre la réalité extérieure, les normes morales et sociales et les désirs inconscients.* ».

⁴ F. Joly, G. Labes. et coll., (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009, p.22

Comme nous le montre cette définition, et comme **Freud** le présente, le « Moi » est avant tout corporel. On peut ici mettre en perspective les écrits d'**Ajuriaguerra** à propos du corps : « le corps tout seul, se vivant lui-même, est une entité abstraite »⁵. En fait notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, **complice de son existence**. C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit dans l'activité des systèmes qui lui sont offerts par la nature, et par l'intimité de ce miroir reflétant qu'est l'autre et qui fait du nôtre un singulier ».

Selon **Winnicott** il y aurait différentes tendances inhérentes au développement du « Moi » : l'intégration, la personnalisation et la relation d'objet.

L'intégration, définit l'intégration d'une continuité d'existence à travers un continuum espace-temps pour le nourrisson. Il y fait correspondre le **holding** qui signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le « moi » de l'enfant encore immature. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du « *self* » (soi) de l'enfant à condition que la mère lui assure et lui offre de façon satisfaisante et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et le fait de se sentir comme une unité différenciée.

La personnalisation est l'édification d'une cohésion psychosomatique qui correspond au **handling**. Le *handling* signifie le maniement. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Les conditions et effets du *handling* participent au développement du fonctionnement mental ainsi que la reconnaissance de l'interaction et de la relation soma-psyché.

Le développement du « Moi » permet l'établissement de la relation d'objet. Dans cette notion, l'enfant est encore à ce moment-là aux premiers stades de son développement et donc dans une dépendance absolue à son environnement. La façon dont est présentée la réalité à

5 4, *ibid*

l'enfant via son environnement permet à celui-ci, par ses qualités, de s'approprier et d'utiliser les objets. C'est la phase des premières relations objectales. Ainsi pour citer **Winnicott** : « A cet égard il s'agit pas tant de satisfaire le nourrisson que de le laisser trouver l'objet et s'en accommoder »⁶. C'est-à-dire que le nourrisson doit faire ses propres expérimentations ; il est acteur de son propre développement, l'environnement étant là pour lui assurer protection, réconfort et consolation quant aux menaces externes ou internes qu'il perçoit.

Ainsi le processus de maturation tend à l'établissement d'un « *self* » unitaire qui dépend d'une protection du « Moi » suffisante pour permettre au nourrisson d'édifier sa personnalité sur le mode de la continuité d'existence.

Dans ce cadre, l'émotion, gérée et intégrée dans ces processus, devient un élément fondamental de l'être humain, dans sa relation d'adaptabilité à son environnement indispensable au développement de son intelligence.

1.2 Importance de la relation dans le développement de l'enfant :

L'enfant progresse dans un monde de parole, il ne s'agit pas pour lui de juste entendre des mots, mais plutôt d'appréhender les relations entre ce qui est dit, la façon dont cela est dit, ainsi que la gestuelle qui l'accompagne et le résultat que l'enfant en tire pour sa satisfaction. Il est dans un monde rempli d'afférences sonores et visuelles et c'est à travers autrui qu'il trouve la confirmation de ce qu'il croit comprendre. C'est dans son corps qu'il vit la satisfaction de l'accomplissement de ce dialogue. **D. Stern** apporte la notion d'**accordage affectif**⁷, il s'agit d'une harmonisation subtile entre la mère et son bébé. Par exemple la mère va suivre de manière prosodique la courbe des mouvements du visage de l'enfant lorsqu'elle entre en interaction avec celui-ci. Au-delà de l'imitation, ce qui se passe à ce moment-là entre la mère et son bébé est de l'ordre d'une **transposition intermodale** qui va permettre à l'enfant de partager sa **vie subjective**

⁶ D. W. Winnicott, *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962), in *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement* (1974), Science de l'Homme Payot, p.14

⁷ Cité par Ph Mazet. et A. Féo, dans *Interactions précoces et recherches*

avec sa mère et à celle-ci de s'y adapter. C'est donc quelque part, une forme d'empathie dont « la mère normalement dévouée », use pour s'ajuster à son enfant et inconsciemment lui permettre de mettre du sens sur le vécu de l'enfant.

Ce dialogue est aussi intégré corporellement par l'enfant au travers du **dialogue tonico-émotionnel** développé par **Ajuriaguerra** dans la continuité des travaux de **Wallon**⁸. Au niveau du corps, l'émotion s'exprime à travers la composante tonique du mouvement déterminé par le tonus de base, l'émotion signifiant un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur. Il y a donc un échange tonique dans chaque interaction mère-bébé, ce qui va permettre de relier le corps et les émotions au travers de leur dynamique psychomotrice de manière réciproque. La prise de conscience à travers la perception d'un état émotionnel va ainsi permettre à l'enfant de comprendre ce qui lui arrive, de se représenter progressivement son état intérieur et donc d'avoir conscience de sa propre existence en tant qu'unité totale et différenciée.

Il est possible de concevoir le besoin primordial du jeune enfant pour établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle répondant à ses besoins, à travers la théorie de l'attachement, que Bowlby propose en 1969, pour désigner le lien particulier unissant l'enfant et sa mère.

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Selon **Bowlby**⁹, l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès la petite enfance, l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. **Bowlby** prétend que ce lien d'attachement, en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. Il s'agit selon lui d'un processus instinctif destiné à la conservation de l'espèce. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit durant les trois premières années de la vie.

8 4, *ibid*, p.60-62

9 Cité par J. Labbé dans *théorie de l'attachement*

Le but de l'attachement est d'assurer sécurité, protection et confiance au nourrisson. Le lien d'attachement peut se réaliser entre différents partenaires mais se fait de manière sélective et unique avec une personne en particulier qui est en général la mère. Ce processus est un processus nécessairement réciproque et suggère une interaction entre l'enfant et la figure d'attachement. La qualité du lien entre nos protagonistes dépend de la manière et de la rapidité avec laquelle les parents vont répondre aux signaux de l'enfant (cris, pleurs, mais aussi sourires, regards, etc.). Cela nous renvoie aux *handling* et au *holding* de Winnicott. C'est ce qui va entraîner chez l'enfant le développement d'un modèle de représentation de soi et de ses parents qui s'appuie sur les expériences qu'il a de ceux-ci, tels qu'il les vit réellement. Ce modèle reflète pour une part importante les images que ses parents ont de lui, à travers ce que chacun dit de lui, et par la manière dont ils le traitent, ainsi que la manière dont il se sent face à eux et à lui-même. Cela va déterminer le traitement auquel il s'attend de la part de ses parents, ce qui va induire une planification de ses propres réponses. Ainsi le parent suffisamment bon, disponible avec une attitude constante, va être intégré comme une figure d'attachement fiable. L'enfant pourra édifier une base de sécurité interne sur laquelle il pourra s'appuyer pour appréhender son environnement. Il se considérera lui-même comme aimable et méritant de l'affection.

A l'inverse, si la figure parentale est absente, inadéquate, ou instable durant la première enfance, l'attachement risque de se faire de façon inappropriée. Ceci pourra mener l'enfant à voir le monde comme angoissant et atteindre l'image qu'il a de lui-même, se percevant comme indigne d'amour.

Pour citer le Docteur **Ph. Jeammet**¹⁰: « *C'est à l'entourage de créer la bonne distance qui fera que l'enfant aura à la fois le temps de désirer et la capacité d'obtenir une réponse satisfaisante. L'accumulation de ces expériences autorisera une capacité d'attente croissante du fait de la fiabilité des réponses et de leur répétition en s'appuyant sur ses ressources internes faites de la possible remémoration des expériences de satisfaction antérieures* ». Il parle ici de la rencontre entre l'enfant dépendant de son environnement avec un tempérament qui lui est propre et

¹⁰ Ph. Jeammet, *La dépendance à l'environnement : une approche psychopathologique des troubles du comportement des adolescents*

l'entourage de celui-ci. Il caractérise le défaut d'attachement de l'enfant aux figures parentales comme pathogène.

Sans être la marque d'un déterminisme, le modèle de représentation a tendance à être maintenu durant la vie entière et peut d'une certaine manière se reproduire d'une génération à l'autre.

Mary **Ainsworth**, collaboratrice de **John Bowlby**, a proposé une méthode pour permettre d'identifier différents types d'attachement : « la situation étrange »¹¹. Il s'agit d'activer, auprès d'un enfant âgé d'un an, des comportements d'attachement, en induisant un léger stress par le départ et le retour à plusieurs reprises de son parent. La situation se compose de huit épisodes de trois minutes chacun. Les réactions de l'enfant sont minutieusement côtées. Ces modalités, fixées par un protocole précis, ont été reproduites des milliers de fois, permettant de déterminer des constantes. Plusieurs typologies d'attitude ont ainsi pu être définies :

Un premier type (A) où l'enfant ne semble pas affecté ni par le départ du parent, ni par son retour. Il s'agit d'un attachement insécurisant de type **anxieux-évitant**.

Cela est à rapprocher du cas d'un enfant de 18 mois que nous suivons ma maître de stage et moi, avec son jumeau à la CMP. Cet enfant montre de réelles manœuvres d'évitement lorsque que la séparation survient qu'il s'agisse de la séparation d'avec ses parents ou lorsque nous le quittons en fin de séance. Il peut par exemple tourner la tête pour ne pas nous voir et ignorer nos sollicitations. De plus quitter ses parents ne déclenche chez lui aucune réaction particulière de même que de les retrouver. C'est un enfant qui a vécu de loin mois en couveuse du fait de sa grand prématurité et d'un pronostic vital engagé. Cette mère, qui a vécu une enfance maltraitante, est très anxieuse. Il est donc possible qu'elle ce soit retrouvée dans l'incapacité d'offrir à son enfant une base sécurisante.

11 9, *ibid*

Cet exemple illustre très bien ce type d'attachement tout en nous rappelant également la notion « d'hospitalisme » amener par **R. Spitz**¹². Il s'agit d'un type d'attachement qui traduit un manque de confiance chez l'enfant envers son parent quant à sa disponibilité pour lui, concernant les réponses aux sollicitations de soins. Il peut même s'attendre au contraire à être repoussé. De ce fait l'enfant cherche à se suffire à lui-même sur le plan affectif. Les cas les plus graves peuvent concerner des situations de rejet multiple de la part du parent, des cas de maltraitance ou de séjour prolongé en institution à un stade précoce.

Le second type de comportement (B) caractérise un attachement **sécurisé** : il y a protestation de l'enfant au départ du parent et soulagement à son retour avec recherche de proximité. L'enfant recherche le contact du parent et peut se consoler rapidement pour se remettre à explorer. L'enfant a confiance dans la disponibilité de ses parents et dans la fiabilité de ses réponses s'il se retrouve en difficulté ou face à une situation effrayante.

Le troisième type de comportement (C) concerne un attachement insécurisant de type **anxieux-résistant** ou **anxieux-ambivalent** : l'enfant n'explore pas, il s'agrippe à son parent et manifeste une grande détresse à la séparation. Au retour du parent, l'enfant est résistant à son contact et ne peut pas être consolé par lui. Il s'agit d'enfants qui sont dans l'incertitude vis-à-vis des réponses qui peuvent leur être apportées et qui peuvent être différentes selon les situations. Cette incertitude peut entraîner chez l'enfant une angoisse de séparation d'où cet agrippement au parent.

Un quatrième type d'attachement insécure a été développé de manière ultérieure par **Mary Main** et ses collègues à l'Université de Californie à Berkeley, c'est le type (D) **désorganisé-désorienté** : l'enfant est craintif, confus, ses comportements sont incomplets, non dirigés, il n'a pas de stratégie cohérente pour répondre aux situations stressantes. Il peut par exemple se figer en présence du parent ou encore s'agripper à lui avec les bras tout en essayant de

12 René Spitz a montré que le petit enfant séparé de sa mère présentait au bout de quelques semaines à quelques mois un syndrome grave de repli relationnel, suivi d'un arrêt de l'évolution psychomotrice. Les réactions à la perte de la mère ont apporté la preuve négativement que l'Objet libidinal était déjà constitué pour le bébé. Le terme "*hospitalisme*" recouvre "*l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.*"

mettre le reste de son corps à distance.

La prévalence des types d'attachements est à hauteur de 23% des enfants pour le type A, 55% pour le type B, 8% pour le type C et 15% pour le type D. Néanmoins il faut préciser que concernant le type D (désorganisé-désorienté) le contexte socio-économique de l'enfant est à prendre en compte. En effet, il a été remarqué pour ces enfants que 28% d'entre eux étaient issus de famille dites « à problèmes multiples », que 54% étaient de mères gravement déprimées et pauvres, et que 82% étaient des enfants maltraités.

Pour ainsi dire, il y a quelque part la nécessité « *de bien s'attacher pour mieux se détacher* »¹³, ce qui est la voie normale de l'individuation. **Goldberg**, dans une recherche chez les bébés à risque, met en évidence que les nourrissons présentant un lien sécurisant étaient plus compétents intellectuellement et socialement que ceux dont l'attachement était anxieux et désorganisé¹⁴.

Nous pourrions nous interroger sur ce besoin précoce d'attachement, qui se crée entre l'enfant et ses figures parentales, et sur la place qui est attribué à l'enfant dans sa famille ainsi que l'impact que cette notion peut avoir sur le développement affectif.

1.3 La place de l'enfant dans sa famille :

La question de la place de l'enfant au sein de sa famille, apporte une contribution certaine au sentiment de continuité d'existence dans son développement affectif. Elle va permettre son inscription dans un temps générationnel, ce qui va participer à l'édification de son l'identité.

Cette notion est même en quelque sorte un précurseur de cette continuité d'être, en ça qu'elle permet l'investissement fantasmatique de l'enfant par ses parents par le discours

13 N° 155 / 2008 - *S'attacher pour mieux se détacher* Les XXXVIe J.A. de Tours, organisé par le SNUP

14 M. St-Antoine Conseil multidisciplinaire Revue professionnelle « Défi jeunesse » Les troubles de l'attachement

parental qui sera projeté sur lui avant même sa naissance. Elle lie, par le biais du « contrat narcissique » développé par **Piera Aulagnier**¹⁵, non seulement l'enfant à sa mère (dans une relation fusionnelle primaire), mais à tout « l'ensemble famille ».

Piera Aulagnier¹⁶ décrit le contrat narcissique comme le processus selon lequel l'individu est lié à sa famille, au groupe dans la chaîne des générations. Il doit assurer la continuité de la lignée et de l'ensemble social, et afin de garantir ceci, la famille doit investir narcissiquement le nouveau membre. Chaque nouveau membre d'une famille, d'un groupe doit être porteur des valeurs, du discours fondateur, et à cette condition, l'ensemble famille, donne une place à cet élément nouveau. Ainsi s'établit le contrat narcissique qui assigne au futur sujet un lieu social : « le contrat narcissique s'établit grâce au préinvestissement narcissique par l'ensemble, de l'infans comme voix future, et qui prendra le poste auquel il a été destiné... »

Il y a quatre points que l'on peut considérer comme les variantes individuelles et sociétales « du », pour ne pas dire « des » contrats narcissiques :

- « La relation qu'entretient le couple parental avec l'enfant porte toujours la trace de la relation du couple au milieu qui l'entoure »

- « *Le discours social projeté sur l'infans la même anticipation que celle propre au discours parental* », c'est-à-dire que de la même façon que le couple va projeter ses fantasmes sur l'enfant, la société ou le groupe social dans lequel il est amené à naître va préinvestir l'enfant dans l'espoir qu'il transmette à son tour le même modèle socio-culturel.

- « *Le sujet, à son tour, cherche et doit trouver, dans ce discours, des repères afin que son éloignement de ce premier support, qu'a été le couple parental, ne se traduise par la perte de tout support identificatoire.* » On voit ici l'impact culturel, familial et individuel de la place dans la construction de l'identité du sujet et on en revient également à la notion

15 P. Aulagnier, *La Violence de l'Interprétation*, 1ère édition, Le fil rouge, PUF, avril 1975, Paris, Le fil rouge - Psychanalyse, PUF, 1975 p.182

16 15,ibid, p.183

d'intégration dans le temps et l'espace pour l'individu.

– « *Le conflit qui peut exister entre le couple et son milieu risque de confirmer pour la psyché infantile l'identité entre ce qui se déroule sur la scène extérieure et sa représentation phantasmatique d'une situation de rejet, d'exclusion, d'agression, de tout pouvoir.* » La position que le couple exerce dans la société va avoir un impact sur la conception du monde de l'enfant et tel qu'il s'y voit, et donc un impact sur les énoncés identificatoires qu'il fera.

Le leader (souvent la mère ou en tout cas une figure parentale) qui est à l'initiative du groupe permet à chacune des personnes de venir y trouver, y jouer quelque chose. Il est lui-même membre d'une famille, d'un groupe avec qui il a passé « contrat » qui est le biais par lequel seront intégrées de nouvelles personnes. Ces dernières ont une dette et se doivent de tenir la place à laquelle ils ont été assignés par ce leader qui les protège, les nourrit mais qui les assigne au-delà à tenir un rang donné, un rôle à l'échelle de l'institution, de la famille élargie¹⁷.

De cette façon, si l'on considère la place que chacun des membres d'un ensemble famille occupe au sein du groupe, cet ensemble peut être vu comme un organisme complexe constitué par les interrelations des membres entre eux et avec leur environnement social.

Cet organisme pourra intégrer de la sorte, de façon plus ou moins distancié, toutes personnes en relation avec ses membres. Vis à vis de l'enfant il peut s'agir des grands-parents, des oncles et tantes, d'amis proches, voir même de la nourrice, etc.

Ainsi, l'ensemble famille va s'organiser en une structure nucléique. On reprend ici l'idée de la famille nucléaire qui qualifie une structure familiale composée soit d'un couple marié ou non avec enfants, soit d'un couple sans enfant, soit d'un seul adulte avec des enfants. Il est donc possible de comparer la structure d'un ensemble famille à celle d'un atome qui, par les électrons gravitant autour, vont se lier à d'autres atomes et former des molécules (famille

17 C. Geoffray, Approfondissement P.R.H. *TELLE MERE, TEL GROUPE* (2008)

étendue puis groupe social). Il s'agit là d'une image qui, bien que réductrice, montre l'interdépendance de chaque unité dans la cohésion du groupe social.

Il est donc possible de constater ici, à la fois la complexité de cet ensemble famille et en quoi il joue un rôle dans la structuration de l'enfant par le discours qu'il projette sur lui et par la place qui lui est attribuée, mais également qu'il en est lui-même acteur. Ce qui nous permet de mesurer l'importance du rôle d'interface que jouent les parents (en particulier la mère), entre l'enfant immature (surtout dans une période pré-langagière) et le reste du monde, à commencer par l'environnement familial puis social.

De ce fait, la question de la place de l'enfant dans sa famille, même si elle dépasse les champs de la psychologie et sans doute plus encore de la psychomotricité, permet d'appréhender l'impact de tout ce qui constitue l'environnement de l'enfant sur son développement. Ainsi, cela permet à l'enfant de s'inscrire dans une filiation et un temps générationnel, mais aussi qu'il lui soit attribué un premier rôle social. Ceci va tendre à rendre l'ensemble famille porteur du sentiment de continuité d'existence de l'enfant dans son environnement tout en constituant les prémisses de son identité sociale. Tout ça dépendra de la façon dont il sera préinvesti, porté et soigné par le groupe et va constituer une base pour son développement affectif et la construction de sa personnalité.

Il est possible d'appréhender ce qui se joue chez le nourrisson quant à son intégration personnelle du groupe familial à travers l'élaboration de la capacité de sollicitude développé par **Winnicott**.¹⁸

18 D. W. Winnicott, *Elaboration de la capacité de sollicitude* (1963), in *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement* (1974), Science de l'Homme Payot, p.31

1.4 La capacité de sollicitude :

Il s'agit d'une caractéristique importante de la vie sociale de l'enfant et se pose comme l'un des fondements de la famille. C'est un préalable à ce que l'enfant se sente comme un membre à part entière et acteur de son environnement familial. C'est la capacité pour lui de se sentir impliqué et concerné, qu'il éprouve et accepte une responsabilité. Il y a donc la nécessité d'un dépassement du plaisir seul. La capacité de sollicitude et une transformation de la culpabilité que Winnicott définit comme : « l'angoisse liée, au principe d'ambivalence ». Le concept d'ambivalence peut être défini comme « la coexistence d'attitudes affectives opposées vis-à-vis d'un objet, et le plus souvent la coexistence de l'amour et de la haine pour une même personne »¹⁹.

Cette capacité trouve son origine dans la relation duelle mère-bébé mais nécessite un certain niveau d'intégration chez l'enfant. En effet, au moment où la capacité de sollicitude se développe, le nourrisson doit déjà avoir la possibilité de se percevoir lui et la figure maternelle comme des unités totales, et être capable de maintenir la représentation de sa mère en son absence. On est donc au stade où le nourrisson commence à se différencier et où il perçoit ce qui est du « Moi » et du « non-Moi », par une représentation de lui comme d'une unité à la fois contenue par la peau et corps et intégrée psychologiquement.

Winnicott distingue deux manières dont le nourrisson perçoit sa mère : « la mère objet » et la « mère environnement ». La « mère objet » désigne celle qui permet la satisfaction des plaisirs ; la « mère environnement » celle qui est là pour soigner, protéger et diriger. Lorsque l'enfant intègre ces deux perceptions comme une seule et même personne, il y a une combinaison de ces deux aspects de la mère, et l'enfant se met à éprouver alors l'ambivalence. En effet, il va y avoir confrontation entre ses pulsions instinctuelles qui le poussent à utiliser l'objet sans pitié, et l'angoisse, à la fois générée, de le détruire. C'est ici que l'environnement du nourrisson devra jouer un rôle, qui sera de permettre à l'enfant par sa constance, d'éprouver de la sollicitude, qui diffère de la culpabilité décrite par **Mélanie Klein**, en ça qu'il s'agit d'une notion positive. En

¹⁹ 17, *ibid*, p.35

effet, lorsque la sollicitude est atteinte, il y a transformation de l'amour prédateur et sans compassion du nourrisson en un mouvement de compassion c'est à dire d'inquiétude ou de sollicitude («concern») pour l'objet maternel. C'est l'environnement, en offrant des occasions à l'enfant de faire une offrande en réparation de ses pulsions destructrices, qui va permettre à l'enfant de contenir ses angoisses pour la transformer en culpabilité. Celle-ci sera alors apaisée par l'offrande et la présence régulière de l'environnement va installer une confiance et un cycle va ainsi s'instaurer. Ainsi l'enfant pourra assouvir pleinement ses pulsions tout en sachant que des occasions lui seront données de réparer. Ce qui fait de la sollicitude une capacité « au centre de tout jeu et de tout travail constructif ». Ne serait-ce pas justement ce qui est à la base du travail avec les enfants en psychomotricité ?

Là encore, lorsque **Winnicott** développe l'élaboration de cette capacité chez l'enfant, il insiste sur la nécessité d'un environnement suffisamment bon. Cette notion peut être à rapprocher de la théorie de l'attachement de **John Bowlby** : de la même façon qu'un attachement sécurisant pour l'enfant, va lui permettre d'explorer l'espace en toute confiance, car il sait qu'il peut se reposer sur ses figures d'attachement, la capacité de sollicitude nous montre comment l'enfant va pouvoir mettre en jeu ses désirs tout en pouvant compter sur son environnement pour contenir ses propres angoisses. De plus, si le type d'attachement de l'enfant est assez représentatif de son mode de relation, la sollicitude est un premier pas vers un comportement social d'interaction avec l'environnement.

L'entourage de l'enfant joue un rôle prépondérant sur la construction et l'édification de l'identité. Avant que celui-ci ait conscience de sa propre identité, elle existe dans l'esprit de ses parents qui l'ont fantasmé. Avant sa naissance, ils se sont préparés, ont imaginé l'enfant, lui ont donné un prénom. Il a déjà une place imaginaire et réelle dans la filiation. Ainsi comme l'écrit Suzanne B. Robert Ouvray, l'enfant « *est porté fantasmatiquement par sa mère et son entourage avant même d'exister* ».

On peut dire que l'enfant se sent exister grâce à la relation. Si ses sensations et ses représentations grandissantes l'amènent à se concevoir lui-même comme une unité différenciée, c'est le fait qu'il soit reconnu par son environnement familial puis social, qui lui offre ce « *feed back* » nécessaire, tel une base sur laquelle il pourra faire reposer ce qu'il croit comprendre et ce qu'il ressent. Cette base peut être comparable à une toile sur laquelle l'enfant pourra dépeindre sa personnalité, et le fait que lui-même se reconnaisse dans ce tableau. Tel le chef d'œuvre de notre vie, la toile de notre identité ne sera jamais vraiment terminée puisqu'elle sera continuellement retouchée, remaniée et imprégnée par tous les événements que nous sommes susceptibles de vivre.

Le postulat qui est le nôtre ici, est que l'identité est le résultat d'une rencontre entre l'enfant, avec un « équipement de base » qui lui est propre, et son environnement. Cette rencontre a pour théâtre le corps. **Fabien Joly**, élève d'**Ajuriaguerra**, et reprenant ses mots dit ceci : « *A chacun de ses endroits « tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle » et à l'assise narcissique-identitaire du sujet.* »²⁰. On en revient ici à la notion d'un « Moi », d'une personnalité qui s'écrit à partir d'un vécu corporel.

Bien entendu l'édification de l'identité d'un sujet est une notion très complexe qui dépend de nombreux facteurs comme le sexe, le milieu social, le patrimoine génétique, etc, autant de facteurs objectifs que subjectifs.

1.5 Identité, personnalité, individualité :

Pour **Winnicott**, l'édification de la personnalité passe par l'intégration. Il en dit ceci : « Une intégration réussie est l'unité. Tout d'abord vient le « Je », ce qui inclut que « tout ce qui est autre n'est pas moi ». Puis vient le « Je suis, j'existe, j'accumule des expériences vécues, je m'enrichis, j'ai une interaction d'introspection et de projection avec le *non-moi*, le vrai monde de la réalité partagée ». Et nous pouvons ajouter à cela : « Quelqu'un d'autre voit que j'existe », et aussi « J'ai, ce qui est nécessaire, la preuve en retour (tel un visage vu dans un miroir) que j'ai été reconnu

20 F. Joly, G. Labes. et coll, (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009,p.18

comme un être vivant. »²¹. Cette citation nous montre à la fois le caractère progressif de la construction de l'identité de l'individu en tant que tel, mais aussi la nécessité d'être en relation. En effet la personnalité et donc l'identité de l'individu est une confrontation entre ce qu'il se représente de lui et ce que l'environnement lui renvoie.

On retrouve cette idée dans la psychanalyse, autour des concepts de Moi idéal et d'Idéal du Moi.

Dans la théorie du narcissisme proposé par Freud, le Moi idéal est une instance relativement autonome, héritière du narcissisme infantile, qui se caractérise par des sentiments de toute-puissance. Sous l'influence des contraintes de la réalité et des critiques parentales, les premières satisfactions narcissiques sont abandonnées et remplacées par des idéaux empruntés aux idéaux collectifs et à des personnes idéalisées de l'entourage. L'idéal du moi remplit alors une fonction en partie analogue à celle du surmoi en exerçant un contrôle critique sur les réalisations effectives du moi. J. Lacan le conçoit comme une instance symbolique, issue logique de l'œdipe, et dépassement de la structure imaginaire du moi.

Spitz a, de la même façon que **Winnicott**, mis l'accent sur l'importance du rôle de miroir joué par le regard maternel, il met en avant trois organisateurs fondamentaux dans la formation du sentiment d'identité²². L'originalité de ses travaux consiste dans le fait qu'il se base sur l'observation du nourrisson. De plus il reprend le terme « d'organisateur », emprunté à l'embryologie, ce terme désigne l'intégration de plusieurs lignes développementales aboutissant à un remaniement de la structure psychique et à une organisation d'un niveau supérieur.

C'est dans le premier trimestre de vie que se met en place le premier de ces organisateurs, autour de la huitième semaine. C'est le **sourire au visage humain**. Il s'agit d'une réponse intentionnelle et dirigée, déclenchée par la vue de n'importe quel visage humain. Même s'il ne s'attache qu'à l'aspect extérieur de l'objet, on peut donc considérer ce phénomène comme un des

21 6, *ibid* p.16

22 Ph Mazet. et S.Stoléru (1993) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson p.80-82

premiers actes sociaux de l'enfant. Peut-on y voir là, la reconnaissance des traits caractéristiques de l'espèce à laquelle il appartient ?

Ce signal déclenché par le visage humain va, par l'interaction avec la figure maternelle, prendre du sens pour la mère qui va réagir en conséquence. Ainsi la répétition de telles expériences au cours des soins prodigués à l'enfant, va permettre à celui-ci de se faire une représentation de ce qui se joue l'extérieur, dans les signaux qu'il émet. Lesquels signaux vont prendre un sens pour le nourrisson, ce qui va marquer les débuts d'une communication investie par lui.

Le second organisateur, est ce qu'on appelle « **l'angoisse du huitième mois** ». L'enfant distingue le familier de l'étrange. Il ne sourit plus à n'importe quel visage de manière indifférente. La réponse à ce qui est étranger va aller de l'évitement timide, aux pleurs et cris ou toute autre réaction inhérente à l'angoisse et la peur. Il s'agirait là plus d'une angoisse liée, à la peur de perdre l'objet maternel que d'une réelle réaction de déplaisir face à l'étranger. La mère serait donc clairement identifiée et ségréguée des autres membres de l'entourage et c'est d'ailleurs la condition nécessaire à ce phénomène, ainsi qu'à l'émergence de la capacité de sollicitude vue plus haut.

La deuxième année de vie de l'enfant est marquée par l'acquisition de la négation, du « **non** ». Certains auteurs appellent aussi cette période la première adolescence. Il y a un plaisir manifeste à l'emploi du « non », ce qui marque le début d'une communication sémantique et donc d'un certain accès au symbolisme. Plus que la simple imitation des conduites parentales visant à interdire à l'enfant, celui-ci comprend ce qu'il imite et en tire un certain pouvoir sur le monde extérieur. C'est une véritable identification à un aspect de l'autre, qui permet à l'enfant de s'opposer et donc de se différencier de son entourage. Le « non » marque une nouvelle étape dans la vie de l'enfant visant l'affirmation de soi et la perception de soi comme sujet autonome.

On peut alors dire que l'identité se construit dans un double mouvement relationnel, de rapprochement et d'opposition, d'ouverture et de fermeture, d'assimilation et de différenciation.

L'identification sexuelle joue un rôle central dans le processus d'identification. Elle est particulièrement active au moment de la phase Oedipienne où l'identification sexuelle, reste par la suite l'un des mécanismes principaux de la dynamique identitaire. C'est d'abord l'identification à l'image des parents, puis des frères et sœurs, ou des camarades, en même temps que l'adhésion aux idéaux et aux modèles de la famille et de la culture. La notion d'identité sexuée recouvre le sentiment d'appartenir à un sexe et l'appropriation des caractéristiques définies culturellement qui lui sont reliées. Ainsi si l'identité sexuée est attribuée d'office par les caractéristiques anatomiques, c'est dans le rapport à l'autre, dans la rencontre de l'altérité qu'elle s'édifie. Mais l'identification ne se fait pas seulement du sujet aux personnes et aux modèles de son environnement. Tout au long de son développement, on inculque à l'enfant des normes et des modèles auxquels il est invité à se conformer (ou non).

En grandissant, l'environnement n'aura de cesse de s'élargir. L'entrée à l'école, l'influence des médias comme la télé, l'ordinateur ou les tablettes pour les générations actuelles vont devenir des supports identitaires à travers les héros de série, d'animés ou de jeux vidéo, véhiculant ainsi les stéréotypes de notre société. L'enfant va ainsi faire partie de groupes plus larges : milieu local, groupe d'âge, classe sociale, appartenance professionnelle, club sportif, identité nationale, etc.

C'est l'aptitude à la décentration qui apparaît chez l'enfant d'âge scolaire (vers sept-huit ans), qui va profondément modifier sa vie relationnelle. Par rapport à son entourage immédiat, il va pouvoir se mettre à la place d'autrui, pour se voir lui-même et le reste du monde comme il pense que les autres les voient.

Ainsi, dire que l'on se construit par le regard des autres ne serait pas entièrement vrai: c'est l'interprétation que l'on fait à partir de ce que l'on croit que les autres pensent et attendent de nous qui va jouer un rôle dans notre rapport au monde et dans l'édification de notre identité personnelle. On ne peut se voir tel que l'on est que dans un miroir, et là encore, cette image peut changer selon la luminosité, l'état dans lequel on se trouve, ou tout simplement parce qu'il s'agira d'une image qui, de toute manière sera subjective. Là encore, le rôle de miroir que va jouer

l'environnement dans l'édification de l'identité dans les premières années, est essentiel: comme on l'a vu au sujet de l'attachement la réaction de l'entourage vis à vis de l'enfant va déterminer ses propres réactions et la façon dont il se percevra lui-même. De plus l'environnement (au sens large) va lui fournir autant de modèles auxquels il pourra se référer pour construire sa propre représentation de lui, l'idéal du moi en psychanalyse.

Le développement affectif de l'enfant donc aussi être considéré comme le passage chez le nourrisson, de la dépendance absolue vers l'indépendance, pour reprendre les termes de Winnicott. Ce passage peut se faire grâce à l'évolution des capacités motrices de l'enfant, mais pas seulement. C'est aussi pour l'enfant, la rencontre d'un monde de sa réalité psychique intérieure et le monde extérieur.

Le fœtus, puis le nourrisson, est dans un premier temps, très dépendant de l'environnement, en particulier de la mère avec qui il fait frontière commune. Pendant cette période de dépendance absolue qui, selon les travaux de **Malher** sur les processus d'individuation-séparation, peut se situer de 0 à 4 mois²³, le nourrisson est dans une illusion d'omnipotence qui va pouvoir être vécue pleinement grâce à l'adaptation continue d'un environnement « suffisamment bon ». Cette illusion va se confronter au fur et à mesure aux perceptions de l'enfant via les interactions avec ses proches. Ainsi la sensibilité profonde de l'enfant, les états de tension et de détente, la perception des modalités qui l'entourent, le contact œil-œil avec sa mère et les différentes expériences sensorielles et motrices qu'il va vivre et qui vont entamer l'illusion que la satisfaction est une réponse à son seul désir ; il va comprendre qu'elle est le fait d'un phénomène extérieur.

Selon **Malher** ce serait donc aux alentours du 4ème mois que débute le processus de séparation-individuation. Elle décrit une première sous phase dans ce processus allant de 4 à 9 mois qui constituerait une étape essentielle dans la différenciation et le développement de l'image du corps. Il s'agit aussi des premiers essais actifs de séparation chez l'enfant qui prend

23 Ph Mazet. et S.Stoléru (1993) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson p.82-83

conscience du corps de sa mère en même temps qu'il prend conscience de son propre corps. C'est pendant cette période que l'on voit l'enfant agripper les cheveux de l'adulte, tenter de le nourrir ou de lui retirer ses lunettes ; il étire son corps pour le voir de plus loin avant de se blottir contre lui. C'est vers 8 mois que l'enfant commence à faire une nette différence entre sa mère et l'autre, c'est l'angoisse du huitième mois dont parle Spitz en tant qu'organisateur de la personnalité. Il y a là, une désadaptation progressive de l'environnement à l'enfant, et celui-ci commence à prendre conscience qu'il est dépendant de la figure parentale, d'où cette angoisse. Néanmoins il s'agit aussi d'une phase d'exploration entre le connu et l'inconnu. L'enfant va faire l'expérience de ce qui est immuable et de ce qui peut être enlevé, remis, notamment sur le corps de la mère comme des lunettes ou un chapeau... Il semble alors qu'il commence de plus en plus à se représenter dans son corps comme une unité différenciée avec une limite.

L'évolution des capacités motrices de l'enfant, va jouer un rôle fondamental dans sa prise d'indépendance et dans sa relation au monde. Entre 9 et 12 mois, c'est la première période de la deuxième sous-phase du processus d'individuation dont parle **Malher**. Le nourrisson va avoir accès à tout un ensemble de déplacement pour mettre de la distance entre lui et la figure maternelle et pour explorer son environnement de manière active. De plus il pourra rechercher la sécurité nécessaire auprès de ses figures d'attachement ou grâce à des objets qui auront été investis et qui auront une valeur transitionnelle ; ce que l'on appelle plus communément les « doudous ».

Précisons rapidement ce qu'est la notion d'objets et de phénomènes transitionnels :

« **Winnicott** désigne ainsi tous les objets (peluche, chiffon, sucette...) et plus largement les phénomènes (mélodies, rituels d'endormissement...) dont l'enfant ne peut se passer, vers la fin de la première année. Ce sont des « pré-symboles » qui figurent la présence de la mère ou d'une partie de son corps tout en ne l'étant pas. Ils rendent la séparation supportable à l'enfant »²⁴.

24 http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_17_phenomenes+transitionnels.html

Ainsi l'enfant va avoir la capacité d'attendre la réponse de l'environnement car la distance va pouvoir se créer dans l'espace mais aussi dans la relation et donc dans le temps. Bien entendu ceci sous-tend un environnement suffisamment sécurisant pour le tout petit.

L'acquisition de la marche marque également un tournant dans la vie identitaire de l'enfant, elle marque la deuxième partie de cette sous-phase, en lui permettant l'élargissement des mondes humain et inanimé et d'éprouver sous des formes multiples, l'exercice de ses facultés motrices. C'est aussi le moment où apparaît un intérêt autour des parties génitales.

La troisième sous-phase de **Malher** dans le processus d'individuation s'étend de 18 à 24 mois et plus. Ce qui rejoint **Winnicott** dans le fait que ce phénomène n'a pas de fin à proprement parler, puisqu'il nomme cette phase comme la phase « vers l'indépendance ».

Cette sous-phase est caractérisée par deux attitudes : le « *shadowing* », où l'enfant suit « comme son ombre » les faits et gestes de l'adulte et le « *darting away* » qui désigne le mouvement alternatif de rapprochement et d'éloignement que l'on peut mettre en lien avec l'apparition du « non » comme troisième organisateur de la personnalité. En effet, l'apparition du langage et en particulier du « non » va être un élément majeur de la prise de distance de l'enfant vis à vis des figures parentales. Si la marche permet l'éloignement physique du sujet, le langage va lui permettre de mettre une distance psychique par l'accès au symbolisme et par la formulation de ses désirs. Il va ainsi pouvoir intérioriser les exigences de l'environnement et ses limites. La rencontre entre la réalité psychique intérieure de l'enfant et la réalité extérieure partagée par l'ensemble, va pouvoir se faire. C'est aussi à cette période que l'enfant va faire ses premières identifications, à commencer par l'identification aux figures parentales.

Enfin, la mise en perspective de ces différentes théories sur le développement affectif de l'enfant, il est important de noter que la plupart de ces théories ne sont valables que dans un environnement « suffisamment bon » dans les sens où il s'agit d'un environnement capable de

s'adapter aux besoins du nourrisson pour lui permettre de potentialiser ses processus de maturation innés. Freud quant à lui énonce qu'éduquer, tout comme gouverner et psychanalyser sont des tâches impossibles à réaliser pour l'Homme. Ainsi, nous pouvons dire que les parents quels qu'ils soient, sont les meilleurs parents qu'ils puissent être et font du mieux qu'ils peuvent. Bien souvent leur propre enfance a pu être compliquée, ce qui peut les avoir privé des ressources psychiques nécessaires pour comprendre les besoins de leur enfant et d'y répondre de manière adéquate. Nous allons nous attacher à définir les dysfonctionnements familiaux au travers de la notion des traumatismes relationnels précoces répétés et considérer quels peuvent être leurs impacts sur le développement de l'enfant.

2. Parentalité, interactions et traumatismes relationnels précoces :

2.1 La parentalité :

Le concept de parentalité est apparu récemment dans les sciences humaines et sociales ; ainsi il n'existe pas encore de définition de la parentalité dans les dictionnaires. Selon **M. Lamour** et **M. Barraco** : « *La parentalité est l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de l'enfant à trois niveaux : le corps, la vie affective et la vie psychique* »²⁵. Ce concept définit donc le rôle et les responsabilités des parents dans la cellule familiale, ainsi que l'ensemble des modifications psychiques et affectives mises en jeu, lorsqu'on doit élever un enfant. Devenir parent ne vient pas juste avec la naissance de l'enfant ; cela implique une modification de notre structure psychique et affective, comme une sorte de passage à travers le miroir, ainsi qu'une appropriation des responsabilités inhérentes à la tâche parentale.

25 C. Sellenet, Essai de conceptualisation du terme «parentalité »

D. Houzel a défini la parentalité selon trois axes : *l'exercice, l'expérience et la pratique*²⁶.

- *L'exercice* représente la fonction organisée et organisatrice de la parentalité. « *L'exercice de la parentalité a trait aux droits et devoirs qui sont attachés aux fonctions parentales, à la place qui est donnée dans l'organisation du groupe social à chacun des protagonistes, enfant, père et mère, dans un ensemble organisé et, notamment, dans une filiation et une généalogie.* »

- *L'expérience*, à traduire « *l'expérience affective et imaginaire de tout individu dans un processus de parentification* ». Ce processus implique la confrontation des différentes représentations de l'enfant : enfant fantasmatique, enfant imaginaire et enfant réel au niveau conscient mais aussi et surtout de l'inconscient. Lorsqu'on devient parent, « l'enfant en nous », c'est-à-dire l'expression des désirs infantiles jusqu'alors refoulés par l'adulte, se réveille et est sollicité par la relation à l'enfant. L'enfant devient un représentant des désirs infantiles des parents, ce qui fait de la parentalité une expérience intra subjective complexe.

- *La pratique* « *concerne les tâches effectives, objectivement observables, qui incombent à chacun des parents [telles que] les soins, les interactions comportementales, les pratiques éducatives...* »

La parentalité est donc l'avatar de la fonction « d'être parent ». Cette fonction conjugue à la fois les responsabilités juridiques, éducatives et morales impliquées par la dimension sociale de la parentalité. Elle peut être pensée comme un processus psycho-affectif maturatif chez chaque parent. En ce sens, il s'agit pour chacun de pouvoir confronter ses propres expériences et souffrances d'enfant à ce que leur enfant est en train de vivre, pour ainsi devenir

26 Cité par A. Rauzy mémoire en vue de l'obtention du D.E. De psychomotricité « *Comment le psychomotricien exprime sa spécificité dans un lieu d'accueil parents-enfant* »

parent de son enfant réel et non plus de l'enfant en eux. Dans certains cas ce processus peut aussi être entrepris par d'autres membres de la famille : grands-parents, grands frères, grandes sœurs, ou beaux-parents. De plus la parentalité regroupe tous les types de parents qui peuvent exister : coparentalité, monoparentalité, homoparentalité ou adoptive.

La parentalité est un processus qui peut donc être engagé par les parents, mais ils n'en sont pas les seuls acteurs, ce processus est le résultat des interactions entre les parents, leur enfant ainsi que les autres membres de la famille. De la même façon il n'y a pas une parentalité par parent, mais une parentalité vis à vis de chaque enfant. En effet chaque enfant d'une même famille n'est pas vécu de la même manière par ses parents, ce qui induit des différences dans la manière de les éduquer. Néanmoins chaque interaction est constitutive de la relation.

Nous pouvons donc nous intéresser à ce que peuvent être les qualités essentielles des parents vis à vis de leur enfant. **M. Berger** définit les compétences parentales nécessaires au bon développement de l'enfant selon trois points²⁷ :

- « *La première qualité nécessaire est la capacité de la part d'un parent d'éprouver de l'**empathie** à l'égard de son enfant, c'est-à-dire d'avoir accès à son monde émotionnel, et en particulier d'interpréter de manière adéquate les signes par lesquels il manifeste ses besoins essentiels (physiques, affectifs, intellectuels, sociaux) et d'y répondre. »*

- « *La deuxième qualité découle de la première : c'est la capacité d'être **une figure d'attachement sécurisante**, c'est-à-dire une personne stable, fiable, prévisible, accessible, capable d'apaiser les tensions de l'enfant et de lui permettre de se sentir en sécurité chaque fois qu'il est en situation de détresse et de grande inquiétude.*

- « *La troisième qualité s'inscrit sur ce fond de sécurité émotionnelle, c'est **la capacité de jouer** avec son enfant dès qu'il est bébé. Il s'agit d'un indicateur plus précis sur la*

27 M. Berger *Voulons-nous des enfants barbares ?* Dunod, 2008, p.24

qualité de la parentalité. De même que les protéines, glucides, lipides sont indispensables à la croissance du nourrisson, le jeu est l'aliment indispensable à sa croissance psychique. C'est l'activité qui lui permet de jouer avec ses pensées, ses peurs, sa violence, de construire des raisonnements, d'accéder au faire semblant et à une pensée abstraite. »

Il semble important, à présent, de définir ce que sont les interactions avant d'exposer en quoi elles peuvent devenir traumatisantes et d'étudier quelles peuvent être leur conséquences sur le développement de l'enfant.

2.2 Interactions précoces :

En psychologie et psychopathologie du développement le terme d'interaction renvoie au concept d'interactions interpersonnelles et sociales. Selon **Ph. Mazet** il s'agit d'une «séquence d'au moins deux comportements socialement orientés contigus et réciproquement adressés »²⁸. Le nourrisson et son environnement s'influencent l'un l'autre, dans un processus continu de développement et de changement. De ce fait les interactions peuvent être définies comme l'ensemble des phénomènes dynamiques se déroulant dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires.

Mazet, différencie l'interaction de la relation, cette dernière est une notion dont la temporalité est évidemment très différente. Une relation interpersonnelle va naître, se développer, se renforcer ou bien se rompre ou menacer de se rompre. Elle possède certes une durée variable, mais qui ne peut pas se compter en minutes, elle peut durer de quelques heures à toute une vie et surtout, une relation perdue en l'absence de ses protagonistes ce qui n'est pas le cas d'une interaction.²⁹

28 Ph Mazet. et A. Féo, dans *Interactions précoces et recherches*

29 Université Pierre et Marie Curie, Nelly Thomas, Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie - 2003 - 2004

Mazet distingue trois dimensions fondamentales inhérentes aux interactions :

- l'interaction **comportementale** : ajustement tonico-postural et contacts cutanés, regards, vocalisation du bébé et paroles maternelles.
- l'interaction **affective** : tonalité affective générale de l'interaction et qualité de l'harmonisation affective permettant au bébé et à son partenaire de partager leurs expériences émotionnelles
- l'interaction **fantasmatique** avec sa double dimension imaginaire consciente ou préconsciente et fantasmatique inconsciente.

Les interactions **comportementales** sont la manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'influencent l'un par rapport à l'autre. Ces interactions sont directement observables entre la mère et son bébé et se situent à différents niveaux, dont on peut considérer que les trois principaux sont : corporel, visuel et vocal.

Au niveau **corporel**, les interactions comportementales sont le reflet de ce qui a été exposé précédemment, concernant le *holding*, notion élaborée par **Winnicott**, c'est-à-dire , la façon dont l'enfant est porté par sa mère, physiquement et au niveau de ses représentations psychiques. On peut aussi mettre en perspective le *handling*, qui est la manière dont l'enfant est traité et manipulé par la mère, ainsi que la notion de dialogue tonique d'**Ajuriaguerra**.

Les interactions **visuelles** concernent le dialogue œil à œil, le regard mutuel ; Winnicott donne à ces interactions une fonction de « miroir ». C'est l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et sa mère induisant des affects. Le regard est un organisateur qui établit la première relation d'objet.

Les interactions **vocales** sont le langage premier du nourrisson, c'est par ses cris et ses pleurs qu'il va pouvoir se faire comprendre et exprimer ses besoins et affects. De plus, la voix de la mère, va donner un rythme, et donc une temporalité à l'interaction, qui va permettre à l'enfant d'anticiper et de s'organiser. Les interactions vocales ont un rôle important dans l'harmonisation de la relation.

Les interactions **affectives** découlent des interactions comportementales et concernent le climat émotionnel des interactions. Elles traduisent un vécu agréable ou déplaisant. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de sa mère. On peut rapprocher cette dimension de l'interaction, de l'accordage affectif de **Stern**, vu dans la partie concernant *l'importance de la relation dans le développement de l'enfant*. Les affects constituent l'objet même de la communication, en particulier durant les premiers temps de la vie. La tonalité affective globale des échanges entre les partenaires de l'interaction permet la mise en perspective des sentiments.

La notion d'interaction **fantasmatique** a été étudiée par **Kreisler, Cramer et Lebovici**³⁰. Ils mettent en évidence l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatiques, ou inconscients. L'interaction fantasmatique va donner sens à l'interaction comportementale. Les fantasmes qui sous-tendent les relations, rendent compte des modalités d'investissement des objets par les pulsions ou les désirs. Cette notion traduit l'influence du préinvestissement et de l'investissement dont le bébé fait objet, par ses parents qui est à l'œuvre dans les interactions parents-bébé.

Les deux partenaires sont actifs. L'harmonie, la mutualité et la réciprocité sont fonction de différents facteurs liés à la fois à la mère et au bébé³¹.

30 28, *ibid*

31 cf. document annexe.

Nous allons maintenant nous intéresser aux troubles des interactions précoces et de ce qui définit un traumatisme relationnel précoce.

2.3 Trouble des interactions :

Les troubles des interactions peuvent être envisagés selon deux perspectives : une perspective **synchronique**, qui est la forme que prend l'interaction à un moment précis, et une perspective **diachronique**, prise dans le déroulement temporel prolongé de l'interaction et de son évolution.

La perspective **synchronique** peut se décrire à travers trois grands types de perturbations de l'interaction, ou dysfonctionnements interactifs précoces : l'excès de stimulations, le manque de stimulation et le caractère paradoxal que celles-ci peuvent prendre. Ces hyperstimulations ou hypostimulations peuvent être le fait de l'environnement qui ne réagit pas de manière adéquate aux besoins du bébé ; mais il faut également prendre en compte les limites de chaque enfant : certains bébés font preuve d'une hypersensibilité innée et d'autres d'une hyporéactivité.

La perspective **diachronique** est la façon d'envisager les troubles de l'interaction tout au long de l'évolution. Cela peut être dû à une perturbation de la stabilité du mode interactif, à une fixation, voire une régression des patterns interactifs, ou à une oscillation entre des périodes d'hypostimulation et d'hyperstimulation qui produit une incohérence du mode évolutif.

Certains parents ne peuvent offrir des conditions satisfaisantes au moment de la naissance de l'enfant, à cause de difficultés sociales, familiales ou personnelles. On parle alors, de « dysfonctionnements interactifs précoces »³². On peut donc voir ici l'importance de la qualité des interactions relationnelles précoces entre l'enfant et ses parents, et on peut entrevoir ce que nous appelons donc une « situation familiale dysfonctionnelle » au travers de l'impact de

32 22, *ibid*, p.

traumatismes relationnels précoces répétés.

2.4 Traumatismes relationnels précoces :

M. Berger fait référence aux travaux de sa collaboratrice **E. Bonneville** pour définir ces traumatismes.

« On parle de traumatisme relationnel précoce lorsque les capacités de régulations émotionnelles d'un enfant ne peuvent plus faire face à un afflux de stimuli désorganisateurs car trop importants en quantité et en qualité, imprévisibles, incompréhensibles, effrayants, douloureux, prématurément érogènes, donc angoissants. Confronté à ces stimuli, le psychisme immature de l'enfant ne peut qu'investir toute son énergie dans des défenses rigides, finalement pathogènes, au détriment des fonctions d'organisation, de construction et de création. »³³

Ces traumatismes relationnels se produisent dans « *un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations* »³⁴, pour reprendre les mots d'**E. Bonneville**. Ils sont dit précoces car ils touchent des enfants dans les premiers temps de leur vie. C'est également en soi, cette précocité qui est constitutive d'un traumatisme du fait de l'immaturité des fonctions psychiques de l'enfant. Cet environnement est relatif à des parents en grande difficulté psychique, incapables de s'accorder à leur bébé et qui ont pu leur faire vivre de façon répétée des situations de négligence grave, de violence, ou d'implication dans des idées délirantes.

Les traumatismes relationnels précoces peuvent donc avoir de nombreuses formes : la violence, l'abus sexuel, l'exposition au spectacle de violences familiales, l'implication dans la folie parentale ou des relations perverses.

³³ 27, *ibid* p18

³⁴ Bonneville Emmanuelle, « Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, 2010/1 Vol. 53, p. 31-70. DOI : 10.3917/psy.531.0031

Ainsi la seule vue, par un enfant dans l'impuissance la plus totale, d'échanges violents entre des personnes dont il est dépendant, constitue déjà un traumatisme. Il en est aussi question quant à l'exposition précoce à des contenus explicitement érogènes ou à la scène primitive de la chambre à coucher.

La négligence, dans les familles carencées, peut aussi constituer une situation de traumatisme. **M. Lamour** et **M. Barraco**, citées par **E. Bonneville** offrent une définition de la négligence :

«La négligence se définit comme une forme de mauvais traitement caractérisée par un manque de soins sur les plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs mettant en péril le développement normal de l'enfant. Il s'agit d'un manque ou d'une absence de soins nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant selon son âge et son niveau de développement. La négligence ne peut donc être définie qu'en corrélation avec le degré de dépendance/autonomie de l'enfant. »³⁵

Il semble important de rappeler ici, que ce n'est pas un épisode traumatique qui entraîne des troubles dans le développement de l'enfant ; aucun parent n'est parfait et de ce fait il est fort probable que chaque personne ait vécu dans son enfance une situation traumatique. C'est l'intensité tant qualitative que quantitative de l'épisode traumatique, ainsi que la capacité propre de l'enfant et de son environnement à faire face à cet épisode, qu'il est important de prendre en compte, afin d'en mesurer les conséquences. La notion de répétition est notamment très importante.

2.5 Effets des traumatismes relationnels précoces répétés :

Nous allons maintenant pouvoir nous intéresser à l'impact des traumatismes relationnels précoces répétés. Selon les observations cliniques de **M. Berger** et de son équipe, de nombreux troubles du comportement, se retrouvent avec une fréquence non négligeable chez des

³⁵ E. Bonneville, Thèse de doctorat en Psychologie, Mention Psychopathologie et Psychologie clinique, *Pathologie des traumatismes relationnels précoces : Comprendre et accueillir les liens en souffrance*, 2008

enfants ayant subi des traumatismes relationnels précoces de façon répétée. Ils s'associent, de manière plus ou moins intriquée, sous la forme d'une « *évolution éventuelle d'une déficience intellectuelle, une hyperkinésie avec des troubles de l'attention, des troubles sévères de l'attachement le plus souvent de type désorganisé-désorienté, des troubles psychiatriques, et une violence pathologique extrême avec ou sans fugue* », pour les cas les plus « lourds »³⁶.

Il s'agit d'enfants qui, a priori, n'ont pas connu d'incident somatique ou neurologique pouvant affecter leur développement ni même de pathologie génétique. Ces traumatismes relationnels précoces se déclinent sous plusieurs formes, et leur impact est d'autant plus grand qu'ils se produisent de façon précoce.

E Bonneville attribue à des enfants ayant vécu leurs premiers mois de vie dans un « *environnement caractérisé par l'imprévisibilité et le chaos des relations* », une structure de personnalité bien spécifique : « *ce profil relève essentiellement de la clinique du traumatisme : la répétition compulsive de mode de relation et d'attachement distordu, dominé par l'alternance brutale de phases de collage et de destruction, en constituerait un trait caractéristique, établi très précocement. Ces émotions ont déclenché des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. C'est ce phénomène qui crée le traumatisme* »³⁷.

Selon Bonneville : « *Ces enfants ont vécu dans leurs premiers temps de vie des expériences terrifiantes et des séries de rencontres manquées dans les relations avec leur entourage : soit parce que leurs parents étaient imprévisibles et très angoissants pour eux, soit parce qu'ils se trouvaient seuls, impuissants face à leurs états émotionnels, sans trouver d'aide, de réconfort ni de reconnaissance de leurs états subjectifs de la part de leurs parents. Ils ont dû apprendre à gérer tous seuls, sans le secours d'une relation sécurisante et contenant.* ». Ce sont des enfants qui ont toujours évolué dans ce type d'environnement dysfonctionnel et se sont construits par rapport à celui-ci. Leur développement s'est fait de manière à s'adapter à cet

36 27, *ibid*, p.14

37 34, *ibid*

environnement, et ils en ont tiré des représentations de base, afin d'y trouver des repères. Leur fonctionnement n'est anormal et inadapté que si on se rapporte à nos propres représentations, il devient adapté si on se réfère à l'environnement qu'ils ont pu connaître.

Les traumatismes répétitifs peuvent entraîner une sidération plus ou moins importante de la pensée et leur intensité peut s'inscrire dans la psyché immature de l'enfant, sous forme de sensations corporelles ou d'images à l'état brut que l'enfant ne parviendra pas à distinguer de la réalité, explique **M. Berger**³⁸. De plus, l'enfant, qui est dépendant de cet environnement source d'angoisse, ne pourra pas chercher de réconfort ailleurs que dans cet environnement, n'ayant pas d'adulte à qui s'identifier ; il y aura un renforcement de cette angoisse face au vide relationnel auquel il est confronté. L'enfant est donc partagé entre ses angoisses et l'angoisse d'être rejeté.

Ces expériences précoces et le système de défense déployé par ces enfants pour la survie psychique pendant une durée excessive, peuvent générer des troubles graves du développement et du fonctionnement psychique et relationnel. Cela se traduit chez l'enfant par un multi-clivage de sa pensée : une partie s'identifiant au parent source d'angoisse, une autre partie étant angoissée, voire terrifiée, et une autre idéalisant ses parents par le biais du déni de cette situation.

E. Bonneville parle d'une identité « atomisée » chez ces enfants et propose ce clivage : *« une partie « hermétique », permettant la survie sans douleur, mais dont la rigidité empêcherait tout échange, toute pensée et toute évolution. Une partie est identifiée à un bébé rageur et haineux, éternellement insatisfait, avide, envieux et insatiable. Une partie est identifiée à un bébé incompetent, non séduisant, non aimable, voire rebutant. Une partie est identifiée à un bébé à l'agonie : un bébé désespéré, abandonné et « bombardé » d'excitations, solitaire et impuissant face à sa détresse et au danger. Une partie qui semble plus « saine » et correspondrait à un objet soignant, attentif, empathique et consolateur. »*³⁹ Ce multi-clivage prend autant le caractère d'un état que d'une défense. De ce fait, l'enfant sera dans l'incapacité de déterminer l'origine de « ce

38 27, *ibid*, p.19 à21

39 34, *ibid*

qui ne va pas », ce qui pourra le mener à un sentiment de culpabilité et à développer une image de lui-même très dévalorisée d'enfant incompetent et non aimable, comme s'il était lui-même l'origine de ce dysfonctionnement.

On peut penser que l'attitude et le comportement de ces enfants se modifie selon la partie à laquelle ils s'identifient. De cette manière le moindre changement, peut produire une rupture dans leur équilibre interne, déjà fragilisé, et déclencher un sentiment de perte de sécurité insupportable.

Ces derniers problèmes peuvent se regrouper derrière des difficultés d'indifférenciation chez l'enfant qui n'arrive pas à discerner ce qui est du « Moi » et du « non-Moi », et si « ce qui va mal » vient de lui ou de l'extérieur. Enfin il ne sera pas en capacité de distinguer ce qui est bon ou mauvais, ou ce qui du passé ou du présent. On pourra être confronté dans ces cas-là à des enfants qui semble « prisonnier » de leurs souvenirs ; car étant dans l'incapacité de distancier ce qui est du présent ou du passé, leurs souvenirs peuvent se réactualiser continuellement et prendre valeur de présent, ce qui va également réactualiser leurs angoisses. Il y aurait ici une certaine forme de répétition dont le but serait une tentative de représentation, de mise en forme et en sens de l'expérience, qui n'avait pas pu être réalisée initialement.

« J'ai vu en bilan à l'hôpital de jour, une dont l'anamnèse révélait une situation familiale chaotique et prompte aux situations paradoxales. Cette enfant présentait des troubles des repères temporels : les repères de base (avant, après, hier, demain, etc.) n'étaient pas acquis et cette petite fille me paraissait de temps à autre « absorbée » dans ses pensées et son discours semblait réactualiser ses souvenirs ; elle racontait par exemple ses vacances comme si j'avais été avec elle, et après questionnement auprès de la psychologue, cela était déjà arrivé au sujet d'épisodes angoissants. »

Le traumatisme relationnel précoce peut donc être considéré comme étant à l'origine d'une indifférenciation entre la pensée de l'enfant et celle de ses parents. Les soins et

l'écoute de l'enfant ont pour but de lui permettre de se construire une pensée différenciée afin qu'il parvienne à identifier ses sentiments personnels au lieu d'avoir une pensée infiltrée par des sensations, des images ou des affects du passé. **M. Berger** fait aussi état de trouble du schéma corporel et de la représentation de soi en prenant appui, sur sa clinique et sur des tests de la figure de Rey (qui est aussi utilisée pour révéler des troubles de l'organisation spatiale) qu'il a fait passer à certains enfants⁴⁰.

Comme on a pu le voir précédemment, l'édification de la personnalité est avant tout corporelle ; cela passe par une sensation d'unité, qui peut se créer peu à peu, grâce au dialogue tonique lors du portage de l'enfant par sa mère. Néanmoins cela nécessite des soins suffisamment bons ainsi qu'un portage physique et psychique suffisamment contenant, en référence au holding et au handling de Winnicott. Ainsi on peut supposer que des enfants qui ont dû recourir à un clivage de leur personnalité pour leur survie psychique, ont effectué ce même clivage concernant leur représentation corporelle afin de se protéger, une fois de plus, d'un vécu potentiellement douloureux.

Afin de retrouver des sensations d'existence et de corps unifié, ces enfants, par une agitation motrice et/ou verbale, cherchent à se créer une enveloppe substitutive dans le mouvement. Il peut s'agir d'une tentative pour s'auto-calmer et s'auto-exciter, et ainsi ne pas subir d'excitations extérieures. **E. Bonneville** parle de l'agitation comme un « *moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de liaison la plus primitive, dans et par le corps et les sensations corporelles. D'autre part, s'envelopper de bruits et de sensations autoproduites évite de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors* »⁴¹.

On peut envisager que pour ces enfants hypersensibles, la rencontre avec l'autre, qui peut être source d'excitation, est d'abord quelque chose d'effrayant et de dangereux. La

40 27, *ibid*, p.35 à 38

41 34, *ibid*

relation va donc être pour eux quelque chose qui est soit à éviter, soit à détruire, soit à maîtriser au maximum. Cela peut se traduire par une certaine avidité dans la relation. Ainsi, on peut voir des enfants qui par exemple se « collent » en permanence à leur figures d'attachement, comme si elles pouvaient disparaître à chaque instant. Cette avidité peut donner un aspect de toute puissance apparente à ces enfants, mais ne seraient-ils pas plutôt « tout-impuissants », pour reprendre une expression de **René Roussillon**⁴² : impuissants face à leur états émotionnels et leurs angoisses.

L'impact des traumatismes relationnels précoces peut également être mesuré au niveau cérébral. Le stress chronique qu'entraînent ces derniers chez le nourrisson, a pour conséquence une augmentation constante du taux sanguin de cortisol, augmentation qui se révèle être délétère pour le développement du cerveau du tout petit. C'est l'hippocampe, parti du cerveau droit qui possède la plus forte densité de récepteur au cortisol, qui est la plus touchée. Cette partie du cerveau est celle où s'organise la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement, ainsi que la mémoire d'apprentissage. On peut constater sur des IRM d'enfants de trois ans une diminution de 16% du nombre de neurones de l'hippocampe chez des enfants ayant subi des traumatismes relationnels précoces dit « passifs » (sans violences), par rapport à des enfants ayant vécu dans des milieux familiaux normaux. L'hippocampe n'est pas la seule zone du cerveau à être touchée par cet excès de cortisol. Ce stress précoce et continu empêche donc le bon développement du cerveau de l'enfant et ce de manière définitive. Tout ceci entrave l'instauration de certaines fonctions comme une difficulté à éprouver de l'empathie, une impossibilité à tolérer la frustration ou de contenir sa violence⁴³.

Ces enfants se retrouvent généralement en institution pédopsychiatrique, cela démarre souvent dans une consultation médico-psychologique (CMP) ou en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), vers lesquelles les parents de ces enfants sont orientés, pour une « hyperactivité ». Ce sont des enfants qui, nous l'avons vu, cherchent à réduire leurs angoisses dans l'activité motrice, ce qui devient vite un problème lorsqu'ils débutent leur socialisation, c'est à dire, lorsqu'ils entrent à l'école, qui est déjà en soit un passage qui peut être générateur d'angoisses chez

42 27, *ibid*, p.28-29

43 27, *ibid*, p.23-24

n'importe quel enfant ; pour certains, des difficultés se retrouvent dès la crèche. Cette hyperkinésie se déroule souvent au travers d'actes violents ce qui peut vite devenir ingérable pour l'école comme pour la famille. Enfin selon leur évolution, ces enfants sont ensuite orientés vers des structures plus adaptées de type hôpital de jour pour enfants, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), voir institut thérapeutique et pédagogique (ITEP) pour les plus âgés.

La prise en charge de ces enfants ayant eu précocement un vécu traumatique peut être quelque chose de difficile à appréhender, car la violence d'un enfant et la réponse contenante qu'on veut lui offrir nous renvoie à nous même des choses terrifiantes. En effet le travail avec les enfants ne nous laisse que peu de choix quant à un certain engagement corporel même médiatisé, en réponse à ce que l'on peut qualifier de crise. On se retrouve dans un dilemme personnel entre la volonté de se protéger et celle d'investir aux mieux notre position soignante.

D'un point de vue général la violence n'est pas uniquement en rapport avec des traumatismes précoces : « *A l'hôpital de jour, j'ai travaillé en atelier conte avec une petite fille qui présentait un trouble envahissant du développement. Cette enfant pouvait faire de violentes crises où elle venait brutalement se taper la tête en arrière. Dans ces moments-là la seule chose que les soignants pouvaient faire, était de contenir cette petite fille, physiquement, en verbalisant au maximum ses états. La violence des crises a pu parfois porter atteinte physiquement aux membres de l'équipe et à moi-même.* ». Dans ce cas de figure on se retrouve à protéger cette enfant d'elle-même au détriment de notre propre sécurité parfois. On peut aussi se retrouver dans le fait de contenir un enfant, confronté à notre propre violence parfois. **M.B. Lacroix** illustre très bien ce sentiment : « *Les adultes doivent savoir que cette réponse sera souvent ressentie comme sadique, et qu'il est bouleversant de découvrir que fréquemment, celui qui intervient pour stopper l'attaque que porte l'enfant, passe instantanément du statut de sauveur ou de victime à celui d'agresseur, de tortionnaire potentiel dans le regard des autres et à ses propres yeux.* »⁴⁴.

44 Cité par M. Berger *Voulons-nous des enfants barbares ?* Dunod, 2008, p57

Ainsi on peut se retrouver à avoir peur d'un enfant et à avoir peur de notre propre violence, ce qui, bien que contraire à l'idéal que nous nous faisons du soignant, reste humain. C'est à prendre en compte dans le soin et c'est quelque chose dont on peut parler en équipe. Cette violence, dans tous les cas, ne doit pas dépasser le niveau minimum nécessaire et doit être médiatisée, accompagnée de paroles, car comme le dit **M. Berger** : « *Au cours des soins avec certains sujets, il existe des raisons tout à fait objectives de craindre d'être frappé* ». Néanmoins il ne faut pas investir son énergie dans la protection aux détriments des soins, il faut à l'inverse pouvoir s'appuyer sur un cadre contenant, clair et codifié pour être plus disponible à écouter ce que les enfants souhaitent exprimer, car la réponse et la contenance lors de ces crises sont quelque chose de nécessaire et quelque part recherchée par l'enfant ; une absence de réponse pouvant être vécue comme un lâchage, ou un abandon du point de vue de l'enfant.

La prise en charge quelle qu'elle soit va devoir s'inscrire auprès de ces enfants selon M. Berger, en suivant deux fondements : une certaine fermeté dans le sens d'une capacité à ne pas se laisser détruire, et une écoute permettant d'identifier les besoins de l'enfant et de s'y ajuster.

Ainsi, la prise en charge en psychomotricité peut offrir une dynamique de soins tout à fait intéressante pour travailler avec des enfants victimes de traumatismes relationnels précoces répétés. En effet, on a pu constater que les troubles qui en découlent, se traduisent chez ces enfants sur le plan moteur principalement et s'inscrivent dans les champs de compétences de la psychomotricité comme cela est inscrit dans le décret du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice : « *Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.* ». Nous allons donc principalement traiter les champs relatifs au tonus, au schéma corporel, à l'espace et au temps. Il ne s'agit pas là pour moi des seuls champs à travailler avec ces enfants, mais ceux qui sont à mon avis, les plus représentatifs de leurs difficultés et les plus en lien avec le processus identitaire. Ce sera donc l'objet de la prochaine partie, une partie théorico-clinique sur la prise en charge d'enfants dans des situations

familiales dysfonctionnelles.

Partie II: Théorico-clinique

1.Présentation de différentes structures de soins à l'enfance :

J'ai connu au cours de mes stages plusieurs structures de soins dans lesquelles j'ai pu trouver des éléments cliniques pouvant étayer mes propos. Je vais donc commencer par vous présenter ces structures avant de parler de mon expérience de la psychomotricité, en rapport avec mon sujet, en leur sein.

1.1 Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce :

Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est une structure, placée sous la direction du médecin directeur de la Prévention Maternelle et Infantile (PMI), et qui donc n'est pas dépendant d'un hôpital, mais du conseil général. Le financement de la structure est assuré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour 80% et par le conseil général pour 20%.

L'équipe technique, lors de mon stage, se composait : d'un médecin chef, pédiatre, d'une puéricultrice, de deux psychologues, de deux psychomotriciennes, d'une orthophoniste, d'une pédopsychiatre, d'une secrétaire, ainsi que des agents de service.

Le CAMSP est un lieu de dépistage, de consultation (bilan diagnostic), de prise en charge médico-sociale et de prévention. Il assure le suivi des enfants en difficulté dans leur développement (moteur, sensoriel ou psychique) et/ou présentant des facteurs de risque pouvant engendrer un handicap. Il s'adresse à des enfants de 0 à 6 ans dont le développement suscite des inquiétudes de la part de l'entourage familial et/ou extra familial.

Le dépistage, est une action systématique visant à trouver dans une population donnée les personnes qui ont besoin de soins, d'adaptation ou de réintégration sociale. Il peut prendre différentes formes notamment au cours d'action de prévention en crèche ; au cours des bilans qui sont susceptibles de dépister des troubles chez des enfants de même fratrie ou chez les parents ; ou dans le cadre d'une collaboration menée avec la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), concernant d'autres lieux d'accueil parents/enfants.

Le CAMSP est un lieu de consultation ouvert à tous ; ces consultations amènent régulièrement à pratiquer des bilans diagnostiques sur les enfants. Il s'agit principalement de bilans psychologiques, psychomoteurs et orthophoniques. Il s'agit d'une démarche clinique d'accueil, d'observation, d'investigations et d'analyse, d'une plainte, d'un symptôme, ou d'une souffrance d'un fonctionnement global d'un enfant dans son environnement.

Le bilan permet de mesurer et d'analyser les capacités de l'enfant en rapport avec son âge, à un moment donné de son évolution. Il doit avoir pour objectif de clarifier et soutenir la demande initiale des parents. Il permet également de fournir une analyse des symptômes de l'enfant et de mettre en adéquation la plainte de l'enfant avec celle des parents pour pouvoir ainsi leur proposer un projet thérapeutique à l'issue d'une réunion de synthèse en équipe.

Ainsi, une prise en charge peut être décidée en équipe, selon les besoins de l'enfant et avec l'accord préalable de la CPAM, renouvelable selon les besoins et l'évolution de l'enfant. Ces prises en charge peuvent se dérouler individuellement ou en groupe, avec un seul ou plusieurs thérapeutes et avec la présence ou non des parents, ceci, selon les besoins et le développement de l'enfant avant tout, mais aussi suivant la population accueillie au CAMSP, les moyens disponibles et les diverses obligations des thérapeutes.

La prise en charge parents/enfants et thérapeute concerne essentiellement des parents fragilisés ayant besoin d'un lieu de parole et/ou d'étayage dans leur rôle parental, mais dont

la relation avec l'enfant est de bonne qualité. Les enfants ne devant pas présenter de trouble majeur du comportement.

Il peut s'agir de rencontre ponctuelle ou systématique où le rôle du thérapeute sera de médiatiser et de nourrir la relation parents-enfants, et de favoriser l'ouverture de la famille vers l'extérieur. Les parents peuvent également être accueillis seuls pour un travail de guidance parentale auprès des psychologues du CAMSP.

Le CAMSP permet de prendre en charge les enfants le plus précocement possible, afin de permettre une plus grande efficacité des soins et de limiter l'impact que leurs présentes difficultés pourraient avoir sur le long terme. C'est aussi une institution qui permet l'orientation des enfants vers les structures de soins les plus adaptées, au regard de leur pathologie.

1.2 La Consultation Médico-Psychologique

La Consultation Médico-Psychologique (CMP), est rattachée à un centre hospitalier. De ce fait, son fonctionnement est celui d'un service hospitalier. Celle où je suis en stage dépend du secteur pédopsychiatrique du service de psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital. Il s'agit d'une consultation hospitalière, ouverte là aussi, qui accueille des enfants de 0 à 11 ans.

La CMP où je suis en stage, comprend une pédopsychiatre et chef de service, des psychologues, une assistante sociale, une psychomotricienne, un poste d'orthophoniste, actuellement vacant, ainsi qu'une secrétaire et des agents de services hospitalier. Il pourrait également y avoir, des infirmiers psychiatriques et/ou un éducateur spécialisé, mais ce n'est pas le cas actuellement

La première consultation a lieu avec la pédopsychiatre ou un psychologue de la structure. De cette manière chaque situation fait l'objet d'une démarche diagnostique individualisée, afin d'établir, lors des réunions de synthèses, un projet de soins en fonction des

besoins de l'enfant.

De plus des échanges avec les autres professionnels intervenant auprès de l'enfant (médecins, travailleurs sociaux, enseignants, éducateurs, etc.) peuvent être nécessaires et se font toujours avec l'accord des parents et dans le respect du secret professionnel.

Au terme de cette démarche, différentes prises en charge peuvent être proposées sous forme : de consultations ponctuelles, de prises en charge individuelles au long cours, comme psychothérapies ou de thérapies psychomotrices, de prises en charge familiales avec des entretiens parents-enfants.

Les missions d'une CMP consistent donc en la réalisation d'actions diagnostique et de prévention, ainsi qu'en la mise en place de soins ambulatoires et la prise en charge d'enfants jusqu'à 11 ans environ, présentant des difficultés affectives, psychologiques et/ou familiales.

1.3 L'hôpital de jour pour enfant :

A l'hôpital de jour, où j'effectue mon stage, sont accueillis, des enfants de 3 à 12 ans, souffrant de troubles du développement psychoaffectif ou des difficultés dans l'organisation de leur personnalité. Cette structure, propose des soins dans une approche psycho-dynamique de ces pathologies.

L'équipe se compose du médecin chef pédopsychiatre, d'une cadre de santé, de deux psychologues, de deux psychomotriciennes, d'une assistante sociale, d'infirmières, d'une aide soignante, d'un éducateur spécialisé, d'un enseignant spécialisé, ainsi que d'une secrétaire et deux agents de services hospitaliers.

Les soins proposés visent l'entrée dans la relation et l'acquisition d'une autonomie sociale et psychique. Ils s'articulent autour d'ateliers thérapeutiques associés à des thérapies individuelles ou groupales, thérapie psychomotrice, psychothérapie.

Le projet thérapeutique est individuel et est établi en équipe. Il prend en compte l'enfant de manière globale et peut évoluer pour suivre son évolution. Il tient compte également de la dimension sociale de la vie de l'enfant, grâce à un énorme travail de lien et de partenariat avec les familles, l'école et d'autres intervenants (aide sociale à l'enfance, justice...).

Ces ateliers sont conçus en fonction des projets individuels de chaque enfant. Ils fonctionnent comme des petits groupes qui partagent une activité autour d'un médiateur commun tels que l'eau, le conte, la terre, ou des activités créatives.

Ainsi le but de l'hôpital de jour pour enfant est d'offrir à l'enfant la possibilité de fréquenter un autre espace pour soutenir sa socialisation/et ou ses apprentissages, afin de limiter l'exclusion dont celui-ci pourrait être victime en regard de ses troubles.

1.4 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Là où je suis en stage, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), se destine à des enfants de 3 à 12 ans. Il faut d'abord savoir que l'accueil dans le cadre du CATTP se fait pour le moment dans les locaux de la CMP ou de l'hôpital de jour. Les locaux prévus pour le CATTP, étant en construction.

Le CATTP propose des soins ambulatoires, séquentiels, à des enfants présentant des troubles de la personnalité et/ou du développement. L'équipe en place est similaire à celle de l'hôpital de jour. Ainsi on peut dire que cette structure complète l'activité d'une Consultation Médico-psychologique et se différencie de l'hôpital de jour par ses modalités d'accueil et de soins. Un projet de soins adapté est mis en place, au plus proche des besoins de l'enfant, de sa scolarité et

de l'attente des parents. Avec l'accord de ces derniers, un travail avec les différents partenaires de soins, ainsi que les travailleurs sociaux et les membres de l'éducation nationale, acteurs dans la scolarité de l'enfant, est possible.

Les soins proposés par le CATTP, visent le maintien de la socialisation et le soutien des capacités relationnelles, affectives et intellectuelles de l'enfant, par de petits groupes thérapeutiques, souvent en combinaison avec des consultations et rééducations individuelles (thérapie psychomotrice, orthophonie, psychothérapie).

2. Psychomotricité, essai de définition et approche théorique du tonus, schéma corporel, de l'espace et du temps :

2.1 La psychomotricité, essai de définition :

Il peut être intéressant de s'arrêter brièvement afin de redéfinir ce qu'est la psychomotricité : à la fois un métier, une pratique, mais aussi une science et un courant de pensée. Le champ conceptuel de la psychomotricité recouvre les notions fondamentales telles que le corps, la psyché, l'espace, le temps et la mémoire qui ont passionné les savants et penseurs du monde occidental, de la Grèce antique à nos jours. Le concept de psychomotricité est un des concepts les plus récents de la sphère éducative et thérapeutique. Elle trouve son originalité dans son approche et sa conception de l'être humain dans sa totalité qui, refuse la séparation totale entre l'homme et l'univers, entre la matière et l'esprit. Elle s'inscrit dans une vision de l'être qui dépasse dualisme corps-esprit, si présent dans notre société, pour atteindre la notion de globalité, d'unicité de l'Être. Cela passe par la reconnaissance du mouvement spontané et créatif de l'Être Humain et particulièrement de l'enfant, qui au départ intuitif et réactionnel va aboutir à un mouvement spontané conscient.

La psychomotricité ne se situe pas du côté du savoir mais plutôt de l'interrogation, dans le sens d'un dynamisme créé et recherché entre connaissances et savoir-faire. J. de Ajuriaguerra définissait la psychomotricité de la sorte : « *technique qui, par le truchement du corps et du mouvement, s'adresse à l'être dans sa totalité. Elle ne vise pas la réadaptation fonctionnelle en secteurs, et encore moins une survalorisation du muscle, mais la fluidité du corps dans l'environnement. Son but est de permettre de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets, et de parvenir à une harmonisation de ces modes de relation à autrui* ».

La psychomotricité est marquée dans sa chair du sceau de la pluralité dont elle est constituée. Il n'y a pas d'unité conceptuelle de la psychomotricité ; son identité se construit au regard des trois concepts du corps issus de la pensée du 20ème siècle : la psychanalyse, la phénoménologie et les neurosciences. Elle est l'articulation de l'imaginaire, du symbolique et du réel, et repose sur un paradigme : « Motricité, Sensation, Représentation ». Ces trois notions sont inhérentes au développement et au fonctionnement humain, et réciproquement interactives. C'est ce qui constitue la base de notre approche.

Ainsi, depuis les années 90, des auteurs comme **B. Golse**, **A. Bullinger**, **S. Robert Ouvray** et d'autres, ont pu mettre en évidence les étapes corporelles, psychomotrices, sensorimotrices du développement de l'enfant et créatrice de son intelligence. C'est avec cette vision intégrée et interactive entre les différentes composantes de l'Etre Humain et particulièrement l'enfant, que la notion même, de développement psychomoteur, a évolué.

C'est donc dans une dimension corporelle qui a évolué et qui est en évolution que la dynamique peut être appréhendée. Le corps peut alors se vivre sous différents aspects :

- **le corps objet** : avec une distance entre le sujet et son corps, utilisé comme un instrument que l'on maîtrise, à la recherche, de la santé, du bien-être, d'efficience, porteur de l'expressivité, objet d'un savoir empirique. **(Motricité)**

- **le corps vécu** : celui que je ressens dans son contenu, ses limites. Aller-retour fondamental entre le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur le moi et le non-moi. Le corps peut être vécu dans l'immédiateté de l'instant mais aussi comme porteur de vie, dont il en est l'expression. **(Sensation)**

- **le corps qu'on est** : celui que **B. Lesage** appelle « le corps conscience vécu comme travail de soi avec la conscience aigüe d'une connexion psychosomatique, reliée à une aventure subjective. ». Il est le garant de notre sentiment d'exister en tant que sujet, dans la continuité du temps et de l'espace. **(Représentation)**

Nous éprouvons notre corps par l'expérimentation du corps de l'autre dans la relation mais à partir de nos propres expérimentations du temps, de l'espace et du monde, et ce dès la naissance. C'est donc dans cette dimension que va s'inscrire la pratique psychomotrice, afin d'aider le patient à réinvestir son corps dans sa relation à lui-même et au monde, comme le dit Ajuriaguerra : « *Le but de la psychomotricité est de permettre au sujet de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ses modes de relation avec autrui* »

Après ce retour sur les fondements de la psychomotricité nous allons pouvoir nous intéresser aux champs les plus pertinents en rapport avec notre sujet. J'ai choisi de parler du tonus, du schéma corporel et de l'image du corps, de l'espace et du temps. Ces quatre notions sont pour moi les plus pertinentes, car elles représentent des données constitutives de notre personnalité et de notre identité.

Ces dernières peuvent s'être construites sur un mode pathologique, l'environnement ayant pu le favoriser et de ce fait les notions de tonus, de schéma corporel, d'espace et de temps qui dans leurs interactions réciproques servant de repères à l'enfant, n'ont pas

pu acquérir cette dimension. C'est pour cette raison et dans une recherche de plus de simplicité que je cherche à faire ressortir ces éléments, bien qu'ils ne soient pas les uniques difficultés psychomotrices des enfants qui font l'objet de ce mémoire.

2.7 Le tonus :

On a pu voir que les notions d'attachement et de « Moi », étaient en lien direct avec la question du tonus qui peut être considéré comme la capacité d'organisation motrice de l'Homme face au milieu qui l'entoure. C'est une dimension fondamentale chez l'être humain qui est une des bases de la psychomotricité, car il est à l'articulation entre le physiologique et l'affectif. C'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité que dans le maintien de la posture et dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet.

On peut le définir comme étant l'état de tension permanent dans lequel se trouve normalement soumis tout muscle squelettique au repos et qui disparaît après section du nerf moteur.

On distingue le tonus de fond, dit passif, et le tonus d'action, dit actif.

Le tonus de fond, est une donnée de base sur laquelle émerge le mouvement (tonus de posture, équilibre). Il a deux composantes qui sont l'extensibilité et la passivité. Il s'apprécie par la consistance, le ballant et l'extensibilité.

La consistance s'apprécie par le palper. Elle permet de mettre en évidence les grandes hypotonies ou hypertonies, notamment celles d'origine neurologique. Le ballant quant à lui, est apprécié en imprimant un mouvement énergétique à un segment de membre et ne permet qu'une appréciation qualitative du tonus. L'extensibilité peut être représentée comme la plus grande longueur qu'il est possible d'imprimer à un muscle en l'éloignant de ses insertions. On la mesure en évaluant l'angle ainsi formé entre deux segments d'une articulation. Elle permet de déterminer

l'hypertonie ou l'hypotonie. Selon une étude de **M. Stamback**, cette extensibilité se modifie jusqu'à 3 ans, elle permet notamment de préciser la dominance latérale⁴⁵.

Le tonus d'action correspond à la modulation dynamique du tonus de fond permettant le mouvement (motricité, coordinations, dissociations).

D'un point de vue ontogénétique, le tonus va évoluer selon plusieurs lois de développement qui permettront de considérer le développement psychomoteur de l'enfant :

-La loi de maturation progressive : il y a maturation progressive des structures anatomiques avec la myélinisation du système nerveux. Cette loi comporte elle-même deux lois : l'hypotonie axiale de départ progresse selon la *loi céphalo-caudale*, c'est-à-dire de la tête vers le bas de la colonne vertébrale et l'hypertonie des membres diminue au fur et à mesure selon la *loi proximo-distale* c'est-à-dire des articulations les plus proches du tronc vers les plus éloignées. L'hypotonie axiale et l'hypertonie des membres s'équilibrent progressivement.

-La loi de différenciation : Au départ, le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. L'activité motrice s'affine pour devenir de plus en plus fine, plus élaborée et plus localisée. Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire.

-La loi d'équilibration : l'évolution psychomotrice du nourrisson se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif. Cette progression se fait de façon harmonieuse, il y a une homogénéité à chaque moment du développement.

-La loi de succession : l'ordre de succession des différentes étapes est constant chez tous les enfants.

45 2, *ibid*, p.125

-*La loi de variabilité* : L'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Ces progrès ne sont pas uniformes et continus. Cette maturation se réalise par des progressions rapides mais également par des stagnations, des arrêts, voir même des régressions puis le développement peut repartir.

-

L'enfant va passer d'une motricité spontanée plutôt désorganisée, régie par des réflexes archaïques à une motricité plus organisée volontaire.

Le tonus est donc un phénomène nerveux très complexe. Il est la trame de tous les mouvements, et ne disparaît pas dans l'inaction. Il est modulé par les variations des afférences proprio et extéroceptives. Il est notamment modifié par les afférences provenant de l'oreille interne, le repérage visuel et les surfaces d'appuis. Face à un stimulus environnemental, le tonus musculaire se modifie pour préparer l'action, c'est le positionnement directionnel.

Le tonus donne au corps une posture. C'est la disposition relative des différents segments corporels dans l'espace formant une position d'ensemble stable qui correspond à une façon de se tenir, ainsi qu'une façon d'être aussi bien corporelle que psychique.

Pour **H. Wallon**, le tonus est le point d'articulation, d'expression et de ressenti des émotions comme on peut le lire ici : « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* »⁴⁶. A sa suite, **Ajuriaguerra** parlera de dialogue tonique ou dialogue tonico-émotionnel. Pour **H. Wallon**, l'ensemble tonus et émotions, constitue toute la vie affective, mais l'interaction du tonus, de la sensibilité interne et externe et de la motricité va être le point de départ de la construction de l'image mentale, donc de l'accès au symbolique, puis au langage.

Pour **E. Guilmain** l'activité tonique et l'activité de relation sont contrôlées par les fonctions intellectuelles.

46 H. Wallon. : *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF, Paris 1949, p.174

H. Wallon soutient l'idée qu'il existe une corrélation entre motricité et état tonique incontestable. Mais selon lui l'explication de l'organisation de ces liens reste extrêmement complexe, et elle n'est pas uniquement sous l'emprise de l'intelligence.

Pour **J. de Ajuriaguerra**, il faut appréhender dans leur globalité les troubles de l'enfant, notamment ceux de la parole, de la lecture, de l'écriture, et du calcul. Tout cela est en concordance avec la notion de motricité chez l'enfant, avec la notion de maturation, et donc la notion de tonus musculaire. La maturation normale de la fonction tonique va ouvrir la structuration du schéma corporel, qui va être le référentiel spatial de l'enfant.

Les enfants ayant subi des traumatismes relationnels précoces répétés actifs ou passifs, du fait de leur incapacité à gérer leurs émotions de manière adaptée, présentent souvent des troubles de la régulation tonique. J'ai notamment pu observer des enfants présentant une hypotonie axiale, qui peut être le signe d'un corps qui n'est pas intégré comme une enveloppe contenante ; ou à l'inverse une hypertonie axiale dans une sorte de « carapace », peut être due à la volonté de maîtriser cette enveloppe pour maintenir un sentiment de continuité d'existence. Néanmoins la question du tonus nous renvoie invariablement vers la notion de schéma corporel.

2.3 Le schéma corporel :

La notion de schéma corporel est une notion qui a été et est toujours un objet de réflexion dans plusieurs domaines, tels que la philosophie, la psychologie et la physiologie. C'est un domaine qui intéresse de très près la psychomotricité.

H. Wallon insiste sur la nécessité d'une différenciation et d'une organisation du « *corps propre* », en un schéma corporel que l'enfant doit acquérir comme « *un élément de base indispensable à la construction de sa personnalité* »⁴⁷.

⁴⁷ Cité par C. Koupernik et R. Dailly (1968) *Développement neuro-psychique du nourrisson*, 4ème édition, Paris, Presse Universitaire de France, p 333-362

Le concept de « *corps propre* », est un concept de la phénoménologie, employé en philosophie, pour désigner le corps humain, par opposition au corps simplement matériel. Le « *corps-propre* » désigne donc la manière de vivre son corps, habité par une conscience et doté d'intentions.

Pour **H. Wallon** le schéma corporel, ne serait pas « *une donnée initiale, ni une entité biologique ou psychique* » mais la synthèse active, en perpétuel remaniement en fonction des besoins inhérents à l'activité. Il serait à la fois « *le résultat et la condition de juste rapport entre l'individu et le milieu* »

En occident, le corps est envisagé bien souvent sur le mode d'une opposition, avec, d'une part, un corps « objet », qui est instrumentalisé comme un objet parmi tant d'autres perdus dans l'espace ; d'autre part, un « moi », sujet connaissant soumis à la seule pensée consciente. De cette manière, le corps n'est connu qu'à travers l'idée que l'on s'en fait, à travers des représentations et par les autres. Il devient une image fixe. Néanmoins il est impossible de laisser l'expérience de côté, le corps est agi, il représente notre existence au monde et nous permet d'interagir avec celui-ci.

Le schéma corporel est donc est une appropriation progressive des différents espaces du corps, l'intégration d'une limite perçue entre le dedans et le dehors qui s'appuie impérativement sur les interactions avec le milieu humain. Ajuriaguerra le définit de la sorte : « *Édifiée sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* »⁴⁸

48 Cité par J. Paillard dans LES ATTITUDES DANS LA MOTRICITÉ, Communication publiée dans: *Symposium de l'APSLF (Bordeaux), "Les attitudes"*. Presses Universitaires de France, Paris. 7-31. (1961), mise sur le site de l'ADAP avec l'autorisation de l'auteur.

Le schéma corporel n'est donc pas seulement l'assemblage des différentes images qui le composent mais aussi l'établissement d'un rapport entre l'espace gestuel et l'espace des objets. Il nous permet, entre autres, d'avoir des indications sur la place qu'occupe le corps dans l'espace et sur la position du corps en mouvement. Il commence à s'établir chez le nourrisson et n'aura de cesse d'évoluer tout au long de la vie. Il s'inscrit sur la base des perceptions que l'enfant recueille spontanément, en particulier les données proprioceptives, de l'activité cinétique et tonique de l'enfant, ainsi que les perceptions tactiles auditives et visuelles.

On peut donc rapidement comprendre l'importance de la relation à l'autre dans la constitution du schéma corporel, par le rôle que jouent les perceptions sensorielles. Il n'est possible de voir notre corps, que de manière indirecte ou partielle, mais c'est la vision du corps de l'autre qui peut nous amener les éléments pour nous représenter, du moins schématiquement notre corps. Il est ici possible, je pense, de faire le lien avec les trois organisateurs de Spitz, notamment le sourire au visage humain, et l'angoisse du huitième mois, qui correspond au moment où l'enfant se reconnaît dans le miroir. De la même façon **Winnicott** insiste sur la façon progressive dont la peau va devenir une frontière pour le nourrisson au contact de celle de sa mère.

Ainsi, par ses actions et les sensations proprioceptives et extéroceptives qui en découlent, l'enfant va pouvoir mettre en lien ce qui se passe dans son corps et ce qui change dans l'environnement. Ceci va mener l'enfant à une certaine représentation de son corps.

Cela étant dit, comme nous l'avons vu, sans un étayage environnemental, l'intériorisation et l'élaboration des expériences sensorielles ne sont pas concrétisées. La mise en relation entre les parties du corps pourra en être perturbée. De ce fait, le schéma corporel est très lié à l'image du corps, qui renvoie à la dimension imaginaire inconsciente et préconsciente qui contribue à l'unification du corps.

Dorota Chadzynski, fait référence à des enfants « dont le « trop de corps » entrave gravement la pensée » cela aurait d'importantes conséquences pour leur développement.

Elle dit que ces enfants « *se font exister grâce à leur tonicité* » et attribut cela à un manque de représentation corporelle : « *Cette mobilisation tonique stabilise momentanément les sensations corporelles, mais toute rupture dans la carapace (un bruit fort, un toucher imprévisible) fait voler en éclats un semblant de cohésion. Il s'agit d'un manque de représentations de l'image du corps* »⁴⁹

La relation étroite entre schéma corporel et image du corps n'est plus à faire. Ces deux notions s'appuient sur la qualité des interactions précoces entre l'enfant et son environnement. De plus, il est fort probable qu'un défaut d'intégration corporelle entraîne des perturbations dans les fonctions cognitives supérieures.

La sensori-motricité est l'outil de prédilection à la connaissance de soi. Elle est présente dès le début de la vie et est nécessaire au bon développement de l'enfant, mais ce sont les fonctions cognitives qui devront prendre le relais. La sensori-motricité est donc la matière indispensable aux autres activités psychiques plus élaborées. De cette façon, si la représentation existe dans l'action, elle pourra être intégrée et l'action pensée par rapport au corps et à l'espace, avant d'être effectuée. On peut donc voir ici la fonction de contenance que peut avoir l'image du corps car elle permet de percevoir le corps comme une enveloppe solide et durable qui permettra l'émergence de la pensée. C'est pourquoi des systèmes sensori-moteurs, fragiles ou instables, ne permettront pas la bonne progression des fonctions instrumentales.

Les progrès du développement se font grâce aux interactions avec le milieu par le portage, l'échange, le toucher, mais aussi la parole, qui est une mise en mot des actes et le regard, à qui Winnicott et Spitz prêtent une valeur de « miroir ». Ce sont là autant de variations toniques à l'origine des émotions. De ce fait, un enfant qui n'aurait pas construit de représentations stables de son corps reste prisonnier de ses états toniques et émotionnels.

49 Chadzynski Dorota, « Les enfants dans une « impasse » de construction » Apports du bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité, *Enfances & Psy*, 2009/1 n° 42, p. 109-118. DOI : 10.3917/ep.042.0109

Pour terminer cette sous-partie, nous allons redéfinir la différence entre l'image du corps et schéma corporel. L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors (note). En cela elle se rapproche du schéma corporel, elle se base sur l'expérience et se construit au travers du regard des autres et de leur corps. L'image corporelle est inconsciente, elle appartient à l'ordre du fantasme et renvoie au corps libidinal. De cette manière elle peut être en désaccord avec le schéma corporel, qui exprime la façon dont le corps est et s'organise dans l'espace. Le schéma corporel est synonyme de spatialité corporelle. C'est un schéma anatomique et fonctionnel du corps.

Comme nous avons pu le constater la notion de schéma corporel renvoie à celle de l'organisation spatiale qui est le point suivant que nous allons aborder.

2.4 L'espace :

Comme nous avons pu le voir, un individu qui se perçoit comme unité psychique et corporelle délimitée, différenciée de l'autre et de l'extérieur, va pouvoir jouir d'un espace corporel organisé qui va permettre la jonction des espaces devant et derrière, droite et gauche, haut et bas qui va ainsi accéder à une perception organisée de l'espace environnant, le corps devenant le premier référentiel pour se situer et interagir avec cet espace.

L'intégration de l'espace va, ainsi définir le rapport de l'enfant à l'environnement et aux objets qui le compose, mais également le rapport des objets entre eux, leur différenciation et leur orientation ainsi que la distance dite relationnelle aux objets du vivant. Il va s'agir aussi, pour lui, de la possibilité de se construire un monde réel et imaginaire. La question de l'espace prend en compte de nombreuses dimensions, comme la dimension relationnelle et

affective, neuro-développementale et sensorielle. Pour **J.M. Tasset** : « La structuration spatiale est l'orientation, la structuration du monde, extérieur se rapportant d'abord au moi référentiel, puis à d'autres objets ou personnes en statique ou en mouvement. »⁵⁰

La notion d'espace s'acquiert à partir de diverses perceptions qui nous font appréhender le monde extérieur et notre propre corps. Ainsi, les informations sensorielles, proprioceptives et extéroceptives, amènent à percevoir et à construire l'espace. Ceci va permettre une prise conscience de la situation, de l'orientation, des déplacements des personnes ou des objets dans l'espace environnant, ainsi que du rapprochement ou de l'éloignement des objets dans le mouvement.

La structuration spatiale se développe dès la naissance. A partir des stades de développement mis en avant par **Piaget**, nous allons pouvoir il va nous être possible de voir comment la structuration de l'espace déroule chez l'enfant⁵¹.

Tout d'abord le stade sensori-moteur qui concerne les enfants de 0 à 2 ans. A ce stade on parle de *l'espace subi* avant 3 mois, la perception de l'espace est limitée du fait de l'immaturation sensorielle. L'enfant commence par percevoir les différents espaces sensoriels de façon morcelé. Il est dans l'égoïsme. A partir de 4 mois et jusqu'à 2 ans, c'est *l'espace vécu*. Il y a une adaptation intuitive à l'environnement. Par imitation, il va être capable d'utiliser correctement son espace, ce qui marque un début d'accès au symbolisme. A 2 ans, un espace général est quasiment achevé. Celui-ci est censé contenir les objets, l'espace des objets entre eux et le corps propre on parle alors d'espace proche.

Vers 2 ans et jusqu'à 7 ans l'enfant en est au **stade préopérateur**. Ce stade est celui de *l'espace perçu*, c'est un espace égoïste. Il va construire les rapports topologiques jusqu'à 7 ans. Il comprendra ces notions à partir de son propre vécu. Il construit aussi les rapports d'ordre et

50 Cité par L. Goeofert-Roux dans Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, *Rééquilibrage des épreuves motrices et visuelles du test de jugement et d'orientation de Suzanne Borel-Maisonny*

51 Piaget, J. (1980). La psychologie de l'enfant. Paris : Presses universitaires de France.

de succession spatiale, qui correspondent aux notions de devant/derrière, dessus/dessous, d'entourage et d'enveloppement, correspondant aux notions d'intérieur/extérieur et de dedans/dehors ainsi que les rapports de continuité et de discontinuité relatifs aux formes ouvertes/fermées.

De 7 à 12 ans l'enfant se trouve au **stade opératoire concret**. On est dans *l'espace conçu*. Après 7 ans, l'enfant accède à l'espace représentatif. Il devient capable de décentration et de réversibilité, c'est le stade des rapports projectifs. Il acquiert la conservation des distances, des quantités et des formes.

Le **stade opératoire formel**, qui s'étant des 12ans aux 16 ans de l'enfant, est le stade où l'enfant ne fait plus appel ni à l'observation, ni aux mouvements, mais seulement à la représentation. Dans cet espace représenté, les objets sont coordonnés et orientés selon un système de référence stable, qui leur est extérieur.

La structuration spatiale est le rapport euclidien et projectif qui fait appel aux notions de représentation. L'enfant va découvrir sa motricité, et en fonction de l'évolution de celle-ci, il va appréhender un espace de plus en plus grand et construit. Tout est lié au fait que l'enfant va devoir se découvrir et découvrir l'environnement humain et matériel, ce qui se fait par le biais des impressions internes et externes qu'il reçoit au fur et à mesure de sa maturation neuromusculaire et de ses possibilités, par ses propres actions sur son corps et son environnement. Ainsi, à mesure qu'il s'éloigne, il va, sur les plans émotionnel et imaginaire, connaître les inquiétudes de l'abandon, le fait de se retrouver seul, de se perdre. Cela va alimenter son besoin de repères, qui soutiendra l'importance de l'orientation.

La bonne structuration de l'espace permet donc la bonne structuration du psychisme de l'enfant et sa possibilité d'acquérir la bonne distance relationnelle et donc une interaction entre lui et son environnement cohérente et socialement acceptable. Mais cette intégration n'est possible que si l'environnement de l'enfant est suffisamment sécurisant,

contenant et prévisible. L'intégration de l'espace est une donnée corrélative de l'acquisition d'autres fonctions psychomotrices comme le langage et la graphomotricité, entre autres. Il devient important de préciser ici que la notion de temps accompagne celle de l'espace de manière intrinsèque. En effet, l'espace et le temps sont les coordonnées de notre existence. Si l'espace est une donnée importante pour interagir avec l'environnement qui nous entoure, la notion de temps est tout aussi importante. Le temps est quelque par la quatrième dimension de l'espace et en assure sa continuité. Le temps et l'espace sont donc les deux notions que l'enfant va progressivement intégrer afin de constituer son sentiment d'existence en tant qu'individu.

2.5 Le temps

La notion de temps n'est pas innée chez l'homme, c'est une notion complexe et abstraite que l'enfant doit s'approprier et construire. L'enfant commence à appréhender l'espace avant d'appréhender le temps, il commence par localiser l'espace, à partir duquel il pourra se repérer dans le temps. Il reconnaît une action par le lieu où elle s'est déroulée.

Le nourrisson s'inscrit d'abord dans le temps de la mère, mais n'a pas de conscience de ce temps, sa vie est extrêmement rythmée. Le rythme est défini ici comme le retour d'une chose attendue, régulière. Le nourrisson est soumis à ses propres rythmes biologiques et physiologiques. Il va ainsi connaître, une alternance d'inconfort, de douleur, de malaise qui sont des moments qui peuvent avoir un effet déstructurant, et des moments d'apaisement, toujours liés aux réponses de l'environnement et qui procurent un état de réconfort, de complétude.

Ces différents besoins que la mère interprète et auxquels elle répond, font vivre à l'enfant une rythmicité de la présence et de l'absence. Cette rythmicité dans différents états, va progressivement créer une trame très archaïque qui va, petit à petit, permettre à l'enfant d'éprouver une sorte d'intuition, de continuité d'existence qui seront les préalables de la conscience de soi. Cela va aussi, par la répétition de ces états, interventions, aider l'enfant à accéder à la différenciation soi / non soi.

Le bébé va vivre une répétition et une succession d'états différents, qui vont du besoin à la satisfaction, et qui s'accompagnent, sur le plan affectif, de tensions et d'apaisement et ce, de manière respective. Cela correspond aussi à des éprouvés inconscients qui sont de l'ordre de la désorganisation. Après les moments d'apaisement, on a un éprouvé temporaire d'unité de soi. Cette alternance aura un effet organisateur car, du fait de la répétition, l'enfant peut créer l'anticipation du retour.

Ce rôle parental est très important puisque les parents ont un effet synchroniseur de ces différents rythmes. Ils contribuent à articuler les besoins physiologiques ou biologiques du bébé sur le temps social. C'est aux parents d'interpréter les signaux que le bébé leur envoie, et d'agir en fonction de ses besoins. Ces conduites parentales sont sous-tendues par les interprétations qu'ils font des pleurs de leur enfant, qui créent le lien intersubjectif qui va aider cet enfant, au fil du temps, à intégrer le temps social.

Ce modèle de répétition, **Marcelli** l'a appelé les macro-rythmes. Il en fait une toile de fond qui va tisser la vie psychique sur les besoins biologiques et interrelationnels du bébé⁵². Il va se demander comment sortir de cette routine mécanique, qui risque de se figer, mais aussi ce qui fait que le bébé s'éveille à d'autres activités.

Si la mère est assez confiante, stable, au fur et à mesure que le bébé grandit, elle va différer ses réponses dans le temps et amener des surprises, ou « micro-rythmes » selon Marcelli. Ces événements mettent de l'originalité dans la régularité habituelle. Par exemple, au moment du repas, la maman peut inventer un jeu et ainsi diversifier sa réponse au bébé. Cela casse la routine et ouvre l'enfant sur l'inattendu, et donc sur l'extérieur.

En différant la réponse et en introduisant quelque chose de ludique, la maman déstabilise le bébé et l'ouvre sur le champ de la créativité. Cela vient également soutenir la curiosité de l'enfant. Ces micro-rythmes sortent l'accordage affectif entre la mère et le bébé de la fixation

⁵² Marcelli Daniel, « Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé », *Spirale*, 2007/4 n° 44, p. 123-129. DOI : 10.3917/spi.044.0123

L'espace et le temps nous renvoie à la question de la mémoire sans que ces deux notions ne seraient pas appréhendables. La mémoire est le passé qui se réactualise, qui redevient présent, sous forme de souvenirs. Ce moment présent doit réaliser un équilibre avec le passé. Il ne doit pas devenir l'otage du passé (comme des enfants victimes de violences et qui reproduisent des actes violents quand ressurgissent les images de leur parent violent). Il faut que le présent soit suffisamment ancré dans le passé pour que l'Homme soit suffisamment ancré dans son histoire. L'expérience du temps passe par celle du corps et de sa mémoire.

Elle renvoie à la dimension cognitive du temps, qui nous permet d'évaluer la durée entre les événements et de distinguer l'expérience subjective et la mesure objective ou conventionnelle estimée dans un système de référence ; c'est à dire, le temps qui fait appel à la mesure commune (minutes, heures, jours, etc). Cette dimension nous permet donc de situer les événements les uns par rapport aux autres, dans une relation de succession/simultanéité. On pourra ainsi, remonter ou descendre le cours du temps, en ordonnant les événements à partir des souvenirs. Il sera alors possible de situer les durées de ces événements les uns vis à vis des autres et d'en déduire la durée à partir de leur rapport de succession et leur succession à partir des durées. La finalité sera donc la possibilité de planifier, anticiper d'ordonner des actions.

Comme nous avons pu le voir, la qualité des interactions entre l'enfant et l'environnement est primordiale dans l'intégration de l'espace et du temps. **Winnicott**, fonde lui-même l'intégration du moi, vis à vis d'une intégration de l'espace et du temps menant à un sentiment de continuité d'existence, qui se fait au travers du *holding* et du *handling*. De ce fait, il nous est possible de supposer qu'un enfant qui connaît, des réponses incohérentes, instables et irrégulières, de la part de son environnement, aura du mal à savoir qu'il peut attendre. Cette expérience va créer un attachement insécurisé. Par la suite, cet attachement insécurisé se traduira par des difficultés de séparation avec la mère, l'enfant cherchant sans arrêt à faire réagir son environnement. On pourra alors être confronté à des enfants qui restent prisonniers de l'instant présent, incapables de se projeter ou de faire la différence entre ce qui est de l'ordre du souvenir ou du présent, d'où une intolérance à la frustration.

On peut maintenant distinguer quel est l'impact de la qualité des relations précoces sur le développement de l'enfant, dans les liens intrinsèques qui unissent les questions du tonus, du schéma corporel, de l'espace et du temps. Comme nous avons pu le voir le tonus et à la base de la construction du schéma corporel, servant lui-même de premier référentiel à l'espace, qui n'est appréhendable dans son intégralité, que de manière conjointe à la notion de temps. On peut donc concevoir qu'un défaut dans l'intégration d'une de ces fonctions, va de ce fait en affecter les autres. Ces notions sont fondamentales dans le développement psycho-affectif de l'enfant et se tissent dès le plus jeune âge grâce aux relations qu'entretient l'enfant avec son environnement et à ses propres expériences sensori-motrices. Elles peuvent donc constituer un trouble psychomoteur lorsqu'elles sont fragiles ou instables et donc, conformément au *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*, le psychomotricien sera à même d'intervenir dans le cadre d'une thérapie ou d'une rééducation. En m'appuyant sur mon vécu de stage, je vais vous présenter des exemples de prises en charge, en montrant comment s'articule le travail, auprès d'enfants présentant des situations familiale dysfonctionnels.

3. Prises en charge en psychomotricité :

On nous a souvent répété au cours de nos études que la psychomotricité est une pratique qui peut être très différente d'un professionnel à l'autre, mais aussi d'un patient à l'autre. Chaque trouble s'exprime d'une manière singulière, en fonction de la propre individualité de l'enfant. Il en va de même quant aux soins qui sont prodigués, par qui ils sont prodigués et surtout pour qui. En institution, on parle d'ailleurs de projet individualisé. C'est pourquoi je ne vais pas tenter d'élaborer une prise en charge type mais plutôt des exemples de prise en charge sur lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler avec les maîtres de stage de deuxième et troisième année.

Je vais ainsi vous présenter, deux prises en charge. La première est une prise en charge individuelle qui s'est déroulée au CAMSP, la seconde est la prise en charge CATTP, via la CMP, d'un groupe de trois enfants en. Cette présentation débouchera sur trois études de cas : la première portera sur l'enfant que j'ai vu en prise en charge individuelle et les deux suivantes sur des enfants du groupe. J'expliquerai ce choix ultérieurement, l'intérêt ici étant de porter une réflexion autour des indications, des objectifs et des possibilités qu'il y a, à travailler de ces deux manières,

notamment autour de la question de l'incidence de l'environnement familial de l'enfant sur son développement et le travail du psychomotricien dans cette situation spécifique.

De manière générale une prise en charge en psychomotricité ne démarre qu'à la suite d'un bilan sur prescription du médecin de la structure, puis une proposition de prise en charge en psychomotricité est engagée, si le bilan psychomoteur en établit la nécessité. La convergence de troubles observés dans la famille, à l'école ou dans des lieux d'accueil de la petite enfance peut motiver la demande de rendez-vous. Dans ce cas l'orientation vers une structure de soin, viendra du médecin traitant de la famille, mais parfois ce sont les services sociaux de secteur qui adresse les enfants vers ces institutions. C'est parfois le cas si la famille est « dysfonctionnelle ». Dans le cadre de la CMP, un rendez-vous est donc proposé pour rencontrer en première intention, le médecin psychiatre et/ou un psychologue afin d'effectuer un premier bilan psychologique et d'évaluer un éventuel besoin de bilan psychomoteur. A la suite de ces différents bilans, l'équipe se réunit en synthèses dans le but d'élaborer un projet personnalisé. Dans le cas de ce groupe, un « groupe-bilan » a d'abord été réalisé dans le but de faire ressortir les difficultés de ces enfants de façon plus précises afin de définir au mieux le projet de soin de chaque enfant et de voir s'il leur serait plus bénéfique d'avoir un suivi en groupe ou en individuel. Pour deux des enfants ce bilan a donné lieu à une indication prise en charge de groupe et individuelle pour une autre.

Ces problèmes peuvent être le signe d'un développement dysharmonique, qui sera mis en évidence par les différents bilans institutionnels (bilan psychologique, psychomoteur, etc), c'est ici le trait commun des enfants que je vais vous présenter. Après de ces enfants, la prise en charge psychomotrice, va donc être l'occasion d'offrir à ces enfants un lieu sécurisant et repérant où ils pourront revenir sur des étapes de leur développement, qui ont connu quelques « ratés ». Ceci va passer par une certaine forme de régression. Les situations proposées en psychomotricité chercheront à leur permettre de faire des expériences corporelles variées, nouvelles, qu'ils pourront répéter autant qu'ils le souhaitent, en dehors de tout apprentissage. L'objectif thérapeutique est de les aider à développer au mieux leurs potentiels corporels et toniques, donc d'expression émotionnelle, afin d'investir positivement les activités corporelles et relationnelles globales.

La différence entre une prise en charge individuelle ou en groupale, se situe principalement au niveau du cadre et des objectifs qui sont à privilégier, le travail s'adaptant de ce

fait à ces deux notions.

En individuel, la prise va permettre à l'enfant de revivre des étapes de son développement, qu'il n'aurait pas eu le temps d'éprouver par lui-même. En effet ces enfants, du fait de leurs difficultés, n'ont pas pu prendre appuis sur leur environnement pour constituer une base solide et sécurisante leur permettant de se construire de manière adéquat. Ce sont des enfants qui en quelque sorte se sont érigés seul mais sans cette base, ce qui peut se traduire corporellement par une hypotonie axiale, se sont des enfants qui par exemple marche mais « ne tiennent pas debout ».

Je vais illustrer cet exemple avec le cas d'un enfant de 6 ans que j'ai vu à l'hôpital de jour; et qui est placé en famille d'accueil. Cet enfant qui ne présente pas de difficultés particulière pour la marche fait preuve d'une attitude parfois étrange, qui peut être le signe d'un défaut dans sa régulation tonique et dans la structuration de son schéma corporel: dès que cet enfant est tenu par le haut de son corps, lorsque des adultes lui donnent la main, pour se rendre par exemple à un des ateliers thérapeutique, le bas de son corps semble s'effondrer, comme si ses jambes n'étaient plus capables de repousser le sol.

La reconstruction de cette base de sécurité interne peut être un des buts recherchés dans une prise en charge individuelle en psychomotricité, mais c'est le cadre de la thérapie qui l'apporte en offrant à l'enfant un espace d'expression bien à lui, libéré des contraintes familiales et sociales. Ceci permet à l'enfant d'éprouver des sensations corporelles dans une relation stable et contenant, qui pourra ainsi lui servir de repère. Il s'agit donc de faire retrouver à l'enfant sa place d'enfant qu'il n'a pu apprécier dans un environnement sur lequel il ne pouvait compter. On rencontre ainsi des enfants qui montrent un décalage entre leurs attitudes et leur stade développement.

A la fin de ma deuxième année, j'ai rencontré un enfant de 4 ans en bilan, qui présentait des troubles du comportement avec une agitation motrice et des difficultés relationnelles. Cet enfant avait parfois un discours qui me paraissait plaqué : il employait des termes pour qualifier ses productions (dessin, peinture) qui pouvaient être bien en avance par rapport à son âge. Ceci donnait une forte impression de décalage entre ses comportements très immatures, avec une intolérance à la frustration, un langage très infantile et des actions violentes d'une part, et d'autre part ce langage d'adulte avec lequel il alternait et qui paraissait étrange dans sa bouche.

Le psychomotricien prend ici une place « maternante », pouvant se rapprocher de la théorie de **W. Bion**, sur la « *fonction alpha* ». Selon lui, le partenaire de la relation, en général la mère, aurait pour fonction de recevoir les projections de l'enfant et de les transformer en éléments pensables, que le bébé va pouvoir recevoir en retour et, cette fois, assimiler psychiquement. **Bion** appelle ça la « *fonction alpha* » ou « *capacité de rêverie maternelle* ». Elle joue un rôle essentiel pour le développement psychique de l'enfant qui, non seulement a besoin de cette fonction pour élaborer psychiquement ses éprouvés somato-psychiques, mais doit peu à peu s'identifier à la « *fonction alpha* » de la mère pour devenir capable de traiter par son propre appareil psychique ses expériences⁵³. C'est donc ce travail de digestion et de mise en sens des éprouvés de l'enfant, que le psychomotricien doit réaliser, n'ayant pas été effectué à un stade plus précoce par l'environnement. Cependant le psychomotricien n'est pas un substitut ni un réparateur, il offre un espace et un temps, sous un regard spécifique inhérent à sa profession, dont l'enfant va pouvoir se saisir pour vivre des expériences émotionnelles et corporelles qui vont peu à peu enrichir son vécu et dont il va pouvoir dans l'idéal se servir dans d'autres lieux (famille, école...).

Ce travail peut donc prendre diverses formes et utiliser différents médiateurs. Une séance peut s'organiser autour de moments de création, comme la peinture, le dessin, la pâte à modeler, on peut aussi utiliser l'expression corporelle ; ceci afin de permettre à l'enfant l'enrichissement de ses moyens d'expression. Il s'agit d'offrir à celui-ci, la possibilité de prendre de la distance pour nous communiquer ce qu'il ressent, de projeter sur la production ce qui a pu être vécu comme douloureux, son agressivité, sa colère, ou encore une image de soi dévalorisée, là où il a du mal à identifier ce qui est « lui » et ce qui ne l'est pas.

Dans la même optique, il est possible d'utiliser le jeu pour mettre en scène cette agressivité, autour de petits scénarii, où l'enfant peut se positionner en héros. Ces jeux visent donc la projection à l'extérieur de ce qui est « mauvais », mais aussi la renarcissisation de l'enfant, par une identification à un « bienfaiteur ». De surcroît, cette pratique permet également à l'enfant de se rendre compte par lui-même, de la non-destructibilité des objets, de l'espace, des personnes qui l'entourent, et du cadre. Il est ainsi possible d'atténuer ses sentiments de toute puissance, qui peut à la fois être quelque chose de très angoissant lorsqu'on est enfant et en même temps conduire à des comportements inadaptés d'un point de vue social.

⁵³ Cité par Houzel Didier, dans « Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents », *La psychiatrie de l'enfant*, 2003/2 Vol. 46, p. 395-434. DOI : 10.3917/psy.462.0395

La relaxation peut également être un médiateur intéressant pour la régulation tonique et donc le schéma corporel. Elle peut se faire en utilisant des couvertures pour envelopper l'enfant, afin que celui-ci retrouve un sentiment de contenance et d'unité corporelle, il est aussi possible de le bercer avec des comptines familières ou des bruits naturels (vagues, chants d'oiseaux,...). La relaxation permet également une certaine forme de régression, par un portage se rapprochant du *holding* de **Winnicott**, mais il ne s'agit pas là d'une régression vers un niveau de dépendance, mais au contraire de faire un retour sur le vécu archaïque de ce portage dans les bras de la mère) pour que l'enfant puisse se percevoir comme une unité différenciée, grâce à une prise de conscience corporelle.

Ces différentes façons de travailler, peuvent s'articuler au cours d'une séance et à plus long terme, d'une prise charge, en fonction de la demande et des besoins de l'enfant. Néanmoins, il ne s'agit ici que d'exemples, que j'ai pu expérimenter au cours de mes stages, dans le cadre d'une prise en charge individuelle. Nous allons maintenant voir quel intérêt peut présenter une prise en charge de groupe, ainsi que quelques exemples sur la façon dont elle peut être abordée.

Un groupe est un lieu de rencontre, immuable régulier permettant de favoriser la relation, la communication, les expériences corporelles par exemple. Le tout se fait grâce à un cadre sécurisant, repérant permettant que ce lieu de rencontre ne devienne pas un chaos mais reste tout de même souple car le groupe est un lieu d'expression. Tout d'abord il faut insister sur l'importance du cadre avec un groupe. S'il est important de le faire respecter en individuel, il ne faut pas oublier que ces enfants présentent pour la plupart une instabilité psychomotrice, avec une attention labile, se sont des enfants qui sont dans « l'agir et le faire ». Il est important que le cadre d'une thérapie soit déjà quelque chose contenant et de solide sur lesquels ces enfants puissent prendre pour se constituer des repères et concevoir ce qui est acceptable, et ce qui ne l'est pas. Pour cela on propose un espace et un temps repérant que l'enfant va pouvoir s'approprier et qui va devenir la scène d'expression de ses vécus et affects.

Dans cette idée il peut être intéressant de proposer différents temps au cours d'une même séance qui seront proposés dans le même ordre de semaine en semaine. Par exemple il peut être intéressant de démarrer une séance par un temps de parole, qui pourra progressivement être investi par les enfants. Dans ce temps chaque enfant peut avoir sa place symbolisée, par un coussin par exemple, il s'agit de créer un repère dans l'espace et le temps et d'étayer un sentiment de

continuité d'existence. De ce fait, si un enfant est absent, les autres peuvent se rendre compte, que sa place est conservée et qu'il continue ainsi d'exister dans le groupe, de manière analogique les autres enfants peuvent comprendre qu'il en est de même pour eux s'ils sont absents à leur tour. Ce temps de parole est un bon moyen pour travailler la notion de temps, il permet aux enfants de réfléchir sur ce qu'ils ont fait dans la semaine, avant de venir, ou ce qu'ils feront après. Par la suite, il est également possible d'amener les enfants à élaborer le déroulement de la séance à venir en les laissant proposer des jeux, qui seront étayer par la présence du ou des thérapeutes, cela permet aux enfants d'arriver à se projeter, en prenant appui sur le cadre de la séance et de faire du lien avec les séances précédentes.

Le groupe est une indication intéressante pour des enfants présentant des difficultés relationnelles, cela permet de revenir sur des niveaux archaïques, concernant l'acquisition de repères relationnels. On peut travailler, de la sorte, autour de jeux sensori-moteurs, incluant des règles comme « le chacun son tour » qui permettent de travailler sur la tolérance à la frustration, et le respect des espaces individuels. Le travail du psychomotricien va donc être de médiatiser les conflits éventuels par la parole, afin de différer l'action de la pensée. On peut par exemple faire un jeu de passes de ballon, où il est question de nommer le membre du groupe avant de lui passer le ballon. Ce jeu peut paraître simple, mais en réalité nommer quelqu'un demande un certain niveau de différenciation. L'acte de nommer avant de lancer, demande un effort à ces enfants pour juguler leur impulsivité : le geste n'est plus spontané mais réfléchi, la pensée devient préalable au geste.

C'est un jeu que j'ai pu expérimenté en séance, les enfants pouvait à tour de rôle montrer différentes forme de difficultés : un enfant pouvait par exemple avoir des difficultés à nommer avant de lancer la balle, ce qui a pu prendre la forme d'un oubli, mais semblait plutôt être un blocage du fait de l'impulsivité ou de l'excitation débordante ; une autre forme de difficultés a pu se manifester dans le qu'un enfant pouvait regarder quelqu'un, lui lancer la balle mais nommer quelqu'un d'autre

Il peut aussi être intéressant de travailler avec un ou plusieurs jeux de société qui peuvent servir de repère pour la fin de séance pour aider les enfants à se poser. De plus un jeu de société permet aussi un travail autour de la place, de l'acceptation de la frustration, via le « chacun son tour » ; dans cette situation, la pensée vient se placer au service du geste, afin d'aider ces enfants à ne plus être pris dans « l'agir et le faire ».

Voici donc quelques exemples que l'on peut mettre en pratique dans un groupe. Il n'est néanmoins pas toujours possible de mettre en place une prise en charge groupale, avec des enfants ayant à peu près le même âge et présentant des similitudes dans ce que l'on souhaite travailler avec eux. En revanche ce type de prise en charge peut devenir un atout, quand les conditions sont réunies car il permet de mettre en jeu la relation dans un cadre à la fois sécurisant et contenant, le groupe offrant lui-même une contenance, qui donne aux enfants les moyens d'exprimer et de minimiser leurs angoisses.

Nous allons maintenant nous intéresser à quelques cas cliniques qui permettront d'illustrer plus concrètement, quel peut être le travail d'un psychomotricien auprès d'enfants présentant des situations familiales dysfonctionnelles, avec des troubles du comportement en lien avec leur développement psychomoteur.

4. Etudes de cas :

Cette dernière partie va être l'occasion d'illustrer mes propos par des cas cliniques. Je vais tout d'abord vous présenter le cas d' Eric, un enfant que j'ai rencontré au Centre d'action médico-sociale précoce lors de mon stage d'approche thérapeutique de deuxième année. Je vous parlerai ensuite de Clara et Sadid, deux enfants avec lesquels j'ai travaillé dans le cadre d'une prise en charge de groupe, à la consultation médico-psychologique. Ce groupe se compose de trois enfants, mais je n'ai décidé de parler que de ces deux là pour plusieurs raisons : ces deux enfants ont fait partie d'un premier groupe bilan contrairement au troisième et ont été adressés à la CMP dans le cadre d'un relais CAMSP-CMP. De plus ce troisième enfant, pour des raisons administratives, a démarré après les autres, il m'a donc paru plus pertinent de porter mon analyse, sur Clara et Sadid seulement.

4.1 Eric :

Il s'agit d'un enfant né en mars 2009 qui est fils unique. Il est inscrit en novembre 2011 au CAMSP, sur les conseils et soutien de la psychologue de la crèche où il est accueilli, pour des difficultés de comportement (l'agressivité), à la crèche comme à la maison. Des difficultés d'endormissement et des troubles du sommeil, sont également relatés lors du premier entretien, effectué, en présence des parents, par la puéricultrice du CAMSP, en décembre 2011.

A la suite de cet entretien, un atelier parents-enfant, est mis en place, animé par la puéricultrice et une des psychomotriciennes, dans l'optique de réaliser un bilan. Cet atelier commence par deux séances en février 2012. Il est alors observé chez Eric un besoin d'étayage, de revalorisation, et de contenance, chose qu'il recherche davantage auprès des thérapeutes que de ses parents. Madame L. et Monsieur D. montre, lors de ces rencontres, une discordance dans leurs principes éducatifs.

Après ces deux premières rencontres la mère et son fils sont de nouveaux accueillis le 1er mars 2012. A ce moment-là, Mme L rapporte chez Eric une période de grande instabilité et de violence, ainsi que d'importants conflits avec son père.

Alors qu'une autre rencontre fut programmée en avril 2012, avec les deux parents et leur enfant, le CAMSP n'a plus de nouvelle de cette famille jusqu'en juin 2012, date à laquelle Eric est reçu en compagnie de sa mère. Elle informe alors, les thérapeutes qu'elle est Mr D. se sont séparés. Bien que Mme L. constate une amélioration dans le comportement de son fils, elle relate encore une certaine instabilité et sollicite de l'aide.

Au vu des importants conflits entre les parents il n'est alors plus question de poursuivre un atelier parents-enfants. Un bilan psychomoteur est donc demandé pour Eric, et les deux parents sont donc invités à rencontrer les psychologues de la structure.

Le bilan psychomoteur d'Eric, démarre en octobre 2012 et s'effectue sur quatre séances, qui sont vite investies par l'enfant, il y peut exprimer un profond mal être, qui se traduit par un sentiment de solitude et une angoisse d'abandon. Eric montre un besoin d'écoute et d'attention particulière, mais présente des difficultés à être disponible pour aborder des jeux et

activités psychomotrices. Il se tourne rapidement vers la relaxation, avec enveloppement dans les couvertures, un nounours contre lui.

Cet enfant ne peut alors pas se représenter graphiquement, il a une image très négative de lui-même et à du mal à se situer dans sa tranche d'âge, il se décrit comme « moche », « caca ». A cause de son comportement, Eric n'est scolarisé qu'une heure et demie par jour, l'école est donc un sujet sensible, qui peut être la cause de pleurs et d'effondrement. Il dit pourtant vouloir être avec les autres enfants. Eric ne supporte pas les fins de séances, il peut soit fondre en larme et se laisser porter ou se mettre à courir partout dans une agitation psychomotrice.

Au niveau corporel, Eric est un enfant qui alterne entre une hypotonie, notamment faciale avec une langue qui sort de sa bouche, et un langage très immature, et une hypertonie sur fond d'agitation motrice, nécessitant parfois d'être contenu de façon verbale et physique. Eric retourne souvent son agressivité contre lui, il se met en danger, se coupe avec les ciseaux, mais il est néanmoins capable de se saisir des moyens proposés pour décharger « le trop plein », pour arriver à s'apaiser sur le plan physique et psychique. C'est un enfant difficile à évaluer du fait de la situation de détresse dans laquelle il se trouve.

Eric est plus à l'aise dans sa motricité fine que dans sa motricité globale : il descend avec peu d'assurance les escaliers, perd vite l'équilibre, il ne tient pas bien sur ses pieds et ne sait sauter qu'à pieds joints, avec difficultés, ses gestes ne sont pas coordonnés du fait d'un tonus de fond perturbé.

Ce bilan préconise une prise en charge en psychomotricité pour Eric, articulée autour d'une meilleure intégration de son schéma corporel, un travail sur sa régulation tonique par la relaxation, l'enrichissement de ses moyens d'expression ; ce qui permettrait à Eric d'améliorer une intégration de ses repères réel et imaginaire et l'utilisation de jeux de « faire-semblant » afin qu'il puisse prendre de la distance avec son monde interne. Eric a besoin d'un soutien tant sur le plan éducatif que thérapeutique. Un accompagnement familial semble indispensable. Une guidance parentale est donc mise en place avec les psychologues du CAMSP.

Je rencontre donc Eric en novembre 2012, au début de sa prise en charge. Son histoire familiale est complexe, ses deux parents vivent mal leur séparation et le père d'Eric s'est vu retiré, sans grande résistance, ses droits parentaux par une action de justice menée par la mère

d'Eric et ses grands-parents maternels. Il a cependant toujours le droit de voir Eric un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. De plus de nombreuses accusations venant de la mère et visant à attaquer le père d'Eric se sont succédé depuis leur séparation, ce qui rend le climat familial difficile. Néanmoins la situation semble peu à peu s'apaiser depuis que Mme L, la mère d'Eric, s'est remise en ménage avec un homme. Ces deux parents sont chacun suivis par un psychologue du CAMSP.

Le comportement d'Eric a rendu difficile une scolarisation à temps complet : il ne va plus à l'école que deux demi-journées par semaine. Un travail pour l'aider à se socialiser est donc également mis en place.

Eric est un enfant très fragile sur le plan psychique et qui a peu de repères. Il souffre du climat d'instabilité qui règne entre ses deux parents, ainsi que ses grands-parents pour qui il est parfois l'enjeu de disputes cinglantes en particulier du côté maternel. Ces parents semblent en difficulté pour investir leur rôle envers cet enfant qu'ils placent au centre du conflit familial. La maman parle d'une relation symbiotique avec son enfant qui peut se voir lorsqu'elle quitte Eric pour que celui-ci vienne en séance en le couvrant de baisers et de « mon amour ». A l'inverse on peut voir un papa plutôt passif, qui ne semble pas réellement investir sa fonction de père.

Eric se dénigre beaucoup on peut imaginer qu'il culpabilise beaucoup de la situation entre ses parents. C'est un enfant plutôt grand et plutôt mince pour son âge. Sa motricité laisse voir une hypotonie axiale qui laisse paraître une motricité plutôt immature, ainsi qu'une hypotonie faciale qui peut lui donner des difficultés d'articulation lorsqu'il parle.

La prise de contact avec Eric a été bonne : il m'a rapidement accepté et intégré dans le jeu. Il s'agit d'un enfant qui est dans l'« agir et le faire », c'est comme s'il ne parvenait pas à rassembler ses pensées. Quand je l'ai rencontré, il passait d'un jeu à l'autre sans lien ni explication, et passait d'une chose à une autre sans que celles-ci n'aient de lien entre elles. Il faisait preuve d'une violence qu'il avait du mal à maîtriser, manifestée par des décharges motrices qui dénotaient avec l'hypotonie générale que j'avais pu observer. Il montrait également une difficulté à intégrer les règles qui, comme les limites, devaient souvent être rappelées. J'ai pu aussi observer des problèmes d'intégration de l'espace et du temps chez cet enfant qui pouvait nous rejouer des scènes, que ma maître de stage et moi avons déduit comme s'étant passé le week-end

chez son père, mais sans qu'Eric puisse nous dire clairement où et quand elles s'étaient produites. De plus il a du mal à se représenter les choses : il est incapable de dessiner au sens stricte du terme, il se contente souvent de « gribouiller » ou « d'agresser » la feuille au point de la transpercer parfois et lorsqu'on lui propose un atelier peinture, il ne semble pas dans la capacité de faire autre chose que de remplir la feuille au rouleau ce qui peut être le signe d'une angoisse de perte et d'abandon, comme s'il cherchait à combler un vide relationnel. Dans cette situation, rôle que nous avons à jouer était de contenir l'agressivité d'Eric, de lui offrir les limites et le soutien nécessaires pour qu'il arrive à utiliser la symbolisation pour s'exprimer autrement que par l'action.

B. Golse parle de l'agitation de l'enfant comme ayant une valeur d'enveloppe motrice face à un défaut de contenance primordiale. Ainsi l'agitation d'Eric en lien avec son incapacité à se représenter son corps, reflétant elle-même une impossibilité à se représenter le corps comme un espace de représentation, nous d'envisager ses difficultés comme un défaut dans son contenant de pensée⁵⁴.

Un jeu récurrent lors de la prise en charge d'Eric est un jeu avec « le loup » (symbolisé par une énorme peluche de loup) où il s'agissait de l'attaquer via des scénarii mis en place par ma maître de stage. Ma présence permettait de mettre en place une notion de « chacun son tour » qui est intéressante pour structurer le jeu et redonner une place à chacun. L'attaque de ce loup pouvait être organisée de cette façon :

Ma maître de stage faisait le loup ; Eric et moi étions les héros. Il s'agissait de fabriquer des « cabanes » avec des éléments en mousse. Lorsque le loup était réveillé nous devions nous cacher dans nos « cabanes » et quand celui-ci dormait nous devions sortir pour l'attaquer.

Au début Eric, avait tendance à se perdre dans le jeu et à confondre la position du « gentil » avec celle du « méchant » en se mettant lui-même dans le rôle du méchant. Cette perte de repères dans le jeu, peut être le signe d'un défaut d'intégration plus globale des notions d'espace et de temps. C'est aussi ce qui peut expliquer le mal qu'a Eric à s'exprimer autrement que dans l'« agir et le faire ».

Il a parfois fait preuve d'une agressivité mal contrôlée durant le jeu, signe d'une régulation tonique qui n'est pas harmonieuse, ce qui est, une fois de plus, à mettre en

54 B. Golse ; *Du corps à la pensée*, PUF, 2ème édition, Paris, 2001, p.337

lien avec une image du corps qui n'est pas intégrée comme ayant une fonction contenante. Une fois, Eric a eu une crise de colère intense, à la fin d'une séance, qui a nécessité une contenance physique auprès de cet enfant. Au cours de la prise en charge cette contenance a pu être éprouvée par ce petit garçon de différentes manières, notamment de façon verbale. Le cadre a ainsi pu être employé à aider cet enfant à trouver des limites, aussi bien corporelles, que psychiques.

Ce jeu a évolué au fil des séances. Il s'est structuré en rapport avec la propre structuration d'Eric qui pouvait mieux maîtriser ses gestes et mieux intégrer les règles du jeu, faire du lien entre les activités à ce moment-là. Cette évolution amenée par Eric, s'est traduit par l'arrivée de nouveaux personnages, « les bébés ». Il s'agissait de peluches que nous devions cacher dans nos « cabanes » et que le « loup » tentait de prendre pour les « manger » et nous devions les protéger. Cette nouvelle « mission » a vite été bien investie par Eric, qui voyait, peut être en ces « bébés », le propre bébé en lui et qui devait être protégé.

Un autre jeu qui est revenu fréquemment était un jeu de « chamboule tout » au cours duquel, à l'aide d'un ballon, nous devions à tour de rôle, faire tomber des blocs de mousse symbolisant des « monstres ». Ce jeu s'est complexifié au fil des séances avec la mise en place de parcours moteurs, toujours dans un cadre structuré par des consignes et des limites symbolisées par du matériel, tel que des cordes, qui permettaient de travailler autour de l'espace et de la coordination avec Eric.

J'ai ainsi vu Eric évoluer de façon positive au cours de cette prise en charge, il a acquis la capacité de se contrôler, à maîtriser ses gestes, le « jeu du loup » étant le principal témoin de ce changement, car il a apporté de nombreuses réponses quant à l'agressivité d'Eric, autour de l'acceptation de soi, de la maîtrise de ses gestes et de son autodénigrement. Ce jeu s'est progressivement raréfié pour au final presque disparaître.

Ces petits scénarii permettaient de mettre en scène des mouvements pulsionnels et affectifs sous forme d'agressivité. Les jeux physiques répétitifs assurent, chez l'enfant, l'immutabilité du cadre pour qui l'enjeu, en séances de psychomotricité, sera d'être fiable et contenant, afin de maintenir une continuité relationnelle stable et prévisible qui permettra de transformer la violence. Cette transformation pourra se faire d'une part, par le jeu, en montrant que le cadre est transformable et non destructible, et d'autre part, par la « fermeté », j'entends là, l'imposition de limites référant au domaine de l'acceptable et de l'inacceptable. Ceci permettra la

création de la bonne distance qui fera que l'enfant aura à la fois le temps de désirer et la capacité d'obtenir une réponse satisfaisante. L'accumulation des expériences de plaisir dans un cadre pouvant apporter de manière répétitive des réponses fiables aux désirs de l'enfant de renforcer ses ressources internes pour qu'il puisse s'y appuyer.

En début de séance, Eric voulait souvent jouer à la pâte à modeler. Il s'agissait d'une activité rassurante pour lui, mais elle tenait plus du rituel et ne lui permettait pas vraiment d'évoluer. Ce jeu était souvent axé sur la destruction : Eric ne crée que pour détruire ensuite et ce, de façon répétitive. Mais en avançant dans les séances nous avons réussi à l'amener à abandonner cette activité, pour se diriger vers des jeux beaucoup plus constructifs et nous avons pu l'initier à des jeux de société. Eric a très bien réussi à s'affirmer en montrant la possibilité d'exprimer son souhait de passer à autre chose, et à nous expliquer ce à quoi il désirait jouer.

Nous avons tenté au fur et à mesure de l'orienter vers de la relaxation pour travailler sur la régulation tonique et nous l'avons incité à représenter ses difficultés sur le poupon, ainsi que vers des jeux avec des règles bien établies où chacun a une place définie au préalable. Ce qui lui a permis de se structurer et de se poser. La prochaine étape aura pour but de permettre à Eric d'améliorer son comportement au niveau social, dont l'un des enjeux sera qu'il puisse retourner à l'école afin d'avoir accès aux apprentissages scolaires. Néanmoins la prise en charge d'Eric devra aussi le soutenir sur le plan de la motricité, du langage, et de l'accès à la représentation qui reste fragile et qui pourrait l'aider à mieux investir son corps, penser son mal être et l'angoisse que la situation entre ses parents et les attentes de l'école peuvent générer, tout en renforçant les progrès déjà faits.

Eric est donc enfant qui a besoin de revenir sur certaines étapes de son développement qu'il n'a pu d'éprouver jusque là. La thérapie psychomotrice lui offre alors un temps et un espace à lui, où pourront se reconstruire la base de sécurité et les repères qui semblent lui faire défaut. Cette base pourra se faire en s'appuyant sur cadre contenant et stable qui offre un échange relationnel sécurisant, afin de lui permettre de faire des expériences corporelles variées. Dans cette situation le psychomotricien est partenaire de la relation, qui se doit de recevoir les projections de l'enfant et de les transformer en éléments pensables, qu'il va pouvoir recevoir en retour et, cette fois, assimiler psychiquement. C'est le rôle de l'environnement d'avoir cette fonction contenante dans les premières années de vie de l'enfant, elle comporte à la fois une réceptivité psychique et une

capacité de transformer les messages reçus de l'enfant. **Bion** appelle ça la *fonction alpha* ou *capacité de rêverie maternelle*⁵⁵.

Nous allons maintenant nous intéresser aux cas de Clara et Sadid qui sont des enfants que j'ai vus dans le cadre d'une prise en charge de groupale. Ils présentent tous deux un retard dans leur développement psychomoteur, des difficultés relationnelles et un environnement carencé, mais ces diverses difficultés s'expriment de manière très différente chez ces deux enfants. Nous allons tout d'abord nous pencher sur le cas de Clara.

4.2. Clara :

Clara est une petite fille plutôt menue, née en octobre 2008. En octobre 2012, elle et sa mère, qui est célibataire à ce moment-là, sont reçues à la consultation médico-psychologique, où je suis aujourd'hui en stage, Clara est adressées par un centre d'action médico-sociale précoces, ce premier rendez-vous se déroule dans le cadre d'un relais CAMSP-CMP. Le motif de la consultation concernait des troubles du comportement, Clara tapait, crachait et insultait, à l'école comme à la maison. Aucun diagnostic précis, n'est à l'heure actuelle posé sur Clara, mais lors d'un bref entretien avec la psychologue référente de mon lieu de stage, celle-ci m'a informé qu'elle classerait ses troubles du comportement dans les dysharmonies évolutives.

La demande d'inscription à la CMP est venue de la grand-mère maternelle de Clara, par téléphone. Demande qui sera confirmée ensuite par la mère. La grand-mère de Clara évoquera, lors de ce premier contact, « l'hyperactivité » de sa petite fille, qui lui rappelle celle de son propre fils, qui a été sous traitement et a eu un « bilan » sur Bordeaux. Ce qui montre que cette famille connaît les réseaux de soins. On peut déjà se s'interroger sur l'organisation de cette famille, en particulier sur la place que peut prendre cette grand-mère auprès de sa petite-fille.

A ce moment-là, du fait de son agitation, Clara n'est scolarisée qu'une heure par jour en moyenne section et une demande d'Assistante de Vie Scolaire (AVS) a été refusée par

55 53, ibid

manque d'éléments, mais une nouvelle demande sera reformulée en cours d'année soutenue par les informations recueillis par la psychologue de la CMP.

Le père biologique de Clara est resté avec sa mère jusqu'à ses 4mois. Au début il venait la voir, mais depuis trois ans Clara et sa mère n'ont plus vraiment de nouvelles. Clara connaît donc son père. Sa mère a par la suite repris contact avec lui, il n'a pas souhaité poursuivre les démarches pour revoir sa fille.

Entre temps la mère de Clara a refait sa vie avec un autre homme. Malheureusement, leur relation prendra fin la dernière semaine d'août 2012. La mère de Clara situe les difficultés avec sa fille autour de cette date et la met en lien avec cette rupture et l'entrée à l'école.

Le CAMSP avait proposé de travailler pour un accueil chez une assistante familiale pour Clara, ce que sa mère a refusé, en recherchant plutôt un accueil à la semaine, type hôpital de jour. La maman a récemment fait une demande pour un accueil en institut thérapeutique, éducative et pédagogique (ITEP) mais Clara étant trop petite, cela nécessitait une dérogation qui n'a pas aboutie.

On voit ici une maman dépassée par son enfant qui cherche une solution qui la soulage mais sans pour autant se séparer de sa fille. Cette mère ne peut travailler sur la séparation avec sa fille mais souhaite tout de même l'éloigner dans un placement en institution comme une solution aux débordements de son enfant.

En janvier 2013 le CAMSP a réalisé une information préoccupante (IP) car la situation de Clara suscitait une inquiétude aux vu de certains éléments amenée par pédiatrie. L'enquête a débouché vers une obligation de soins pour Clara.

En février 2013 la mère de Clara annonce à la psychologue référente de la CMP, qu'elle a un mari et qu'ils déménagent de chez ses parents. Cet homme est appelé « papa » par Clara. Ce qui montre que Clara l'a beaucoup investi, ou qu'on lui demande de le faire ce qui peut être le signe d'une confusion dans l'organisation familiale. Elle rapportera également de gros troubles du sommeil chez Clara, ainsi qu'une énurésie nocturne.

Les rendez-vous se sont poursuivis dans le cadre du relais, au CAMSP, avec une prise en charge en psychomotricité hebdomadaire et un rendez-vous avec le psychologue tous les quinze jours, et ce jusqu'en juillet 2013. Il s'agissait de séances en atelier parent-enfant ayant pour objectifs de soutenir la maman dans sa place et son rôle de mère notamment au niveau des fonctions de pare-excitation, de contenance et de protection, mais aussi de l'accompagner dans la prise de conscience de la souffrance psychique de sa fille. Ainsi cette maman pourra investir et comprendre la nécessité des soins pour Clara.

En septembre 2013, il a été décidé d'une augmentation du temps scolaire à toute l'après-midi, avec une AVS.

Le bilan de Clara se fait par un groupe d'observation qui se déroule sur cinq séances du 17 septembre au 15 octobre 2013 à intervalle d'une semaine.

Le groupe est encadré par ma maître de stage et une psychomotricienne de l'hôpital de jour car pour ces trois enfants, il était évoqué une question de prise en charge en hôpital de jour. Ce groupe compte deux autres enfants en plus de Clara : Sadid et une fille du même âge et présentant des similitudes dans leurs difficultés, concernant plus particulièrement la relation à l'autre. Un groupe pouvait donc faire ressortir ces difficultés de façon plus précises afin de définir au mieux le projet de soin de chaque enfant et de voir s'il leur serait plus bénéfique d'avoir un suivi en groupe ou en individuel.

Clara est présente aux cinq séances. Elle était accompagnée par son beau-père, et sa grand-mère est venue la chercher une fois. Ces deux personnes ont donné l'impression d'être inquiets quant à ce que Clara pourrait montrer en séance.

A presque toutes les séances sauf une, son beau-père l'accompagne jusqu'à l'entrée de la salle de psychomotricité pour que la séparation puisse se faire.

Le cadre est difficile à intégrer pour Clara (mais il ne s'agit là que de cinq séances). Dans un premier temps, elle se rapproche de la petite fille, en se positionnant en « petite » et montrant une certaine avidité relationnelle vis-à-vis de celle-ci.

Les différents temps du groupe sont bien repérés et la formulation d'une demande concernant un jeu est possible.

C'est une petite fille qui peut réagir fortement à tout moment, mais le fait d'accueillir ce qu'elle exprime de ses difficultés l'apaise. Il semble que le dur des consignes puisse la faire « exploser ». Clara peut déborder en venant chercher l'autre très fort au niveau corporel et ce tant envers l'adulte que des enfants.

C'est une enfant qui a du mal à respecter l'espace des autres tout en protégeant le sien à l'extrême ce qui peut signifier une insécurité massive.

L'ensemble des jeux sensori-moteurs qui sont proposés sont l'occasion pour Clara d'expérimenter le cadre, les limites, la confiance et la relation à l'autre.

C'est une petite fille qui présente d'importants troubles de la régulation tonique (clignement intempestif d'un œil, voix mal dosée, apparence fragile). Son attention est labile mais elle peut être contenue par le groupe. Il a été remarqué un certain retard dans les acquisitions cognitives de base, au regard de son âge (stock lexical pauvre, méconnaissance des

couleurs, dénombrement absent,...).

Les fins de séances sont compliquées pour Clara qui donne l'impression qu'on lui arrache un morceau d'elle-même en terminant. Cependant cette petite fille a montré de façon fugace, lors de ce groupe, de réelles capacités telles que celles de pouvoir s'inscrire dans un groupe, d'échanger tant avec ses pairs que les adultes, une curiosité et une possibilité de vivre des moments de plaisir. De même, il lui est arrivé parfois, lorsqu'elle se trouvait face à une situation qu'elle ne comprenait pas, de se mettre en retrait et d'observer plutôt que d'attaquer le groupe.

Suite à ce groupe d'observation il est décidé que Clara poursuive son suivi en psychomotricité dans une prise en charge de groupe une fois par semaine basé sur un travail sensori-moteur, des expériences corporelles afin de lui permettre d'appréhender les interactions avec ses pairs, dans un cadre sécurisant et contenant, ainsi qu'un travail de guidance parentale avec la psychologue du service. De plus, il est prévu de continuer à réfléchir à une prise en charge plus complète au sein du CATTP.

Cette prise en charge de groupale en psychomotricité débute le 13 décembre 2013. Ma maître de stage et moi encadrons ce groupe qui se composera donc de Clara, de Sadid et d'un autre garçon absent jusqu'à mi février pour des raisons administratives.

A notre première rencontre dans la salle d'attente, Clara se présente comme une petite fille timide qui se cache derrière sa mère et se colle à elle. Ce qui me rappelle certains enfants que j'ai pu rencontrer, présentant une forte angoisse de perte et d'abandon.

L'angoisse de perte d'objet ou angoisse d'abandon a été repérée par **S. Freud**. Selon lui, le nourrisson n'est pas en mesure de faire la différence entre l'absence temporaire ou la perte durable de l'objet. Il s'agirait selon lui, d'une problématique dépressive tournant autour d'un deuil impossible, qu'il conceptualise de cette manière :

« Il n'y a pas deuil impossible d'un objet dont on investit l'ombre, mais deuil impossible d'un objet jamais entièrement intériorisé et dont, par conséquent, on investit le « trou » »⁵⁶.

La séparation, habituellement, structure le psychisme humain, mais si l'angoisse d'abandon prend le dessus, tout sera mis en œuvre pour ne pas vivre justement ce qui, au lieu d'être structurant, devient intolérable. Dans ce cas, surgissent des états dépressifs importants dominés par un sentiment de vide et d'impuissance.

Plusieurs auteurs comme **M. Lemay**⁵⁷ s'accordent à dire qu'une maman prise par les affres d'un abandon réel dont l'enfant aura été « l'objet », soumis à la crainte de reproduire le malheur, et qui choisit de ne jamais se séparer de son enfant, risque fort d'être là sans l'être. Dans les bras d'une mère, physiquement présente, toute à lui mais absorbée par son ancien malheur, l'enfant perçoit en dépit des apparences, que sa mère n'est pas disponible, en tant que mère, pour le soutenir. Ni pour lui, ni avec lui.

On peut donc s'interroger sur le vécu abandonnique de cette maman et de sa petite fille quant à l'anamnèse qui peut être perçue comme une suite d'abandons et où l'on y voit une maman qui bien que totalement débordée par le comportement de sa fille cherche à la garder auprès d'elle tout en voulant l'éloigner dans un sorte d'ambivalence continue.

Clara a toujours un sourire qui me paraît n'être qu'une façade. Elle fait rapidement preuve d'une excitabilité débordante et d'une angoisse certaine lors des moments de séparation et de transition. Passer une porte semble quelque chose de délicat pour Clara elle a souvent besoin que sa mère l'accompagne jusqu'à la salle de psychomotricité, au début de la prise

56 http://www.aidepsy.be/en_savoir_plus_angoisse_abandon

57 M. Lemay, *Les Conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations interpersonnelles et sociale*

en charge. Là encore, passer la porte de la salle s'accompagne souvent de cris, de pleurs et d'étreintes avec sa maman.

Clara apporte toujours avec elle de nombreux « doudous », qui servent à la rassurer dans ces moments-là, mais qui sont vite délaissés une fois dans la séance. S'il y a une certaine récurrence dans leur apparition, il ne s'agit pas obligatoirement des mêmes jouets à chaque fois. Ces objets semblent plus être des objets de « transition » plutôt que de véritables objets transitionnels à la manière dont **Winnicott** en parle⁵⁸. En effet Clara ne semble pas vraiment avoir d'attachement à ses « doudous ». Une fois dans la salle de psychomotricité ils sont totalement négligés, jusqu'à la fin de la séance qui est aussi le théâtre régulier des angoisses de cette petite fille.

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Selon **J. Bowlby**⁵⁹, l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès la petite enfance, l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. **Bowlby** prétend que ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. Clara semble avoir un défaut quant à cette base de sécurité interne et je crois qu'on pourrait rapprocher son comportement, à un type d'attachement « anxieux/ambivalent », tel que le décrit **M. Ainsworth** pour des enfants face à la « situation étrange ».

La séance débute par un temps de parole assis en cercle où chaque enfant (même s'ils sont absents) possède une place symbolisée par un coussin ; ce afin de garder une continuité dans l'intégration du cadre et l'inscription dans un groupe. Ce temps de parole permet de poser un cadre contenant sur lequel les enfants pourront prendre appui et tenter de se projeter pour élaborer la séance.

58 23, *ibid*, p.78-80

59 9, *ibid*

Au cours de la séance Clara montre souvent des difficultés (après ces transitions) à se poser, à enlever son manteau et ses chaussures. Cette difficulté à enlever ses vêtements et les doudous semblent représenter autant de contenants à la façon dont **D. Anzieu** parle des contenants de pensée dans le « Moi peau ».

Pour pouvoir penser seul, l'enfant a besoin de se sentir contenu. On ne peut penser que si l'on a un sentiment de contenance. **Anzieu** appelle cette contenance le « Moi peau »⁶⁰, sorte d'enveloppe corporelle qui se constitue au moment de la séparation de la mère et de l'enfant et qui viendrait protéger l'enfant des stimulations et le contenir pour lui permettre d'apprendre. Plus la séparation sera nette, claire et non angoissante, plus cette enveloppe sera protectrice et contenante.

C'est une enfant qui a énormément besoin de contenance : elle montre une agitation motrice et pour elle, prévoir les différents jeux de la séance est impossible, elle n'arrive pas à se projeter au-delà d'un ou deux jeux. On peut donc dire que Clara est dans l'agir et le faire. Cela peut se traduire par une certaine intolérance à la frustration couplée à une recherche de contrôle. J'y vois là une tentative de juguler ses angoisses.

E. Bonneville parle de l'agitation comme un « *moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de liaison la plus primitive, dans et par le corps et les sensations corporelles.* »⁶¹. **B. Golse** parle de l'agitation de l'enfant comme ayant une valeur d'enveloppe motrice, face à un défaut de contenance primordiale⁶².

Le cache-cache est un jeu qui revient à chaque séance, il sert de repère pour ces enfants. Je pense que ce jeu peut aussi leur permettre de jouer leurs angoisses, en particulier pour Clara, pour qui toute séparation est source d'angoisse.

60 D. Anzieu, *Le Moi-Peau*, 2ème éd., Paris, éd. Dunod, 1995,

61 34, *ibid*

62 54, *ibid*

Clara recherche souvent le contrôle dans les situations de jeux et dans la relation en protégeant son espace à l'extrême, en particulier à l'arrivée de l'autre petit garçon courant février qui a d'abord été vécu par Clara comme une menace. Cette tentative d'acquérir du contrôle pour Clara, peut se présenter sous la forme d'une triche aux jeux de société ou d'une exclusion où elle s'exclut elle-même d'un jeu si ça ne suit pas ses règles. De plus, elle préfère parfois jouer seule, comme si la présence de l'autre (l'autre enfant) dans le jeu était insupportable. Elle semble le vivre comme une intrusion. On pourrait dire qu'elle se présente comme une enfant d'apparence « toute-puissante », mais n'est-elle pas plutôt « tout-impuissante », pour reprendre une expression de **René Roussillon**⁶³ ; impuissante face à ses états émotionnels et ses angoisses, quant aux fortes réactions corporelles dont elle peut faire preuve ?

Ceci me laisse penser que Clara n'est pas totalement différenciée entre ce qui est « elle » et ce qui ne l'est pas. Elle a tendance à parler d'elle à la troisième personne et l'emploi du « je » semble difficile, tout comme nommer les autres membres du groupe.

En outre lorsque Clara s'exclut elle-même, elle recherche aussi l'attention unique du cadre mais aussi ses limites. Cette recherche se traduit aussi corporellement par une explosion motrice. Clara montre également une hypertonie axiale qui pourrait s'assimiler à une carapace, si bien que sa perception de la douleur en est altérée ; à plusieurs reprises, lors de ces explosions motrices, Clara se cogne et dit ne pas avoir mal, ou lorsqu'elle dit avoir mal, elle montre des difficultés à dire où. Ces situations et le défaut de contenance que l'on peut supposer me fait m'interroger quant à l'intégration du schéma corporel chez cette petite fille.

Clara montre plusieurs signes cliniques qui me font penser à ceux auxquels **M. Berger** fait référence lorsqu'il parle de traumatismes relationnels précoces répétés : une indifférenciation soi/ non-soi, des troubles du schéma corporel une hyperkinésie et une intolérance à la frustration⁶⁴. Néanmoins Clara a une possibilité d'accès au symbolisme elle peut par exemple faire le lien entre le fait que le garçon du groupe se fasse mal et la mallette du docteur, et elle peut

63 42, *ibid*

64 36 *ibid*

élaborer un scénario et également laisser une trace, ainsi que mettre du sens sur un dessin qu'elle a fait qui n'en avait pas forcément à l'origine. C'est enfant qui est enfermée dans une image de fillette « violente ». En mobilisant la famille il serait possible de faire évoluer la représentation qu'elle a de Clara, au vu des capacités observé sur les temps du groupe, ce qui permettrait d'offrir à cette petite fille la possibilités de montrer sous un autre jour, et d'introjecter une image plus positive d'elle.

Cette petite fille montre une bonne évolution au cours des séances. Il est aujourd'hui possible de mettre des mots sur ses réactions et que Clara les accepte, notamment en situation de conflit. Lors des jeux, elle semble moins envahie par ses pulsions, elle tolère mieux la frustration et peut partager avec les autres enfants. Elle parvient maintenant à nommer les autres membres du groupe, et en particulier les adultes, ce qui montre, je pense, un bon investissement du cadre du groupe sur lequel elle peut prendre appui pour atténuer ses angoisses. Elle montre également une capacité à se projeter dans la séance, pour élaborer des jeux et le premier temps de parole au début de la séance est très investi.

Clara amène de nombreux éléments de sa problématique au sein de ce groupe dont le cadre est un point de repère pour cette petite fille. Elle peut nous montrer ses difficultés dues à un défaut de contenance et de différenciation, liées à d'importantes angoisses de perte et d'abandon. Néanmoins, Clara est capable de prendre appui sur le cadre de la séance pour faire des progrès et nous montrer ses capacités. La question de la différenciation et de la tolérance à la frustration sont en nette amélioration : Clara arrive à se poser de plus en plus facilement, même si les conflits et les négociations sont encore nombreux. Elle parvient à nommer les membres du groupe et à dire « je », ainsi qu'à respecter les règles. Elle peut s'inscrire dans le groupe, en respecter des règles comme le « chacun son tour ». De plus, les moments de séparations sont de moins en moins difficiles et les retards cognitifs dont font état le bilan, tendent à se réduire. Sa personnalité reste néanmoins fragile. Sa situation familiale a tendance à se stabiliser mais reste complexe, sa mère ayant récemment fait une fausse-couche. De plus, sa propre situation subit le questionnement de ses proches. En effet l'orientation de Clara est toujours en suspens car sa mère qui a tendance à se sentir dépassée face aux difficultés de sa fille aimerait une prise en charge plus

importante : ITEP, Hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). La question d'un traitement médicamenteux est toujours en suspens et une équipe éducative se réunie en mai pour parler de cette petite fille et de sa scolarisation.

Nous allons voir maintenant le cas de Sadid, qui faisait également parti de ce groupe, mais dont l'expression de ses troubles se fait dans un registre très différent de celui de Clara.

4.3. Sadid :

Sadid, est un petit garçon né en octobre 2007. Comme Clara, il a été suivi au CAMSP avant d'être orienté vers la CMP dans le cadre d'un relais CAMSP-CMP. Le suivi au CAMSP a duré deux ans et s'est achevé en août 2012. Il concernait des problèmes de langage, de concentration, d'agitation et une difficulté à entrer en relation. C'est un enfant qui est décrit par ses parents comme faisant beaucoup de colères et s'énervant vite ; les soignants du CAMSP étaient inquiets quant à un possible trouble envahissant du développement.

Un travail éducatif autour d'un atelier parents-enfant avait alors été effectué, car les parents de Sadid se trouvaient aux deux opposés, concernant l'éducation de leur enfant. Le père de Sadid avait une tendance à être très ferme et à être dans le passage à l'acte ; à l'inverse sa mère était parfois trop laxiste au risque, bien souvent, de laisser Sadid se mettre en danger physiquement. L'équilibre instable que formaient ces deux parents a pu engendrer un certain paradoxe dans le psychisme de cet enfant. Le travail de l'atelier parent-enfant a permis la mise en place de repères éducatifs comme le « coin », la nécessité du regard dans les interactions et un travail autour du sommeil et de la propreté pour Sadid.

Sadid est le premier né d'une famille d'origine marocaine, qui se rend au Maroc tout les deux ans, dans la famille de madame. En août 2010 Sadid attrape une infection gastro-intestinale qui lui provoque diarrhée et vomissement, et qui nécessite une hospitalisation

dans le CHU le plus proche, jusqu'en novembre 2010. L'infection se résorbe et il rentre à la maison où de nouveaux problèmes de perte de poids surviennent. C'est aussi à ce moment là que ses parents consultent au CAMSP.

Le père de Sadid décrit un bébé fragile, avec de nombreuses gastro-entérites. Ce dernier aurait tendance à être celui qui joue avec son enfant, sa mère s'occupant plutôt de lui au niveau des soins. On peut donc voir là un père qui est très sévère dans son rôle éducatif et qui joue cependant avec son enfant, dans une certaine mesure, nous pouvons nous demander si cela ne crée pas une certaine ambivalence dans les rapports que ce père entretient avec son fils. Ses parents comparent souvent Sadid à son petit frère né en 2010, notamment concernant les acquisitions cognitives, pour lesquelles Sadid présente un retard.

Concernant l'anamnèse, Sadid est né à terme avec un frein à la langue qui a nécessité une opération à ses 9 mois. L'allaitement a été très mal vécu par la mère de Sadid, qui s'est sentie forcée par la maternité. Elle était persuadée qu'elle n'avait pas de lait et eut le sentiment que Sadid était affamé. Cela a duré trois jours puis le biberon a été adopté. Sadid n'a pas de « doudou » et il a abandonné la sucette à un an et demi. La marche a été acquise à deux ans, le langage à dix-huit mois. Il peut être intéressant de noter que ses dents se sont mises à pousser tard car sa première dent n'apparaît qu'à un an, ces divers problèmes au niveau de la zone orale ont peut-être eu un rôle dans son retard de langage.

Comme nous avons donc pu le voir, Sadid a fait partie du même groupe bilan que Clara. Sadid n'a participé qu'aux trois dernières séances. Malgré cette absence, ce garçon s'est plutôt bien intégré parmi ses pairs et a pu repérer le cadre du groupe. Cela est le signe de réelles capacités d'adaptation. C'est un enfant qui a pu se montrer curieux et qui possède une bonne compréhension des différents temps du groupe, ce qui peut lui être proposé. Il arrive à ce faire comprendre malgré un retard de langage.

Lors des temps de jeux, il a pu créer de petits scénarii. Sadid a été très attaqué par Clara. Cependant il s'est laissé souvent déborder par le comportement agressif de celle-ci et n'y a opposé que peu de choses personnelles si ce n'est la recherche de l'adulte. S'il est attaqué, Sadid se montre inquiet quant à la sauvegarde de son intégrité corporelle. Il est, néanmoins, aisément rassuré et se rassure lui-même en vérifiant son reflet dans le miroir ; il se regarde fréquemment dans le miroir. Il est à noter, que les mêmes questionnements peuvent t'apparaître quant à l'intégrité du corps de l'autre.

Sadid est actif dans le groupe, il y prend une place et demande beaucoup d'attention. C'est un petit garçon sensible à la notion de plaisir et de partage des moments agréables. Il présente un retard certain dans les acquisitions cognitives et langagières, ainsi qu'une certaine lenteur, ce qui ne l'empêche pas d'être aujourd'hui dans la communication et la relation.

Au regard de ces différentes observations, il a été préconisé pour Sadid un groupe en psychomotricité afin qu'il puisse aborder ses questionnements corporels, qu'il trouve un soutien dans sa construction et qu'il puisse travailler sur la communication.

Cette prise en charge de groupale en psychomotricité débute donc le 13 décembre 2013. Ma maître de stage et moi encadrons ce groupe qui se compose donc de Clara, de Sadid et d'un autre garçon absent pour des raisons administratives pendant près de deux mois.

Je rencontre pour la première fois Sadid, quand je l'accueille dans la salle d'attente, c'est un garçon plutôt mince et petit pour son âge et il porte des lunettes à cause d'un strabisme. Cet enfant est plutôt calme, voire même inexpressif. Un accompagnement taxi a été mis en place pour venir à la CMP. Depuis la rentrée, Sadid est scolarisé en grande section et bénéficie d'une AVS.

Dans les premiers temps de la prise en charge, Sadid montre souvent des difficultés à rester en place pendant le temps de parole. Il a du mal à trouver une position

satisfaisante : assis, couché, à quatre pattes, à plusieurs reprises il se lève, regarde dans les placards. Il pu parfois rechercher de la contenance et de l'attention au niveau corporel auprès de moi. Ce comportement me laisse apprécier une hypotonie générale chez ce garçon. D'abord faciale ce qui, malgré des progrès depuis le bilan au niveau du langage, peut parfois rendre l'expression orale de Sadid difficile à comprendre. Au niveau corporel cette hypotonie peut être mise en lien avec d'autre comportements : par exemple lorsque Sadid se fait mal ses atteintes corporelles si minimes soient-elles, semblent être vécues comme des trous béants, on peut ici rapprocher, ce qui peut traduire, me semble-t-il, une structuration corporelle qui n'est pas vécue comme contenant.

En effet, comme on a pu le voir dans la partie théorique, il ne suffit pas d'avoir une peau pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement. C'est par l'action avec le corps entier sur les objets et sur l'environnement au sens large, que le petit enfant tout à la fois, construit le rapport à son propre corps et à autrui. Il le fait aux travers de ses explorations motrices et sensorielles, les jeux, la créativité et de manière primordiale, par les échanges relationnels entretenus avec sa famille et son environnement.

Un épisode survenu dans la prise en charge me laisse penser qu'une angoisse de morcellement archaïque à la façon dont en parle **Winnicott**⁶⁵, est encore présente chez cette enfant : *alors que nous construisions des « maisons » en brique de mousse avec les enfants pour réaliser un « chamboule -tout », ma maître de stage, qui aidait Sadid à construire la sienne, commence par former une forme contenant, Sadid l'observe puis la bouche immédiatement, comme si ce trou était insupportable.*

Cet épisode montre que les notions de dedans/dehors ne sont pas quelque chose d'encore totalement acquises chez cet enfant, ce qui rejoint l'idée d'une construction du corps qui n'est pas perçue comme une entité contenant. De plus ce garçon peut paraître parfois éparpillé

65 6, ibid, p21

dans ses pensées et a tendance à rester fixé sur des idées, comme s'il faisait preuve par moment, d'un certain retrait autistique, où il se coupe de la relation avec le reste du groupe, qui peut laisser penser à une certaine régression vers des activités archaïques qui lui permettent de se rassembler. Néanmoins un électroencéphalogramme permettrait d'écarter l'hypothèse d'éventuelles absences épileptiques.

Sadid nous montre cependant de bonnes capacités cognitives qui peuvent parfois sembler en décalage avec ses acquisitions psychomotrices. Il nous a, par exemple, montré qu'il comptait très bien. Nous avons pu également nous rendre compte que Sadid n'avait pas forcément de très bons repères dans l'espace et le temps. Il montre par exemple des difficultés à ériger une tour de briques, en hauteur, sa construction restant souvent un amas de briques posées au sol. Concernant l'acquisition du repérage dans le temps, son discours est parfois peu cohérent avec la réalité : quelque chose qui est arrivé il y a une semaine, Sadid peut le placer avant-hier. Il peut dire à un des enfants avec qui il est en conflit dans la séance : « je vais le dire à maîtresse », ce qui peut montrer qu'il n'identifie pas très bien les différents temps générationnels de manière dissociée. Il semble qu'il ne fasse pas bien la différence entre adultes et enfants, mais qu'il repère une instance supérieure : « la maîtresse ». Il a aussi été difficile pour Sadid de parvenir à se projeter dans la séance et d'élaborer différents jeux, cela a été rendu possible grâce au soutien du groupe sur lequel il s'est appuyé pour édifier une base de sécurité.

Sadid, bien qu'il ait la capacité d'élaborer des scénarii, montre un imaginaire assez pauvre lorsqu'il s'agit de réaliser des productions graphiques. Ses dessins sont souvent rattachés à des éléments concrets liés à des événements récents. A l'arrivée du troisième enfant, qui est un petit garçon, Sadid se colle à lui durant la séance, dans une forme de fusion de sa propre personnalité ; ceci me laisse croire qu'il ne se voit pas totalement comme un individu différencié et me fait penser aux travaux de Meltzer sur la conceptualisation des mécanismes autistiques comme l'identité adhésive, qui serait une mise en suspens de l'activité mentale de l'enfant, qu'il a appelé le « démantèlement », afin d'éviter la perception de la séparation.

De la même manière, Sadid au début de la prise en charge faisait preuve d'une passivité à exprimer sa colère. Il a pu ensuite l'exprimer sans possibilité de verbalisation dans un premier temps puis a pu y mettre des mots sur celle-ci, ce qui montre une évolution dans la structure de son psychisme et un premier pas vers une perception de lui comme un être différencié des autres.

Sadid est un enfant qui montre de bonnes capacités cognitives et d'adaptation, il est capable d'élaborer un scénario et de le faire durer, il comprend également bien les consignes des différents jeux et n'a pas de problème pour jouer « chacun son tour ». Néanmoins il montre une structure de personnalité encore fragile qui se traduit corporellement par une hypotonie et une image du corps qui n'est pas intégrée comme quelque chose de solide et contenant. Au regard de ses progrès Sadid vient à toucher les limites du travail en groupe sur lequel il a pu trouver des appuis pour commencer à s'affirmer et à se construire une base de sécurité, qui servira à établir un sentiment d'existence plus concret tant sur le plan psychique que corporel.

Un travail dans une prise en charge individuelle en psychomotricité à la suite de ce groupe, va pouvoir venir consolider les acquisitions déjà faites, tout en travaillant sur la narcissisation de cet enfant, afin que celui-ci puisse s'affirmer davantage au travers de jeux sensori-moteur, pour poursuivre sa construction identitaire à travers un travail corporel. Cependant l'indication d'un travail en groupe demeure, mais de façon différente, notamment vers un atelier conte.

Ces différents types de prises en charge illustrent différentes façons d'aider des enfants qui ne trouvent pas dans leur environnement l'écoute dont ils ont besoins à la manière de la mère normalement dévoué développé par Winnicott Le groupe est donc une indication intéressante pour des enfants présentant des difficultés relationnelles, cela permet de revenir sur des niveaux archaïques, concernant l'acquisition de repères relationnels et peut s'inscrire dans une complémentarité réciproque ou une continuité avec une prise en charge individuelle. La thérapie psychomotrice est donc un moyen pour ces enfants de revenir sur des étapes de leur développement,

où l'environnement n'a pu avoir de fonction d'étayage et ni offrir de base de sécurité, ce qui a fragilisé ces enfants. Le psychomotricien doit, en gardant une juste distance relationnelle, effectuer un travail thérapeutique qui se rapprocherait d'une certaine manière d'un *holding* et d'un *handling* à visée thérapeutique. Néanmoins le travail du psychomotricien, auprès de ces enfants ne peut se faire qu'avec l'étroite collaboration des professionnels de l'institution, psychiatre, psychologue etc, il faut surtout travailler avec les parents et l'école afin d'ajuster au mieux les soins à mettre en œuvre pour ces enfants.

Conclusion

Le développement de l'enfant est une affaire de famille. Certes le bébé amène sa part personnelle dans cette évolution, par son tempérament, ses aptitudes et son propre vécu, mais son environnement familial est là pour lui offrir son soutien dans toutes les épreuves qu'il aura à traverser. Les parents apportent ainsi à leur enfant leur capacité d'harmonisation et d'accordage de ses affects, qui l'aide à appréhender ce qu'il vit et ce qu'il ressent. C'est à travers le corps que ce phénomène prend forme, c'est par ses sensations que le nourrisson, d'abord dans l'indifférente symbiose qui le relie à sa mère, va se construire une enveloppe sur laquelle ses ressentis vont prendre forme. L'enfant, dans les premiers temps de son existence, va vivre une répétition et une succession d'états différents, qui vont du besoin à la satisfaction, et qui s'accompagnent, sur le plan affectif, respectivement de tensions et d'apaisement. Cela correspond aussi à des éprouvés qui sont de l'ordre de la désorganisation. Après les moments d'apaisement, on a un éprouvé temporaire d'unité de soi. Ce sont des expériences inconscientes, mais l'enfant a un sentiment de complétude. Les affects qui le traversent sont traduits corporellement par ce qu'Ajuriaguerra nomme le dialogue tonico-émotionnel, ces différents besoins que l'environnement familial de l'enfant, interprète et auxquels il répond lui font vivre une rythmicité présence/absence. Cette rythmicité dans différents états, va progressivement créer une trame très archaïque qui va permettre à l'enfant d'éprouver peu à peu un sentiment de continuité d'existence, qui sera les préalables de la conscience de soi.

Cette construction d'un sentiment d'existence va permettre à l'enfant, non-seulement de se séparer de sa mère mais de se différencier : de devenir un individu à part entière, avec une identité propre. Tout au cours de ces stades précoces, il passe d'un état de dépendance absolue à son environnement à une dépendance relative, pour évoluer petit à petit vers l'autonomie. Ceci implique l'intégration progressive des distances relationnelles et une différenciation entre soi et l'autre. La notion d'attachement joue ici un rôle de « base de sécurité » que l'enfant va intégrer et sur laquelle il pourra se reposer pour pallier l'angoisse due à cette prise progressive d'indépendance. Il pourra ainsi, en regard de l'évolution de ses capacités psychomotrices, commencer l'exploration active de l'espace qui l'entoure, en utilisant la représentation psychique qu'il a de lui-même comme premier référentiel.

Dans cette quête d'identité, la dynamique familiale est à prendre en compte. Piera Aulagnier parle de la place qui est donnée à l'enfant à travers le contrat narcissique, qui est décrit comme le processus selon lequel l'individu est lié à sa famille dans la chaîne des générations. Il doit assurer la continuité de la lignée et de l'ensemble social, et afin de garantir ceci, la famille doit investir narcissiquement le nouveau membre. Chaque nouveau membre d'une famille doit être porteur des valeurs, du discours fondateur, et à cette condition, l'ensemble famille donne une place à cet élément nouveau. Ainsi s'établit le contrat narcissique, qui assigne au futur sujet un lieu social : « le contrat narcissique s'établit grâce au préinvestissement narcissique par l'ensemble, de l'infans comme voix future, et qui prendra le poste auquel il a été destiné... ». La question de la place peut donc être considérée comme la clé de voûte du bon fonctionnement d'une famille. Chez un enfant elle va déterminer la façon dont celui-ci est investi par sa famille, et permettre son inscription dans un temps générationnel.

On a donc pu voir le rôle essentiel que joue l'environnement en accompagnant l'enfant dans les différentes étapes de son développement, mais pour que les diverses acquisitions qu'il a à réaliser puisse se faire, l'enfant doit pouvoir bénéficier d'un cadre familial stable, sécurisant et prévisible sur lequel il puisse compter pour entre autres assouvir ses besoins. Ajuriaguerra a écrit une phrase qui est aujourd'hui célèbre : « l'enfant est le père de l'homme » ce qui traduit l'idée que ce que vit l'enfant impacte la personnalité de l'homme qu'il deviendra. Cet homme deviendra à son tour le père d'un enfant, mais de la même façon qu'on ne devient pas adulte par le simple fait de grandir, on ne devient pas parent par le simple fait d'avoir un enfant. La parentalité définit le rôle et les responsabilités des parents dans la cellule familiale, ainsi que l'ensemble des modifications psychique et affectives mise en jeu lorsqu'on doit élever un enfant. Devenir parent implique une modification de notre structure psychique et affective, comme une sorte de passage à travers le miroir, ainsi qu'une appropriation des responsabilités inhérentes à la tâche parentale.

Il peut cependant arriver, que l'environnement familial, pour diverses raisons, ne soit pas en capacité d'assurer son rôle éducatif auprès de l'enfant, celui-ci pouvant alors voir ses capacités de régulations émotionnelles dépassées face à un afflux de stimuli désorganisateurs trop importants, c'est ce qui constitue un traumatisme. Selon les observations cliniques de M. Berger et de son équipe, de nombreux troubles du comportement se retrouvent avec une fréquence non négligeable chez des enfants ayant subi des traumatismes relationnels précoces de façon répétée. Ils s'associent de manière plus ou moins intriqués sous la forme d'une « évolution éventuelle d'une

déficience intellectuelle, une hyperkinésie avec des troubles de l'attention, des troubles sévères de l'attachement le plus souvent de type désorganisé-désorienté, des troubles psychiatrique, et une violence pathologique extrême avec ou sans fugue », pour les cas les plus « lourds ».

Ces traumatismes relationnels précoces peuvent se décliner sous plusieurs formes, et leur impact est d'autant plus grand qu'ils se produisent de façon précoce. Des traumatismes répétitifs peuvent entraîner une sidération plus ou moins importante de la pensée et leur intensité peut s'inscrire dans la psyché immature de l'enfant, sous forme de sensations corporelles ou d'images à l'état brut que l'enfant ne parviendra pas à distinguer de la réalité. De plus l'enfant, qui dépendant de cet environnement source d'angoisse, ne pourra pas chercher de réconfort ailleurs que dans cet environnement, n'ayant pas d'adulte à qui s'identifier, il y aura un renforcement de cet angoisse face au vide relationnel auquel il est confronté. De ce fait les situations traumatiques répétées pourront entraîner chez l'enfant un multi-clivage de sa pensée. Le traumatisme relationnel précoce peut donc être considéré comme étant à l'origine d'une indifférenciation entre la pensée de l'enfant et celle de ses parents, car les soins et l'écoute de l'enfant ont pour but de lui permettre de se construire une pensée différenciée afin que l'enfant parvienne à identifier ses sentiments personnels au lieu d'avoir une pensée infiltrée par des sensations, des images ou des affects du passé.

La psychomotricité constitue donc une approche intéressante pour aider ces enfants. En effet, nous avons pu constater que les troubles qui en découlent, se traduisent chez ces enfants sur le plan moteur principalement et s'inscrivent dans les champs de compétences de la psychomotricité, notamment concernant les champs relatifs au tonus, au schéma corporel, à l'espace et au temps

La question du tonus peut être considérée comme la capacité d'organisation motrice de l'Homme face au milieu qui l'entoure. C'est une dimension fondamentale chez l'être humain qui est une des bases de la psychomotricité, car il est à l'articulation entre le physiologique et l'affectif. Il va être à le point de départ de la construction de l'image mentale et donc de la constitution du schéma corporel. L'intégration du schéma corporel est un point essentiel de notre développement qui sera remanié tout au long de notre existence et servira de référentiel dans notre rapport au monde, à l'espace, et à l'autre. Elle permet donc de faire le lien avec la notion d'espace en psychomotricité. L'intégration de l'espace va définir le rapport de l'enfant à l'environnement et

aux objets qui le compose, mais également le rapport des objets entre eux, leur différenciation et la distance dites relationnelle aux objets du vivant. La question de l'espace prend en compte de nombreuses dimensions comme la dimension relationnelle et affective, neuro-développementale et sensorielle. L'espace et le temps sont les coordonnées de notre existence. En effet même si l'espace est une donnée importante pour interagir avec l'environnement qui nous entoure, la notion de temps est aussi importante. Elle représente la quatrième dimension inhérente à ce monde et en assure sa continuité. Elle se manifeste chez l'homme au travers de différentes notions telles que la mémoire ou le rythme.

Le travail en psychomotricité auprès des enfants ayant subi des traumatismes relationnels précoces peut donc prendre diverses formes et utiliser différents médiateurs afin de venir les chercher sur les étapes de leur développement qui n'ont pu se réaliser de manière appropriées. Les situations proposées en psychomotricité vont donc être l'occasion d'offrir à ces enfants un lieu sécurisant et repérant et chercheront à leur permettre de faire des expériences corporelles variées, nouvelles, qu'ils pourront répéter, en dehors de tout apprentissage. L'objectif thérapeutique est de les aider à développer au mieux leurs potentiels corporels et toniques, et donc d'expression émotionnelle, afin d'investir positivement les activités du corps en relation, ce afin de les aider à ce constituer une base de sécurité interne qu'ils pourront réutiliser dans leur vie quotidienne

Il faut ainsi considérer une donnée essentielle au cadre thérapeutique qui est l'alliance thérapeutique. Si une relation est un rapport qui lie un objet ou une personne à une autre, cela implique une notion de dépendance de l'un par rapport à l'autre. Cette notion de dépendance apparaît très présente dans la relation thérapeute-patient. Dans ce contexte de dépendance, la notion d'alliance est plus neutre. C'est un acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque. Cet acte semble effectivement plus approprié à ce que le thérapeute cherche à établir avec ses patients. Cette relation de confiance est indispensable au bon déroulement du soin, notamment concernant l'observance. Dans le travail auprès des enfants, l'alliance thérapeutique, bien qu'elle soit nécessaire auprès du patient, est davantage du côté des parents, dont l'enfant reste dépendant. Elle résulte d'un équilibre subtil, qui prend en compte à la fois le narcissisme parentale, leur demande, leur confiance en l'action thérapeutique, mais aussi les besoins de l'enfant qui peuvent parfois rentrer en contradictions avec les précédentes données.

La psychomotricité vise ainsi à prendre le patient dans son « entièreté », donc le travail du psychomotricien avec des enfants qui font partie d'une famille dysfonctionnelle doit prendre en compte toutes ses dimensions y compris l'impact de la famille sur l'enfant. Afin que ce travail s'ajuste au plus près des besoins de nos jeunes patients, la prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire et coordonnée par le médecin responsable des soins. Un travail auprès des parents peut être mené par un psychologue dans un travail de guidance parentale et travail orthophonique peut également être nécessaire. De même, il est important de réaliser un partenariat avec les lieux de socialisation et de scolarisation de l'enfant. Dans ce cadre, il est possible de soutenir une demande d'assistante de vie scolaire ou d'accompagnement éducatif à la maison, ce afin d'aider l'enfant à tous les niveaux pour permettre les meilleurs résultats possibles. Le psychomotricien est donc le maillon d'une chaîne. Son travail va avant tout être celui de travailler sur les acquisitions qui n'ont pas pu se réaliser correctement par reconstruction d'une base de sécurité interne en offrant à l'enfant un espace d'expression, à lui, libéré des contraintes familiales et sociales. Ceci permet à l'enfant d'éprouver des sensations corporelles dans une relation stable et contenant, qui pourra ainsi lui servir de repère. .

Nous avons donc pu constater l'incidence que peut avoir la dynamique familiale sur le développement de l'enfant, ainsi en tant que psychomotricien on peut agir en travaillant avec lui et ses parents face aux différents symptômes ou difficultés qu'il montre d'où l'importance de l'alliance thérapeutique. Néanmoins, le psychomotricien ne travaille pas seul et doit savoir transmettre les éléments qu'il a pu observer à l'équipe avec laquelle il travaille afin de croiser les différents regards professionnels et mettre en place un projet individualisé. Il doit créer un réseau de partenariat avec les professionnels de la petite enfance, du secteur social et de la scolarité, d'où peuvent souvent provenir les premiers signes d'alerte, ainsi que de nombreuses attentes. Ainsi le psychomotricien au-delà de sa fonction thérapeutique, ne cherche-t-il pas, dans ce travail de réseau, à mettre en avant les capacités de l'enfant qu'il a pu observer, pour tenter de limiter les risques d'exclusion qui restent son épée de Damocles ?

Bibliographie :

- **D. Anzieu**, *Le Moi-Peau*, 2ème éd., Paris, éd. Dunod, 1995
- **J. de Ajuriaguerra** et **F. Joly**, « Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique », *Enfances & Psy*, 2012/1 n° 54, p. 147-157. DOI : 10.3917/ep.054.0147
- **P. Aulagnier**, *La Violence de l'Interprétation*, 1ère édition, Le fil rouge, PUF, avril 1975, Paris, Le fil rouge - Psychanalyse, PUF, 1975
- **M. Auzias**. *Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon*. In: *Enfance*. Tome 46 n°1, 1993. pp. 93-99.
doi : 10.3406/enfan.1993.2047
- **M. Berger**, *Voulons-nous des enfants barbares ?* Dunod, 2008
- **M. Berger**, *Le droit d'hébergement du père concernant un bébé* , *Dialogue*, 2002/1 no 155, p. 90-104. DOI : 10.3917/dia.155.0090
- **M. Berger**, *Le travail avec les parents*, *Enfances & Psy*, 2000/4 no 12, p. 127-133. DOI : 10.3917/ep.012.0127
- **M. Berger**, *Médiation et intérêt de l'enfant*, *Dialogue*, 2005/4 no 170, p. 7-16. DOI : 10.3917/dia.170.0007
- **M. Berger** et **E. Bonneville**, *Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec*, *Dialogue*, 2007/1 n° 175, p. 49-62. DOI : 10.3917/dia.175.0049
- **E. Bonneville**, *Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2010/1 Vol. 53, p. 31-70. DOI : 10.3917/psyse.531.0031
- **E. Bonneville**, Thèse de doctorat en Psychologie, Mention Psychopathologie et Psychologie clinique, *Pathologie des traumatismes relationnels précoces : Comprendre et accueillir les liens en souffrance*
- **E. Bonneville**, *Protection de l'enfance: peut-on prévenir les atteintes de l'intelligence ?*, *Empan*, 2006/3 no 63, p. 40-48. DOI : 10.3917/empa.063.0040
- **D. Chadzynski**, « Les enfants dans une « impasse » de construction » *Apports du bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité*, *Enfances & Psy*, 2009/1 n° 42, p. 109-118. DOI : 10.3917/ep.042.0109

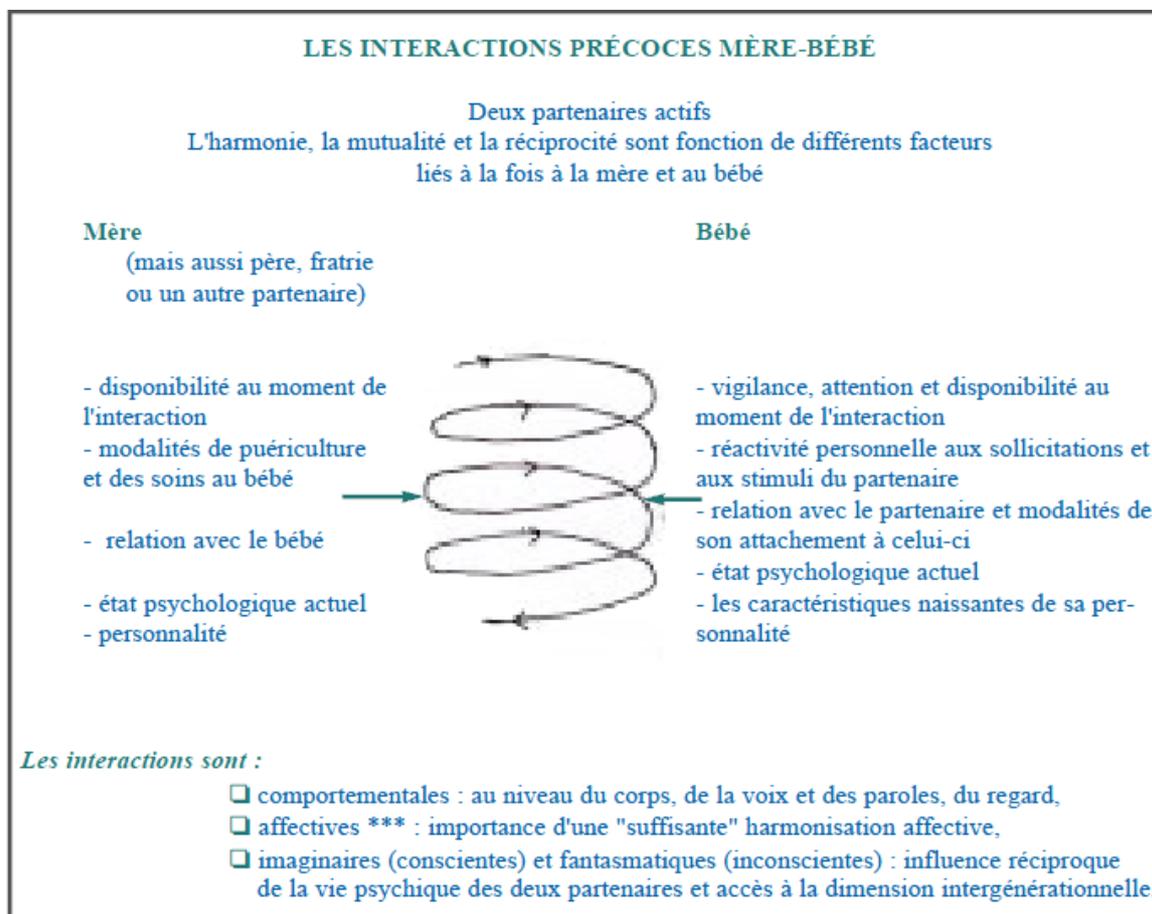
- **C. Daubigny**, *Du noyau symbolique de l'identité Secret et idéologie*, *Le Coq-héron*, 2005/2 no 181, p. 137-149. DOI : 10.3917/cohe.181.0137
- **F. Duparc**, *La métapsychologie du cauchemar, du jeu et de l'identification projective*, *Revue française de psychanalyse*, 2006/5 Vol. 70, p. 1559-1567. DOI : 10.3917/rfp.705.1559
- **E. Fivaz-Depeursinge**, *L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire*, *Thérapie Familiale*, 2003/3 Vol. 24, p. 267-273. DOI : 10.3917/TF.033.0267
- **C. Geoffray**, *Approfondissement P.R.H., Telle mère, tel groupe* 2008
- **L. Goeofert-Roux** Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, *Rééquilibrage des épreuves motrices et visuelles du test de jugement et d'orientation de Suzanne Borel-Maisonny*
- **B. Golse**; *Du corps à la pensée*, PUF, 2ème édition, Paris, 2001
- **B. Golse**, *Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet* », *Dialogue*, 2007/1 n° 175, p. 15-29. DOI : 10.3917/dia.175.0015
- **B. Golse et al**, *Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2004/1 Vol. 47, p. 103-132. DOI : 10.3917/psy.471.0103
- **B. Golse**, *La place des parents dans la professionnalisation des soins*, *Spirale*, 2002/1 no 21, p. 91-97. DOI : 10.3917/spi.021.0091
- **G. Haag**, *Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps*, *Le Carnet PSY*, 2006/8 n° 112, p. 40-42. DOI : 10.3917/lcp.112.0040
- **G. Haag**, *L'acte création/représentation de formes dans le jeu de la transformation*, *Revue française de psychanalyse*, 2002/5 Vol. 66, p. 1779-1787. DOI : 10.3917/rfp.665.1779
- **D. Houzel**, *Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2003/2 Vol. 46, p. 395-434. DOI : 10.3917/psy.462.0395
- <http://www.bak.admin.ch/themen/04117/index.html?lang=fr>
- http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_17_phenomenes+transitionnels.html
- **E. Jalley et C. Tapia**, *Comprendre l'individuel et le social* » *Le retour de Wallon et Piaget*, *Le Journal des psychologues*, 2007/1 n° 244, p. 58-63. DOI : 10.3917/jdp.244.0058
- **Ph. Jeammet**, *La dépendance à l'environnement : une approche psychopathologique des troubles du comportement des adolescents*

- **F. Joly, G. Labes. et coll**, (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009
- **C. Koupernik et R. Dailly**, *Développement neuro-psychique du nourrisson*, 4ème édition, Paris, Presse Universitaire de France, 1968
- **C. Magni-Speck et al**, *L'évolution de l'identité conjugale lors de la transition à la parentalité : Une recherche encours auprès de jeunes parents*, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2012/2 n° 49, p. 219-240. DOI : 10.3917/ctf.049.0219
- **D. Marcelli**, *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé*, *Spirale*, 2007/4 n° 44, p. 123-129. DOI : 10.3917/spi.044.0123
- F.de Masi, *Retrait psychotique et renversement de la réalité psychique*, *L'Année psychanalytique internationale*, 2007/1 Volume 2007, p. 81-98.
- **Ph Mazet et S.Stoléro** *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson, 1993
- **Ph Mazet et A. Féo**, dans *Interactions précoces et recherches*
- **D. Mellier**, *La fonction à contenir; Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2005/2 Vol. 48, p. 425-499. DOI : 10.3917/psy.482.0425
- **J. Labbé**, *théorie de l'attachement*
- **J. Paillard** *Les attitudes dans la motricité* Communication publiée dans: *Symposium de l'APSLF (Bordeaux), Les attitudes*. Presses Universitaires de France, Paris. 7-31. (1961), mise sur le site de l'ADAP avec l'autorisation de l'auteur.
- **C. Paré et al**, *Développement affectif et construction des représentations des différences*, *Le Journal des psychologues*, 2013/1 n° 304, p. 14-18. DOI : 10.3917/jdp.304.0014
- **M. Radenac**, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, *Le tonus, un soutien pour le psychomotricien dans la prise en charge des personnes âgées démentes ?*, 2012
- **A. Rauzy** mémoire en vue de l'obtention du D.E. De psychomotricité « *Comment le psychomotricien exprime sa spécificité dans un lieu d'accueil parents-enfant* »
- **M. St-Antoine**, Conseil multidisciplinaire Revue professionnelle « *Défi jeunesse* » Les troubles de l'attachement
- **A. Saint-Cast**, *L'expérience du corps pour se préparer à apprendre*, *Enfances & Psy*, 2005/3 no28, p. 39-48. DOI : 10.3917/ep.028.0039
- **D. Sarris**, *Schéma corporel et comportement social chez l'enfant présentant des troubles scolaires* » Apprentissage dans l'espace transitionnel d'un atelier de création, *Psychologie Clinique*, 2009/2 N° 28, p. 170-178, *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2011/1 n° 29, p. 13-35. DOI :

10.3917/rief.029.0013

- **C. Sellenet**, Essai de conceptualisation du terme «parentalité »
- **H. Wallon**. : *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF, Paris 1949,
- **D. W. Winnicot**, *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962), in *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement* (1974), Science de l'Homme Payot
- **D. W. Winnicot**, *La mère suffisamment bonne*, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2006

Annexe



Les interactions précoces mère-bébé.

Figure extraite de « INTERACTIONS PRÉCOCES et RECHERCHE » par Ph. Mazet et A. Feo