



HAL
open science

Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice

Audrey Lalagüe

► To cite this version:

Audrey Lalagüe. Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018373

HAL Id: dumas-01018373

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018373v1>

Submitted on 4 Oct 2014

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

- Institut de Formation en Psychomotricité -

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

Imiter l'autre pour devenir soi

L'imitation comme support de l'identité.
Son apport dans la pratique psychomotrice.

Audrey LALAGÜE
Née le 03 juin 1991 à Suresnes (92)

-Juin 2014-

Remerciements

À **Alexandra GUÉRIN**, maître de stage et directrice de mémoire qui m'a accompagnée durant ces deux années sur la voie de la professionnalisation, dans la bienveillance et l'écoute. De précieux conseils pour l'avenir... et de formidables rencontres au sein du GRETP ;

À **Serge CAMPAN**, maître de stage durant cette troisième année, pour sa confiance et son implication dans l'élaboration de ce mémoire, des échanges si constructifs ;

À **Maiwenn MEURZEC**, maître de stage aussi durant cette dernière année, pour ses encouragements et son aide, des bases solides pour l'après ;

Aux **équipes professionnelles** de l'Hôpital de jour, du C.M.P.E.A et du C.A.T.T.P ainsi que de la Maison d'Accueil Spécialisée que j'ai rencontrées au cours de mes stages, pour leur accueil, leurs conseils et leur disponibilité ;

À **mes petits et grands patients**, qui m'ont donné l'élan pour toute une vie ;

À **mes proches et amis**, pour leurs nombreuses relectures et leur soutien sans faille depuis le début de cette formation ;

À **Mathieu**, pour ses conseils techniques et sa patience ;

À tant d'autres qui m'ont fait grandir.

Sommaire

Avant-propos	3
Introduction	4
I. Imitation et identité : des liens étroits	7
A. L'imitation dans le développement de l'enfant : phénomène fondamental de l'interaction.....	7
1. Définitions	7
2. Historique	8
3. Recherches contemporaines autour de l'imitation.....	15
4. Imitation et développement psychomoteur	20
B. De l'imitation à l'individuation : la quête d'une identité.....	22
1. Définitions	22
2. Imitation ou identification?.....	23
3. La construction d'une identité psychique et corporelle	26
4. Identité et imitation dans la psychopathologie	31
Hypothèses de travail.....	41
II. Réflexion sur l'apport de l'imitation dans la relation en psychomotricité : une aide à la construction de l'identité ?	42
A. Présentation des lieux de stages	42
1. Le C.M.P.E.A et le C.A.T.T.P	42
2. L'hôpital de jour	45
3. La M.A.S.....	46
B. Les dispositifs de travail en psychomotricité	48
1. Le dispositif groupal	48
2. Les dispositifs individuels	59
C. L'étudiant en psychomotricité : une identité professionnelle en construction.....	73
Conclusion.....	75
Références bibliographiques	77
Glossaire.....	79
Table des matières.....	81

Pourtant crois-moi bien je ne suis pas dupe
Si je marchande avec vous
C'est que je désire le moyen d'être
Un homme un point c'est tout
Dis-moi le secret pour être un homme
Est-ce vraiment si mystérieux ?
Pour moi, faire éclore la grande fleur rouge
Ce serait merveilleux

Je voudrais marcher comme vous
Et parler comme vous
Faire comme vous, tout
Car je l'avoue
Quelqu'un comme moi
C'est vrai, je crois peut devenir comme vous
Je crois de devenir comme moi
C'est vrai je crois peut devenir comme moi
Je crois de devenir comme vous

« Être un homme comme vous »

Le livre de la Jungle

1967

Introduction

Cette année j'effectue simultanément un stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents et d'un Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (C.M.P.E.A/C.A.T.T.P) ainsi qu'en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S). Dans un même temps, je prolonge mon stage de deuxième année de formation dans l'Hôpital de Jour qui m'a accueillie. Ainsi, pour moi de nombreux thèmes peuvent être abordés : de la situation de polyhandicap aux troubles envahissants de développement en allant du tout petit enfant à l'adulte.

Le désir de réaliser mon mémoire sur l'imitation prend son origine dans un reportage diffusé sur Arte. « Planète Autisme » évoque les travaux de Jacqueline Nadel (directeur de recherche au CNRS) sur le sujet de l'imitation chez les personnes avec autisme. Étant sensibilisée au travail auprès des enfants avec autisme grâce à mon stage de seconde année, son intervention à ce sujet m'a donc interpellée. Dans ce reportage, il est question des recherches actuelles autour des neurones miroirs, de leur implication dans les phénomènes d'imitation et des moyens d'interventions en rééducation et thérapie qui en découlent.

Je me remémore alors mon stage en Hôpital de Jour où j'ai été confrontée à des enfants ayant de grandes difficultés pour être dans la relation à l'autre. Même par le biais du jeu, les interactions restaient complexes et perturbées. À de nombreuses reprises, nous avons essayé d'obtenir une réaction, de provoquer un intérêt, quel qu'il soit. Qu'attendions-nous, en tapant en rythme sur un ballon ou en sautant sur le trampoline ? Pour ma part, que l'un de ces enfants m'imité ! J'aurais eu le signe que les deux êtres que nous étions étions présents, à cet instant, dans un même espace. C'est ainsi que nous aurions pu vivre un moment de partage.

Réfléchir sur la place de l'imitation en séance de psychomotricité me semble alors être un sujet pertinent, car peu traité lors de ma formation. Dans les lieux où je suis en stage, ma participation à des groupes thérapeutiques et à des prises en charge individuelles me permet d'observer les conduites imitatives. J'ai pu également repérer l'absence d'imitation chez certains patients.

Dans les services de pédopsychiatrie ainsi qu'en maison d'accueil spécialisée, on ne peut faire abstraction des gestes stéréotypés, des comportements en « échos ». Il m'a paru donc important de la définir plus « clairement » car la question de l'imitation semble vaste. Dans quelle mesure peut-on parler d'« imitation » ? Elle est prédominante chez le jeune enfant, quel est donc son rôle dans le développement de l'enfant et notamment dans le développement psychomoteur ? Qu'apporte-t-elle ?

Pour traiter ces sujets, je me suis appuyée sur des auteurs qui ont participé de manière involontaire à l'élaboration d'une « théorie de la psychomotricité ». L'apport des connaissances contemporaines est aussi essentiel pour comprendre les imitations dans toutes leurs diversités. L'imitation est diverse dans ses formes et ses fonctions : immédiate ou différée, en présence ou non d'autrui, dans un but d'apprentissage ou de communication. Il s'agit pour moi dans ce mémoire de mieux la définir et de l'explorer dans la prise en charge en psychomotricité.

Du point de vue des bilans psychomoteurs, il existe quelques items concernant l'imitation. Le plus connu et le plus utilisé par les psychomotriciens étant le test d'imitation de Bergès-Lezine. Il permet alors de vérifier chez l'enfant, la réversibilité entre l'autre et lui, ce qui alimente la question du schéma corporel et semble être un indice de bon développement. L'imitation s'appuie sur un modèle. C'est sur ce dernier que l'on peut s'identifier. C'est prendre un peu de l'autre et y mettre de soi pour grandir. Elle est ainsi au centre du développement psychomoteur. Pour cette raison, il me semble important d'aborder l'imitation, c'est-à-dire la reproduction d'un modèle, en tenant compte de l'aspect relationnel et identitaire.

Aussi, je pense avoir l'occasion d'illustrer ma clinique auprès des enfants que je rencontre par des vignettes cliniques.

Dans un deuxième temps, j'ai pu m'ouvrir à une autre approche psychomotrice que celle que j'ai connue lors de ma deuxième année de formation. Effectuant un stage sur un temps réduit en M.A.S, mon souhait serait de pouvoir amener des illustrations cliniques du travail effectué avec les personnes résidant dans ce lieu de vie. Elles concerneraient l'investissement de l'imitation par le psychomotricien auprès d'adultes en situation de handicap.

Je m'intéresse dans un premier temps au rôle de l'imitation dans le développement et l'évolution de l'enfant. Cette partie théorique sera ensuite alimentée par l'apport de l'imitation dans la construction de l'identité de l'enfant et de l'individu dans les situations « normales » et psychopathologiques. Dans une dernière partie, j'expose comment le psychomotricien peut soutenir la construction identitaire par le biais de l'imitation dans la relation en psychomotricité. J'alimenterai ma réflexion par des vignettes cliniques, issues de mes différents lieux de stages.

I. Imitation et identité : des liens étroits

A. L'imitation dans le développement de l'enfant : phénomène fondamental de l'interaction

1. Définitions

D'après le lexique de psychomotricité de Jean-Claude Carric, **l'imitation** se dit de toute reproduction consciente ou inconsciente d'un modèle ou d'un phénomène quelconque (geste, actes, sons...). Elle est à différencier de l'identification, phénomène dynamique inconscient.

L'imitation peut se concevoir à des niveaux très divers depuis les manifestations primitives (telles que le mimétisme, la suggestion) jusqu'aux formes d'imitation spontanée de l'enfant, et la copie consciente et volontaire d'un modèle extérieur.

Pour le Larousse, l'imitation serait l'action d'imiter une personne, un son ou un bruit. Elle est aussi l'action de prendre *quelqu'un pour modèle*.

L'imitation renvoie à la fois à l'action d'imiter et au résultat de cette action.

L'imitation serait alors multiple, de la simple mimique à l'acte moteur complexe, volontaire ou non. L'intentionnalité dans les conduites imitatives va être questionnée par différents auteurs travaillant sur le développement de l'enfant.

La définition de l'imitation n'ayant jamais été unanime, je souhaite donc m'appuyer sur plusieurs courants de pensée, anciens et récents. Ils seront à l'origine de ma réflexion sur la place de l'imitation dans la pratique psychomotrice.

2. Historique

Il y a plus de deux mille ans, Platon (427-347 avant Jésus-Christ) disait que l'imitation est dangereuse parce qu'elle empêche la créativité, parce qu'elle *gêne l'identité*, et qu'elle trouble la perception de l'autre comme être unique.

Au cours du XX^{ème} siècle, les grands théoriciens accordaient une attention majeure à l'imitation dans le développement de l'enfant. Nous allons voir que pour eux l'imitation différée était la seule reproduction acceptable, car présupposant un niveau de représentation et se réalisant en l'absence du modèle. Leur réflexion s'est principalement axée sur les dates d'apparitions de l'imitation chez le jeune enfant.

2.1. Théorie piagétienne : intelligence, apprentissage et imitation

Jean Piaget définit l'imitation comme « *un acte par lequel un modèle est reproduit* » mais qui n'implique pas forcément la représentation de ce modèle. Il peut être simplement « perçu ».

En 1950, Jean Piaget montre que l'intelligence, la pensée et les processus de symbolisation de l'enfant se construisent dans et par l'action. C'est par le mouvement, l'imitation, l'accommodation* et l'assimilation* qu'il « apprend ». Il considère l'imitation préverbale de l'enfant comme « *l'une des manifestations de son intelligence* »¹. L'évolution des conduites imitatives suit les six stades de l'intelligence sensori-motrice.

Pour J.Piaget et ses contemporains, l'imitation néonatale n'existe pas. Il observe jusqu'aux six mois un premier stade de « *préparations réflexes à l'imitation* » et non de l'imitation à proprement parler. Les mécanismes réflexes n'engendrent aucune imitation, leurs fonctionnements impliquent des processus qui rendront possible l'imitation à des stades ultérieurs (par répétition notamment).

Les termes suivis d'un astérisque (*) sont à retrouver dans un glossaire en fin de document

¹ Jean Piaget « La formation du symbole chez l'enfant » pages 5 à 91

Il parle aussi de « *réactions circulaires* », qui portent le nom aujourd'hui d'« *auto-imitations* » et qui correspondent à de multiples répétitions par le bébé d'un mouvement qu'il vient de réaliser, le plus souvent par hasard. Il est dit qu'elles permettent d'explorer le rapport entre ce que le bébé voit et ce que le bébé sent dans un même temps.

Il s'en suit un second stade d'imitations sporadiques, où les schèmes réflexes commencent à s'assimiler. Les conduites imitatives se différencient légèrement de l'assimilation et de l'accommodation.

Le troisième stade correspond à l'imitation systématique des sons et des mouvements déjà connus.

Les stades quatre et cinq (8/9 mois) marquent l'épanouissement de l'imitation immédiate où les mouvements reproduits sont non visibles sur le corps propre et s'appuient sur des modèles nouveaux. Enfin, le sixième stade est celui de l'imitation différée (imitation représentative pour J.Piaget).

À 18 mois, l'enfant est capable d'imiter des modèles avec les parties du corps propre qu'il ne voit pas (comme le froncement du front ou les mouvements de la bouche) et sans également que le modèle soit présent (imitation différée).²

L'imitation selon J.Piaget apparaît donc progressivement et tardivement. Elle assure une transition entre l'intelligence sensori-motrice et la représentation imagée. Elle fournit des « signifiants » imagés. Pour lui, l'enfant apprend à imiter. Cela pose la question de l'innée et de l'acquis.

Jean Piaget et Henry Wallon se sont longtemps opposés sur la question de l'imitation mais leurs théories s'alimentent l'une et l'autre. Elles apportent chacune des éléments importants concernant l'évolution simultanée de l'imitation, des capacités neuromotrices et psychiques de l'enfant. Je tiens donc à amener quelques éléments théoriques d'Henry Wallon, notamment parce qu'il a particulièrement influencé Julian De Ajuriaguerra dans l'élaboration de sa théorie de la psychomotricité.

² Julian De Ajuriaguerra « *Manuel de psychiatrie de l'enfant* » page 28

2.2. Théorie wallonienne : fonction tonique, imitation et représentation

« Une forme d'activité qui paraît impliquer de façon incontestable des rapports entre le mouvement et la représentation, c'est l'imitation » H. Wallon

Henry Wallon, dès 1938 souligne que l'imitation revêt des formes différentes. Il était plus radical dans le sens où il interprétait les reproductions précoces comme des faits d'échocinésies. Les échocinésies ne débuteraient que vers 9 mois et seraient précédées de simples gestes d'accompagnement en présence d'un objet balancé ou d'un mouvement quelconque. L'enfant pourrait les reproduire par une sorte « *d'identification perceptivo-motrice* ».

Vers 6-8 mois, le bébé imiterait des gestes conventionnels, obtenus par « dressage ». H.Wallon proposait deux types de reproduction : **le mimétisme**, qui serait un phénomène archaïque d'imprégnation émotionnelle et **l'imitation**, intentionnelle, supposant la représentation de la structure de l'action (un mode de reproduction conscient).

H.Wallon parle d'imitation autoplastique³ qui a pour but de reproduire par **le modelage de son propre corps**, non pas le résultat de l'activité du modèle, mais le personnage de l'autre dans ses postures, ses gestes et ses attitudes. Pour lui, cette forme d'imitation joue un rôle important dans la troisième année de vie, car c'est la période où l'enfant s'approprie son espace individuel et accède à la distance interpersonnelle. L'enfant atteint au cours de sa troisième année, un certain niveau dans la différenciation moi/autre.

Il faut rappeler que H. Wallon fait le lien entre les émotions et la fonction tonique, la fonction tonique étant pour lui un moyen d'échange avec le milieu. Il considère que lorsqu'un enfant est intéressé par un événement, il est dans un état « *d'imprégnation perceptivo-moteur* ». L'enfant peut engrammer corporellement par l'intermédiaire de la fonction tonique ce qu'il perçoit de l'extérieur.

³ Jacqueline Nadel et Pierre-Marie Baudonnière « L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année » Enfance, 1980

Cette mémoire corporelle est nécessaire à la reproduction d'un geste. Les images mentales résultent d'un enrichissement de la fonction posturale, et des expériences sensori-motrices.

Michel Deleau⁴ alimente la réflexion de H. Wallon : « *c'est l'activité posturale qui offre à l'enfant ses premiers moyens d'expressions et qui sous-tend l'imitation, c'est-à-dire un savoir-faire particulier qui implique au moins deux capacités, celle de prélever « des modèles » dans l'environnement et celle de contrôler la réalisation de sa conduite en fonction des modèles* ». Pour H.Wallon, l'imitation différée serait le témoin de ce savoir-faire et le facteur de transformation de l'activité mentale.

H.Wallon accorde donc un rôle très important à l'imitation : celui de l'accès à la formation d'images mentales et donc des premières représentations. Seulement cela ne concerne en vérité que « la vraie imitation », l'imitation différée.

Qu'en est-t-il des prémices des conduites imitatives, c'est-à-dire du mimétisme et des accompagnements dont parle H.Wallon ? Ne peuvent-elles pas déjà être des imitations?

2.3. L'observation de R.Zazzo : l'imitation néonatale

En 1945, René Zazzo observe pendant un jeu avec son fils âgé de 25 jours, que celui-ci l'imit⁵. R.Zazzo tire la langue et son enfant tire la langue à son tour. À cette époque, les théories de J.Piaget et H.Wallon sont prépondérantes. Il est alors impossible que le tout petit imite à 25 jours alors qu'il ne peut imiter que vers 6 mois de vie. R.Zazzo ne publiera son observation que dix années plus tard, ne sachant pas quelle explication donner à cette imitation précoce de la protrusion de la langue de son fils.

Il s'appuie sur la définition de Piéron « *l'imitation est la reproduction active de modalités perçues de comportement d'un autre être* » et réfute l'idée d'une pseudo-imitation. Il cherche à comprendre le mécanisme de ce qu'il a observé. La distinction entre l'enfant et son modèle à cet âge ne lui semble pas être possible.

⁴ Michel Deleau « *Entre l'acte et la pensée : de l'activité conjointe aux symboles et aux croyances* », Colloque international Henri Wallon, 1997

⁵ René Zazzo « *Le problème de l'imitation chez le nouveau-né* », Enfance, 1957

Il compare alors cette conduite imitative, aux sourires du tout petit enfant, qui correspondrait pour R. Zazzo à *une réaction très archaïque de mimétisme émotionnel* (première idée de H. Wallon). Le sourire « réponse » est dépendant d'une ambiance affective, où l'enfant réagit aussi de manière tonique et posturale. L'imitation de la protrusion de la langue n'est pas pour lui du même ordre. Il s'agit pour lui d'un mouvement (d'ordre perceptivo-cinétique) où l'aspect perceptif est dominant et indépendant du contexte affectif et émotionnel.

Il prend alors l'hypothèse que « *la perception du mouvement est elle-même un mouvement* ». Cela peut rappeler l'hypothèse future de la théorie des neurones miroirs.

2.4. L'imitation dans le lien à l'autre

Il me semble important alors d'aborder la question des interactions précoces. Daniel Stern évoque l'imitation dans son questionnement sur le partage des états affectifs. Il parle d'accordage affectif que l'on retrouve dans les jeux et les échanges entre le parent et son bébé. L'imitation serait un moyen possible pour entrer dans l'expérience subjective. Il montre comment la mère s'accorde aux mimiques et aux mouvements de son enfant en les reprenant, en les exagérant ou en les accompagnant d'un bruitage qui « *comporte une part d'imitation, tout en y intégrant une modalité expressive différente* »⁶. La mère reprend les mêmes comportements sans avoir besoin d'éprouver les mêmes expériences internes.

Pour accomplir un réel accordage avec son enfant, la mère doit, selon lui, aller au-delà de l'imitation pure. Il a été remarqué que dans les premiers mois, la mère utilise la même modalité expressive que son bébé. Si l'enfant vocalise, la mère vocalise à son tour. Malgré cela, la mère introduit de petites modifications à ses imitations. Elle introduit du « pas pareil ». L'élargissement des comportements imitatifs, de plus en plus éloignés de l'imitation pure, véritable, est appelé « *accordage affectif* » par D. Stern. Cet accordage affectif est en lien avec le partage d'émotions et se réfère à l'état interne, contrairement à l'imitation. Si le parent se contentait d'imiter à l'infini, sans aucune variation, les réactions d'ordre affectives sembleraient « dignes d'un robot ».

⁶ Bernard Golse et Claude Bursztein « *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant* », 1990

Pour D.Stern « *l'imitation traduit la forme, l'accordage traduit la sensation* ». Pour simplifier, l'accordage serait ce qui sous-tend le comportement, c'est-à-dire dans la plupart des cas, l'imitation (manifestation comportementale). L'accordage semble plus inconscient que l'imitation. L'imitation et l'accordage sont étroitement mêlés pour D.Stern.

L'imitation serait donc l'un des moyens d'entrer en communication avec le nourrisson mais surtout d'accéder à une forme de dialogue à la fois sensoriel, tonique et émotionnel. Elle est une des réponses possibles à l'enfant. Cette réponse peut être immédiate ou différée et D.Stern nous dit que, d'après les recherches, la réponse immédiate participe plutôt à l'instauration de **bases narcissiques** et la réponse différée serait plutôt en relation avec la **capacité de représentation**.

Dans leur Esquisse d'une théorie de la psychomotricité⁷, André Calza et Maurice Contant expriment le fait que l'imitation occupe une place importante dans les interactions parent-enfant, 16% du temps y serait même consacré. Pour eux, par imitation il faut entendre « *tous les phénomènes qui permettent de créer des liens émotionnels entre sujet et objet* ». Leur vision de l'imitation rejoint celle de H.Wallon qui la considère comme un phénomène de partage émotionnel. Ils reprennent l'expression de Papousek pour qualifier la figure maternelle de « miroir biologique ».

Les capacités sensorielles précoces de l'enfant à la naissance sont donc primordiales pour la mise en place de comportements imitatifs.

C'est dans la mise en jeu globale de l'enfant, de ses possibilités sensorielles et sensitives, proprioceptives, toniques et cognitives dans la relation avec le parent que l'imitation semble pleinement révélatrice d'un développement psychomoteur harmonieux.

Savoir à quel moment de la vie on peut commencer à parler d'imitation, c'est-à-dire à partir de quel âge la définition de l'imitation devient valable, importe peu. Ce qu'il semble important, ce sont les capacités précoces du bébé à pouvoir reproduire un modèle. Que ce soit du mimétisme, de la contagion émotionnelle ou une vraie compétence, le tout est que l'enfant puisse y accéder pour être en relation avec son parent.

⁷ **André Calza et Maurice Contant** « *Esquisse d'une théorie de la psychomotricité* » Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Aout/Septembre 1986

Les réponses émises par le nourrisson à ses parents (sourires, mobilisations du visage, protrusion de la langue) permettent dans un premier temps de créer le lien, comme le grasping reflex qui peut être interprété par le parent comme un lien d'attachement, une reconnaissance innée de son nouveau statut de parent. Une réponse adaptée du parent à son enfant est aussi nécessaire à l'instauration d'un lien affectif et d'un attachement.

Cependant, il faut qualifier les différents types d'imitations que l'on retrouve de manière quasi systématique au cours de la première enfance, car ils incarnent d'après Jacqueline Nadel « *différents rôles à différentes phases du développement* ».

3. Recherches contemporaines autour de l'imitation

« Il n'y a pas d'imitation vraie, il y a des imitations »

Jacqueline Nadel

3.1. La découverte des neurones miroirs : une nouvelle compréhension des phénomènes d'imitations

En 1990, Giacomo Rizzolatti et son équipe (Université de Parme) découvrent chez le primate, la présence de cellules neuronales particulières : les neurones miroirs. Elles ont été mises en évidence par une expérience. Ces cellules s'activent aussi bien lorsque le singe effectue une action que lorsqu'il regarde un autre individu faire cette même action (ici, attraper de la nourriture). Ces neurones miroirs se situent dans le cortex pré-moteur (lobe frontal) qui participe à la planification du mouvement. Les chercheurs de l'équipe de Parme considèrent leur activité comme un mécanisme de « résonance » qui permet la coordination des mêmes aires cérébrales entre un acteur et un observateur. Ils ont aussi observé lors de cette expérience que les neurones miroirs sont activés quelle que soit la façon d'attraper cette nourriture : avec la main, avec une pince ou avec la bouche. Ils semblent que ces neurones soient impliqués dans la compréhension du but de l'action et pas seulement de l'action, du geste en lui-même.

Depuis une dizaine d'années, nous avons la preuve que les neurones miroirs sont présents aussi chez l'homme, ce qui enrichit les connaissances autour de l'intersubjectivité et des apprentissages.

L'activation du circuit miroir est ainsi essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit. Les mécanismes miroirs sont également liés à l'empathie, c'est-à-dire la capacité de l'homme à ressentir la même émotion que l'autre. On peut l'apparenter à la contagion émotionnelle (quand je vois quelqu'un pleurer, j'ai envie de pleurer, pareillement pour le rire). La découverte des neurones miroirs donne un appui à la théorie selon laquelle l'origine du langage serait avant tout gestuelle plutôt que phonatoire (origine phylogénétique et ontogénétique).

Les neurones miroirs seraient aussi actifs lors de la vision de gestes symboliques (expérience avec IRM).⁸

Les neurones miroirs peuvent être un pré-requis nécessaire au nourrisson pour imiter, et petit à petit comprendre l'autre et ses intentions. Lors d'une imitation, les zones du système miroir sont bien activées. Cependant, les zones activées lors d'une imitation débordent largement du champ d'action des neurones miroirs. On ne peut donc pas résumer l'imitation au phénomène des neurones miroirs.

Les aires limbiques (zones du cerveau qui concernent les émotions) et sensori-motrices notamment sont elles aussi activées. En référence aux études de Marco Iacoboni, il semble que l'activité pariétale pourrait préserver la distinction entre ce que l'on fait soi et ce que fait l'autre par « *la différence de ressenti moteur entre faire et regarder faire* »⁹. Il y aurait donc bien une composante expérientielle en jeu. Toujours en rapport avec les nombreuses recherches actuelles sur l'imitation, les mouvements et leurs composantes proprioceptives pourraient être stockés en tant que représentations motrices et représentations somatosensorielles et ces sensations motrices ressurgiraient pendant l'observation d'une action.

Marco Vanotti et Roberto Berrini¹⁰ se basent sur les découvertes de la neurobiologie pour évoquer le fait que l'intersubjectivité serait en réalité une intersubjectivité originelle. Elle serait aussi en lien avec le sentiment d'appartenance à une même communauté. Pour eux, Maurice Merleau-Ponty avait déjà émis cette idée qui s'oppose à « l'individualisme » de la psychologie contemporaine. La neurobiologie peut donc apporter des réponses et enrichir la question de l'inné et de l'acquis. Elle est aussi à l'origine d'une meilleure compréhension de l'humain même si elle amène la remise en question de certaines approches. M. Vanotti et R. Berrini s'appuient sur ces nouvelles données pour légitimer les processus thérapeutiques ayant une dimension relationnelle (du soin). Ainsi, pour ces auteurs, la subjectivité humaine naît au travers « *d'un fonctionnement mental façonné par des processus d'imitation* ».

⁸ **Martina Ardizzi** (département de neuroscience à l'Université de Parme) aux *Journées franco-italiennes de psychomotricité et de rééducation neuro-psychomotrice*, Milan, avril 2014

⁹ **Jacqueline Nadel** « *Imiter pour grandir* » page 118-119, Dunod 2011

¹⁰ **Marco Vanotti et Roberto Berrini** « *L'essence relationnelle. Fonctionnement neurobiologique et relations humaines* » De Boeck Supérieur, 2009

3.2. Les perspectives cognitivistes

Pour Andrew Meltzoff et Keith Moore, l'imitation est un outil pour enquêter sur les fondements de la compréhension que les enfants ont des personnes. Ils utilisent l'observation et les enregistrements vidéos. Les recherches sur l'imitation nous renseignent sur la perception (il faut percevoir des événements pour imiter), mais surtout sur les associations entre perception et action (couplage perception-action dont parle Jacqueline Nadel). Elles nous informent aussi sur les notions infantiles du Moi, de l'autre et de leur mise en correspondance (parleraient-ils des phénomènes d'identification ?).

Comme déjà montré auparavant, l'enfant a une préférence pour ce qui est de l'ordre du mouvement (modèle dynamique) plutôt que du statique. Il a été remarqué que cela était aussi observable concernant l'imitation. L'imitation a tendance à avoir lieu lorsqu'il s'agit d'un mouvement plutôt que d'une « posture » (position statique de la main par exemple). Ils considèrent que l'imitation précoce s'appuie sur une aptitude du nourrisson à se représenter des informations visuelles et kinesthésiques dans une forme commune aux deux modalités (ce qui se rapproche de l'idée de la transmodalité de D.Stern).

*« L'appréhension que les adultes sont, sur un certain plan, « comme moi » et que les actes vus sont « comme ceux que je fais » constitue, selon A. Meltzoff et K. Moore, des classes d'équivalence dont les répercussions dans la prime enfance comptent parmi les plus profondes et qui sont fondatrices pour les développements ultérieurs dans l'intersubjectivité, la communication et la cognition sociale ».*¹¹ Ces auteurs considèrent l'imitation comme un élément fondateur du développement de l'enfant, tout comme J. Piaget ou H. Wallon. Reste toujours la question de l'intentionnalité chez le nouveau-né et de ses possibilités dès les premiers jours.

Le nouveau-né est capable d'imiter des mouvements inscrits dans son répertoire moteur, c'est-à-dire qu'il a déjà effectués dans le liquide amniotique pendant la grossesse. Lors de la naissance, les modalités changent (Bernard Aucouturier parle d'un bouleversement sensori-moteur).

¹¹ **Andrew Meltzoff et Keith Moore** « *Imitation et développement humain : les premiers temps de la vie* » (Terrain revu d'ethnologie de l'Europe)

En effet, l'enfant passe du milieu aquatique (en absence de pesanteur) au milieu aérien où s'applique la pesanteur. Ces nouvelles contraintes ne permettent pas tous les mouvements auparavant possibles. C'est ainsi que J. Nadel explique les limites du nourrisson à imiter.

Pourrait-on dire que l'imitation apprend à être ?

Je souhaite accorder maintenant une partie de ce mémoire aux informations données par les études et recherches de J. Nadel. Depuis plusieurs décennies, elle centre ses recherches autour de la compréhension de l'imitation dans le développement de l'enfant « normal », mais aussi auprès des enfants avec autisme.

3.3. Une théorie actuelle de l'imitation

Jacqueline Nadel, directeur de recherche au CNRS (Centre Emotion de La Salpêtrière) oriente depuis plusieurs années ses recherches sur l'imitation et son lien avec le développement du bébé et de l'individu.

Dans son ouvrage Imiter pour Grandir, elle explicite les étapes du développement de l'imitation en s'appuyant sur les recherches actuelles (celles d'A.Meltzoff et K.Moore notamment). Ce développement semble largement intriqué à celui du développement neuro-moteur de l'enfant. Pour elle, le développement de l'imitation suit nécessairement les étapes du développement sensori-moteur, comme J.Piaget l'avait vu.

Par conséquent, imitation et développement psychomoteur semblent intimement liés. Je vais largement m'appuyer sur les recherches de J.Nadel, en y apportant l'éclairage du psychomotricien.

Les récentes recherches laissent penser que la construction du système miroir pendant la période fœtale permet des compétences imitatives dès la naissance. Si l'imitation est si précoce, elle confirme bien sa place dans les interactions précoces. Elle a un rôle important dans la communication. En lien avec le regard et le dialogue tonico-émotionnel, elle participe dès les premiers jours de vie à l'instauration d'un lien parent-enfant. L'imitation est une modalité d'échange avec l'autre. Elle a valeur de communication dans la période pré-verbale.

Pour Jacqueline Nadel, les imitations ont différents rôles en fonction de l'âge et du contexte. Elle considère qu'il y a trois grands bénéfices¹² pour l'enfant à imiter (avec des schèmes parfois déjà acquis) :

- Un bénéfice moteur
- Un bénéfice social
- Un bénéfice en terme de conscience de soi

Le bénéfice moteur consoliderait des traces motrices. La répétition du geste serait à l'origine d'un ancrage corporel du mouvement. Cette automatiser de certains gestes ou actions est stockée sous forme de représentations motrices qui seraient réactualisées dans l'observation de ces actions (activation du cortex prémoteur, du cortex moteur primaire et le cortex primaire somatosensoriel). Ce bénéfice moteur, J.Nadel le ramène aux travaux de Piaget sur l'auto-imitation (réactions circulaires) : « *L'imitation d'actions familières précède au cours du développement l'imitation de nouvelles actions* ».

Elle dit : « *l'imitation est un baromètre des capacités motrices* ». Du point de vue du psychomotricien, on peut dire que l'imitation est un baromètre des compétences psychomotrices, dans le sens où l'imitation demande et entraîne des capacités motrices et psychiques dans une forme de complexification.

Le bénéfice social ramène à l'intersubjectivité. Il rend compte de l'attention portée à l'autre et de l'expérience « imiter » et « être imité ». Il entraîne le tour de rôle et la synchronie dans les jeux d'imitation. Durant la période pré-verbale, il permet la rencontre lors des échanges entre pairs.

Le bénéfice concernant la conscience de soi est lié au fait que je peux m'approprier une action proposée par un autre, et me rendre compte des conséquences de ma propre action (sur l'objet, dans le jeu, sur l'autre). Cela confirmerait l'hypothèse de D.Stern, qui considère l'imitation comme facteur de l'assise narcissique du petit enfant.

On peut voir que chez les enfants, avec une structure identitaire fragile, l'imitation, voire l'écho, fait l'état des lieux d'une certaine indifférenciation avec l'autre.

¹² **Jacqueline Nadel** « *L'imitation, une psychomotricité partagée* » dans Autisme et Psychomotricité, 2013

4. Imitation et développement psychomoteur

Les conduites imitatives dépendent de la maturation neuro-motrice. Elles suivent les lois de maturation qui façonnent le développement psychomoteur : la loi de maturation progressive, de différenciation, d'équilibration et de variation. Elles permettent aussi d'acquérir de nouvelles capacités motrices, de nouveaux schèmes moteurs, et d'enrichir le répertoire psychomoteur de l'enfant.

Les étapes de développement de l'imitation selon Jacqueline NADEL

À la naissance : Premières imitations du bébé autour de la bouche (protrusion de la langue comme l'a montré R.Zazzo), puis des mouvements de la face, la tête, les bras, les mains.

1 mois : début des auto-imitations (réactions circulaires).

2 mois : imitation de mouvements de tête, du buste, des bras et des mains.

3 mois : imitation de trajectoire sur le corps.

6 mois : imitation d'actions familières simples avec des objets familiers, imitation différée de 24 heures dans des conditions de répétition de l'acte-modèle ou de renforcement.

9 mois : imitation d'action familière avec des objets non familiers, premiers apprentissages par observation seule, reproduction de l'action, mais pas du but.

Importants changements entre 9 et 12 mois

10 mois : début d'imitation du but d'une action.

12 mois : imitation de l'action et du but de l'action, imitation de deux actions simples familières enchaînées et de gestes bi-manuels.

14 mois : imitation réussie d'une action-modèle ratée : compréhension de l'intention d'une action, manifestant ainsi des relations établies d'affordance* entre objet et action.

18 mois : imitation d'actions complexes enchaînant au moins trois actions familières simples.

21 mois : imitation d'actions contrevenant à l'apprentissage culturel.

24 mois : imitation de deux actions enchaînées portant sur un objet nouveau 24 heures après observation.

30 mois : imitation de gestes non significatifs impliquant des parties non visibles du corps.

Cela impliquerait donc **la loi de maturation neurologique progressive**, qui postule que l'acquisition d'une fonction dépend étroitement de l'élaboration de structures anatomiques et en particulier de la myélinisation progressive du système nerveux central et en parallèle à l'utilisation fonctionnelle.

Elle se décompose en deux sous-lois :

- **La loi céphalo-caudale** : l'enfant commence par contrôler sa tête, puis les membres supérieurs, le dos... On retrouve cela dans la progression des imitations chez l'enfant.
- **La loi proximo-distale** : l'enfant contrôle d'abord les grosses articulations et va accéder progressivement un contrôle de plus en plus fin. Les imitations sont d'abord globales, avec la posture et des gestes amples. Puis avec la maturation, elles peuvent être très précises.

On observe aussi la question de l'oralité dans ce tableau, avec l'investissement de ce tout premier espace qu'est la zone orale.

On retrouve aussi la **loi de différenciation** : le développement neuropsychique représente une marche ascendante qui fait passer l'individu par des niveaux d'activités de plus en plus élevés, complexes et élaborés. C'est ce que l'on observe schématiquement dans les étapes de l'imitation.

La loi de variabilité de Wallon, étudiée aussi lors de notre formation, évoque une évolution du développement continue et régulière. Cependant le rythme de son expression clinique est souple et changeant : progressions rapides, stagnations et régression s'y succèdent. Concernant les imitations, on peut voir qu'elles se complexifient au cours du temps mais aussi que certaines persistent et perdurent un certain temps alors que d'autres disparaissent.

B. De l'imitation à l'individuation : la quête d'une identité

1. Définitions

En **psychologie**, l'identité est la conscience que l'on a soi-même, ainsi que par la reconnaissance des autres, de ce que l'on est, de son moi. Elle permet à l'individu de percevoir ce qu'il a d'unique, c'est-à-dire son individualité.

A.Mucchielli donne une définition plus complète de la notion d'identité : « *L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence* ». ¹³

Les dimensions de l'identité sont intimement mêlées : individuelle (sentiment d'être unique), groupale (sentiment d'appartenir à un groupe) et culturelle (sentiment d'avoir une culture d'appartenance).

La psychologie montre bien que l'identité se construit dans un double mouvement d'identification aux autres et de distinction par rapport à ceux-ci.

Selon A.Calza et M.Contant, le terme « identité » signifie « le même » et ce qui se rapproche le plus dans le passage de l'un à l'autre, c'est l'imitation gestuelle, verbale, émotionnelle (dans mimétisme conscient ou inconscient). Le travail d'imitation n'est valable que s'il permet à un moment donné de constituer des « *objets symboliques stables dans un espace ouvert à l'autre* ».

Au C.A.T.T.P, lors d'un atelier découpage/collage auquel participent trois autres enfants, Y peut nous dire : « Moi j'aimerais bien être comme les autres ! ».

Le psychomotricien : « Et c'est quoi être comme les autres Y? »

Y : « C'est faire pareil ».

¹³ A. Mucchielli « *L'identité* » Edition Puf, 1986

On voit bien que pour lui, l'appartenance à un groupe est primordiale et qu'il perçoit une différence entre lui et les autres. Une différence tellement insupportable que le meilleur moyen d'être, est de prendre ce qui vient de l'autre, de manière brute, dans le collage. Cet enfant est en écho permanent avec l'autre, dans ses actions comme dans sa verbalisation.

Pour Bernard Aucouturier, l'identité et la représentation de soi sont liées et se rejoignent. Pour cet auteur, accéder à l'identité c'est rester fidèle à soi-même face aux difficultés de son évolution. C'est-à-dire qu'« *acquérir l'identité, c'est se transformer face à la diversité des expériences sans perdre sa propre continuité du plaisir d'être soi* ». ¹⁴ On voit bien la difficulté « à être » qu'ont les enfants que l'on rencontre. Ils sont dans une telle discontinuité que l'autre, la famille deviennent menaçants pour leur intégrité.

2. Imitation ou identification?

L'identification est avant tout un concept psychanalytique, que Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis ont défini :

« L'identification est le processus par lequel, un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications ».

C'est une opération symbolique qui permet de répondre à la question « qui suis-je ? ».

Eugenio Gaddini, dans son article De l'imitation (1989), propose de distinguer l'imitation de l'introjection et de l'identification. Il parle de la difficulté à différencier l'imitation de l'identification. Les imitations précèdent pour lui les identifications dans le développement de l'individu. L'imitation et l'introjection sont régies par le principe de plaisir, tandis que l'identification est du côté de la réalité. Après S. Freud, E.Gaddini considère l'imitation primitive et l'incorporation comme deux modes distincts de retour fantasmatique à la fusion : être l'objet ou posséder l'objet. Pour E. Gaddini, l'enfant imite pour percevoir. Les imitations motrices affectives entre la mère et l'enfant suivent pour lui les fantasmes de fusion.

¹⁴ Bernard Aucouturier « *La méthode Aucouturier* » page 124, De Boeck, 2005

D'autres auteurs ont tenté de distinguer l'imitation de l'identification, pour une meilleure compréhension :

Didier Houzel précise que l'identification est inconsciente, ce qui la distingue de l'imitation, qui elle-même serait sous-tendue par un mécanisme d'identification. L'imitation serait alors consciente (sommes-nous toujours conscients de reproduire ce que fait l'autre ?) malgré le fait que son origine soit à mettre du côté de l'inconscient et du fantasme comme pour Sigmund Freud. L'identification pour lui est un « tout comme si », et se rapporte à un élément commun à l'inconscient : le fantasme.

L'imitation est traitée en tant que comportement à la fois support et témoin de processus psychiques dont l'identification.

L'imitation permettrait de comprendre quelque chose de soi, de sa constitution. Elles seraient (imitation et identification) en lien avec la construction d'un Moi, d'une distinction entre soi et l'autre, paradoxalement en s'appuyant sur lui. J'imité l'autre pour me percevoir et plus tard me dégager de lui, ce qui implique la constitution et l'existence d'un Moi. Il est dit qu'il faut « **s'attacher pour mieux se détacher** » et l'imitation doit contribuer à cela dans la constitution de l'identité personnelle de l'enfant, lors des relations précoces avec les parents. Elle permet un espace de transition pour continuer à « être avec » tout en s'autorisant à découvrir le monde.

H. Wallon nous dit que l'identification à l'image d'autrui précède celle de l'image propre.

B est un garçon dit « dysharmonique » que je rencontre en séance individuelle chaque semaine. Il a un suivi hebdomadaire depuis 2011 au C.M.P.E.A. Il est aussi suivi en orthophonie en libéral. Il a actuellement 8 ans et 3 mois et se trouve au CP. Il a un frère jumeau (scolarisé en CLIS) et deux grands frères de 12 et 16 ans. Ses parents sont sans emploi et sont séparés depuis septembre 2013. **B** reprend lors de plusieurs de nos rencontres le même jeu. Il est le « papa » et moi je suis « sa fille ». Il m'explique que je vis avec lui parce qu'il est séparé de ma mère. Je dois obligatoirement aller me coucher et dormir. Je mime donc l'endormissement. Pendant ce temps, **B** fait semblant de téléphoner à « son ex-femme ». Il l'appelle « ma chérie » et lui dit de ne plus pleurer. Il joue un papa autoritaire.

On peut se demander ce que **B** essaie de me faire revivre, de sa propre souffrance due à la séparation de ses parents quelques mois plus tôt. Quelle est la part d'identification à son parent ? Quelle est sa place dans sa famille et qu'en comprend-il ? La possibilité de rejouer quelque chose de son histoire et de ses préoccupations actuelles en séance me semble quelque chose d'intéressant pour un petit garçon ne pouvant que très brièvement aborder ces questions par la parole. Il peut exprimer sa souffrance par la voie du corps et du jeu (du Je ?) en incarnant un rôle paternel. Cela peut faire penser de façon plus élaborée aux *identifications intra-corporelles* dont parle Geneviève Haag, et dont Albert Ciccone¹⁵ reprend l'idée : le bébé peut rejouer dans son corps, à travers des segments de son corps, des scénarios ou des séquences relationnelles qu'il a vécus ou qu'il a saisis dans son entourage.

Serge Lebovici estime que « *les processus d'imitation du bébé conduisent à l'identification primaire, c'est-à-dire à la capacité du bébé à reconnaître et donc à imiter son père et sa mère avant de les percevoir* ». ¹⁶ L'imitation serait donc à l'origine de processus identificatoires et de processus de différenciation et dans un double mouvement, aurait un fond inconscient.

¹⁵ **Albert Ciccone** « *De l'identification à l'empiètement dans l'expérience de l'intime* » 2003

¹⁶ **Rose Gaetner** « *De l'imitation à la création, les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme* » Puf, 2000

3. La construction d'une identité psychique et corporelle

3.1. La constitution d'un moi corporel

Geneviève Haag a largement écrit au sujet de la constitution de l'identité au sens large grâce à ses observations du nouveau-né (avec celle d'Esther Bick), de l'enfant avec autisme et de l'enfant en situation de polyhandicap. Elle évoque les premières étapes du développement du moi par la constitution première d'un *moi-corporel*. Elle le relie à la maturation de l'image du corps qui se fait de manière céphalo-caudale comme la maturation neurologique. Elle montre l'intrication entre les vécus corporels (sensoriels) et les premières ébauches de vie psychique.

La première notion dont parle G.Haag est celle de la formation de la peau ou « *première contenance* »¹⁷ après la rupture brutale qu'est la naissance.

Elle relie les réflexes archaïques observables chez le nourrisson lors de la dénudation par exemple (cris, hypertonie...), avec le « *phénomène peau* » et la maturation d'un sentiment d'enveloppe : la première peau.

Ce sentiment d'enveloppe se construit au fur et à mesure des soins maternels (notamment le nourrissage), par la combinaison du contact-dos du portage et de la pénétration du regard (interpénétration du regard) sans oublier l'enveloppe sonore qu'elle crée. C'est notamment la rythmicité de ces échanges qui amène la représentation de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment premier d'enveloppe n'affecte d'ailleurs pas l'ensemble du corps dans un premier temps, il est plus vraisemblable qu'il existe d'abord dans le tête-à-tête. L'enveloppe n'est établie que vers 2 mois et demi mais est centrale dans les premiers sentiments de différenciation avec l'autre. Cette notion peut être rapportée sur certains points au holding et handing de Donald Winnicott.

¹⁷ Geneviève Haag « *Constitution du moi-corporel et de toutes les étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel* » Paris, 1998

La deuxième étape serait la construction de la partie haute du corps (de la tête à la ceinture pelvienne) avec la formation de l'axe vertébral et de la verticalité. Cette partie haute s'intègre par les jeux de mains, le croisement de l'axe (vers 3 ou 4 mois) qui correspond au rassemblement des deux héli-corps.

La dernière étape est celle de l'intégration des membres inférieurs qui commence vers 5 mois. C'est le moment où l'enfant joue avec ses pieds et explore ses parties érogènes du bas du corps.

La formation d'une première identité se fait dans l'interaction avec l'autre et dans l'ébauche de la relation entre l'enfant et ses parents. La constitution du narcissisme ne peut pas se concevoir sans faire appel à la relation à l'autre : « ***Pour être soi, il faut se nourrir des autres et dans le même temps il faut se différencier des autres*** » écrit Philippe Jeammet. La construction du sujet se fait dans la rencontre avec l'autre. Dans l'idée de la nécessité d'une base narcissique, la reconnaissance par autrui est indispensable au sentiment d'identité.

Le narcissisme primaire est lié à la naissance du Moi, c'est un état précoce où l'enfant prend son propre corps comme objet d'amour. Les attentions et les soins des parents renforcent le narcissisme de l'enfant. C'est ce que montre Catherine Potel par cette citation : « ***Les expériences fondamentales – qui s'enracinent dans les expériences du corps en relation à l'autre et à son environnement- vont constituer un socle identitaire primaire, cette base narcissique solide, qui permettra d'accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion, ces mécanismes de symbolisation plus secondarisés*** ». ¹⁸

Pour Julian De Ajuriaguerra, avant la formation du Moi, l'organisation infantile se joue à un niveau narcissique.¹⁹ Ainsi, les ébauches du Moi viennent se concrétiser dans les échanges et réponses corporelles (postures, tonus, mimiques, voix...) avec le parent qui assure à l'enfant une sécurité affective et identitaire. C'est par cette sécurité interne que l'enfant va pouvoir s'ouvrir au monde, et explorer de façon sereine les objets, l'espace et l'autre.

Pour certains, l'imitation précoce prouve que le bébé a des moyens de se différencier et de se situer dans l'environnement dès les premières semaines.

¹⁸ Catherine Potel « *Etre psychomotricien* » page 85, Erès, 2010

¹⁹ Julian De Ajuriaguerra « *Le corps en relation* », 1962

D.Stern pose la question de la perception et du vécu du nourrisson dans l'interaction avec l'autre. Est-ce qu'il aurait déjà un soi et un autre au tout début? Qu'en est-il de sa capacité à associer ce qu'il voit, sent et ressent pour constituer une personne dans sa totalité ? Pour lui, les nourrissons sont « pré-programmés » pour avoir une conscience *des processus d'organisation-de-soi*. Il n'y aurait pas de période d'indifférenciation totale entre soi et l'autre, comme il n'y aurait pas de phase « autistique ». Il suggère que les expériences d'union peuvent être considérées comme « *le succès de l'organisation active de soi-avec-l'autre* » plutôt qu'une incapacité à différencier soi et l'autre.

3.2. Image du corps et schéma corporel

Paul Schilder parle de l'image du corps et de son rapport à l'imitation. Il estime que la vision du corps d'autrui contribue à l'élaboration d'une représentation de notre propre corps. Lorsqu'un sujet imite les gestes d'autrui, il met en évidence les ressemblances existantes entre les images corporelles de chacun. L'image du corps abordée aussi dans la construction d'une unité corporelle par G.Haag est à distinguer du schéma corporel.

Didier Anzieu précise : « *L'image du corps est inconsciente, sa base est affective, le schéma corporel est préconscient, sa base est neurologique. Dans le premier cas, le corps est vécu comme le moyen premier de la relation avec autrui. Dans le second, le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets* ». L'imitation n'est-elle pas à la croisée de l'image du corps et du schéma corporel ? N'est-elle pas le résultat de leur élaboration concomitante dans le développement de l'enfant ?

Françoise Dolto donne une définition complète de ce qu'elle appelle *l'image inconsciente du corps* : « *L'image du corps est propre à chacun ; elle est liée au sujet et à son histoire [...] Elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi*

mimique et gestes ». ²⁰ L'image du corps renvoie à ce que l'on donne à voir aux autres, elle est liée à des questions narcissiques et des enjeux relationnels. Elle conditionne la façon d'être en présence d'autrui.

R.Zazzo dit aussi que l'image de soi se forme à l'image d'autrui par imitation et dialogue. Le schéma corporel lui ne serait pas le résultat d'un travail psychique mais une donnée de l'expérience motrice, liée aux ressentis musculaires, cénesthésiques et aboutit à une somatognosie arrivant à maturité entre 6 et 7 ans. Il est inconscient, pré-conscient et conscient. Les imitations engagent corporellement le sujet et lui permettent ainsi de vivre ces expériences motrices dans l'espace tout en s'appuyant sur l'autre, en venant enrichir dans un même temps l'image de soi dans l'action.

L'image du corps renvoie à un sentiment d'unité corporelle, que Jacques Lacan situe entre 6 et 18 mois à la fois par la perception de son image dans le miroir et par identification à l'image de l'adulte présent à ses côtés. C'est dans le regard et le discours de l'autre tout autant que dans sa propre image que l'enfant vérifie son unité. J.Lacan qualifie de « stade du miroir » la phase de développement de l'enfant qui marque pour celui-ci un moment génétique fondamental : la constitution de la première ébauche du moi.

R. Zazzo dit que « *notre premier miroir est le visage de l'autre* »²¹. Un bébé, un enfant qui n'est pas regardé (on peut parler d'une non-reconnaissance) pourra, selon les conditions, se construire un schéma corporel cohérent et organisé. Cependant, son image corporelle traduira un manque : manque de respect pour lui-même, dévalorisation, fragilité narcissique.²²

²⁰ Anne-Marie Mairesse « *Image du corps et miroir sonore* » dans *Penser, Parler, Représenter, émergences chez l'enfant* sous la direction de Bernard Golse et Claude Bursztejn, Masson, Paris, 1990

²¹ Ibid

²² Catherine Potel « *Etre psychomotricien* » page 145, Erès, 2010

B est le jeune garçon de 8 ans et 3 mois que je vois en séance individuelle au C.M.P.E.A. Ses parents sont sans emploi et sont séparés depuis septembre 2013. **B** semble vivre dans un environnement peu sécurisé, sa mère ne peut se rappeler des dates et heures de ses prises en charge. Elle n'apporte que peu d'éléments sur la vie à la maison. **B** s'endort très tard le soir, parfois à 3 ou 4 heures du matin.

Dans le jeu **B** s'implique corporellement, il peut investir au fur et à mesure tout l'espace et a énormément de plaisir dans les jeux de repoussé. Cependant, dès qu'il s'agit de répondre à des éléments de bilan, **B** se sent en difficulté. Il reste périphérique et met en place des stratégies d'évitement. Il dit qu'il ne va pas y arriver et que c'est trop difficile : « je ne veux pas travailler, ça me fatigue ». Cela demande une énergie conséquente pour lui comme pour moi de l'amener à être ensemble dans ce temps-là. La demande entraîne une forte angoisse pour lui qu'il manifeste par des propos dépréciatifs et une position dépressive.

Pour Marc Guiose, « *entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire, car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu* »²³. Il semble que c'est en étayant ce lien que le psychomotricien peut faire un travail sur l'unité psycho-corporelle. L'imitation est au carrefour de ces deux notions.

²³ Marc Guiose « *Fondements théoriques et techniques de la relaxation* », 2003-2004
www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/relaxation1.pdf

4. Identité et imitation dans la psychopathologie

4.1. Les pathologies en lien avec la non-intégration de l'unité du corps

Dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile, on trouve un grand nombre de pathologies, aussi floues que possible dans leur dénominations et leur classifications. Cependant, le lien fort que l'on retrouve entre toutes -autisme typique, autisme atypique, psychose, dysharmonies d'évolution, trouble envahissant du développement, trouble du spectre autistique (dans DSM, CIM et CFTMEA)- c'est bien la problématique identitaire. Ils peuvent même être regroupés sous le terme de troubles de la personnalité.

Devant la diversité des enfants et des adultes que je rencontre, je fais le choix d'évoquer les trois pathologies le plus souvent rencontrées dans mes stages. Il est important pour moi de faire le lien entre toutes, quelle que soit l'origine des troubles et de m'appuyer sur des contenus et faits cliniques. Il est évident qu'il faut distinguer ce qui est en jeu chez chacun d'eux, et l'apport théorique sur les différentes pathologies ne peut être ignoré. Cependant je préfère m'attacher à un tableau clinique singulier plutôt qu'à celui d'un tableau global. J'évoquerai donc trois « types » de structures identitaires retrouvées dans les établissements que je côtoie, regroupés dorénavant dans le DSM-V sous le nom de Trouble du Spectre Autistique (TSA).

N est un petit garçon de 11 ans que je rencontre à l'hôpital de jour. Il est diagnostiqué autiste atypique mais il met en jeu des défenses de l'ordre de la psychose. C'est un petit garçon ayant accès au langage. Il a des stéréotypies visuelles (il agite ses mains devant ses yeux, se touche les cils), des écholalies (répétitions et déformations de ce qu'il a entendu). Il déambule beaucoup dans la cour. Il présente de nombreuses angoisses archaïques de perte du corps qui se manifestent par des vérifications régulières et des questionnements sur lui-même, son identité et la normalité. Il pose la question :

« C'est bizarre de parler tout seul ? ».

- **La psychose infantile**

Pour parler de la psychose, Jérôme Boutinaud prend la définition de Pierre Ferrari : « *La psychose infantile se définit comme un trouble portant sur l'organisation de la personnalité, entraînant des défaillances majeures dans l'organisation du Moi et de son appareil psychique ainsi que dans l'organisation de sa relation au monde et à autrui* ».

Dans la clinique, on peut observer :

- Un comportement inadapté face à la réalité,
- Des troubles dans le domaine de la communication et de la relation,
- Des défauts majeurs dans l'organisation de l'appareil psychique, de la constitution du Moi, dans le développement du sentiment de continuité et dans la différenciation entre le Soi et le non-Soi.

Dans la psychose, l'autre est présent et existe mais le défaut de constitution d'enveloppe et d'unité corporelle entraîne une confusion entre soi et l'autre qui devient alors très menaçant. Frances Tustin parle de « *psychose confusionnelle* »²⁴ où cette confusion semble se manifester à la fois dans les perceptions, le langage mais aussi dans les actions, les interactions et les comportements. Il y a une confusion de base des éprouvés corporels. Pour elle, l'enfant psychotique se distingue du névrosé par le degré de son absence de contact avec la réalité.

N peut confondre deux mots phonétiquement semblables : « la larme » et « l'alarme ». Il peut aussi dire qu'il est content après avoir été puni sur son groupe de vie (les enfants à l'Hôpital de jour sont répartis en quatre groupes) alors qu'il est en fait très mal et en colère. Mettre des mots sur ce que vit **N** suffit parfois à ce qu'il puisse identifier ses émotions. Il peut alors avoir les larmes aux yeux.

²⁴ **Clément De Guibert et Laurence Beaud** « *Différence entre autisme et « psychose infantile » : déficits d'unité vs d'identité de la situation ?* » La psychiatrie de l'enfant, 2005

La fragilité des limites de l'enfant entraîne un vécu angoissant du corps et de l'autre. On peut parler d'angoisses persécutantes. On observe comme mécanisme de défense *l'identification projective* décrite par Mélanie Klein. L'enfant va projeter sur l'autre ses propres éprouvés corporels, ses expériences qu'il ne peut assumer. La réalité, trop angoissante, est envahie par un imaginaire riche qui se peuple d'images, de pensées, de fantasmes très archaïques.

N évolue sur le mode de l'inhibition mais il possède une certaine agressivité contenue et non assumée. Cette agressivité lui fait très peur. Cependant, il peut être dans l'attaque et le passage à l'acte (jets de balles, pince quand il se sent menacé, détruit les constructions des autres enfants). Il dira que ce n'est pas lui, que c'est « l'autre **N** » qui a agi, il y a deux **N**. Par la suite, il le nommera « Nioups » : « C'est Nioups qui rigole ».

Pour J.Boutinaud, dans la psychose la question du corps s'avère centrale : « *ce sont ici les racines mêmes du Moi corporel, de l'image du corps et donc les bases fondamentales de l'identité qui se révèlent touchées au premier plan* ». ²⁵ Intérioriser une image unifiée du corps propre semble bien difficile, le corps est souvent décrit comme troué, morcelé, les parties du corps n'étant pas rattachées les unes aux autres.

A est un garçon psychotique de 11 ans lors de notre rencontre à l'Hôpital de Jour. Il est constamment envahi d'angoisses archaïques de perte de corps et d'intrusion et a de nombreux questionnements à propos de celui-ci. Lors du temps de parole, il se déchausse et nous montre les veines apparentes de son pied. Il nous interroge sur leurs origines, sur ce qu'elles contiennent. Il suit le trajet avec son doigt et nous devons passer un long moment à le rassurer sur la solidité de son corps. Il peut dire « tu m'abîmes la peau ».

²⁵ Jérôme Boutinaud « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles » Edition In Press, 2010

- **L'autisme dit « typique »**

En 1943, Léo Kanner, psychiatre américain décrit l'autisme infantile précoce. Le trait commun le plus caractéristique chez ces enfants est leur incapacité à établir des relations sociales normales. Il distingue plusieurs particularités : le retrait autistique (*aloneness*), le besoin d'immuabilité (*sameness*) et les troubles du langage²⁶. L'hypothèse de L.Kanner est celle d'un « **trouble du contact affectif d'origine biologique** » qui serait responsable d'une incapacité innée à établir des relations normales avec les individus.

L'autisme est actuellement considéré comme **un trouble neuro-développemental multifactoriel** dont l'étiologie est génétique et environnementale. En référence à la Classification Internationale des Maladies (CIM) et au Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux (DSM), on repère une triade autistique :

- Les troubles qualitatifs des interactions sociales réciproques,
- Les troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale,
- Les intérêts restreints et stéréotypés (troubles du comportement).

La C.F.T.M.E.A y ajoute la recherche d'immuabilité (constance de l'environnement) déjà perçue par L.Kanner et les troubles cognitifs. Dans les troubles des interactions, on évoque notamment « **l'isolement autistique** » (repli/retrait autistique) et les difficultés que rencontre le sujet pour entrer en relation avec l'autre, qui semble extrêmement anxiogène. On rapporte aussi des troubles associés du côté de la propreté (encoprésie et énurésie), de l'alimentation et du sommeil. On retrouve comme facteur de comorbidité l'épilepsie. Les troubles apparaissent de façon progressive et précoce et leur repérage (inquiétudes des parents : absence du regard, « bébé calme ») se fait entre 2 et 3 ans. Margaret Malher décrit l'absence d'anticipation posturale de l'enfant quand on s'approche de lui pour le prendre dans les bras.

Pour F.Tustin²⁷, l'autisme pathologique (qu'elle distingue de l'autisme primaire normal chez le nouveau-né) est un arrêt, ou une régression, à un stade primaire de développement, où le sujet se fige. Dans une autre perspective, J. Boutinaud définit l'autisme comme une distorsion précoce du développement de la personnalité.

²⁶ **Jérôme Boutinaud** « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » page 40, Editions In Press, 2010

²⁷ **Frances Tustin** « *Autisme et psychose de l'enfant* » page 11, Editions du Seuil, 1977

La façon de se présenter aux autres est donc singulière et atypique. Pour Jacques Hochmann, l'enfant avec autisme « *reproduit avec tous ceux qu'il rencontre un même mode relationnel indifférencié, fondé sur le collage et l'interpénétration* ». ²⁸

F est un garçon de 7 ans et 8 mois reçu par l'Hôpital de jour et qui est diagnostiqué autiste. Lorsqu'**F** est angoissé, il s'appareille du corps de l'adulte en s'y agrippant et cherche à s'enfouir dans le corps de l'autre en poussant sa tête contre le ventre (il soulève le tee-shirt).

G.Haag considère les enfants avec autisme comme des enfants qui ne sont « *pas nés ou mal nés dans leur image du corps* » et leurs stéréotypies gestuelles renvoient à des angoisses de type « *immédiatement post-natal* ». ²⁹ L'utilisation des objets de façon stéréotypée renverrait à la tentative de maintenir un sentiment de sécurité corporelle pour empêcher la prise de conscience d'une enveloppe corporelle non fermée, trouée. Les émotions semblent parfois absentes, alors que d'autres fois, elles semblent débordantes. L'enfant est dans une grande excitation, que l'on ne sait situer entre le plaisir ou l'angoisse tellement la manifestation d'affects semble indifférenciée et primitive.

²⁸ Jérôme Boutinaud « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » page 126, Edition In Pess, 2010

²⁹ Geneviève Haag « *Identifications corporelles et incorporation des liens* » 1988

- **La dysharmonie d'évolution**

Elle correspond à une entité clinique à la charnière entre les organisations nosographiques de type névrotique ou de type psychotique. Seule la C.F.T.M.E.A la reconnaît. Roger Perron rappelle que le mot « harmonie » vient d'un terme grec signifiant « assemblage ».

Pour définir la dysharmonie d'évolution, j'évoquerai trois points développés par Roger Misès³⁰ :

- **Le caractère évolutif,**
- **La constance dans les perturbations globales de la personnalité,**
- **Les perturbations évolutives complexes :** on retrouve trois entités nosographiques qui sont la dysharmonie évolutive de structure psychotique, la dysharmonie évolutive de type névrotique et les dysharmonies conduisant à une organisation déficitaire.

Pour Bernard Golse le concept de dysharmonie évolutive renvoie à « *une description symptomatique, mais surtout à une conception structurale au sein de laquelle les failles narcissiques précoces occupent une position centrale, et se situe dans un registre non-névrotique et non-psychotique qui ouvre ainsi toute la délicate problématique chez l'enfant, des problématiques dites pré ou para-psychotiques* ». ³¹

Pour Jacques Constant, la dysharmonie évolutive associe perturbation de la communication (avec des troubles de la communication par le langage et dans le langage), anxiété de fond et troubles de l'émergence de l'identité corporelle. Le lien entre les traumatismes du premier vécu, le blocage des fonctions instrumentales, et les échecs des apprentissages est le signe du tableau clinique de la dysharmonie. J.Hochmann parle de « formes de transition ». Il semble y avoir un défaut partiel d'intégration du Soi.

³⁰ **Roger Misès** « La place des dysharmonies évolutives de l'enfant » dans L'information psychiatrique, novembre 1977

³¹ **Bernard Golse** « Les états limites chez l'enfant : un concept limite ? » Le Carnet PSY, 2012

4.2. Les éléments pathologiques qui diffèrent de l'imitation

- **Les stéréotypies**

Les stéréotypies sont définies comme des auto-stimulations (agitations des mains devant les yeux par exemple), quasi-systématiquement de l'ordre du sensoriel (visuelle, vestibulaire, vibratoire...). Elles peuvent être subdivisées en stéréotypies verbales, gestuelles, ou d'attitude.

Si l'on se réfère une nouvelle fois aux travaux de G.Haag, les stéréotypies ont un caractère défensif face à des angoisses massives. Ces angoisses annihilent toute capacité de pensée, de représentation unitaire du corps. Elles entretiennent par leur répétition et leur rythmicité « *le sentiment continu d'exister* », développé par D.Winnicott. Se sentir, s'éprouver semble être l'un des objectifs principaux de la stéréotypie.

Les travaux inspirés par la psychologie génétique les ont assimilées à des échopraxies ou des réactions circulaires d'imitation ayant subi, pour des raisons indéterminées, un arrêt de développement.³²

F est un jeune garçon autiste de 7 ans et 8 mois. Il n'a pas acquis le langage. Il possède de nombreuses stéréotypies notamment visuelles. Il exécute des mouvements de doigts devant ses yeux de façon régulière et a une attirance particulière pour les objets brillants (bijoux, ornements sur les vêtements, jeux de lumière sur les murs, boules de Noël...). Ses activités sont elles aussi stéréotypées et restreintes. Il a tendance à gratter la terre, et à se l'étaler sur tout le corps, comme une seconde peau. Il peut aussi agiter sans fin les cheveux longs d'une personne devant ses yeux jusqu'à entrer dans une forte excitation qu'il ne peut contenir. Il reste exclusivement dans une sphère sensorielle.

³² **Benoit Virole** « Morphogenèse des stéréotypies gestuelles dans l'autisme infantile » 1995

- **Le fonctionnement en « écho »**

Dès son plus jeune âge, l'enfant a les compétences d'interagir avec son environnement. Il peut selon certains auteurs imiter, pour d'autres il agit en écho, par mimétisme avec son parent. On peut parler de fusion. Ces comportements sont normaux dans le développement de l'enfant. Cependant, l'enfant dans le processus d'individuation dépasse ce système en écho, de mêmeté.

Chez les enfants ayant un défaut de construction de la personnalité, on observe une persistance de ce fonctionnement en « écho ». Ils sont dans un « tout pareil », dans un collage à l'autre. On peut penser que ce défaut de consistance amène l'enfant à prendre de l'autre sans pouvoir l'incarner, sans pouvoir se l'approprier. Cela ne correspond pas à de l'imitation.

On retrouve alors des phénomènes d'échomimie, d'écholalie et d'échopraxie. L'échopraxie peut être définie comme une forme de réponse réflexe et non sélective d'un mouvement observé. L'écholalie serait aussi une réponse réflexe mais sous la forme verbale, vocale : un son, un mot, une phrase qui peuvent être répétés et déformés. Dans le fonctionnement en « écho », on peut considérer que l'autre est un tant soit peu présent (puisque l'écho renvoie à l'autre), contrairement aux stéréotypies dont l'origine est indépendante (tournoiement des objets...). Il faut rester vigilant car ce fonctionnement en « écho » n'est parfois pas dénué de sens, en fonction du contexte.

N est d'origine maghrébine. Il répète souvent les mots qu'il entend et les déforme jusqu'à ce qu'ils prennent un tout autre sens. Dans la cour, on l'entend répéter le nom « Khaled » ainsi que lors des séances. Nous l'associons à son oncle qui porte ce nom. Cependant, au fil des semaines nous nous rendons compte qu'il dit « Khaled » à chaque fois qu'il est en difficulté avec un autre enfant. Nous finissons par comprendre que « Khaled » (prononcé Raled) signifie « À l'aide ».

- **Et l'imitation ?**

Au cours de l'année, j'ai pu me rendre compte que les enfants ayant une structure identitaire très fragile imitaient peu. Comment prendre de l'autre et ne pas s'y perdre quand on n'est pas certain de sa propre consistance ?

Dans les troubles envahissants du développement, il y a eu pendant plusieurs années la thèse des miroirs brisés de l'autisme qui rapportait un déficit ou un dysfonctionnement neuronal empêchant l'imitation. Cette hypothèse a été renforcée par la découverte des neurones miroirs. En effet, beaucoup de scientifiques incriminaient les neurones miroirs dans le déficit de l'imitation chez les enfants avec autisme. Dans le DSM-IV était mentionné des difficultés d'imitation différée dans le jeu de faire semblant ou de jeu social d'imitation. Avec les données actuelles, on ne peut plus faire un tel raccourci entre le déficit observable de l'imitation chez les enfants dits autistes et les neurones miroirs.

J.Nadel³³ apporte un éclairage sur la capacité à imiter des enfants avec autisme. Elle rappelle que l'une des caractéristiques les plus importantes de l'imitation est qu'elle est sélective. Nous n'imitons pas tout et n'importe quoi, les enfants autistes non plus. Elle fait une comparaison avec certaines personnes cérébraux lésées qui sont incapables d'inhiber l'imitation, or, ce n'est pas vrai chez les enfants avec autisme (d'autant plus devant l'hétérogénéité des autismes).

Pour elle, le développement moteur global de ces enfants est considéré à tort comme normal. Effectivement, ces enfants courent, marchent, grimpent mais du point de vue du psychomotricien cette motricité n'est ni incarnée, ni à leur service. Peut-être qu'on retrouve là notre singularité dans l'approche des enfants ayant un « trouble du spectre autistique ». Pour en revenir aux hypothèses de J. Nadel, les imitations pourraient être restreintes du fait des limitations du répertoire moteur (causées par l'intérêt pour les activités stéréotypées) et d'un problème de traitement des informations perceptives dans le mouvement.

³³ **Jacqueline Nadel** « *Imiter pour grandir* » Dunod, 2011

Jacques Hochmann³⁴ sensibilise aux tendances actuelles concernant les rééducations de l'imitation. Il s'appuie notamment sur les travaux de R.P Hobson et J.A Hobson. L'expérience a montré que les enfants sans autisme pouvaient imiter à la fois le geste et le style (par exemple lancer fort ou doucement une balle). Par contre, les enfants avec autisme pouvaient imiter le geste (lancer la balle) mais pas le style. La conclusion de cette expérience est que l'imitation n'est pas un comportement réflexe simple, lié à « *des activations automatiques de structures neurologiques localisées par la perception d'une action ou d'une expression* ».

Pour J.Hochmann, imiter le style revient à s'approprier quelque chose de l'intention et de l'état émotionnel d'autrui. On sait combien c'est difficile pour les personnes avec autisme. Cela met en jeu des mécanismes plus complexes tels que l'identification. Sans délaissier les aspects éducatifs, il faudrait aussi privilégier des approches « multidimensionnelles » visant à développer les processus identificatoires par un « *travail relationnel prolongé, individuel et groupal* » plutôt que des comportements d'imitation automatique.

Au travers de mes stages, j'ai dû identifier ce qui, selon moi, relevait de l'imitation ou de reproductions plus « plaquées ».

³⁴ Jacques Hochmann « *Imitation ou identification* » sur <http://www.cra-rhone-alpes.org/spip.php?article402>

Hypothèses de travail

Mes premières réflexions autour de l'imitation et de l'identité sont en lien avec les lieux où j'effectue mes stages depuis le début de ma formation. Ils amènent chacun des questionnements à la fois différents (par leur fonctionnement) et à la fois très complémentaires (dans les pathologies dont souffrent les patients).

L'imitation dans la pratique psychomotrice pourrait être un élément d'aide à la construction de l'identité, par son implication dans les processus interactionnels.

Jean Bergès dit que nous aidons l'enfant selon deux axes :

- Soit au niveau de *son manque à avoir*, c'est-à-dire de l'identification et de tout ce que l'enfant va pouvoir projeter par rapport à notre propre image. On peut le relier au fait que l'imitation peut amener de nouvelles acquisitions motrices, psychomotrices, jouer un rôle majeur dans les apprentissages par et avec autrui.
- Soit au niveau *du manque à être*, qui concerne l'identité, avec l'idée que les imitations jouent un rôle dans l'image de soi, dans les assises narcissiques primordiales pour la construction identitaire.

Il me semble que l'imitation est à la croisée de ces deux axes, qui sont mis au travail dans les séances de psychomotricité, c'est-à-dire un travail organisateur autour de la construction du schéma corporel et de l'apprentissage de nouvelles actions mais aussi autour de l'image du corps, de l'investissement et de la conscience corporelle. L'imitation, peut être vue aussi comme le souhait d'une autonomie future.

À travers la médiation du corps, mais surtout par le biais du jeu médiatisé ou non, l'imitation donne accès à de nouvelles représentations et à de possibles réassurances. Le psychomotricien, figure d'identification, peut incarner un rôle structurant par sa propre implication corporelle. L'écrit d'Hochmann ouvre une porte vers le travail en psychomotricité pour les enfants en souffrance psychique et identitaire.

L'imitation, parfois absente pourrait être le reflet de ce manque à être. Elle devient alors le moyen d'entrer en relation. De ce fait, les imitations peuvent répondre à la définition de la psychomotricité par Bernard Jolivet en 1964 : « *La psychomotricité est une motricité en relation* ». ³⁵

³⁵ Christian Ballouard « *Le travail du psychomotricien* » page 13, Dunod, 2006

II. Réflexion sur l'apport de l'imitation dans la relation en psychomotricité : une aide à la construction de l'identité ?

Dans un premier temps, je vais présenter mes lieux de stage en pédopsychiatrie, qui ont été à l'origine de ma réflexion sur ce sujet et les plus à même d'illustrer mes propos. Ensuite, je souhaite présenter la Maison d'Accueil Spécialisée dans laquelle j'ai pu aussi étayer sur le plan clinique la contribution de l'imitation dans notre pratique.

A. Présentation des lieux de stages

1. Le C.M.P.E.A et le C.A.T.T.P

1.1. Le C.M.P.E.A

La C.M.P.E.A est une unité de consultation ambulatoire dépendant d'un centre hospitalier (établissement public spécialisé dans la santé mentale). C'est un site pivot du dispositif de soins du secteur de la psychiatrie infanto-juvénile puisqu'il permet l'orientation des enfants vers d'autres structures plus adaptées si nécessaire, comme les Hôpitaux de jour et les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P).

Le C.M.P.E.A accueille des enfants de 0 à 16 ans (en réalité entre 0 et 12 ans). Les indications en psychomotricité sont les troubles instrumentaux, les dysharmonies, ainsi que des enfants ayant des traits autistiques et psychotiques, des troubles du comportement ou de la personnalité, parfois accompagnés de carences affectives et/ou éducatives.

Ces enfants sont adressés généralement, soit par le système scolaire ou les services sociaux, soit par d'autres structures de soins ou par le secteur médico-social. Il se peut aussi que ce soit l'Hôpital des enfants, le médecin généraliste ou même les parents qui soient à l'origine de la consultation.

Le C.M.P.E.A a pour objectif d'articuler des actions de prévention, de diagnostic et des actes de soins au plus près de l'environnement familial et social des personnes. Il veille à assurer le lien entre les différents professionnels intervenants auprès des enfants (services sociaux, école, professionnels libéraux) dans le souci d'une prise en charge globale et cohérente des patients et de leur famille.

La première prise de contact se fait avec la pédopsychiatre ou la psychologue, mais parfois c'est avec un autre professionnel de l'équipe (psychomotricien ou orthophoniste) lorsque l'enfant est adressé pour un trouble précis. Ce premier entretien permet d'identifier la demande, d'y donner du sens et d'avoir une première image de l'enfant avec ses compétences comme ses difficultés. Des bilans sont réalisés pour un diagnostic précis.

L'équipe se réunit afin de prendre une décision sur une éventuelle prise en charge, les professionnels concernés et la fréquence des séances. Une fois la décision prise, la famille est recontactée dans le but de lui exposer et de discuter le projet de l'enfant. Les prises en charge peuvent être individuelles ou groupales. Des entretiens et des séances parents-enfants (telle que la guidance parentale) peuvent être proposés à la famille ou à ceux qui s'occupent de l'enfant (famille d'accueil). Les enfants sont reçus toute l'année de septembre à juillet à l'exception des vacances scolaires. Le nombre d'enfants reçus en consultation et suivis à l'année est de l'ordre de 220.

L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une orthophoniste, d'un psychomotricien, d'une éducatrice spécialisée, de deux infirmières et d'une secrétaire.

1.2. Le C.A.T.T.P

Le C.A.T.T.P a pour objectif de maintenir ou de favoriser une existence autonome par des actions de soutien thérapeutique de groupe. Il est un lieu de soins intermédiaires entre les consultations spécialisées du C.M.P.E.A et la prise en charge thérapeutique globale telle qu'elle existe en Hôpital de jour. Il cherche à favoriser le maintien et l'efficacité de l'intégration scolaire et sociale en installant un travail de soutien auprès des familles, en lien avec les écoles et les services sociaux.

Les enfants qui font l'objet d'inquiétudes de la part de leur entourage (école, médecin, services sociaux, famille...) sont adressés aux C.M.P.E.A. La consultation donne lieu à une réunion de synthèse lors de laquelle est posée l'indication de soin en C.A.T.T.P. Il s'en suit alors l'accueil de l'enfant ou un retour en C.M.P.E.A dans un dispositif d'attente.

C'est une structure aux articulations multiples fonctionnant en équipe pluridisciplinaire, offrant des soins diversifiés en groupe ou en individuel. Les trois axes de travail sont : les enfants, les familles et les partenaires sociaux.

Les enfants présentent des troubles du comportement, de la personnalité de type psychotique ou pré-psychotique (dysharmonies d'évolution) risquant d'évoluer vers une déstructuration de la personnalité. Ils présentent également un retard d'acquisitions ainsi que des carences affectives et/ou éducatives.

L'orientation du C.A.T.T.P vise actuellement à accueillir des enfants plus jeunes de façon bihebdomadaire en lien avec la demande, mais aussi le souhait de travailler sur la prévention en prenant en charge le plus tôt possible. La durée maximale de prise en charge est de 3 ans.

L'équipe pluridisciplinaire œuvre dans l'optique d'un soin global nécessaire à la prise en charge de l'enfant en grande souffrance et de sa famille. La prise en charge des enfants peut se faire sur deux modalités conjointes ou différenciées : la prise en charge individuelle ou le groupe thérapeutique. Des allers retours entre la prise en charge individuelle ou le dispositif groupal sont possibles, et réévalués en réunion hebdomadaire.

La souplesse de fonctionnement dans les propositions de soin est importante dans ce lieu, car elle permet de maintenir le lien entre le mouvement psychique du groupe et ceux qui le construisent (enfants et soignants). Le groupe au C.A.T.T.P a pour but de fournir un cadre sécurisant avec un étayage suffisant pour permettre à l'enfant des constructions internes et d'assurer une fonction narcissisante, de soutien et de contenance. Il fixe des limites (fonction de pare-excitation), des interdits (en rapport avec la loi commune).

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'un médecin, de deux infirmières, d'une éducatrice, d'un psychomotricien et d'une secrétaire. Le C.A.T.T.P accueille environ 20 enfants, de 2 ans et demi à 10 ans.

2. L'hôpital de jour

L'hôpital de jour dans lequel je suis depuis maintenant deux ans remplit une mission publique en prenant en charge des enfants de 3 ans à 11 ans souffrant de difficultés psychiques, essentiellement de troubles envahissants du développement. Il est géré depuis 1985 par une association.

Il accueille les enfants sous forme de semi-internat, du lundi au vendredi, de 9h à 16h et le mercredi de 9h à 13h. Il fonctionne 207 jours par an. Selon les projets des enfants, certains viennent à temps partiel, d'autres à temps plein. Les enfants viennent et repartent de l'institution en taxis, ce système présente beaucoup d'avantages pour eux et leur famille. L'hôpital de jour prend en charge 30 à 35 enfants. La durée moyenne des séjours est de 6 ans et 5 mois, avec une moyenne d'âge d'admission de 4 ans et 9 mois.

L'hôpital de jour organise ses pratiques professionnelles en s'appuyant sur une inspiration psychanalytique, reconnue comme un modèle de compréhension, de développement et d'outil d'analyse clinique assurant les soins psychiques. Elle s'appuie aussi sur une interdisciplinarité garantissant une prise en compte globale de l'enfant dans son projet de soin.

L'établissement cherche à aider l'enfant à acquérir une autonomie personnelle et à récupérer un sentiment de sécurité interne. L'ensemble des professionnels offre un cadre stable et contenant permettant l'apaisement et l'épanouissement nécessaires à la construction de l'enfant. Ils souhaitent donner une appétence à des apprentissages d'ordre scolaire et préparer l'enfant à affronter plus facilement et sereinement les situations de la vie réelle.

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'une équipe de direction avec un médecin directeur et une directrice adjointe, d'une équipe pédagogique avec deux enseignantes spécialisées ainsi que d'une équipe médicale composée de deux psychiatres. L'équipe éducative et sociale possède 11 éducateurs et une assistante sociale, l'équipe paramédicale est elle composée de deux psychomotriciennes, d'une orthophoniste et d'une infirmière. Il y a aussi une équipe de trois psychologues et une équipe administrative. Enfin, l'hôpital de jour possède un chef cuisinier, deux agents de service intérieur et un chef d'entretien.

3. La M.A.S

La Maison d'Accueil Spécialisée prend en charge 60 personnes, dès 18 ans, dont la pathologie entraîne une déficience motrice importante nécessitant une surveillance médicale constante et une aide pour tous les actes de la vie quotidienne. La moyenne d'âge est de 32 ans. La M.A.S est constituée de 5 « unités de vie » appelées « villas » qui disposent chacune de 12 chambres que chaque résident peut personnaliser. Chaque « villa » est différenciée nominativement et selon un code d'ambiance sur la base de couleur. Il y a une salle d'activité sur chaque unité où ont lieu des activités thématiques : détente, conte, arts plastique, éveil, multimédias et informatique, décoration ou encore musique.

Les personnes accueillies à la M.A.S présentent des handicaps lourds : paralysie cérébrale, handicap moteur cérébral, polyhandicap ou lésions neurologiques équivalentes, et maladies évolutives. Trois profils sont présents au sein de la M.A.S, à savoir :

- Des Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC) ou Infirmes Moteurs d'Origine cérébrale (IMOC) atteints d'une infirmité motrice consécutive à une lésion cérébrale non évolutive,
- Des personnes polyhandicapées et personnes atteintes de déficiences sensorielles,

- Des personnes souffrant d'un handicap moteur suite à un AVC, une maladie dégénérative ou un traumatisme crânien, d'accident en cours de vie et présentant des « troubles du comportement ».

Le polyhandicap peut être défini comme une association de déficience intellectuelle sévère avec une déficience motrice qui entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. L'atteinte neurologique souvent précoce est gravement invalidante. Les besoins d'accompagnement dans tous les actes de la vie fonctionnelle, quotidienne et sociale sont nécessaires jusqu'à être de type palliatif. Cet accompagnement a pour finalité d'assurer le bien-être physique et moral, le confort et la sécurité de chaque résident, dans le respect de son individualité.

Aux troubles d'origine s'ajoutent des pathologies secondaires liées à l'alimentation, à la déglutition, à la digestion, au système respiratoire, aux déformations orthopédiques et aux sensibilités cutanées. On retrouve aussi des pathologies psychiatriques telles que des troubles de la personnalité (traits autistiques et psychotiques). Tout cela doit être pris en compte dans la prise en charge quotidienne des résidents car toute douleur ou inconfort empêche la possibilité d'ouverture vers l'extérieur. Les prises en charge visent à maintenir les personnes dans un état de santé et de confort aussi satisfaisant que possible et à éviter les risques d'aggravations ou de complications.

L'équipe comprend un personnel soignant, composé d'un médecin généraliste, d'un médecin psychiatre, d'un médecin de rééducation fonctionnelle, d'infirmières et d'aides-soignantes. Le personnel paramédical est composé de deux kinésithérapeutes, d'une psychomotricienne et d'une ergothérapeute. Des aides médico-psychologiques (AMP) et des éducateurs sont aussi présents sur la structure.

Chez la plupart des résidents lourdement handicapés, l'instance du Moi est gravement perturbée, parfois quasi-inexistante. Pour Philippe Chavaroche, la démarche thérapeutique en M.A.S est de permettre à ces personnes de sentir leur corps comme unifié, composante intégrative de leur personnalité. Il faut les aider à « *vivre leur « dedans » psychique (pulsions, émotions, désirs, pensées...) de la manière la moins angoissante et la moins douloureuse possible* ».

B. Les dispositifs de travail en psychomotricité

« À travers l'imitation, il se découvrira comme étant lui-même »

Julian De Ajuriaguerra

Au cours de mes stages, j'ai participé à différentes formes de groupes thérapeutiques au sein du C.M.P.E.A et du C.A.T.T.P. Il m'a paru important d'aborder la question des groupes à médiation corporelle que l'on pourrait nommer « groupe de maturation psychomotrice » et qui aborde l'idée du « jouer ensemble » de façon libre. Je souhaite également m'intéresser à des groupes thérapeutiques médiatisés, comme cela est le cas dans un groupe « Marionnettes » auquel j'ai pu participer tout au long de l'année.

Pour débiter cette partie, je souhaite d'abord donner une première définition du psychomotricien, celle que présente B.Aucouturier. Celle-ci en est une parmi d'autres, et peut paraître « simple » ou « incomplète », mais elle correspond à la vision que je me fais du psychomotricien en particulier dans son travail avec les enfants rencontrés au C.M.P.E.A. Le psychomotricien serait donc un spécialiste de l'aide à la maturation psychologique de l'enfant, par la voie de l'expressivité motrice. Cette définition n'explicite pas les moyens d'intervention du psychomotricien mais elle est suffisamment signifiante pour en indiquer un des rôles.

1. Le dispositif groupal

Fabien Joly ³⁶ considère que l'on a tendance de nos jours à prescrire le groupe de façon systématique. Pour lui, le groupe ne permet pas pour certains patients d'aborder leurs « *propres capacités à jouer* ». Le groupe peut même être responsable d'une « *implosion narcissico-identitaire* ». Il émet l'idée que l'intervention individuelle par le jeu chez les enfants en structure pédopsychiatrique est essentielle pour étayer la capacité à jouer seul et les compétences propres à « symboliser, rêver, créer ».

³⁶ Fabien Joly « *Jouer seul...Jouer en groupe* », 2005

Cependant, les difficultés de certains enfants ne se révèlent (ou ne sont abordées) qu'au moment de la scolarisation au contact de leurs pairs. C'est donc bien vers un travail groupal que la demande du parent et de l'école peut être entendue. C'est dans l'évaluation des différents acteurs de la structure que va pouvoir se poser le cadre des prises en charge et des séances en psychomotricité.

Parler du groupe revient aussi à parler du « comment trouver sa place dans le groupe ? ». Pour ces enfants, qui sont majoritairement scolarisés, la confrontation aux autres est donc quotidienne et pas des plus évidente. L'insécurité qui les caractérise sur le plan psychique peut rendre le groupe insécure. Le cadre de l'école peut l'être d'autant plus par le nombre d'enfants présents, les demandes et les exigences d'apprentissage qui y sont pratiquées.

C'est ce que nous rapporte la maman de **L** lors d'un entretien :

L est une petite fille de 6 ans et 2 mois. Elle est suivie par le C.M.P.E.A depuis son entrée en maternelle, qui correspond aux premiers moments de socialisation pour elle. Sa mère et elle étaient très fusionnelles depuis sa naissance, ceci étant associé à une grande angoisse maternelle. **L** était décrite à son arrivée comme ayant des troubles relationnels graves avec un retrait autistique, une intolérance à la frustration, une absence de langage et une fuite du regard.

Sa maman nous parle de la difficulté de sa fille à intégrer un groupe. Elle-même l'observe quand elle la dépose à l'école : **L** a besoin d'un temps d'observation et de réflexion sur comment entrer dans le groupe à la récréation. Sa maman l'interprète comme une difficulté pour elle d'utiliser les codes sociaux. Elle nous dit que c'est plus difficile pour **L** de revenir du C.M.P.E.A directement en classe car le groupe « classe » est déjà reformé. Sa maman rapporte même une certaine angoisse.

Nous n'observons pas du tout cette conduite dans le groupe « éveil ». C'est une enfant très vive et très enthousiaste à l'idée de venir au groupe. Elle nous dit même avoir eu des idées de jeux dans la voiture avant de venir et c'est effectivement elle qui initie toute sorte de jeux, très en lien avec l'autre (parcours psychomoteur par exemple).

Au sein de ce groupe restreint, on peut penser qu'elle retrouve des repères stables et permanents, ainsi qu'un environnement sécurisé. Ses difficultés apparaissent davantage sous le jour d'une certaine maîtrise, où elle pourrait imposer ses jeux à chaque séance.

Comment trouver également sa place dans le groupe quand on n'a déjà pas soi-même une place dans la famille ? Plusieurs enfants que je rencontre vivent dans des familles d'accueil. Je m'interroge alors sur les répercussions possibles dans un groupe. L'identité s'inscrit dans un groupe d'appartenance, et la famille est le tout premier groupe permettant une autonomie et un sentiment de sécurité interne.

S est une petite fille faisant partie du groupe « éveil ». Elle a 6 ans et 9 mois et vit en famille d'accueil depuis ses 2 ans. Depuis le début de l'année, elle reste très périphérique au groupe. Elle participe peu aux jeux des autres enfants et interagit peu avec eux. Elle semble à part dans ce groupe et il faut la solliciter pour qu'elle y participe. Malgré la distance qu'elle met entre elle et les autres enfants, elle se place en observatrice et n'est jamais coupée de ce qui se passe.

J et **K** sont deux enfants accueillis au C.A.T.T.P avec des histoires familiales singulières. **J** semble être un enfant tout-puissant au sein de la cellule familiale, avec une identification forte à la figure paternelle. **K** a été placé en famille d'accueil à l'âge de deux ans et est un petit garçon insécure et instable. **J** intègre le groupe « Marionnettes » en cours d'année. Dès les premières séances, le contact avec **K** est très dur, avec un jeu de regards « attaquants » aussi bien venant de **J** que de **K**. **K** peut directement aller prendre la marionnette de **J**, ce qui n'est pas autorisé au sein du groupe. Il faut alors être vigilant et accompagner les deux enfants afin qu'ils n'entrent pas dans un réel conflit. Il y a une impossibilité pour eux de co-exister dans cet espace. Chacun renvoie à l'autre quelque chose qui lui est insupportable, comme un miroir grossissant de leurs difficultés respectives. L'agressivité peut être aussi une manière de marquer son identité dans des situations qui semblent menaçantes.

1.1. Groupe d'éveil sensori-moteur : une aide à la maturation

Le groupe d'éveil est un groupe fermé de cinq enfants en présence de trois adultes, qui tend à favoriser un développement psychomoteur harmonieux, la socialisation et la communication. Le cadre contenant du groupe et la mise en jeu du corps des thérapeutes viennent soutenir et étayer le groupe. Dans les groupes thérapeutiques, on retrouve des conduites imitatives entre les enfants, d'autant plus quand il s'agit d'un groupe permettant l'exploration sensori-motrice et les jeux libres. Les imitations sont spontanées et immédiates, elles reproduisent un modèle présent. C'est l'occasion d'observer à la fois les réactions des enfants imités et les comportements des « imitateurs ». Il n'est pas rare que les enfants enrichissent eux-mêmes les propositions des autres.

Pour autant, ces enfants peuvent amener des jeux parfois très pauvres et qui ne semblent pas aboutir à quelque chose de construit et de possiblement évolutif. Certains jeux peuvent être très répétitifs voire stéréotypés. Les difficultés de symbolisation de ces enfants, de décentration et même d'intégration de la loi, liées à des angoisses qui ne sont pas suffisamment apaisées, amènent un état de fixité, de répétitivité. Ces jeux donnent l'impression d'être une répétition sans fin et de « tourner en rond ». L'imitation peut être un moyen de garder le jeu amené par l'enfant, tout en y apportant quelque chose de l'autre qui peut être acceptable pour lui et pour nous. La possibilité de reprendre l'idée première de l'enfant amène une valorisation de lui-même et la reconnaissance de ses propositions. L'imitation nourrit le jeu de l'enfant, elle nourrit la palette de jeu du psychomotricien.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'imitation est intimement liée au développement psychomoteur de l'enfant, et a un rôle important à jouer dans les processus de symbolisation et de représentation. Elle est une voie d'accès à la figuration, aux jeux et surtout au plaisir de jouer.

On observe ainsi des « troubles » dans l'expression des émotions, dans du « trop » ou du « pas assez ». Le psychomotricien, avec ses compétences d'observation de la communication verbale, non-verbale, et des signes para-verbaux, a un rôle à exercer dans l'accueil et la transformation des expressions émotionnelles.

Faire vivre au groupe des expériences communes où chacun peut avoir un rôle, où chacun peut prendre une place singulière, semble être un des objectifs des groupes de maturation.

L'engagement du psychomotricien dans le jeu et dans l'action lui permet d'accompagner les enfants dans leur démarche. Par sa lecture corporelle (parole du corps pour C. Potel), le psychomotricien peut prendre en compte les éléments non verbaux de la communication et les mettre en mots, ou leur donner du sens. Il a aussi l'occasion de mettre des mots sur les émotions des enfants, en lien avec ce qui se joue entre eux.

En ce sens, le psychomotricien a un rôle maternant, comme le fait la mère avec le bébé, qui donne un sens à des signifiants non verbaux. J. De Ajuriaguerra en parlant de l'œuvre de H.Wallon dira : « *En identifiant la psychomotricité au prélude d'un langage, Wallon élève le phénomène moteur au niveau de la totalité de la personne, ou au moins du personnage* »³⁷

Ainsi, C. Potel évoque la situation groupale formée d'enfants en difficultés avec ces mots : « *Avec des patients peu construits, les thérapeutes ont le choix entre suivre et accompagner (donc structurer déjà par leur présence et leur désir d'entrer en relation) les jeux qui émanent des patients, même à très pauvre valeur figurative, ou proposer des modèles de construction, qui vont donner matière à figuration et à représentation.* ». Le psychomotricien a donc ce libre choix au cours des séances, de laisser naître un jeu venant des enfants et de proposer un étayage adapté.

³⁷ **Julian de Ajuriaguerra** « *De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre d'Henry Wallon* » page 189, 1962

L et **O** sont deux petites filles accueillies au C.M.P.E.A dans le groupe d'éveil sensori-moteur auquel je participe. Elles sont âgées respectivement de 6 ans et 2 mois et 6 ans et 6 mois. Elles sont suivies pour des problématiques différentes.

J'observe **L** et **O** jouer ensemble. **O** utilise une corde pour attacher **L** au banc. Je leur demande à quoi elles jouent. Je n'ai pas de réponse, **L** se détache. **O** propose de m'attacher. J'accepte mais je précise que si je suis attachée c'est que peut-être je suis prisonnière et que je veux que l'on m'attache une seule jambe, parce que cela me fait très peur.

O n'amène aucune image et n'enrichit pas notre jeu. J'appelle alors à l'aide. **O** s'anime enfin. Un autre enfant vient défaire le lien. **O** veut être à son tour attachée. Elle est à son tour la prisonnière. En plus de la corde autour de ses jambes, je passe des cerceaux autour de son buste en les nommant par la couleur. Je lui demande ce qu'elle pourrait faire pour se détacher. Elle reprend l'idée de l'appel à l'aide et trouve du soutien auprès de ses pairs.

Ces deux enfants ont initié un jeu qui pourrait faire penser à celui du voleur et du policier, ou de l'indien et du cow-boy. Un jeu où l'un est prisonnier de l'autre et où les rôles peuvent s'inverser. Seulement, aucune des deux n'a pu y amener une image, une histoire. Reprendre leur jeu et l'enrichir, y mettre du sens et le parler, semble avoir permis à **O** de se saisir de l'autre. Elle a pu « reproduire un modèle » et en tirer quelque chose de positif, comme la reconnaissance auprès du groupe par exemple.

Comme le dit F. Joly : « *Laisser les enfants jouer entre eux et devant nous ne suffit pas toujours* ». Le psychomotricien a donc aussi un rôle d'étayage de l'acte et de la pensée.

La construction d'un parcours psychomoteur et sa réalisation ensuite sont très investies par les enfants du groupe. On demande que cela soit un enfant en particulier qui le pense, parfois c'est un enfant qui le propose au groupe de façon spontanée. Il permet l'exploration des compétences psychomotrices de chacun, autour d'un projet commun et de sa réalisation ensuite.

L'imitation dans le groupe a aussi une valeur de communication entre les enfants. L'enfant adhère à la proposition de l'autre en faisant « comme lui ». Parfois, c'est exactement comme lui et on peut se demander quelle part de lui-même l'enfant y met. D'autres fois, on observe que l'enfant, n'ayant pas les moyens de proposer quelque chose de lui, s'appuie énormément sur les autres enfants pour petit à petit s'en extraire, s'en détourner et faire ses propres propositions. Le psychomotricien doit être là pour l'accompagner et lui donner aussi une place jusqu'à ce qu'il ose.

G est un garçon de 6 ans et 9 mois suivi en psychomotricité au C.M.P.E.A depuis qu'il a 3 ans et demi. Il fait maintenant parti du groupe éveil. Il a été orienté pour des colères excessives face à la frustration, et des difficultés de séparation pour aller à l'école, ses parents (récemment séparés) étant décrits en difficultés pour poser des limites. **G** évolue plutôt sur le mode de l'inhibition, il accepte de participer avec entrain aux jeux des autres enfants mais n'est jamais l'initiateur. Dans les jeux de rôle, il se définit souvent comme « le gendarme » ou « le pompier » comme le fait un autre garçon du groupe et « suit le mouvement ». Au fur et à mesure, **G** prend de l'assurance dans le groupe. **L** dit qu'elle est un bébé chat, **G** lui, dit, qu'il est un bébé chien. Ils jouent alors ensemble, en mimant chacun l'animal qu'ils ont choisi. **G** peut être dans quelque chose de plus différencié, peut-être aussi du fait que sa camarade est une fille. Il peut spontanément parler de lui et de ce qui se passe pour lui.

G ne peut pas encore proposer un jeu venant de lui, mais il peut de plus en plus adhérer aux propositions des autres enfants sans prendre exactement le même rôle. Il peut affirmer une différence. Tout au long de l'année, on a pu observer une réelle évolution dans sa façon d'être avec les adultes et les autres enfants du groupe. En s'appuyant d'abord sur les autres enfants, il semble s'en émanciper davantage et acquérir une réelle autonomie psychique. L'imitation n'est pas une simple reproduction de chaîne d'actions mais *une re-proposition* de l'enfant³⁸.

³⁸ **Fabio Comunello** « *Corpo, gesto, senso* » aux Journées franco-italiennes de psychomotricité et de rééducation neuro-psychomotrice, Milan, avril 2014

1.2. Groupe « Marionnettes » : un miroir de l'identité

La présentation du groupe « Marionnettes » auquel je participe chaque semaine me paraît être dans la continuité d'un travail d'élaboration psychique, de symbolisation et de mise en jeu corporelle. Il se déroule en présence de quatre enfants et de quatre adultes. La marionnette engendre, par la fabrication et la manipulation, des expériences archaïques et infantiles du double. L'élaboration du double renvoie au stade du miroir et à l'image à laquelle J.Lacan a donné l'importance que l'on sait dans la constitution du Moi. L'enfant peut projeter des éléments de la vie fantasmatique sur la marionnette, mais aussi ses problématiques, ses inquiétudes. Elle favorise l'expression des émotions. Le castelet derrière lequel les enfants jouent permet de « se risquer à ».

La marionnette, avant d'avoir une fonction théâtrale, était utilisée comme figuration et simulacre du vivant. Sa mission était de donner corps à ce qui n'en avait pas : elle représentait les morts et les dieux. Elle peut avoir un côté inquiétant car elle passe de l'immobilité à l'animation et vice versa. Pour Ernest Cleyet-Marel, elle occupe le « *lieu de l'entre : entre la vie et la mort, entre le visible et l'invisible, entre le fantasme et la réalité, entre le réel et l'imaginaire...* ». ³⁹

L'atelier « Marionnettes » se déroule en quatre temps : la construction, l'identification, le jeu et la réparation.

- **La construction de la marionnette**

Le temps de la construction de la marionnette est le temps où chacun imagine, pense et met en œuvre. Il a lieu autour de la table où se trouve tout le matériel nécessaire à son élaboration : tissus, terre, gommettes, bois, ficelles... Les enfants prennent appui les uns sur les autres, les nouveaux observent les plus aguerris. L'adulte est lui aussi impliqué dans la construction de la marionnette. Les enfants reprennent des éléments de la marionnette précédente ou de celle d'un autre enfant : du polystyrène pour le nez, des boutons pour les yeux, de la laine pour les cheveux...

³⁹ Ernest Cleyet-Marel « *La marionnette comme objet médiateur pour symboliser* » Dunod

La construction de la marionnette peut être considérée comme une construction narcissique entraînant une autre image de soi. L'élaboration du « corps » de la marionnette confronte la notion de schéma corporel à celle de l'imaginaire. Elle développe aussi des compétences manuelles et cognitives, demandant une capacité d'attention. La marionnette doit être transformée pour acquérir son statut.

- **L'identification de la marionnette**

La marionnette commence à exister lors de son identification. Elle obtient un statut identitaire avec la création de sa carte d'identité. L'enfant lui trouve un nom (parfois on y pense déjà pendant la construction), lui donne un âge, un sexe et quelques éléments de son histoire. Il lui attribue aussi un trait de caractère, souvent binaire « gentil » ou « méchant ».

J a nommé sa marionnette « Lion ». C'est une fille. Elle a 10 ans. Elle n'a pas d'enfant et vit toute seule. Parfois, elle est gentille et parfois elle est méchante.

La marionnette gardera cette identité tout au long du jeu qui peut s'étendre sur plusieurs semaines ou mois. L'enfant a pour consigne d'inventer un nom, plutôt que de prendre celui d'une personne connue. On peut retrouver des noms de marionnettes très ressemblants du prénom de l'enfant, montrant l'adhésion et l'investissement de l'objet. Chez ces enfants ayant des troubles de la personnalité, on observe un certain collage à la marionnette. On retrouve cette notion de confusion qui caractérise l'enfant psychotique.

K a appelé sa marionnette « Yann le chevalier ». C'est un nom avec des consonances très proches de son prénom. Lors des premières séances, lorsqu'il se présente lui et sa marionnette, il semble y avoir une confusion. Nous ne savons pas s'il dit véritablement son prénom ou « Yann ».

Sur l'année, on peut estimer deux ou trois périodes de création et de jeu, avec une nouvelle marionnette à chaque fois. Les enfants montrent une certaine fierté à présenter leur création, qui est extrêmement valorisante pour eux.

- **Le jeu**

L'enfant est amené à annoncer à chaque début de séance comment se porte sa marionnette, si elle a des choses à dire avant de commencer à jouer. La marionnette est un médiateur pour parler de soi. Souvent les uns et les autres s'imitent, certains peuvent se saisir des idées des autres, d'autres restent pour le moment dans l'adhésivité et une indistinction.

Nourse, la marionnette de **D** a trouvé des amis dans la forêt comme Lion la marionnette de **J**. **K** dit que sa marionnette Sorcière Jojo sera malade tous les jeudis, jour de l'atelier. Celle de **D** est aussitôt malade elle aussi.

Les enfants sont conduits à élaborer un scénario, avec l'adulte de son choix. Il a été convenu qu'un adulte serait toujours présent avec l'enfant ou les enfants derrière le castelet. En effet, nous nous sommes aperçus de la difficulté majeure d'élaborer et de tenir une histoire si ces enfants ne sont qu'entre eux. La parole et le tour de rôle n'étaient pas respectés, les histoires étaient difficiles à suivre. Souvent chacun avait sa propre histoire et ne tenait pas compte de l'autre.

D est une petite fille de 7 ans accueillie au C.A.T.T.P avec un diagnostic posé de dysharmonie d'évolution. Elle a d'abord été suivie par le C.M.P.E.A pendant un an puis a été orientée vers le C.A.T.T.P. Elle participe à l'atelier « Marionnettes » et à un groupe parent/enfant. Lorsqu'elle est derrière le castelet, on observe bien que ce n'est pas la marionnette qu'elle fait jouer mais bien elle-même. La marionnette n'est parfois pas visible et la faire interagir avec les autres marionnettes est encore compliqué pour **D**. Elle n'est pas dans le « faire semblant ». Sa marionnette c'est elle et elle est sa marionnette. Lorsqu'elle doit dire comment va sa marionnette en début de séance, elle exprime le fait qu'elle est amoureuse de **V**. Elle parle d'elle et non de sa marionnette.

Pascal le Maléfan a rédigé plusieurs écrits sur la marionnette thérapeutique avec les enfants autistes et psychotiques. Il montre que la difficulté pour ces enfants est de pouvoir jouer avec son identité « *sans craindre de la perdre* » et de « *sortir de soi* » avec l'assurance d'y revenir.⁴⁰ Pour lui, l'existence de la marionnette est de l'ordre du nouage entre trois instances (évoquées par Lacan) : le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire. Il faut que la marionnette puisse être animée mais redevenir objet une fois le jeu terminé.

Souvent le jeu avec les marionnettes traduit des angoisses archaïques, (et donc corporelles) comme la dévoration avec notamment la présence d'un loup, la noyade, la chute. D'une séance à l'autre et parfois même dans une même séance, les thèmes abordés sont similaires, et rejoués différemment selon l'enfant et l'adulte. Rejouer ces séquences permet la transformation des éléments bruts et des angoisses (angoisses de mort aussi) amenés par les enfants. On observe, durant les séquences de jeux, que les enfants spectateurs peuvent être dans une sorte de jubilation lors de la mise en scène de ces angoisses. On peut même observer une agitation motrice, qui les anime durant le jeu. Elle les amène régulièrement à se lever pour aller aider la marionnette.

À la fin de chaque mise en scène, un retour est fait auprès des spectateurs. Nous abordons le respect de l'histoire préparée, les idées apparues au cours du jeu ainsi que les difficultés perçues et rencontrées par les marionnettistes.

- **La réparation**

Après le jeu, il y a un temps de réparation pour les marionnettes (et pour nous aussi certainement), où les enfants sont amenés à restaurer les éléments qui ont pu se défaire durant le jeu. Ce qui a pu être détruit pendant le jeu peut être reconstruit, rassemblé, unifié. C'est un temps en dehors du jeu qui permet aux enfants un retour au calme et à la réalité de manière progressive.

⁴⁰ **Pascal Le Maléfan** « *Autismes et Marionnettes. Quelques pistes pour une clinique d'une médiation dans l'autisme* » Bulletin de psychologie, 2012

2. Les dispositifs individuels

2.1. Le cadre en psychomotricité

Il s'agit des conditions spatio-temporelles, des limites et du possible pendant les séances de psychomotricité. Le cadre est garant d'une stabilité du soin et de la relation thérapeutique par la mise en place de repères durables. Selon C. Potel, « *le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »⁴¹. Il faut à la fois des conditions concrètes et matérielles, mais aussi des règles assurant une rencontre dans le respect de soi, de l'autre et du matériel.

- Les conditions spatiales du cadre : il faut un lieu spécifique et adapté que l'on retrouve à chaque séance. Il doit permettre l'expressivité motrice et sensori-motrice mais aussi les débordements : agitations, pulsions.
- Les conditions temporelles du cadre : la séance dure le même temps à chaque fois, la durée doit permettre différents « temps » : temps du jeu, temps de la lecture, temps du modelage par exemple. La rythmicité des séances est aussi importante pour être repérée par le patient (qui a aussi souvent des difficultés spatio-temporelles). Les horaires doivent être respectés, souvent ils permettent de dégager le psychomotricien d'une toute puissance que pourrait lui attribuer le patient.

Au sein du C.M.P.E.A, les séparations en fin de séances avec **B** étaient difficiles et se prolongeaient. Je le prévenais pourtant que le temps du jeu allait bientôt se terminer afin qu'il pense à trouver une fin à son jeu et qu'il m'aide à ranger le matériel. La mise en place d'un rituel de fin (lire une courte histoire), ainsi que repérer sur l'horloge l'heure de fin de séance, lui a permis d'être acteur et de ne plus subir. Dorénavant, c'est lui qui prend l'initiative de vérifier l'heure. Rappeler à ce moment-là que l'on se retrouve bien la semaine suivante peut apaiser.

⁴¹ Catherine Potel « *Etre psychomotricien* » page 321, Erès, 2010

Pour les résidents de la M.A.S, dont certains ont très peu de repères temporeux, c'est la rythmicité des séances qui va créer un lien et une continuité dans la prise en charge. Lorsqu'une séance ne peut pas avoir lieu, il est parfois même délicat d'aller voir la personne pour lui annoncer et lui en dire quelque chose. Il est fort probable qu'en nous voyant arriver spécifiquement pour elle, elle ne puisse pas comprendre pourquoi on ne va pas en séance.

- Les conditions matérielles du cadre : c'est un matériel et un mobilier variés et propre à la sensibilité du psychomotricien. Il amène à l'exploration sensori-motrice, aux intégrations psychomotrices, au développement de l'imaginaire et à la symbolisation. Il s'agit de coussins, de tissus, de balles, de jeux (de société, de construction), de structures en mousse pour construire, de pâte à modeler...

Le cadre doit être adaptable et souple en fonction de chaque patient et des propositions ou suggestions qu'il peut faire. Cependant, il doit rester solide face aux transgressions, aux agressions et aux débordements, pour assurer l'intégrité de tous mais aussi poser des limites structurantes. Le cadre implique aussi la contenance et les limites entre le dehors et le dedans, faisant référence aux propres limites internes et corporelles du sujet.

Les prises en charge en psychomotricité débutent par un bilan psychomoteur, ou une observation interactive en vue d'explorer les compétences psychomotrices et de déterminer les objectifs pour la suite du soin. Les séances individuelles en psychomotricité auxquelles je participe sont largement médiatisées par le jeu et par la voie du corps (notamment en M.A.S). Elles sont séquencées en plusieurs temps : celui du jeu libre, de l'histoire, de l'expressivité graphique ou plastique.

2.2. Le bilan psychomoteur : test d'imitation de Bergès-Lezine

Le test de Jean Bergès et Irène Lézine, validé dans les années 1950 à 1961 sur des enfants de 3 à 6 ans, se déroule en trois temps :

- Une épreuve **d'imitation des gestes simples** qui comprend 10 items de mouvements des mains et 10 items de mouvements des bras.
- Une épreuve **d'imitation des gestes complexes** qui concerne les localisations digitales et qui est composée de 16 items.
- Enfin, **l'épreuve des contraires** où le psychomotricien répète les 10 items concernant les bras. L'enfant doit inverser le modèle proposé pour le reproduire en vérité.

Il s'agit d'épreuves non verbales qui comportent des gestes non symboliques et inhabituels. Ce test est étalonné sur la base d'enfants dits « normaux » et permet d'explorer par la possibilité d'imitation de gestes simples, l'acquisition des éléments du schéma corporel et des praxies chez le jeune enfant. Cette épreuve permet d'apprécier les perceptions corporelles de l'enfant, la représentation de son corps mis en mouvement.

J. De Ajuriaguerra s'y réfère dans son texte L'enfant et son corps⁴² en 1969. Il considère que leurs travaux autour d'un test d'imitation apportent une interprétation théorique de l'évolution du schéma corporel et des praxies. Pour lui, on assiste « *au passage d'une imitation essentiellement figurative, plaquée sur la configuration du modèle, vers une image intériorisée de plus en plus mobile grâce à l'apport des opérations croissantes* ».

Si les tests d'imitations évaluent l'organisation du schéma corporel et les praxies, les imitations spontanées dans le jeu avec le psychomotricien s'appuieraient davantage sur la notion d'image du corps, dans son caractère intégratif et dynamique.

⁴² Julian De Ajuriaguerra « *L'enfant et son corps* » page 211, 1969

B vient en séance à raison d'une fois par semaine. Cela fait environ 4 ans qu'il est suivi par le psychomotricien, avec lequel il est très en lien. Les parents de **B** se sont récemment séparés, et **B** semble privé de figure paternelle lorsque je prends la suite de la prise en charge en novembre. Je propose à **B** quelques items de bilans psychomoteurs après une période d'observation. **B** est un enfant angoissé par les demandes que l'on peut lui faire, ce qui révèle une certaine insécurité interne. Lors d'une séance, je lui fais passer seulement l'item des mouvements de bras du test de J.Bergès et I.Lezine. **B** me regarde, et il entreprend de faire « comme moi ». Les mouvements sont peu ressemblants et manquent de précision. Je ne les reconnais pas.

On peut alors se poser plusieurs questions à propos de cette impossibilité pour cet enfant d'imiter « sur demande » dans le cadre du bilan. Dans le jeu spontané, je ne peux observer chez lui de conduites imitatives. Sa construction identitaire est-elle si fragile qu'imiter une fille serait se risquer à devenir une fille ? Je me pose aussi la question de la perception qu'il a de son corps. Il peut me montrer les différentes parties du corps sur lui et sur l'autre, mais ses repères topologiques ne sont pas « stables ». Est-il donc difficile pour lui de se positionner corporellement par rapport à celui d'un autre ? L'intégration du schéma corporel est donc à investiguer. Du point de vue du dessin du bonhomme que j'ai pu lui faire réaliser, il est évident que la conscience qu'il a de son propre corps est encore limitée. L'impossibilité pour lui de reproduire un modèle a été révélateur pour moi de la complexité de son accompagnement en psychomotricité. La question du sens de cette demande pour lui est peut-être elle aussi à évoquer.

2.3. Les suivis individuels

- **Quand le psychomotricien imite...**

...Pour entrer en relation

Avec les personnes en situation de polyhandicap, il n'est pas rare que l'on s'appuie sur l'imitation pour entrer en relation. Les résidents ont peu de moyens « conventionnels » d'exprimer et de partager leurs états émotionnels, leurs envies et leurs désirs. Malgré tout, ce que j'ai pu retenir de la pratique avec ces personnes est l'idée de s'appuyer sur ce qu'ils amènent eux en premier lieu. Paradoxalement, se confronter à cette population peut conduire à être dans « le faire », faire à tout prix quelque chose, utiliser tous les objets disponibles dans la pièce. Or, cela demande un temps extrêmement long mais précieux d'observation de la personne pour discerner ce qui pourrait l'intéresser et l'interpeller.

Nous pouvons par exemple partir d'une stéréotypie du patient, la reprendre d'abord à l'identique pour la compréhension de ce qu'il peut rechercher en elle. S'agit-il de quelque chose de l'ordre du mouvement, de la vision, du vestibulaire, de la vibration ? La répétition puis la modification de la stéréotypie selon les différents versants permettent d'affiner ce qui intéresse le plus la personne. On peut ainsi proposer des choses sur le même mode sensoriel.

L'amplification des stéréotypies peut procurer de grands moments de plaisir, qui peut devenir pendant les séances un moment de partage plutôt qu'une stimulation purement autocentrée. Elle peut faire naître une demande. C'est la transformation de ces premiers éléments bruts repérés dans l'observation qui élargit le champ d'intervention ensuite du psychomotricien.

Elles sont alors l'occasion de créer un lien relationnel, une alliance thérapeutique qui permettra d'explorer de nouvelles possibilités. On peut rapporter cela au travail de détoxification des éléments bêta en éléments alpha de la mère dont Wilfred Bion détaille le fonctionnement.

Je rencontre **R** sur mon lieu de stage en M.A.S. C'est une jeune fille aux cheveux châtain de 20 ans et 5 mois, avec de grands yeux bleus. Le diagnostic se porte sur une encéphalopathie d'étiologie indéterminée, probablement génétique (son frère cadet présente le même tableau clinique). Nous nous voyons tous les vendredis en séance dans la salle de psychomotricité. Depuis peu, je viens seule la chercher sur son unité pour l'accompagner jusqu'à la salle. Le trajet entre ces deux lieux est devenu pour nous, un moment de partage et plus particulièrement un rituel signifiant. **R** se balance d'avant en arrière ; à l'aide du fauteuil j'amplifie ses balancements. **R** rit et pousse de petits cris enjoués. Il semble qu'elle ait bien repéré le début de la séance qu'elle investit avec plaisir.

Il ne s'agit pas d'une imitation à proprement parler, je ne me suis pas mise à me balancer aussi, mais je l'accompagne à chaque fois dans le mouvement et par le langage. J'ai repris ce qu'elle m'amenait et je l'ai décalé pour qu'il devienne signifiant pour elle, pour nous.

Nous pouvons nous sentir parfois très démunis et impuissants face à des personnes en situation de polyhandicap. Les imitations, dans leurs richesses d'expression, sont une réelle ressource pour le psychomotricien. Ce qui est intéressant de remarquer, c'est que, face à ce « vide » (au premier abord), reproduire ce que fait l'autre a lieu de manière assez spontanée. C'est ce qu'affirme d'une certaine façon J. De Ajuriaguerra : « *se comporter comme autrui c'est se mettre dans la peau de l'autre (non seulement dans son esprit), dans sa façon d'être, attitude tonico-posturale et manières corporelles de se comporter : le sujet imite et vit les manières et gestes de l'autre et tire des conséquences, des propositions qui lui sont offertes par le corps de l'autre* ». ⁴³

Je pense qu'avec ces personnes, l'imitation va bien au-delà du geste, elle s'incarne dans l'accordage tonique, dans un partage tonico-émotionnel. Dans le dialogue tonique, la posture de l'un s'exprime en fonction de la posture de l'autre. Et peut-être qu'on rejoint là également *l'accordage affectif* de D.Stern mais animé de notre posture professionnelle et non de « mère ».

⁴³ Julian De Ajuriaguerra « *L'enfant et son corps* » page 209, 1969

H.Wallon pensait que l'imitation était sous-tendue par le tonus et donc les émotions. Elle peut être vue sous l'angle d'une véritable imprégnation posturale. Il me semble qu'avec des personnes peu structurées (pour des raisons diverses), mais aussi peu en capacité de se mouvoir, l'expression de soi passe par le tonus.

Dans mon stage en M.A.S, je participe à des séances en balnéothérapie. Dans ce lieu, on est d'autant plus sensible à cette notion de tonus puisqu'on passe énormément par le portage et par conséquent le peau à peau. Notre engagement corporel met en jeu tout particulièrement le tonus. Notre propre tonicité et nos modulations toniques sont impliquées dans la relation avec les patients et les réponses données. Ces réponses peuvent être en écho, en miroir de celles du patient. Cela peut rappeler, les premières interactions parent-bébé, où les réponses sont plutôt dans un fonctionnement en « écho » (non pathologique) et passent par toutes les modalités expressives.

C est un homme de 35 ans qui présente un polyhandicap dont l'origine est liée à une encéphalopathie*, responsable d'une épilepsie apparue vers l'âge de 18 mois. L'origine semble anténatale. Il a donc une diplégie spastique*, un retard mental profond et des troubles du comportement associés à des traits psychotiques. **C** est extrêmement tonique, les modulations toniques sont pourtant possibles mais difficiles à obtenir. Lorsque **C** est relâché dans l'eau, il peut être envahi d'angoisses (liquéfaction ?) qu'il manifeste d'abord par des apnées (comme une récupération de sa tonicité), une sorte de non présence à l'autre (fixité du regard) et un fort agrippement. Il faut alors le raccrocher à du « dur » à partir de différentes propositions, comme la barre en fer longeant le bord du bassin ou notre propre tonicité. Sans cela, **C** peut avoir de puissantes crises d'agitation dans l'eau accompagnées de cris. La réponse tonique que nous lui apportons pourrait lui éviter un sentiment de « lâchage » trop grand.

Le travail dans l'eau et par l'eau contribue à la restauration de l'enveloppe corporelle, indispensable, on l'a vu, pour un sentiment d'unité corporelle et une image du corps rassemblée et cohérente. Pour C. Potel, la construction d'une enveloppe renvoie à la question princeps, celle de l'identité et de la subjectivation*. Ces instants de cohésion permettent l'ouverture vers l'extérieur et rendent l'expérience relationnelle possible et moins menaçante. Le patient peut alors porter un intérêt à nos propositions et être dans un lien à l'autre.

...Pour soutenir l'imaginaire et étayer la construction psycho-corporelle

Imiter l'enfant, lui proposer d'être celui qui dirige, celui qui choisit ce que l'autre fait me paraît apporter une revalorisation, un plaisir narcissique d'agir sur l'autre.

Au C.M.P.E.A, je vois chaque semaine en séance de psychomotricité **M** avec mon maître de stage. C'est un petit garçon de 3 ans et demi qui a une dysplasie de la hanche droite et un déficit immunitaire, ce qui implique des hospitalisations à répétition. Il vient en séance de psychomotricité depuis ses 3 mois. À l'occasion d'une séance où je suis seule avec **M**, celui-ci sort du placard un manège avec des animaux. C'est un jeu qu'il retrouve systématiquement. Il passe beaucoup de temps à ouvrir et fermer les portes derrière lesquelles sont les figurines. Il mène ensuite un combat entre les différents animaux, notamment le lion et l'éléphant. Il est difficile d'intervenir pendant ce jeu où **M** semble parfois oublier notre présence.

Lors de cette séance, je lui demande s'il sait faire le lion. « Je ne sais pas » me répond-t-il. J'imité alors le lion au sol. **M** me dit « Non pas comme ça ! » en souriant, il se lève et vient me rejoindre. Il imite le lion une première fois, puis réitère devant le miroir. Il est très amusé de voir nos images respectives faire le lion et m'invite ensuite à venir dans sa maison.

Je me trouvais avec **M** dans une situation que l'on peut définir comme « sclérosante ». Ce jeu mis en place amenait souvent le même type de réponse, nos interventions n'étant pas particulièrement saisies par **M**. Il s'agissait peut-être là de faire naître une émotion, d'attiser un intérêt chez un jeune enfant. Pour Philippe Claudon, l'émotion a une grande importance et on peut faire un lien avec notre vocation à susciter l'émotion : « *étant issue du corps propre et du rôle de l'objet dans ce vécu, l'émotion est le lien le plus direct entre ce qui s'expérimente, ce qui existe et ce qui reste* »⁴⁴. En créant l'émotion dans le partage et les affects de plaisir (sans qu'elle ne déborde, c'est là toute la difficulté), il y a quelque chose de la trace mnésique et qui vient s'inscrire dans le corps.

⁴⁴ Philippe Claudon et al « Etude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel » La psychiatrie de l'enfant, PUF, 2008

Imiter l'animal qu'il investissait le plus dans son jeu pouvait être une voie d'accès pour aller vers quelque chose de nouveau, l'impliquant davantage dans un jeu corporel. **M** subit depuis sa naissance des opérations et des transfusions. Il est régulièrement hospitalisé, avec une santé fragile. Sa scolarité en petite section de maternelle est donc discontinuée. Je me pose la question de la singularité du vécu corporel qu'il peut avoir, ses perceptions et ses représentations. Comment construire un sentiment continu d'exister dont parle Winnicott et une identité stable lorsque le corps apparaît comme presque « persécutant » et défaillant ?

L'imitation de quelque chose d'absent, le mimer en quelque sorte, amène aussi l'accès à la symbolisation et à la représentation.

Si on aborde l'étayage du narcissisme chez l'enfant, on peut faire un lien avec l'image du corps et l'intégration du schéma corporel comme nous l'avons vu dans la partie théorique. Le psychomotricien peut avoir le rôle de modèle, sur le plan identificatoire et transférentiel. Ainsi, le corps du psychomotricien peut servir de base de compréhension de son propre corps mais aussi de son vécu corporel.

M est devant le miroir. Il se regarde. Le psychomotricien est à ses côtés, un peu derrière lui. Il montre sur lui-même « Là, c'est ton nez. ». **M** regarde dans le miroir et pose son doigt sur son nez. « Et là ce sont tes joues... ». **M** est toujours attentif à l'image dans le miroir, et reproduit tous les gestes du psychomotricien, en simultané.

Pour J. De Ajuriaguerra il est important de nommer afin d'affirmer et réassurer l'enfant dans ses choix, dans ses demandes, dans ses actes et sa connaissance du corps : « *La nomination confirme ce qui est perçu, réaffirme ce qui est connu et permet de verbaliser (par un mécanisme de réduction) ce qui est vécu* »⁴⁵. La connaissance du corps n'est pas seulement cognitive ou perceptive, elle est aussi reconnue par le langage. Pour lui, l'imitation des gestes implique souvent une verbalisation mais il faut être attentif à ne pas freiner ou gêner l'action par les mots.

⁴⁵ Julian De Ajuriaguerra « *L'enfant et son corps* » page 208, 1969

Je rencontre **M** avec mon maître de stage. À 3 ans et demi, **M** va chercher depuis plusieurs séances les blocs de bois. Il les sort, les distribue à chacun d'entre nous. Souvent, il n'entame pas de construction mais observe nos manipulations. Il ne se risque pas encore à construire lui aussi. **M** finit par ranger les blocs de bois et à changer de jeu.

Lors d'une séance, **M** distribue les blocs de bois. Le psychomotricien construit une tour. Je fais de même. **M** observe, puis commence à construire, après s'être assuré qu'on ne la détruira pas. Il prend clairement appui sur la construction du psychomotricien. Nous pouvons échanger alors sur sa réalisation et le valoriser.

La construction et la déconstruction d'une tour peuvent être envisagées comme des actes d'affirmation de soi mais aussi de réassurance symbolique. Le plaisir de jouer la destruction ne doit pas s'inscrire dans la perte mais dans la possibilité de représenter à nouveau, de reconstruire afin que l'enfant soit assuré que détruire n'est pas perdre définitivement. La construction d'une tour renvoie à la construction de l'axe corporel et de la verticalité en lien avec sa propre solidité. J. Piaget a évoqué lui aussi l'intérêt des jeux de construction dans le développement des capacités à symboliser, ainsi que l'accès à la décentration. La construction en symétrie peut être vue comme une projection de la permanence d'une représentation de soi qui intègre l'axe corporel, « *axe issu de toutes les transformations du corps en relation et de la perception visuelle du corps des autres et de soi* ». ⁴⁶

Comme le montre Denise Liotard, le travail en miroir du psychomotricien est un véritable travail, qui permet à la fois des processus d'identification au corps du thérapeute, et de différenciation par les perceptions des limites de l'enveloppe corporelle. C'est un travail amenant un enrichissement des productions gestuelles du patient, et qui permet de trouver « *d'autres manières de vivre son corps, plus souples, plus adaptées* ». Le psychomotricien devient « *le miroir narcissique du sujet* » ⁴⁷. Pour D. Liotard, le patient peut prendre conscience de son identité, le corps devenant un repère, une limite entre l'intérieur et l'extérieur.

⁴⁶ Bernard Aucouturier « *La méthode Aucouturier* » De Boeck, 2005

⁴⁷ Denise Liotard « *Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur* » page 60 dans *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de Catherine Potel, Edition In Press, 2010

- **Imiter et être imité**

Dans ma rencontre avec les enfants et les personnes que je vois en stage, il est intéressant de repérer si le fait d'être imité provoque un intérêt. La majorité d'entre nous se rend compte rapidement qu'il est imité. L'inverse n'est pas forcément vrai, nous ne sommes pas nécessairement conscients d'imiter l'autre. Cela procure différentes réactions : étonnement, rivalité, fierté, exaspération... J'ai pu observer chez certains patients une non-reconnaissance de l'action simultanée de l'autre. Cette impossibilité pourrait être en lien avec la qualité des intégrations psycho-corporelles et d'une première représentation de soi. Cela ne semble pas être le cas pour **R** :

En séance de psychomotricité à la M.A.S, **R** est en décubitus ventral, en appui sur les avant-bras. La psychomotricienne est exactement dans la même position. Elles sont toutes les deux côte à côte. **R** tourne sa tête vers elle, la psychomotricienne fait de même dans un jeu de miroir. **R** se met sur le flanc, en « assis-plage » ; la psychomotricienne s'exécute. La jeune fille regarde intensément la psychomotricienne et change de posture à plusieurs reprises. Elle semble vérifier que ce n'est pas du hasard. **R** finit par manifester de l'agacement.

Pour d'autres, être imités amène des images, qui donnent des pistes pour le psychomotricien sur la façon dont la personne peut être dans sa relation au monde. Pour Bernard Aucouturier, répéter l'action, le geste de l'enfant, c'est lui renvoyer une image de lui-même « *Regarde, je fais comme toi !* ». ⁴⁸

B au C.M.P.E.A choisi un jeu où il est « un gentil » devant affronter des « méchants ». Il ne me désigne pas comme étant l'agresseur. Je me place alors comme partenaire. Je lui dis « je fais comme toi ». Je reprends sa posture, place mes mains comme les siennes, réalise les mêmes mouvements. **B** s'en aperçoit, en joue puis s'exclame d'un air ravi : « Mais alors on est frère !! ».

⁴⁸ Cession de formation à la pratique Aucouturier, janvier 2014

Est-il possible que pour lui « faire pareil », c'est « être comme » ? Être comme l'autre, comme l'adulte, comme son propre frère jumeau ? Se pourrait-il que cela vienne actualiser la question du double ? On peut aussi penser à l'appartenance à un groupe social, le groupe familial en l'occurrence, et donc peut-être à des phénomènes d'identification. Dans ce jeu, **B** ne tient pas compte de mon identité sexuée.

Les imitations restent un indicateur de l'investissement du patient dans la relation. Les imitations sont sélectives et peuvent laisser penser qu'elles sont de façon inconsciente un choix, une volonté de prendre du « bon » de l'autre. C'est d'autant plus significatif lorsque cela a lieu lors d'une première rencontre.

Je rencontre **E** pour un examen psychomoteur dans le cadre de l'Hôpital de Jour. À la fin de la séance, j'écris sur une carte le prochain rendez-vous d'**E**. En simultané, elle prend elle-même une feuille et un feutre, et me fait à son tour mon « ticket » pour la prochaine fois. Il se peut qu'elle vienne à la fois vérifier que je serai bien au rendez-vous et me montre, après cette toute première rencontre, qu'elle peut se risquer à « prendre » un peu de moi.

Pour Olivier Moyano, l'enfant apprendra en regardant le psychomotricien, ce qu'il ne sait pas encore exécuter. La découverte des neurones miroirs peut apporter une nouvelle compréhension du but de l'action et notamment dans le soin psychomoteur, puisque regarder la forme visuelle d'un acte c'est déjà construire une image de soi en train de réaliser cette action. O.Moyano dit que c'est à partir de ces représentations partagées (en lien avec l'intersubjectivité) que le sujet va acquérir la capacité d'imiter et d'intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation. Il montre à quel point « *l'implication corporelle et motrice du psychomotricien est précieuse* ». ⁴⁹

⁴⁹ **Olivier Moyano** « *Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant* » Entretiens de Bichat, Paris, 1999

2.4. Les limites

A posteriori, l'utilisation des imitations en séance de psychomotricité semble courante. Cependant, les imitations doivent rester un intermédiaire, et non un outil ou un but. Il y a quelque chose dans l'imitation au cours du jeu et de l'interaction qui doit rester spontané. Son utilisation prend toute son importance quand elle vient à un moment opportun, et non de façon protocolaire.

En tant que stagiaire, j'ai pu mener des séances individuelles, en présence ou non de mes maîtres de stage. J'ai donc pu avoir un retour sur mes propositions. Parfois, on peut se laisser entraîner dans les phénomènes de réponses en «écho » ou en imitation, et mettre un certain temps pour se rendre compte que ce n'est pas adapté. L'imitation est une des adaptations possibles du psychomotricien, mais elle n'est pas toujours valable. Le risque est d'entrer nous aussi dans quelque chose de stéréotypé et d'envahissant.

En séance dans la salle de psychomotricité avec **R**, celle-ci se positionne souvent à quatre pattes, en appui sur les avant-bras. Dans cette position d'enroulement, où elle est rassemblée sur elle-même, elle semble pouvoir s'autoriser davantage à explorer et à entrer en relation. Cette fois-là, elle s'installe d'emblée dans cette position au sol. Nous ne pouvons pas échanger de regards, mais les propositions que je lui fais entraînent des manifestations de plaisir (sourire, rire). Cependant, **R** se lasse rapidement de ces propositions qui ne l'amènent pas à être dans l'échange avec moi. Je constate que j'ai pris la même position fermée que **R** (pendant de longues minutes), alors que je tente de l'amener vers un redressement et une ouverture. Ma maître de stage me rapporte la même observation.

D'une autre manière, on pense que l'imitation est accessible pour l'autre, mais à tort.

En séance individuelle **B** me propose de faire du karaté. Il veut faire un combat. Je lui annonce que je ne sais pas en faire et qu'il va devoir m'apprendre. J'ai à ce moment-là l'idée qu'il va être valorisé. Je sais qu'il ne sait pas en faire mais que son grand frère lui a « montré ». Je lui dis de me montrer un geste que je reproduirai. **B** ne peut pas s'en saisir et cherche à entrer directement dans le combat. J'aménage alors le sol en mettant deux cerceaux pour délimiter chacun notre espace avec une distance raisonnable pour effectuer les mouvements. Je tente tant bien que mal de reproduire les gestes complexes qu'il exécute. Je lui dis d'aller moins vite. **B** ne semble pas me prendre en compte.

B est dans une grande maîtrise du jeu et de l'autre. Lui faire une demande le met en difficulté, le fait de ne pas réagir comme lui le souhaite également. En lui proposant d'aménager son jeu, tout en lui donnant une place centrale et active, j'aspirais à lui faire accéder à un plaisir d'agir sur l'autre. Ce plaisir d'agir sur l'autre n'est pas dans la maîtrise et la manipulation de l'autre, mais dans le partage réel d'une action simultanée et d'un apprentissage. Le partage d'affects de plaisir passe d'abord par le plaisir d'être soi, ce qui, dans les problématiques identitaires fait aussi défaut.

C. L'étudiant en psychomotricité : une identité professionnelle en construction

Dans cette dernière partie d'un mémoire centré sur l'imitation et l'identité, j'aimerais faire le parallèle avec mon statut d'étudiante et de stagiaire en psychomotricité. Définir cette profession, en trouver les limites et les axes n'est pas chose facile. Notre formation, entre théorie et pratique (à l'école et en stage) nous offre de nombreux choix du point de vue des approches, des champs théoriques, des pratiques.

En stage, j'ai été confrontée à la pratique singulière du psychomotricien de l'établissement. En fonction de la population et du lieu d'exercice, mais aussi du psychomotricien, il me semble que, malgré des fondements de base, la pratique est bien différente. C'est ce qui fait la richesse de cette profession.

En deuxième année de formation a lieu notre tout premier stage long auprès d'un psychomotricien. C'est à partir de cette première expérience que notre identité de futur psychomotricien va s'édifier selon nos sensibilités et notre vécu. Dans les échanges avec mes maîtres de stage, leurs expériences, leur façon d'être psychomotricien et de définir leur profession, j'ai pris ce qui me semblait « bon » et ce qui correspondait au mieux à ce que je suis. Ce « bon » peut se trouver dans les réponses verbales et corporelles données aux patients, aux outils et aux moyens d'observation, à la manière de se présenter à l'autre, à construire une séance... Je pense avoir reçu en héritage une clinique et une éthique. Pour C.Ballouard, le choix d'un stage est toujours important puisqu'il détermine bien souvent le positionnement professionnel ultérieur.

C'est par le biais de l'imitation, de l'identification ou de l'opposition à un modèle professionnel que s'établissent une réflexion et des questionnements. Par comparaison aussi, j'ai pu me rendre compte de ce qui me semblait fondamental pour ma pratique future.

Cela peut correspondre à des premières prises de position en tant qu'étudiante mais aussi future professionnelle. C'est par cet assemblage cohérent de toutes les expériences vécues sur le terrain, qu'un premier « moi psychomotricien » semble s'élaborer.

L'observation de prises en charge individuelles et groupales, seule ou en co-thérapie m'a permis d'essayer de cerner ce qui rend la profession et chaque psychomotricien singuliers. Qu'est-ce qui caractérise notre façon de prendre en charge ? La confrontation avec d'autres professionnels m'a permis de comprendre et mettre en évidence ce qui est spécifique au psychomotricien dans une équipe.

L'engagement sur le plan corporel, et donc tonique, émotionnel, affectif, moteur et la connaissance, la prise de conscience de ces aspects me semblent être les caractéristiques de la profession. Malgré une identité en pleine construction et en évolution, expliquer mon rôle aux équipes de proximité reste toujours complexe. Pourtant, cela fait partie de la prise en charge globale du patient, notamment lorsqu'il réside dans l'institution.

Dans des institutions où j'ai été stagiaire, j'ai rencontré des personnes à la fois envahies et coupées de leurs sensations et de leurs émotions, amenant à des bizarreries, des incohérences, des paradoxes. Mes maîtres de stage m'ont permis d'y mettre un sens et des mots pour ne pas rester sur cette première impression d'étrangeté. Ce travail de distanciation permet l'émergence d'un savoir-faire et d'un savoir-être autour du corps et de la corporéité de l'autre. Le travail du psychomotricien s'inscrit dans une recherche d'un vécu harmonieux et le maintien ou l'enrichissement des rapports du sujet avec lui-même et les autres, en vue d'une meilleure adaptation à l'environnement social. Par l'abord corporel, il vient chercher la personne là où elle en est, dans ses possibilités psycho-corporelles.

Suzanne Robert-Ouvray tente de définir l'action du psychomotricien. Pour elle, les éléments propres à la psychomotricité sont : **la tension, la sensation, l'affect et la représentation**. Motricité et tonicité sont inscrites dans le même processus développemental de l'enfant et inséparable du monde affectif. Si on veut définir notre métier, il faut en connaître les limites, on ne peut pas faire tout et n'importe quoi, même si la psychomotricité touche à de nombreux domaines. Comment agit-on ? Sur quoi agit-on ? Avec quels outils ? C'est ainsi que **tension-sensation-affect-représentation**, permet de définir un tout petit peu l'action psychomotrice.⁵⁰

⁵⁰ Suzanne Robert-Ouvray « *L'étayage psychomoteur : du mouvement inné au geste organisé dans la relation* » aux Journées franco-italiennes de psychomotricité et de rééducation neuro-psychomotrice, Milan, avril 2014

Conclusion

Je suis partie du postulat de base que l'imitation était quelque chose de simple : la reproduction d'un modèle. L'imitation, ce comportement si commun au développement de l'enfant dit « normal » mais qu'on observe aussi beaucoup à l'adolescence. Je n'ai volontairement pas évoqué cette période de la vie pourtant marquée par l'imitation et l'identification à des figures identitaires fortes. De tout temps, l'imitation a été étudiée par les spécialistes du développement de l'enfant et de l'être humain. Elle prend une nouvelle dimension avec la connaissance des neurones miroirs même si on ne sait pas encore dans quelle mesure ils peuvent influencer la relation thérapeutique.

Paradoxalement, j'ai été confrontée à des enfants et des adultes qui avaient peu de conduites imitatives du fait de leurs troubles et des difficultés qui en découlent. Il y a évidemment le premier constat que, pour imiter, il faut pouvoir regarder l'autre et avoir conscience de l'autre pour s'approprier à la fois la motricité mais aussi l'intentionnalité. Elle intègre donc la notion du Moi et de la différenciation Soi/ non Soi. La construction et l'intégration d'une identité corporelle et psychique semblent évidentes chez l'enfant qui va bien mais elles sont bien plus fastidieuses chez l'enfant ayant des défaillances au niveau de son développement. Investir son corps et la relation avec autrui ne peuvent se faire sans entrave et sans angoisse.

Ainsi, ce qui m'apparaissait comme linéaire était finalement animé par des mécanismes bien plus complexes. J'ai tenté, par ce mémoire, d'explorer quelques possibilités de l'imitation par le psychomotricien dans des lieux d'exercices distincts. Les observations que j'ai pu faire dans des établissements aussi différents (population et fonctionnement) m'ont permis d'envisager l'imitation comme une réponse, dans sa forme la plus archaïque, « l'écho », à sa forme la plus élaborée, c'est-à-dire amenant à la représentation. Je continue de parler de l'imitation mais peut être devrais-je prendre l'habitude d'employer le terme « les imitations ». Elles sont multiples et requièrent des modalités différentes.

Dans les séances en psychomotricité, notre intérêt se porte plus particulièrement sur les imitations immédiates, provoquées ou spontanées. Elles permettent l'acquisition de schèmes moteurs nouveaux, rendue possible par la vision du psychomotricien engagé corporellement et par le modèle identificatoire qu'il peut représenter. Imité par le psychomotricien, le sujet accède à quelque chose du « être semblable » et du « faire semblant ». On dit souvent que le propre du psychomotricien est d'être dans l'ici et maintenant. En séance, l'imitation trouve sa place dans un espace-temps qui peut être convoqué ultérieurement, en présence ou non du psychomotricien. La re-convocation permet une autonomisation du côté de la pensée. En présence de personnes ayant un défaut relatif à la symbolisation, les imitations permettent la mise en acte de la pensée.

La difficulté rencontrée, a été d'être dépendante des imitations qui m'étaient données à voir. L'imitation est à prendre comme « moyen de » dans la relation thérapeutique et dans l'interaction, et « un outil » dans le bilan. Elle n'est pas une fin en soi, c'est là où elle peut mener qui la rend ou les rendent pertinentes pour le psychomotricien. Elle offre l'opportunité d'entrer en relation avec des personnes dont je ne soupçonnais pas la richesse d'expression.

En conclusion, on peut retenir que l'imitation est un phénomène très intéressant pour le psychomotricien, à la fois comme moyen d'être à soi et comme moyen d'être dans la relation à l'autre, ce qui est, vraisemblablement, la base de notre travail.

« Quel que soit la légitimité du but que vous visez, la négation de l'humanité d'une personne ne peut jamais être le moyen d'y parvenir. En aucun cas. Strictement jamais. »

Axel Kahn

Références bibliographiques

- **AUCOUTURIER Bernard** « *La méthode Aucouturier* » Edition de Boeck, 2005
- **BALLOUARD Christian** « Le travail du psychomotricien » Dunod, Paris, 2006
- **BOUTINAUD Jérôme** « *Psychomotricité, psychose et autisme infantile* » Editions In Press, 2010
- **CALZA André & CONTANT Maurice** « *Psychomotricité* » Masson, Paris, 2007
- **CARRIC Jean-Claude** « *Lexique du psychomotricien* » Vernazobres-Greco, Paris, 2001
- **CHAVAROCHE Philippe** « *Travailler en MAS* » Eres, 2011
- **CLAUDON Philippe et al** « Etude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel » La psychiatrie de l'enfant, PUF, 2008
- **GAETNER Rose** « *De l'imitation à la création* » Puf, 2000
- **GOLSE Bernard et BURSZTEIN Claude** « *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant* » Masson Paris, 1990
- **GUILLAIN André** « *L'imitation immédiate chez l'enfant entre 8 et 28 mois : formes et fonctions* »
- **HOCHMANN Jacques** « *Histoire de l'autisme* » Odile Jacob, 2009
- **HOCHMANN Jacques** « *Imitation ou identification* » sur cra-rhone-alpes.org
- **JACQUET Eric** « *On est semblant ! Symbolisation et intersubjectivité dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants autistes, psychotiques et instables pathologiques* » Thèse de doctorat de psychologie, 2009
- **JEANNEROD Marc** « *De l'image du corps à l'image de soi* » Revue de neuropsychologie, 2010
- **JOLY Fabien** « *Jouer seul...Jouer en groupe* » pages 11 à 32, *Excitation, jeu et groupes* Eres, 2005
- **JOLY Fabien & LABES Geneviève** « *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1* » Edition Papyrus, 2009
- **LUMBROSO Valéria** « *Planète Autisme* » Flair Production, 2012
- **MISES Roger** « *Les dysharmonies évolutives de l'enfant* » L'information psychiatrique, 1977

- **MELTZOFF Andrew & MOORE Keith** « *Imitation et développement humain : les premiers temps de la vie* » pages 71-90, Terrain, 2005
- **NADEL Jacqueline** « *Imiter pour grandir* » Dunod, 2011
- **NADEL Jacqueline & BAUDONNIERE Pierre-Marie** « *L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année* » pages 77-88, Enfance, 1980
- **NADEL Jacqueline** « *L'imitation, une psychomotricité partagée* » Paris, 2013
- **NAVARO Juliette** « *Imitation. Son influence dans le développement de la personnalité. Sa place dans la pratique psychomotrice* » Mémoire Bordeaux, 1982
- **PIAJET Jean** « *La formation du symbole* » Delachaux et Niestlé, Paris, 1945
- **POTEL Catherine** « *Etre psychomotricien* » Eres, 2010
- **POTEL Catherine** « *Psychomotricité : entre théorie et pratique* » Edition In Press, 2010
- **RIZZOLATTI Giacomo** « *Les systèmes de neurones miroirs* » sur academie-sciences.fr/academie/membre/s121206_rizzolatti.pdf
- **STERN Daniel** « *Le monde interpersonnel du nourrisson* » pages 181-208, New York, 1985
- **VANOTTI Marco & BERRINI Roberto** « *L'essence relationnelle. Fonctionnement neurobiologique et relations humaines* » pages 97-116, De Boeck Supérieur, 2009
- **WWW. DUNOD.COM**
- **WWW. ORPHA.NET**
- **ZAZZO René** « *Le problème de l'imitation néonatale* » pages 135-142, Enfance, 1957

Glossaire

Accommodation : Action du milieu sur l'organisme qui conduit les schèmes d'assimilation à s'adapter aux structures des objets. L'enfant accomode son propre fonctionnement à la réalité extérieure.

Affordance : C'est la capacité d'un système ou d'un produit à suggérer sa propre utilisation. En psychologie, elle désigne « toutes les possibilités d'actions sur un objet ». Cette définition s'est ensuite restreinte aux seules possibilités dont l'acteur est conscient.

Assimilation : Elle consiste à incorporer des objets dans les schèmes de l'activité propre. L'enfant adapte le réel à son propre fonctionnement.

Diplégie spastique : Ou syndrome de Little est une forme d'infirmité motrice cérébrale (la plus fréquente chez le prématuré), touchant les membres inférieurs avec de fréquents troubles cognitifs associés. L'intelligence est en général conservée de même que les capacités relationnelles notamment dans les formes mineures ou de gravité moyenne. Pour l'aspect moteur on retrouve une spasticité (trouble du tonus), une faiblesse musculaire, un déficit de la croissance des muscles en longueur et des troubles du mouvement.

Encéphalopathie (infantile) : Cadre groupant des syndromes neurologiques survenant précocement et d'évolution chronique, dus à des agressions frappant le cerveau pendant la vie intra-utérine, au moment de la naissance ou dans les premiers mois de la vie. Ces agressions sont avant tout l'anoxie et l'hémorragie ; ou encore elles sont le fait de virus (rubéole), de parasites (toxoplasmes), d'une incompatibilité fœto-maternelle (Rhésus), d'un diabète maternel.

Elles provoquent des lésions cicatricielles définitives se traduisant cliniquement par des troubles neurologiques et/ou psychiques, souvent intriqués, et dont les types les mieux individualisés sont l'hémiplégie cérébrale infantile et la maladie de Little. Des contractures extra-pyramidales, de l'athétose, de l'épilepsie, des altérations du langage, de la vue et de l'ouïe peuvent s'y ajouter.

Subjectivation : Dans son deuxième sens la subjectivation traite du "*devenir sujet*", c'est-à-dire de la construction de soi en fonction de l'association corps-psyché, du destin des pulsions, mais aussi de la nécessité de se lier aux autres, de prendre en compte dans cette construction de soi leurs désirs, en partie inconscients, les règles du groupe, etc.

Table des matières

Avant-propos	3
Introduction	4
I. Imitation et identité : des liens étroits	7
A. L'imitation dans le développement de l'enfant : phénomène fondamental de l'interaction.....	7
1. Définitions	7
2. Historique.....	8
2.1. Théorie piagétienne : intelligence, apprentissage et imitation	8
2.2. Théorie wallonienne : fonction tonique, imitation et représentation.....	10
2.3. L'observation de R.Zazzo : l'imitation néonatale	11
2.4. L'imitation dans le lien à l'autre	12
3. Recherches contemporaines autour de l'imitation	15
3.1. La découverte des neurones miroirs : une nouvelle compréhension des phénomènes d'imitations.....	15
3.2. Les perspectives cognitivistes.....	17
3.3. Une théorie actuelle de l'imitation	18
4. Imitation et développement psychomoteur	20
B. De l'imitation à l'individuation : la quête d'une identité.....	22
1. Définitions	22
2. Imitation ou identification?.....	23
3. La construction d'une identité psychique et corporelle.....	26
3.1. La constitution d'un moi corporel	26
3.2. Image du corps et schéma corporel	28
4. Identité et imitation dans la psychopathologie.....	31
4.1. Les pathologies en lien avec la non-intégration de l'unité du corps.....	31
• La psychose infantile	32
• L'autisme dit « typique »	34
• La dysharmonie d'évolution	36
4.2. Les éléments pathologiques qui diffèrent de l'imitation	37
• Les stéréotypies.....	37

• Le fonctionnement en « écho ».....	38
• Et l'imitation ?	39
Hypothèses de travail	41
II. Réflexion sur l'apport de l'imitation dans la relation en psychomotricité : une aide à la construction de l'identité ?	42
A. Présentation des lieux de stages	42
1. Le C.M.P.E.A et le C.A.T.T.P	42
1.1. Le C.M.P.E.A.....	42
1.2. Le C.A.T.T.P.....	44
2. L'hôpital de jour.....	45
3. La M.A.S	46
B. Les dispositifs de travail en psychomotricité	48
1. Le dispositif groupal.....	48
1.1. Groupe d'éveil sensori-moteur : une aide à la maturation.....	51
1.2. Groupe « Marionnettes » : un miroir de l'identité.....	55
• La construction de la marionnette	55
• L'identification de la marionnette.....	56
• Le jeu	57
• La réparation	58
2. Les dispositifs individuels	59
2.1. Le cadre en psychomotricité	59
2.2. Le bilan psychomoteur : test d'imitation de Bergès-Lezine	61
2.3. Les suivis individuels.....	63
• Quand le psychomotricien imite... ..	63
• Imiter et être imité	69
2.4. Les limites	71
C. L'étudiant en psychomotricité : une identité professionnelle en construction	73
Conclusion	75
Références bibliographiques	77
Glossaire	79
Table des matières	81