



HAL
open science

”Lâche-moi, j’ai besoin de toi” : la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés

Alix de Fresse de Monval

► **To cite this version:**

Alix de Fresse de Monval. ”Lâche-moi, j’ai besoin de toi” : la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187660

HAL Id: dumas-01187660

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187660>

Submitted on 27 Aug 2015

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
91, boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 13



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

PITIE-SALPÊTRIERE PARIS

« Lâche-moi, j'ai besoin de toi »

La thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de
construction identitaire chez les enfants carencés

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Par **Alix de FRESSE de MONVAL**

Référent de mémoire :

Julia DUVERNAY

Session Juin 2015

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
91, boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 13



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

PITIE-SALPÊTRIERE PARIS

« Lâche-moi, j'ai besoin de toi »

La thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de
construction identitaire chez les enfants carencés

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Par **Alix de FRESSE de MONVAL**

Référent de mémoire :

Julia DUVERNAY

Session Juin 2015

Je remercie sincèrement

Julia Duvernay, référente de mémoire, pour sa disponibilité et ses encouragements et pour m'avoir accompagnée tout le long de ce travail en étoffant mes réflexions et en me proposant un cadre structurant ma pensée.

Camille, Sylvie et Sarah, maîtres de stage, pour la confiance qu'elles m'ont accordée dans la prise en charge des patients et pour l'enseignement théorico-clinique qu'elles ont su me transmettre avec passion, professionnalisme et gentillesse. Je les remercie également pour leurs encouragements et leurs conseils dans l'élaboration de ce mémoire.

L'équipe du CAMSP, qui m'a chaleureusement accueillie tout en confirmant mon souhait d'exercer ce métier au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Tous nos professeurs et intervenants qui ont su nous transmettre un enseignement théorique et pratique de qualité.

Ma famille et mes amis qui, de près ou de loin, ont soutenu ce projet de mémoire.

Hortense, Laura, Augustin et Guillaume, avec qui j'ai partagé les expériences au Burundi et au Népal à l'origine des premières réflexions autour de ce mémoire.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION	16
---------------------------	-----------

LIEUX DE STAGE ET PATIENTS.....	18
--	-----------

1. La rencontre avec Salah au CAMSP	18
--	-----------

1.1 Le CAMSP	18
--------------------	----

1.2 SALAH.....	20
----------------	----

1.2.1 Anamnèse	20
----------------------	----

1.2.2 Environnement familial et éducatif actuel.....	20
--	----

1.2.3 Prise en charge au CAMSP	21
--------------------------------------	----

1.2.3.1 Janvier 2012 – Septembre 2014.....	21
--	----

1.2.3.2 Observations qualitatives du développement psychomoteur	21
---	----

1.2.3.3 Projet thérapeutique 2014-2015.....	22
---	----

2. La rencontre d'Hélène au CMPP	23
---	-----------

2.1 Le CMPP	23
-------------------	----

2.2 HELENA.....	24
-----------------	----

2.2.1 Anamnèse	24
----------------------	----

2.2.2 Bilan psychomoteur	25
--------------------------------	----

2.2.2.1 Tonus, motricité globale, engagement corporel et relationnel	25
--	----

2.2.2.2 Latéralité, connaissance droite/gauche	25
--	----

2.2.2.3 Motricité fine et écriture.....	25
---	----

2.2.2.4 Espace, temps, rythme.....	26
------------------------------------	----

2.2.2.5 Schéma corporel / Image du corps.....	26
---	----

2.2.3 Conclusion du bilan	26
---------------------------------	----

LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE PSYCHOMOTRICE DE L'ENFANT, EN ECHO AVEC SON ENVIRONNEMENT.....	28
---	-----------

1. Brève approche théorique du concept d'identité.....	28
---	-----------

1.1 L'identité selon Alex Mucchielli	29
--	----

1.2 D'autres éclairages théoriques	29
--	----

1.3 Psychomotricité et identité.....	30
--------------------------------------	----

2. La construction identitaire au regard de la psychomotricité	30
---	-----------

2.1 Sensorialité, tonicité, motricité et instrumentalisation dans la constitution de l'identité psychomotrice	31
---	----

2.2 Identité et temporalité.....	33
2.3 Identité et spatialité.....	35
2.4 Structuration psychocorporelle et image du corps.....	37
2.4.1 Structuration psychocorporelle, schéma corporel et conscience de Soi	37
2.4.2 Image du corps.....	38
2.4.2.1 Continuité d'existence.....	39
2.4.2.2 Expérience du miroir	40
2.4.2.3 Image du corps et Identité	41
2.4.2.4 Identité sexuée.....	41
2.5 Identité et développement affectif.....	42
2.6 Identité et développement cognitif	43
3. Bain environnemental et culturel dans la construction identitaire.....	45
3.1 Universalité de la construction identitaire.....	45
3.2 Influence de la culture dans la construction identitaire	47
3.2.1 Composantes culturelles.....	47
3.2.2 Corps et culture.....	49
3.2.3 Culture, histoire groupale et histoire familiale	50
3.2.4 Culture et parentalité.....	50
3.2.5 Quelques mots sur l'adoption et la culture.....	52
3.2.6 Premières confrontations cliniques aux différences culturelles	52
4. L'identité du psychomotricien	55

DESTRUCTURATION ET TROUBLES DE L'IDENTITE QUAND L'ENVIRONNEMENT DYSFONCTIONNE, FRAGILITES IDENTITAIRES DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA RENCONTRE INTERCULTURELLE ET FACE AUX ENFANTS CARENCES 57

1. Carences et troubles identitaires.....	57
1.1 Manifestations affectives des troubles identitaires.....	60
1.1.1 Affectivité, angoisse d'abandon et sentiment de perte.....	61
1.1.2 Attachement aux personnes et aux objets	62
1.1.2.1 Attachement aux personnes	62
1.1.2.2 Attachement aux objets	63
1.1.3 Relations insolites et ruptures relationnelles	64
1.1.4 Désorientation temporelle et pauvreté d'enracinement.....	65
1.1.5 Perte du sentiment continu d'exister et du sentiment d'identité	67
1.1.6 Besoin d'étayage et d'individualité	68
1.2 Manifestations corporelles des troubles identitaires	69
1.2.1 Expression somatique	69
1.2.2 Monde sensoriel de l'enfant carencé.....	71
1.2.3 Dysharmonie tonique et troubles de la motricité globale	71
1.2.4 Participation corporelle au conflit.....	72

1.2.4.1 Régression et collage corporel	72
1.2.4.2 Agitation psychomotrice	73
1.2.5 Difficultés liées au retard dans l'acquisition du schéma corporel.....	73
1.2.6 Fragilités identitaires en rapport avec l'espace	74
1.2.7 Attaque de l'image du corps	75
1.2.8 Troubles de l'identité sexuée	75
1.3 Manifestations cognitives des troubles identitaires	76
1.3.1 Atteinte du développement des intelligences	76
1.3.2 Difficultés scolaires	77
1.3.3 Troubles du langage oral.....	79
1.4 Capacités d'autoprotection et mécanismes de défense	81
2. Blessure narcissique parentale	82
2.1 Grandir et éduquer en situation transculturelle	82
2.2 Difficile acceptation du handicap.....	83
3. Questionnements autour de la dynamique familiale socio-culturelle dans laquelle grandit Salah	84
4. Bouleversement de l'identité du psychomotricien en situation humanitaire ou dans la rencontre interculturelle	87

LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE COMME VECTEUR ET SOUTIEN DE CONSTRUCTION IDENTITAIRE CHEZ LES ENFANTS CARENCES

1. Que perçois-je de la psychomotricité ? Quelques mots pour la définir.....	91
2. Des situations cliniques complexes.....	94
2.1 Rencontre interculturelle	94
2.1.1 Complications transculturelles.....	94
2.1.2 Enrichissement transculturel	96
2.2 Complications de prise en charge spécifiques aux carences.....	97
2.3 Nécessité de stabilité identitaire du thérapeute face aux problématiques abandonniques. ...	99
3. Comment prendre en charge ces enfants non structurés sur le plan identitaire et ancrés dans un environnement si particulier ?	100
3.1 Nécessaire adaptation de la prise en charge	100
3.1.1 Adaptation du psychomotricien.....	100
3.1.2 Adaptation du cadre	101
3.2 Objectifs de prise en charge.....	102
3.2.1 Spécificités de la psychomotricité.....	102
3.2.2 La prise en charge groupale, modalité thérapeutique intéressante	105
3.3 Axes thérapeutiques d'intervention	106
3.3.1 Intégration sensori-motrice et modulation tonique	107

3.3.2 Renforcement ou développement du schéma corporel	108
3.3.3 Renforcement de l'image du corps	109
3.3.4 Travail autour de la temporalité	109
3.3.5 Travail autour de l'espace	110
3.3.6 Intervention sur les plans cognitif et langagier	110
3.4 Evolution de la prise en charge de Salah au CAMSP	111
3.5 Réflexion autour du choix thérapeutique pour Héléna au CMPP	114
3.6 Posture thérapeutique	116
3.6.1 Modalités techniques du travail thérapeutique.....	116
3.6.2 Rôles spécifiques et symboliques du psychomotricien dans la construction identitaire de l'enfant	117
3.6.2.1 Lieu sécurisé d'expérimentation, fournir des repères à l'enfant.....	117
3.6.2.2 Moi auxiliaire, pilier extérieur et tuteur de résilience.....	118
3.6.2.3 Rôle pour la parentalité.....	119
3.6.2.4 Garant des croyances en ses potentialités.....	120
4. Vers la fin d'une prise en charge... Quelle trace laisser ?	121
CONCLUSION	125
BIBLIOGRAPHIE.....	127

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

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

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

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

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

Dr Pascale Pauillac, Pédopsychiatre.

AVANT-PROPOS

Je souhaite dans cet avant-propos retracer les contextes situationnels à l'origine de mes premières réflexions pour ce mémoire. Les expériences décrites ci-dessous ont été vécues dans un cadre extérieur à la formation en psychomotricité, lors de la réalisation de projets de solidarité internationale en 2012 et 2013, respectivement au Burundi et au Népal, via l'association des Scouts et Guides de France¹.

✓ Été 2012 : cinq semaines de vie au Burundi

Deux années de formation et de préparation (logistique, administrative et financière) nous ont été nécessaires pour partir à sept jeunes de 18 ans, cinq semaines, au Burundi. Notre mission sur place consistait à participer à l'organisation logistique d'un rassemblement de 550 scouts venus de toute l'Afrique, dans une province reculée du pays, province accueillant une partie de la population la plus pauvre du Burundi : la « caste » des *Batwas*. Nous avons ensuite partagé le quotidien de familles burundaises, pour enfin proposer des ateliers d'animation dans un orphelinat de la capitale, Bujumbura.

La proximité avec les *Batwas* lors de la première partie de notre projet m'a amenée à me questionner, en tant que future psychomotricienne, sur un postulat théorique enseigné comme essentiel dans l'approche psychomotrice du développement de l'enfant et pourtant si peu convaincant au vu de la réalité du terrain. « L'expérience du miroir est indispensable dans le développement de l'enfant... ». Qu'en est-il de ces enfants, âgés de quatre à quinze ans, qui ont vu pour la première fois leur visage dans le reflet de nos appareils photos ? Pourquoi tant de rires esclaffés en observant leur faciès ou en voyant leur copain se découvrir ? Qu'en est-il de leur construction identitaire ? Est-elle totalement ou partiellement entravée puisqu'ils n'ont pas vécu ce stade du miroir ? Je n'en suis pas si sûre.

De cette confrontation entre une réalité clinique observée et un postulat théorique enseigné sont nées mes premières interrogations autour du concept de culture, autour de l'impact de nos référents culturels et sociaux dans notre approche du soin psychomoteur, et plus ouvertement, dans notre approche de l'Autre et de la relation thérapeutique. Notre savoir et nos connaissances sont fortement influencés par le contexte dans lequel ils ont été intégrés, et il me semble primordial de pouvoir s'en détacher pour fournir une posture la plus objective soit-elle, et pour être capable en tant que psychomotricien de ne jamais oublier le

¹ L'Association des Scouts et Guides de France est « un mouvement catholique de jeunesse qui a pour but de contribuer à l'éducation des enfants et des jeunes et à leur engagement dans la vie sociale selon les buts, les principes et les méthodes du scoutisme. Le mouvement est ouvert à tous sans distinction de nationalité, de culture, d'origine sociale ou de croyance ».

Site officiel des Scouts et Guides de France : www.sgdf.fr.

Date de consultation : 16 janvier 2015.

contexte situationnel, environnemental et culturel qui entoure le patient, forgeant d'une part son identité mais participant aussi à la création d'un cadre thérapeutique singulier.

Je reviendrai au cours de cet écrit sur cette question du stade du miroir dans le développement de l'enfant et sur les interrogations qu'elle a soulevées, mais je souhaite avant tout exposer ici une deuxième expérience vécue sans lien direct avec la psychomotricité, et qui pourtant m'a fait réfléchir en tant que future professionnelle.

✓ Été 2013 : un mois d'animation au Népal

La même équipe est partie l'année suivante un mois au Népal, en partenariat avec l'association CPCS «Child Protection Centers and Services», une association belge fondée en 2002 pour répondre aux besoins des enfants des rues. «Chaque année, des centaines d'enfants quittent leur village et famille pour rejoindre l'eldorado des villes. Commence alors pour beaucoup une vie d'errance qui les confrontera aux milles dangers et tentations que présente la rue (abus physiques, sexuels, moraux, drogues, délinquance, marginalité). CPCS travaille au Népal afin d'apporter un appui à ces enfants et jeunes et éviter que d'autres ne se retrouvent dans pareille situation»². L'association accueille des volontaires internationaux proposant des activités d'animation et de soutien à l'éducation auprès des enfants accueillis dans les centres.

Inévitablement, on devine au travers de ce court témoignage toutes les problématiques identitaires, relationnelles et corporelles qui peuvent apparaître dans une telle situation aux périodes sensibles de l'enfance et de l'adolescence. Mais pour mieux comprendre les enjeux psychoaffectifs et comportementaux qui se jouent pour ces enfants, je vais retracer brièvement l'histoire de ces jeunes qui, en un rien de temps, quittent leur village et leur noyau familial pour «la ville».

Le plus souvent, les enfants accueillis par CPCS sont des enfants issus de villages de montagne lointains de Kathmandu. Ils ont vu passer dans leur village des «hommes de la capitale» qui paraissent si bien habillés, si riches, si cultivés, si... Après une dispute de trop avec leur père ou une diminution des rations alimentaires pour le repas à cause d'une mousson trop forte ou d'une sécheresse anormale cette année-ci, ils décident à un ou plusieurs (parfois dès l'âge de cinq ans) de rejoindre la capitale pour y travailler et gagner de l'argent, dans l'optique de revenir dans leur village et le donner à leur famille pour «mieux» vivre. Ils partent finalement en héros, encouragés et soutenus, et surtout persuadés de leur retour ici. Leur départ représente l'espoir d'une vie meilleure pour toute la famille. Sur leur chemin, ils rencontrent des gens plus ou moins «honnêtes», qui, pour certains, les aideront à poursuivre leur route, et pour d'autres les maltraiteront ou les utiliseront pour des trafics malsains. Si la «chance» leur sourit jusque là, ils arriveront sains et saufs à la capitale, mais y

² Brochure CPCS, site internet officiel : www.cpcs-int.org.
Date de consultation : 16 janvier 2015.

seront très mal accueillis. Chassés des portes devant lesquelles ils s'allongeront pour dormir, les seuls qui leur adresseront la parole seront les «enfants des rues» en train de sniffer de la colle autour d'un réchaud. Ils se réchaufferont auprès d'eux, et goûteront peu à peu au plaisir de la colle qui les met dans un état physiologique tel qu'ils arriveront à oublier l'épuisement de leur voyage, leur désespoir et leur désillusion. Ces enfants apprendront assez vite à se débrouiller dans Kathmandu grâce à l'aide de ceux présents dans la ville depuis plus longtemps, ils pourront ainsi trouver les bons «plans» pour gagner un ou deux sous. Ils seront peut être amenés par un de leurs amis dans les centres des associations qui proposent à ces enfants un soutien, une écoute, une aide, un toit et des repas tout en essayant de leur faire suivre une scolarité normale, avec pour objectif final de leur permettre de rejoindre leurs familles et retrouver une place dans la société. Evidemment, leur «échec» dans la capitale les empêche de retourner spontanément vers leurs familles, par crainte d'être rejetés puisque revenus sans rien, brisant les belles promesses et la pointe d'espoir qu'ils portaient pour tout un village.

Un tel bouleversement de vie dû au départ et aux expériences vécues impacte certainement la construction identitaire de chacun de ces enfants. Des problématiques relationnelles, psychomotrices et développementales dues aux sévices physiques et psychiques subis, au manque de satisfaction des besoins de base, et à un défaut de stabilité environnementale contenante sont implicitement soulevées.

Une fois cette description contextuelle faite, je m'apprête à aborder dans le développement de cette étude quelques éléments qui m'ont fait réfléchir en tant qu'étudiante psychomotricienne en fin de première année l'été du projet, et qui après maturation et nombreuses interrogations, font que cette clinique est aujourd'hui à l'essence même de ce choix de mémoire, bien qu'elle ait été grandement étoffée par des expériences sur mes terrains de stage.

INTRODUCTION

Je ne privilégierai pas au cours de ce mémoire un exposé qui scinde clinique, théorie et discussion mais je souhaite dans mon développement suivre la logique de ma réflexion depuis les premières interrogations qui justifient le choix de ce sujet. En effet, mes premiers questionnements autour de la situation transculturelle sont venus à la suite du projet au Burundi présenté en avant-propos. La rencontre des enfants des rues du Népal un an plus tard a fait murir ces interrogations autour de la relation à l'Autre, être psycho-culturo-moteur baigné dans sa culture d'appartenance. C'est également au cours de ce second projet que sont venus quelques prémisses de réflexion autour de la situation carenentielle. Enfin, mes expériences cliniques de troisième année m'ont confrontée notamment à la dynamique interculturelle, mais également à des enfants dont les principales difficultés s'expriment sous forme de troubles de la structuration identitaire, sur un fond commun de situations carentielles précoces.

La carence est communément définie par un manque, une absence. Le bébé humain se trouve, durant ses premières années de vie, totalement dépendant de son environnement. Cet environnement, à la fois matériel, familial, culturel et sociétal est le seul à pouvoir prendre soin de lui et lui permettre d'édifier sa personnalité. Les situations carentielles témoigneraient alors d'une défaillance de l'environnement, qui pour diverses raisons, empêche la construction identitaire d'un enfant en le privant de la satisfaction de certains besoins.

Mêler expériences personnelles et vécu de stagiaire psychomotricienne m'a semblé pertinent puisque ce mémoire permet, au cours d'un processus de maturation relativement long, de lier identité personnelle de sujet, identité en devenir de psychomotricien et apports théorico-cliniques reçus durant ces trois années d'enseignement. Ce travail d'étude comporte ainsi une certaine part de subjectivité, et ce plus spécifiquement du fait qu'un enfant carencé éveille chez le thérapeute des ressentis particuliers et contacte fortement sa propre construction identitaire. Il me semble nécessaire de ne pas se laisser submerger par ces processus constitutifs de l'interaction thérapeutique en psychomotricité, mais d'être capable d'y porter attention pour les rendre moteur de prise en charge plutôt qu'obstacle.

Dès lors, je me suis posée la question suivante : comment la thérapie psychomotrice peut-elle soutenir la construction identitaire chez ces enfants carencés ?

Ces trois expériences m'ont intéressée d'une part par la problématique commune qui les lie, et d'autre part par les différents moyens qu'ont trouvé chacun de ces enfants pour exprimer leur souffrance. Ces enfants carencés «parlent leur souffrance» notamment par un langage corporel symptomatologique si expressif qu'il sollicite la structuration interne du psychomotricien, dont l'identité peut s'avérer fragilisée dans la rencontre avec ces enfants. Cette prise en considération particulière du langage du corps nous permet de rester dans le

champ de la psychomotricité, en ne traitant pas exclusivement des aspects éducatifs et psychologiques auxquels les carences relationnelles font également écho.

La rencontre interculturelle lors des projets solidaires au Népal et au Burundi et l'impact de l'environnement socio-culturel de l'enfant dans sa construction identitaire m'ont fait étendre ma réflexion autour de la notion de culture et de l'importance de repères environnementaux stables dans la structuration de l'identité.

Ainsi, en suivant le fil logique de ma réflexion, j'ai souhaité exposer en avant-propos les contextes situationnels à l'origine des premières réflexions autour de ce mémoire, pour ensuite décrire dès le début de mon développement les cadres institutionnels qui m'ont permis de rencontrer Héléna et Salah.

Les problématiques de ces enfants s'exprimant sur un registre de «pathologie de l'identité», il m'a semblé nécessaire d'interroger premièrement la construction identitaire «normale» de l'enfant au regard de la psychomotricité, tout en établissant les liens avec l'environnement socio-familial et culturel qui contient l'enfant. J'introduirai également dans cette première partie quelques éléments sur la construction identitaire du psychomotricien.

Dans une seconde partie, je tenterai de comprendre la symptomatologie de ces enfants qui s'expriment dans un triple langage affectif, corporel et cognitif. Parallèlement, je décrirai les fragilités de l'identité du thérapeute dans la rencontre interculturelle et face aux enfants carencés.

Enfin j'exposerai, pour conclure ce mémoire, les différents éléments qui me laissent penser que la thérapie psychomotrice est tout à fait adaptée pour ces enfants, mais qu'elle nécessite d'être pensée, ajustée et établie selon un cadre bien spécifique qui prend en compte les troubles de l'enfant mais également les résistances qui peuvent naître chez le thérapeute. Finalement, cette dernière partie questionnera les moyens qui permettent de «jongler» avec ces diverses fragilités pour rendre possible la rencontre de deux identités au sein de l'espace psychomoteur.

Partant de diverses hypothèses et questionnements à la fois personnels et cliniques, je mêlerai tout le long de ce mémoire réflexions autour de ma clinique de stage et apports théoriques qui font référence à cette «pratique de terrain». Des interrogations autour de mes expériences au Burundi et au Népal ponctueront mon discours, qui restera principalement axé autour des prise en charge de Salah et Héléna, respectivement au CAMSP et au CMPP.

LIEUX DE STAGE ET PATIENTS

1. La rencontre avec Salah au CAMSP

J'effectue cette année un stage long de deux jours par semaine dans un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) d'une banlieue parisienne, lieu de rencontre avec Salah³, jeune garçon dont j'évoque la prise en charge psychomotrice au cours de ce mémoire. Je souhaite pouvoir définir ici le contexte spatial, temporel, technique, idéologique et historique qui me permet de rencontrer cet enfant dans une perspective de soins. Attachant une grande place dans ce mémoire à l'impact que peut avoir l'environnement sur la construction identitaire d'un enfant et sur la création d'une relation thérapeutique, il me semble primordial de définir le cadre de référence d'où je tire mes observations, influençant certainement les aspects de la rencontre et les modalités de prise en charge. Je décrirai succinctement le contexte historique et technique du CAMSP, évoquerai ensuite la place de la psychomotricité dans cette structure, et présenterai enfin ma posture subjective en tant que stagiaire.

1.1 Le CAMSP

Le CAMSP est sous la gestion d'un centre Hospitalier regroupant l'ensemble des disciplines médicales et médicotechniques d'un hôpital de type général. Le CAMSP qui nous concerne ici est une antenne ouverte en 2011, annexe du CAMSP principal situé dans une ville voisine et existant depuis 1990. L'ensemble des deux structures accueille 388 enfants pour une capacité de 340 places (250 enfants sur la structure principale, 90 sur l'antenne annexe).

Le cadre juridique de l'Action Médico-Sociale précoce est défini par la loi du 30 juin 1975, complétée par le décret du 15 avril 1976. Le cadre légal stipule que l'enfant est au centre du dispositif de soin et que les droits des enfants accueillis doivent être respectés selon la *Loi relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé* du 4 mars 2002.

Le CAMSP accueille des enfants de la naissance à six ans et présentant des difficultés diverses : handicaps avérés connus depuis la période néo-natale voire anténatale ; handicaps suspectés en observation de divers symptômes : retards de développement global ou affectif, anomalies neurologiques, troubles du comportement ou de la personnalité, troubles des apprentissages, troubles instrumentaux neuropsychologiques ; suspects de pouvoir développer des difficultés sur le plan neurologique, psycho-affectif et/ou comportemental en raison d'évènements de vie douloureux (carences éducatives, prématurité, pathologies lourdes en période néo-natale). Le CAMSP prend le parti d'accompagner les familles dans un objectif de prévention, de dépistage, de traitement et de guidance.

Sa localisation le situe dans une zone à grande diversité culturelle.

³ Par souci d'anonymat, les prénoms des enfants ont été changés.

L'équipe du CAMSP est sous la direction d'un médecin, chef du service de Pédiatrie-Néonatalogie de l'hôpital dont dépend le CAMSP, et sous la responsabilité médicale d'un neuropédiatre. Actuellement, l'équipe est composée d'une psychiatre, d'un cadre socio-éducatif, d'une secrétaire, d'une assistante sociale, d'une puéricultrice, de deux psychologues, d'une neuropsychologue, de deux orthophonistes, d'une kinésithérapeute, de trois psychomotriciennes, d'une ergothérapeute et d'une éducatrice de jeunes enfants.

Dans le projet d'établissement, la prise en charge en psychomotricité est définie ainsi : *«les psychomotriciens ont des prises en charge individuelles ou en petit groupe. Ce sont eux qui reçoivent le plus grand nombre d'enfants. Leurs prises en charge s'adressent aux enfants présentant des difficultés très diverses : immaturité, troubles d'organisation corporelle et motrice, difficultés de structuration physique et psychique, troubles des apprentissages et troubles du comportement...».*

La psychomotricité est prescrite au CAMSP de façon le plus souvent adaptée, et son utilité dans la prise en charge des patients est tout à fait reconnue, aussi bien par l'équipe que par les familles. Les médecins formulent la demande d'un suivi en psychomotricité, et sont en attente de façon régulière de compte-rendus de ce qui se déroule en séance.

Trois psychomotriciennes se partagent deux salles, tout en s'assurant d'une immuabilité de la salle pour chacun des enfants reçus. Les salles sont petites, mais fournies en matériel. Toutefois, pour la réalisation de parcours psychomoteurs ou d'activités motrices nécessitant un investissement de l'espace, les psychomotriciennes sont souvent amenées à utiliser les couloirs et espaces d'attente, lorsque ceux-ci sont vides.

Ma maître de stage est psychomotricienne diplômée d'Etat depuis 1988 et formée spécifiquement auprès d'Enfance et Musique en lien avec le handicap. Elle utilise ainsi régulièrement et principalement les médiations du chant et du rythme, que je trouve très pertinentes auprès des enfants que nous recevons, permettant une structuration psychocorporelle, spatiale et temporelle, et constituant une voie d'accès ludique et dynamique aux processus de mémorisation, de langage, de planification, d'attention, et de représentation mentale, essentiels dans le développement de l'identité psychomotrice dans la période de la Petite Enfance. Les vibrations et les bercements du chant sont pour la plupart des enfants facilitateurs d'une détente corporelle.

Ma place de stagiaire est bien définie dans l'institution, vis à vis de la psychomotricienne que je suis mais aussi vis à vis de l'équipe du CAMSP. J'ai été chaleureusement accueillie et intégrée dans les différentes démarches d'équipe. Je ne peux participer aux réunions de synthèse en raison de mon indisponibilité, mais suis souvent conviée aux synthèses école et aux visites en crèche lorsqu'il s'agit d'enfants pour lesquels je participe à la prise en charge. J'ai également été invitée à assister au dépistage neuro-moteur à l'hôpital avec la kinésithérapeute du CAMSP. Ma maître de stage m'a confié la réalisation de bilans psychomoteurs et le guidage de certaines séances, et me sollicite pour la rédaction de compte-rendus de prise en charge. Il s'agit ici d'une relation de coopération, très enrichissante pour moi.

1.2 SALAH

1.2.1 Anamnèse

Salah est un jeune garçon de six ans suivi au CAMSP depuis ses deux ans et demi. Il est le premier enfant de parents d'origine Algérienne consanguins. La grossesse fut marquée par un retard de croissance intra-utérin majeur. Il est né le 04/04/2009 à 31 SA + 6 jours, d'une prématurité induite pour anomalie du rythme cardiaque fœtal.

Salah est décrit par ses parents en période post-natale comme un enfant calme, qui dort bien et pleure quand il a faim. Salah présente des difficultés alimentaires majeures qui nécessitent la mise en place d'une alimentation entérale continue par gastrostomie, à 1 an et 3 mois d'âge corrigé. A cet âge, l'examen psychomoteur est qualifié de très satisfaisant par l'équipe médicale, les recherches d'anomalies chromosomiques et l'étude génétique du syndrome de Sylver-Russel s'avèrent négatives. Le retard staturo-pondéral toujours sévère retarde les acquisitions psychomotrices, mais n'empêche pas la succession des stades de développement. Selon les compte-rendus médicaux et sociaux, la relation mère-enfant a été très difficile à établir, la maman de Salah se montrant en retrait et hypo-stimulante.

Salah est suivi plusieurs fois en séjours d'hospitalisation pour la problématique alimentaire entre juin et novembre 2010. Le travail thérapeutique autour des repas révèle une grande frustration des parents vis à vis de Salah qui refuse de s'alimenter par voie orale. Des gestes parentaux violents et répétitifs, malgré les sollicitations de l'équipe psychologique, conduisent les soignants à faire un signalement judiciaire. L'alliance thérapeutique est alors rendue très compliquée, ce qui mènera la famille à être réorientée vers un autre hôpital pour le suivi de Salah.

La prise en charge multidisciplinaire entreprise dans ce nouvel hôpital permet une reprise de la croissance staturo-pondérale bien que Salah soit toujours loin de la norme pour les enfants de son âge. Salah marchera à 20 mois. Les parents sont très présents auprès de leur enfant pendant les hospitalisations, et semblent tenir une conduite éducative plus appropriée, ce qui mène à l'élargissement de la mesure judiciaire avec un droit à l'hébergement. Le bouton de stomie a été enlevé en novembre 2014, mais Salah présente toujours des difficultés d'alimentation, sélectionnant la nourriture. A la même période, la mesure éducative (un éducateur se rendait une fois par mois au domicile) a été levée.

1.2.2 Environnement familial et éducatif actuel

Salah est maintenant grand frère d'un garçon de quatre ans et d'une sœur de deux ans, sans pathologie particulière. Son père travaille dans la manutention, sa maman est mère au foyer. La famille est logée dans un appartement de 38m², contenant une seule pièce de couchage et Monsieur dort dans le même lit que Salah par peur que Salah se fasse vomir s'il est seul, comme il le faisait étant petit. Seule la langue parentale (le kabyle) est parlée à la maison mais les parents peuvent s'exprimer en français.

Le père de Salah semble être seul décisionnaire pour tout ce qui concerne Salah et ses prises en charge. En réunion, il s'occupera de Salah et parlera, la mère s'occupera des autres

enfants, dans un silence total. Monsieur emmènera Salah à tous les soins pendant les deux premières années au CAMSP.

Salah est aujourd'hui scolarisé en moyenne section quatre matins par semaine, une AVS⁴ (mutualisée) étant présente deux heures chaque matinée. Le maître d'école signale de nombreuses difficultés, une incapacité à s'adapter au groupe et une recherche permanente d'attention et d'affection, traduite le plus souvent par des conduites agressives auprès d'autres enfants ou par des oppositions et refus des ateliers proposés en classe. L'instituteur se montre, dès le mois d'octobre, très favorable à une orientation en institution spécialisée pour Salah (type IME⁵).

1.2.3 Prise en charge au CAMSP

1.2.3.1 Janvier 2012 – Septembre 2014

Salah obtiendra une place au CAMSP en janvier 2012, et sera suivi les deux premières années en psychomotricité et en orthophonie de façon hebdomadaire pour un retard du développement et des acquisitions, ainsi que des troubles de l'oralité. Des visites à domicile sont régulièrement effectuées par la puéricultrice et l'assistante sociale du CAMSP.

En avril 2013, à quatre ans, le neuropédiatre du CAMSP demande un bilan des fonctions supérieures, effectué par une neuropsychologue. De grosses difficultés et une déficience intellectuelle chiffrée autour d'un QI de 50 seront signalées aux parents, mais sur un contexte de bilan très instable avec une impossible passation de certaines épreuves, ce qui fausse grandement les résultats du Quotient Intellectuel.

1.2.3.2 Observations qualitatives du développement psychomoteur

Aucun bilan psychomoteur standardisé n'a été effectué au cours de ces trois années de prise en charge, la psychomotricienne du CAMSP se basant sur une observation qualitative du développement psychomoteur, psycho-affectif et cognitif de Salah. J'en résumerai ici les grandes lignes, avant de m'y intéresser bien plus spécifiquement plus loin dans le développement de ce mémoire, dans une démarche de réflexion autour de la problématique de Salah et de l'évolution de la prise en charge depuis septembre 2014.

Salah est un enfant vif, désireux d'apprendre, et qui se rend avec beaucoup de plaisir en séance. Sa motricité spontanée est riche, sur un versant très dynamique, mais le contrôle moteur s'avère compliqué ce qui l'amène souvent à se mettre en danger et se blesser. Salah procède beaucoup par imitation pour se lancer dans les apprentissages, après un long temps d'observation qui lui est nécessaire avant de s'engager dans l'action. Il sollicite en permanence l'adulte, par des manifestations corporelles, des invitations à lui prendre la main et le porter, et par un regard intense qui fait briller, sans doute possible, sa demande d'affection. Salah porte une grande attention aux personnes qui sont autour de lui, en

⁴ Assitante de Vie Scolaire

⁵ Institut Médico-Educatif

s'assurant toujours que chacun ait une place, matérielle comme symbolique. Pour exemple, il proposera un siège à celui qui n'est pas assis, et donnera un pion à chacun au lancement d'un jeu. La dynamique affective est au premier plan chez ce garçon, qui demande qu'on prenne soin de lui et s'assure de prendre soin des autres. Il est capable de se poser pour des activités de motricité fine et graphisme lorsqu'un adulte lui propose un étayage contenant dans une relation duelle. Son attention labile témoigne le plus souvent d'une anxiété majeure face à la difficulté qu'il anticipe extrêmement bien. Sur le plan du langage, Salah s'exprime avec des mots-phrases, tantôt en kabyle, tantôt en français, parfois difficilement compréhensibles. Le langage verbal n'est certainement pas le plus prégnant chez lui, ses regards, mimiques faciales et expressions corporelles en disent bien plus... D'un point de vue plus subjectif, Salah est un enfant très attachant, qui paraît bien plus brillant que ne ce qu'en témoignent les résultats de l'examen neuropsychologique, mais qui semble envahi par sa problématique psycho-affective et son manque de sécurité interne.

1.2.3.3 Projet thérapeutique 2014-2015

Le projet personnalisé de Salah pour l'année 2014-2015 propose une séance individuelle hebdomadaire en orthophonie, un accompagnement social, ainsi qu'une prise en charge groupale hebdomadaire psychomotricité – éducatrice de jeunes enfants. Denia - petite fille de quatre ans qui présente également un retard de langage et une forte immaturité psychoaffective dans un contexte de carences éducatives et affectives - participe avec Salah à ce groupe. Les objectifs thérapeutiques ont été fixés ainsi :

- proposer un espace où l'enfant peut s'exprimer au niveau corporel et affectif,
- initier de nouvelles expériences sensorielles et créer un espace ludique pour amener l'enfant à progresser dans la construction de ses jeux,
- favoriser un soutien de l'enfant dans ses apprentissages préscolaires en lui apportant un étayage afin qu'il puisse davantage répondre aux demandes de l'école.

Il était convenu en début de prise en charge de recevoir les parents en séance de façon ponctuelle, dans un objectif de guidance parentale.

2. La rencontre d'Hélène au CMPP

J'effectue également cette année un stage hebdomadaire en Centre Médico-Psychopédagogique d'une banlieue parisienne. J'y ai rencontré Hélène, petite fille de huit ans.

2.1 Le CMPP

Le CMPP, créé en 1962, est aujourd'hui agréé par la direction de l'action sanitaire et sociale et conventionné par la sécurité sociale. Il est géré par une association Loi 1901.

Le projet d'établissement du CMPP évoque le choix d'une prise en charge pluridisciplinaire dont le support théorique est la psychanalyse, s'appuyant sur les notions freudiennes pour la mise en place des thérapies qui sont citées comme «aucunement systémiques ni cognitivo-comportementales».

Le CMPP, par sa situation géographique, accueille les familles des quartiers les plus populaires de la ville. La majorité des enfants sont scolarisés dans des groupes scolaires à proximité du CMPP, d'autres habitent les villes voisines. Les principales indications de consultations proviennent des enseignants, des médecins de famille, des psychologues scolaires et parfois des familles elles-mêmes. La majorité des enfants accueillis sont d'âge primaire (sept à douze ans). Ainsi, les motifs de consultation sont très souvent la présence de difficultés scolaires, de problèmes de langage, de troubles instrumentaux et de troubles du comportement.

L'équipe médicale et paramédicale est composée de pédopsychiatres, de psychologues, de psychomotriciens, d'orthophonistes, de rééducateurs en psychopédagogie et d'une assistance sociale. Elle est dirigée conjointement par une directrice médicale et par une directrice pédagogique et administrative conventionnée par l'éducation nationale.

Le CMPP est en lien avec différents partenaires des domaines du soin et de la prévention : CMP⁶, PMI⁷, médecins scolaires et hospitaliers, thérapeutes libéraux, services de protection de l'enfance, institutions thérapeutiques ainsi qu'avec les groupes scolaires.

Le premier accueil de la famille est réalisé par la directrice administrative. Un premier rendez-vous suivra, assuré par un médecin de l'institution qui tentera de recueillir un grand nombre d'informations autour de l'anamnèse, de l'histoire de l'enfant et de la famille, et de spécifier le motif de la consultation pour prescrire un bilan psychologique, orthophonique, psychopédagogique et/ou psychomoteur.

Le projet d'établissement définit la «rééducation psychomotrice comme une thérapie à médiation corporelle utilisant le corps comme principal support». La psychomotricité est prescrite de manière quasi systématique par les médecins, et mène parfois à des bilans qui ne peuvent donner suite vers une prise en charge en raison d'une indication pas forcément adaptée. Les listes d'attente sont ainsi très longues.

⁶ Centre Médico-Psychologique

⁷ Protection Maternelle Infantile

La salle de psychomotricité est relativement grande, très fournie en matériel et le sol est fait de moquette. Bien que l'aspect hygiénique de ce revêtement soit discutable, il invite de façon assez marquée les enfants à se mettre au sol spontanément et offre une dimension différente d'une salle parquetée, en terme de jeux et d'exploration de l'espace. Un grand miroir mural, un espalier, et un coin bureau structurent l'espace de la salle.

Diplômée en 2007, ma maitre de stage se reconnaît entre les champs thérapeutique et rééducatif, s'inspirant autant des théories des neurosciences que de la psychanalyse. Elle suit actuellement une formation sur trois ans intitulée «Le corps, le groupe et le mouvement dans leurs dimensions thérapeutiques» et s'en inspire fortement pour ses prises en charge.

J'entretiens une très bonne relation avec ma maitre de stage, dans une richesse de partage d'expériences. J'ai la chance de recevoir un «enseignement» fourni en liens théorico-cliniques et une confiance pour la passation de bilans, le guidage de certaines prises en charge, et la rédaction d'écrits professionnels.

2.2 HELENA

Héléna est une petite fille de 8 ans 3 mois (5/01/2007) scolarisée en CE1. Elle est suivie en psychomotricité au CMPP depuis octobre 2014, en relai d'une prise en charge en libéral. Des difficultés importantes relevées à l'école au niveau du graphisme, de l'attention et au plan spatial l'ont amenée à consulter. Sa maman évoque des problèmes de coordination motrice et de repérage dans l'espace.

2.2.1 Anamnèse

Héléna est d'origine russe. Elle a été adoptée à l'âge de quatre ans par une mère seule, âgée de 49 ans, après deux FIV sans succès. Nous n'avons pas d'informations concernant le père potentiel des FIV, mais au moment de l'adoption la mère d'Héléna vivait seule. Héléna ne parlait ni ne dessinait à son arrivée en France. Elle est suivie dans ce cadre par une cellule COCA⁸. Au plan anamnestique, on ne dispose que de très peu d'éléments. La maman reste très discrète quant à la vie en Russie d'Héléna et nous ne savons pas vraiment de quels éléments dispose Héléna à ce sujet.

Une puberté précoce a été diagnostiquée chez Héléna et elle est traitée par Décapeptyl depuis juillet 2014 pour cela.

En juin, un WISC⁹ a été réalisé, montrant des résultats très hétérogènes (normal faible {86} en vitesse de traitement, normal en raisonnement perceptif et supérieur {120} en compétences verbales et mémoire de travail), un QI total n'a donc pas pu être calculé.

⁸ Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption

⁹ Echelle de Wechsler du développement de l'intelligence chez l'enfant

2.2.2 Bilan psychomoteur

Hélène se présente comme une petite fille fluette et peu féminine dans son apparence. Elle acceptera sans problème de se séparer de sa mère et participera volontiers aux épreuves du bilan. Très rapidement, elle occupera tout l'espace avec son corps et sa logorrhée verbale. Elle peinera à garder une distance relationnelle adaptée avec l'adulte, recherchant activement des contacts physiques. L'ensemble de son bilan sera marqué par des difficultés attentionnelles et une agitation psychomotrice permanente.

2.2.2.1 Tonus, motricité globale, engagement corporel et relationnel

Hélène se montre très dynamique, désireuse de faire des performances motrices. On note une hypertonie associée à une agitation permanente. Dans les rares moments où Hélène ne s'agite pas, on observe des auto-contacts (croisement des bras, des jambes...) ou bien la recherche d'un collage physique au corps de l'adulte. Sa motricité spontanée, bien que très tonique (donc peu fluide), est très riche et tout à fait conforme à la norme attendue pour son âge. Elle occupe énormément l'espace avec son corps et recherche souvent des appuis (internes par les auto-contacts, ou externes en agrippant des objets ou en contactant le corps d'autrui) comme si elle en manquait. Dans sa relation à l'autre, Hélène a du mal à gérer les distances relationnelles : elle intruse souvent l'espace d'autrui et vient s'y coller, comme si elle cherchait une limite qu'elle ne peut trouver en son propre corps.

2.2.2.2 Latéralité, connaissance droite/gauche

La latéralité est croisée et homogène. Hélène ne différencie pas la droite de la gauche sur son propre corps, alors que ceci devrait être acquis pour son âge.

2.2.2.3 Motricité fine et écriture

Les différentes manipulations proposées sont réalisées avec précision et une bonne coordination bimanuelle. On note quelques difficultés de déliement digital, isoler le mouvement des doigts lui étant très coûteux en énergie et en attention. Des syncinésies d'imitation et à diffusion tonique sont observables lors des manipulations, et des syncinésies bucco-faciales apparaissent lors des activités complexes (ex : découpage).

Pour l'écriture, la prise est tripodique mais sans pince finale. Le poignet est verrouillé et les doigts sont crispés sur le crayon. Les appuis sur la chaise ne sont pas adaptés. Les appuis au sol sont inconsistants : Hélène balance sans arrêt ses jambes sous la table. Hélène dit volontiers ne pas aimer l'écriture, et s'agite particulièrement lors de la passation du BHK¹⁰. On note de légers blocages respiratoires et de nombreuses réactions tonico-émotionnelles sur cette activité qui lui puise beaucoup d'énergie. Hélène copie lettre par lettre, ce qui lui fait

¹⁰ Echelle d'évaluation rapide de l'écriture

parfois perdre ses repères. La vitesse de copie est très lente (-1,7 DS) mais la qualité reste correcte avec des lettres bien formées bien que grosses.

2.2.2.4 Espace, temps, rythme

Le vocabulaire spatial est parfaitement acquis, et Héléna montre une bonne représentation de l'espace qui l'entoure, pouvant effectuer facilement des déplacements avec contraintes. La figure de Rey B montre de bonnes capacités visuo-spatiales, mais le rappel en mémoire est difficile, probablement par un «bâclage» de l'activité.

Pour le vocabulaire temporel, Héléna ne maîtrise pas les notions de mois et d'année. Elle se repère bien dans la semaine, et connaît sa date de naissance. Héléna est performante pour la reproduction de structures rythmiques, mais peine à maintenir son attention au cours du test.

2.2.2.5 Schéma corporel / Image du corps

Les somatognosies montrent une excellente maîtrise du vocabulaire corporel pour son âge. L'imitation de gestes de Bergès-Lézine montre un bon repérage corporel avec une bonne maîtrise praxique, en réversibilité. Les difficultés à différencier la droite et la gauche paraissent donc d'ordre sémantique et langagier mais le repérage spatial sur son corps et celui de l'autre semble acquis.

Le dessin du bonhomme est plutôt atypique mais assuré : Héléna dessine un garçon de 15 ans, qu'elle nomme Léo et auquel elle semble s'identifier. Elle ponctue son discours de «je n'aime que les trucs de garçon».

2.2.3 Conclusion du bilan

Les différentes observations au cours du bilan montrent une enfant qui a beaucoup de mal à éprouver son corps comme bien délimité et lui appartenant. Elle a parfois des gestes brusques envers elle-même, et dit se bagarrer tous les jours avec les garçons lors de ses jeux. Il nous semble qu'elle cherche à s'éprouver de cette manière-ci, agitée et parfois agressive. Parallèlement, Héléna montre beaucoup d'interrogations autour des différences sexuelles entre filles et garçons, et semble très vite excitée pulsionnellement par les éléments se rapportant au corps. Elle peut ainsi soulever son tee-shirt en séance et raconter des épisodes où elle et une amie se touchent le sexe. On observe également des éléments caractéristiques des problématiques abandonniques, dans la recherche permanente de contacts, dans l'intrusion et le collage au corps de l'autre, comme si elle cherchait à faire sien le corps du thérapeute. Ses auto-contacts et auto-agrippements semblent être une tentative de réassurance et regroupement. Elle mordille souvent une mèche de cheveux, avouant même les manger quand ils tombent. Tous ces éléments laissent à penser que Héléna est en pleine quête identitaire sous un fond de pulsionnalité très active. Elle cherche à percevoir les limites de son corps dans l'action et le contact direct mais aussi à mettre du sens sur sa pulsionnalité en questionnant la différence des sexes, les identifications... Cette attitude paraît

indispensable à prendre en compte dans la prise en charge d'Hélène, sa quête identitaire s'exprimant ici verbalement et surtout corporellement. Cela peut être mis en lien avec sa puberté précoce mais aussi en amont avec son histoire adoptive. Le corps semble ici vécu comme un moyen de décharge pulsionnelle intense.

Hélène est une enfant très vive et intelligente. Son inscription dans une relation de bonne qualité, dans son propre corps et dans un «ici et maintenant» semble cependant complètement parasitée par sa problématique psychoaffective, qui retentit sur les plans psychomoteurs et cognitifs. Hélène apparaît en effet comme une enfant perdue, sans repères, en pleine quête identitaire...

Les symptômes observés et à l'origine de la réalisation de ce bilan sont sans doute à comprendre comme l'expression de la souffrance psychique d'Hélène. Une psychothérapie nous a semblé indispensable à mettre en place d'urgence pour qu'Hélène puisse trouver un espace où déposer ses questionnements identitaires. Sur le plan psychomoteur, l'excitabilité corporelle qui agissait Hélène à cette période nous semblait être une contre-indication à la mise en place d'une prise en charge à visée et médiation psychocorporelle. En revanche, une dizaine de séances pour amorcer les prérequis psychomoteurs (autour des appuis, de la structure os, de la mobilisation articulaire, du déliement digital et de la tonicité du membre supérieur) nécessaires à l'écriture ont été mises en place afin de soutenir Hélène sur un plan scolaire et de respecter la demande de la maman qui ne semblait pas encore prête à amorcer une prise en charge en psychothérapie exclusive.

LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE PSYCHOMOTRICE DE L'ENFANT, EN ECHO AVEC SON ENVIRONNEMENT

Avant de parler de troubles ou de déstructuration de l'identité, il me semble primordial d'explicitier le concept d'identité, en premier lieu au regard des sciences humaines et de ses différentes approches théoriques, puis plus spécifiquement du point de vue de la psychomotricité.

Le concept d'identité a été introduit dans les sciences humaines par E. Erikson, en 1950, dans son ouvrage *Enfance et Société*. Depuis, l'attrait pour tout ce qui évoque l'identité s'explique en partie par la «déstabilisation actuelle des individus et des cultures collectives»¹¹. Le bouleversement des repères et des codes sociaux, les progrès technologiques, l'accès aux informations de masse, les possibilités multiples de partir à la découverte du monde amènent aujourd'hui chacun à se questionner autour de son identité, autour de ses identités : qui suis-je, d'où viens-je, où vais-je ?

Dans cette première partie, je vais m'attacher à décrire succinctement le concept d'identité au travers de diverses approches théoriques, notamment celle d'A. Mucchielli¹². J'explorerai ensuite la construction identitaire au regard de la psychomotricité, insistant dans une troisième sous-partie sur l'influence de l'environnement, l'identité prenant sens uniquement en relation, baignée dans un environnement socio-culturel. Une réflexion autour de l'identité du psychomotricien me permettra de conclure cette première partie, indispensable à la compréhension de l'étude théorico-clinique des «pathologies de l'identité» qui suivra.

1. Brève approche théorique du concept d'identité

Le sens commun donné au concept d'identité par le dictionnaire Larousse est le suivant : «*caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité*». Sont évoqués également le «*rapport que présentent entre eux deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite*», le «*caractère de deux êtres ou choses qui ne sont que deux aspects divers d'une réalité unique, qui ne constituent qu'un seul et même être*» et enfin «*l'ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc.)*». De cette définition s'extrait déjà la complexité de la notion d'identité, semblant inscrire l'individu dans son unicité, mais également l'associant à un groupe de semblables. L'étymologie du mot identité vient d'ailleurs du latin *identitas* «qualité de ce qui est le même», lui-même dérivé du latin classique *idem* «le même», alors que nous employons dans le langage courant le terme d'identité pour parler de la spécificité de tel ou tel personne, plus que pour parler des similitudes entre deux êtres.

¹¹ Mucchielli A. 2013, p.4.

¹² Mucchielli A., (2013) *L'identité*, Que sais-je ? Paris, PUF.

1.1 L'identité selon Alex Mucchielli

A. Mucchielli rappelle dans son ouvrage les fondements indiscutables de l'identité, autant biologiques que génétiques, psychologiques, relationnels et culturels. En revanche, il préférera moins s'attarder sur ces aspects que sur l'apport d'une nouvelle définition «sciences humaines» de l'identité. Dés lors, il définira l'identité comme «un ensemble de significations apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs¹³». Elle s'avère ainsi être une construction psychobiologique et socioculturelle, toujours plurielle et liant ensemble une multitude d'autres identités. L'identité se détermine selon des référentiels variés, à partir desquels des disciplines multiples telles que l'ethnologie, la sociologie, les sciences politiques *etc.* s'appuient pour décrire au mieux une population, une organisation donnée. Ces différents «référénts identitaires» trouvent leur source dans des caractéristiques écologiques, matérielles, physiques, historiques, culturelles, psychosociales et relationnelles. L'identité se joue dans une double construction : de la perception de mon identité par moi-même à la perception de mon identité par l'autre. S'établit ainsi un «processus circulaire de l'identité», l'acteur lui-même ainsi que les autres acteurs qu'il côtoie influencent conjointement l'identité mais aussi leur perception de l'identité.

De plus, A. Mucchielli parle du «sentiment d'identité», indissociable de l'identité propre. En effet, le sujet a besoin de se sentir et de vivre en tant qu'Être avec une identité. Ce sentiment d'identité est composé des sentiments «d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence»¹⁴. Le sujet doit finalement avoir conscience de Soi, de son être corporel, de l'estime de Soi, de son identité dans le temps, des estimations sociales de son groupe d'appartenance, de sa faculté de raisonnement.

Ainsi, l'identité psychosociologique telle qu'elle est décrite par A. Mucchielli est un ensemble de processus d'intégration et de «synthèse affectivo-cognitive» édifié autour d'un ensemble de référents subjectifs, sociaux et matériels, et prenant sens grâce au «sentiment d'identité».

1.2 D'autres éclairages théoriques

L'attrait particulier pour cette notion d'identité en fait un sujet traité par toutes les disciplines. Ainsi sont publiés chaque année de nombreux ouvrages, tentant d'apporter au travers de références relatives aux principes de base de telle ou telle théorie, une explication aux troubles et questionnements identitaires qui déstabilisent actuellement les identités individuelles et collectives. Nous pouvons citer l'approche de l'analyse transactionnelle (E. Berne), celle de la phénoménologie sociale (R. Laing), du structuralisme (C. Lévi-Strauss), du culturalisme (R. Linton ou J.S. Bruner) parmi tant d'autres. S. Freud conceptualisera en psychanalyse l'identité comme se construisant au cours du développement par des

¹³ *Ibid.*, p.10.

¹⁴ *Ibid.* p.39.

discontinuités et conflits entre les différentes instances que sont le *Moi*, le *Ça* et le *Surmoi*. E. Erikson (1972) parlera du «sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle».

1.3 Psychomotricité et identité

Finalement, chaque science humaine participe à une sorte de «subjectivisation» de l'identité en en proposant une lecture spécifique en fonction de ses différents modèles et référents théoriques. Il n'est pas de réalité vraie, mais seulement des «réalités de sens», co-construites par les significations et leur intégration pour tel ou tel acteur social. C'est pour cette raison que je m'apprête à traiter de cette notion d'identité au regard de la psychomotricité, mes réflexions s'inspirant aussi bien consciemment qu'inconsciemment des références théoriques enseignées, de ma pratique de stagiaire psychomotricienne que de mon identité personnelle de sujet.

Parallèlement, j'ai conscience qu'en écrivant les monographies présentant les patients qui m'ont fait me questionner autour de l'identité psychomotrice, j'ai nécessairement construit mes descriptions en fonction d'un certain contexte s'appuyant sur mes connaissances, sur mes expériences personnelles, mes sensibilités théoriques, mes caractéristiques psycho-sociales et culturelles, sur ma morale éthique et personnelle. Il en sera de même pour le lecteur de ce mémoire, qui nécessairement mettra en jeu des grilles de compréhension qui lui sont propres et lui permettent de mettre du sens sur ce qu'il s'apprête à lire.

Le rapprochement s'établit distinctement ici avec l'identité, qui est donc plurielle et résulte de significations projectives données par soi-même et par d'autres, en fonction de leur propre identité et de leur engagement personnel et subjectif.

2. La construction identitaire au regard de la psychomotricité

Mon identité de future psychomotricienne m'amène à m'interroger sur le concept d'identité au travers des différents aspects qui font la spécificité de notre profession, plaçant le corps au premier plan. Ce corps, «premier organe de la relation» (M. Person), mais également lieu d'impression et d'expression de l'identité : «Il faut passer par le corps pour clamer son identité»¹⁵.

J'interrogerai donc la construction identitaire chez l'enfant et son rapport avec la tonicité, la sensorialité et la motricité, son rapport avec la spatialité et la temporalité, son implication dans la structuration psychocorporelle et la constitution de l'image du corps, et enfin ses liens étroits avec les développements affectif et cognitif.

C'est en réfléchissant autour de cette constitution de l'identité au cours du développement psychomoteur de l'enfant et en rappelant l'impact de l'environnement (géographique, culturel, familial, éducatif, affectif et relationnel) dans la possibilité de devenir

¹⁵ Potel C., 2006, p.59.

un être psycho-culturo-moteur autonome que je vais pouvoir en deuxième lieu élaborer autour des troubles et problématiques identitaires qui font l'objet de ce mémoire. En effet, aborder les défaillances de la construction identitaire nécessite d'être à-même de comprendre comment s'élabore cette construction identitaire.

2.1 Sensorialité, tonicité, motricité et instrumentalisation dans la constitution de l'identité psychomotrice

Le développement psychomoteur de l'enfant repose sur ces deux postulats, aujourd'hui difficilement contestables : l'intrication de la maturation neurophysiologique et des expériences de l'environnement. On parle donc de facteurs individuels, structurels, corporels et singuliers qui s'inscrivent dans une enveloppe culturelle déterminée. Les facteurs structurels individuels possèdent une sorte d'universalité, autour de laquelle les expériences de vie forgeront une diversité entre les individus. La métaphore de l'arbre utilisée par S. Robert-Ouvray témoigne bien de ceci : on est face à un tronc commun avec des feuillages très diversifiés.

La première identité selon S. Robert-Ouvray est un «Moi tonique». Les différentes fonctions toniques (fonction antigravitaire, fonction d'orientation et d'intégration, équilibre, ajustements posturaux, coordination et dissociation) s'élaborent selon la maturation cérébrale, guidées par les lois céphalo-caudale et proximo-distale. Le tonus est extrêmement lié aux émotions : toute émotion s'accompagne de manifestations toniques et agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel. Le tonus est alors support des émotions. Ceci s'observe aisément chez le nourrisson qui libère le trop-plein tonique dans des cris ou des pleurs censés susciter l'intérêt de la mère qui y répondra en tentant d'y mettre du sens. Cette interprétation maternelle est fondamentale car elle inscrit le bébé dans la communication humaine.

Evoquer le tonus comme support des émotions et support de la relation m'amène à parler de «dialogue tonique», notion fondamentale en psychomotricité introduite par J. de Ajuriaguerra dans la continuité des travaux d'H. Wallon. «La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique»¹⁶. Le bébé est actif dans ce dialogue tonique qui constitue un système de correspondance entre le vécu corporel de l'un et de l'autre, d'où la nécessité d'un bon accordage corporel. Les écueils dans cette communication corporelle, s'ils sont répétitifs et/ou excessifs, signent les discordances interactionnelles précoces, et influencent à la fois le devenir psychique et physique de l'enfant. La tonicité étant un socle fondamental à la construction identitaire, les troubles toniques sont à explorer dans les troubles identitaires que rencontrent les enfants dont j'aborde les situations.

¹⁶ Ajuriaguerra, 1962.

Tonus et sensorialité sont extrêmement liés. Pour S. Robert-Ouvray, la tonicité assure tout au long de notre vie la fonction d'agent intégratif des stimulations internes et externes, en complément des fonctions de clivage, projection et introjection favorisant l'acquisition d'un tonus axial et d'un axe corporel, menant ainsi vers la construction d'un sujet individualisé et singulier. C'est dans ses travaux sur la théorie de «l'étagage psychomoteur», où la dialectique entre les polarités opposées s'organise selon quatre niveaux étayés les uns sur les autres, que l'auteur établit le lien entre tonicité et sensorialité. Les niveaux suivants seront ceux des affects et des représentations.

La sensorialité permet l'établissement des processus de subjectivation. Bullinger évoque l'harmonisation entre la proprioception et la sensorialité de surface comme facteur de délimitation interne/externe. La sensorialité, qui fait le lien entre le monde interne et le monde externe du bébé, permet la rencontre entre le corps et l'environnement. La peau permet ainsi de définir la surface du corps, d'en tracer les contours. La subjectivation sera alors «l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre»¹⁷. E. Pireyre cite la phrase suivante pour résumer la théorie de Bullinger : «la régularisation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des différents segments corporels ainsi que les représentations de l'organisme sont les différentes facettes de la construction de la subjectivité»¹⁸. «Plutôt que la perception elle-même, c'est ressentir l'expérience de la perception qui pourrait apporter le sentiment d'identité»¹⁹.

Le sentiment d'identité implique la conscience d'un ensemble de sensations corporelles. La maturation neurobiologique permet au bébé l'intégration de sensations spécifiques le différenciant de sa mère. La constitution du schéma corporel sera également un fondement à la constitution du sentiment corporel. Les sensations «nous rappellent constamment que nous sommes nous» et participent à l'unification d'un Moi corporel. Les expériences de privation sensorielle que l'on retrouve parfois en remontant à la source des troubles identitaires de certains enfants carencés montrent le sentiment d'aliénation ou de non-existence. «Le sentiment banal d'exister repose sur ces stimulations sensorielles incessantes que nos organes des sens envoient à notre cerveau pour permettre la conscience»²⁰.

Les différentes expériences toniques et sensorielles vont peu à peu mener le bébé à se mouvoir et instrumentaliser sa motricité pour rendre fonctionnelles les capacités de préhension et de manipulation du monde. Les équipements musculaires, sensoriels et osseux s'améliorent. Ils favorisent une mise en mouvement de plus en plus autonome et permettent une diversification des expérimentations. L'enfant va se saisir peu à peu des multiples afférences provenant de l'extérieur, et établir ainsi un contact fiable et permanent avec l'environnement, aussi bien matériel que relationnel.

Au vu de la complexité et de la quantité de facteurs impliqués dans cette toute première étape de construction identitaire, et ce à la période sensible des interactions

¹⁷ Pireyre E. (2011), p.63.

¹⁸ *Ibid.*, p.62.

¹⁹ Boulbi, 2002, cité par Pireyre, 2011.

²⁰ Mucchielli A. (2013), p.66.

précoces, on risque d'être confronté très fréquemment à des troubles de la construction identitaire quand ces aspects toniques, sensoriels et moteurs sont défaillants pour une raison ou pour une autre. Ils peuvent être perturbés par un trouble structurel, généralement individuel et se situant plus sur le champ d'un défaut de maturation cérébrale, mais aussi à cause d'une défaillance environnementale, par un excès ou un manque de stimulations, ou par une inadaptation des réponses proposées par l'entourage. Les situations cliniques abordées dans ce mémoire illustreront cette causalité de troubles identitaires.

2.2 Identité et temporalité

La structuration temporelle chez l'enfant s'établit dans son développement de manière très progressive, en fonction des expériences sensorielles, motrices et relationnelles vécues et du niveau de maturation neurobiologique. Elle est une construction complexe que l'enfant doit élaborer et intégrer. Elle est un outil de compréhension du monde et de l'environnement qui permet au sujet de s'y adapter, de communiquer et de se socialiser. La notion de rythme (issue du grec «rhéo» signifiant «couler») constitue le socle de base à toute structuration temporelle, en parallèle d'autres éléments tels que la structuration spatiale, l'intégration de l'axe corporel et les états d'alternance tonique. «Le rythme est le facteur de structuration temporelle qui soutient l'adaptation au temps»²¹.

La vie du jeune enfant est marquée par une succession de rythmes et de cycles de base, introduits par l'environnement, et plus spécifiquement la mère. L'enfant s'inscrit dans la temporalité de sa mère, qui apporte de la régularité et de la répétition en fonction des besoins biologiques et physiologiques de son enfant. Il va ainsi connaître une succession d'états toniques, de confort et d'inconfort, de douleur et de mal-être, d'expériences temporairement déstructurantes auxquelles la mère et l'environnement vont répondre pour procurer un apaisement, un réconfort, un soulagement. Ce sont les «macro-rythmes» de Marcelli²². Selon l'auteur, cette rythmicité quotidienne constitue la toile de fond qui permet à la vie psychique de s'élaborer sur les besoins bio-psycho-relationnels du bébé.

Ces cycles d'assouvissement des manques et besoins du bébé vont faire vivre à l'enfant une rythmicité de la présence et de l'absence de sa mère, qui lui permettra d'appréhender la temporalité. «*La rythmicité des soins corporels et des apports alimentaires créé elle-même une alternance dans les sensations éprouvées*»²³. L'alternance des stimulations et les réponses positives de l'environnement vont progressivement créer une rythmicité archaïque qui permet à l'enfant d'éprouver les sentiments de continuité temporelle (A. Mucchielli) et de continuité d'existence (A. Damasio), préalables indispensables à la conscience de soi et donc à la structuration identitaire.

«Le sentiment de continuité temporelle est le fait que l'acteur se perçoit identique à lui-même dans le temps et se représente les étapes de sa vie et ses transformations comme un continuum. Cette signification fondamentale : 'Je suis, nous sommes le, les même(s), dans le

²¹ Coste J.C., 1989.

²² Mercelli D., 2007, pp. 123-129.

²³ Lemay M., 1993, p. 120.

temps qui s'est écoulé', provient d'une mise en perspective d'une certaine permanence des critères essentiels de définition de soi. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises de l'identité. Ce sentiment repose également en partie sur un travail cognitif et affectif permanent de synthèse des expériences effectué par l'acteur.»²⁴

Ainsi, le sentiment d'identité s'élaborera seulement si l'environnement parvient à donner aux modifications et aux altérations du rythme de l'enfant un sens en terme de continuité. Si les changements sont perçus comme des ruptures ou des coupures, l'enfant risque d'être confronté à des crises identitaires et des troubles de la structuration temporelle. C'est notamment le cas de Salah et des enfants que j'ai rencontrés au Népal, j'y reviendrai dans ma seconde partie.

Les parents assurent l'inscription des besoins biophysiques de l'enfant dans le temps social. Par une interprétation fine des signaux que leur envoie leur bébé, ils tentent de réagir de façon adaptée, et créent un lien intersubjectif avec leur enfant.

D. Marcelli s'interrogera également sur ce qui permet au bébé de rompre la routine instaurée, ce qui attise sa curiosité et l'invite à explorer de nouvelles activités. C'est alors qu'il parlera des «micro-rythmes», réponses différées dans le temps ou changeantes apportées par la mère totalement disponible pour son bébé. Elle propose ainsi de la nouveauté et un effet de surprise dans le fonctionnement quotidien de leur dyade (R. Spitz), donnant accès à l'inattendu, et préparant le bébé à la confrontation avec l'extérieur.

L'enfant dès ses premiers mois de vie a des besoins antagonistes (stimulations/calme, faim/satiété, autorité/liberté) qui lui apportent un cadre et une sécurité interne lorsqu'ils sont respectés dans leur temporalité. La régularité et la rythmicité de la réponse à ses besoins le protègent de sensations excessivement désorganisatrices et éveillent son désir d'apprendre. Cette régularité reste une nécessité dans son évolution à l'âge adulte.

De la même façon, un enfant en souffrance a besoin de cette cyclicité dans une prise en charge en psychomotricité. Le cadre thérapeutique sera principalement garant de cette régularité. La permanence matérielle spatio-temporelle, la présence du même thérapeute au fil des séances, la fixité des repères internes à la séance tels que le retraitage des chaussures ou les au-revoirs constituent les prémisses de cette rythmicité rassurante et contenante pour l'enfant.

En plus d'être un élément directement impliqué dans la construction identitaire, la structuration temporo-rythmique est également un socle indispensable à l'intégration des autres composantes de la structuration identitaire : l'édification de l'axe corporel, l'exploration de nouveaux schèmes moteurs, les possibilités d'explorations manuelles *etc.* Elle soutient fortement les expériences motrices et les apprentissages, elle est également, selon moi, un moteur crucial dans la prise en charge en psychomotricité.

Les exigences de l'environnement ne sont pas toujours respectueuses du rythme de l'enfant, et réciproquement, l'enfant peut avoir des exigences rythmiques qui déstabilisent les

²⁴ A. Mucchielli (2013), *L'identité*, Paris, PUF, p.25.

parents ou sont en contradiction avec le temps social. La structuration temporelle étant un indispensable à la construction d'une identité psychomotrice stable et relativement bien définie, on peut aisément comprendre les difficultés de repérage temporel chez les enfants qui présentent des troubles identitaires. J'aborderai cet aspect dans la seconde partie de ce mémoire.

2.3 Identité et spatialité

L'espace et le temps constituent un ensemble indissociable. Éléments fondamentaux en psychomotricité, ils sont des composantes majeurs du développement de l'axe corporel, du tonus, du schéma corporel, de la latéralité, de l'agir et de la communication interpersonnelle.

La structuration spatiale est un construit complexe qui s'élabore au cours des expériences vécues, selon la disponibilité et la maturation cérébrale de l'enfant. Elle lui permet de se mouvoir, d'organiser ses gestes, de se repérer dans l'environnement. Elle est également support de la relation et prémisses à la communication. L'espace matérialise aussi une distance, une séparation entre dedans et dehors, entre Soi et non Soi, et va venir structurer la conscience de soi-même. En ceci, l'espace est une composante fondamentale de la construction identitaire, permettant à l'enfant de se sentir individualisé et semblable à un groupe, Être unique et Être dépendant d'un espace environnant.

Espace et sensorialité sont intimement liés. L'enfant va explorer l'environnement selon les modalités sensorielles qui l'attirent ou le repoussent. La perception visuelle et l'audition permettent une estimation et un contact avec l'espace lointain. Le toucher, le goût, l'odorat et le sens kinesthésique sollicitent l'espace proximal, le plus proche de l'axe corporel. L'enfant, par ses tentatives de locomotion, va avoir accès à la permanence de l'espace.

L'espace se construit également dans le développement par le passage d'une posture asymétrique à une autre. La zone orale est un relai permettant l'unification des espaces droit et gauche, facilitant ainsi l'émergence de l'espace de préhension. Bullinger théoriserait autour du lien entre sensorialité et structuration spatiale en ces termes : «Aucun système sensori-moteur ne donne un accès direct à l'espace. Il faut considérer les représentations spatiales comme un langage qui permet aux différentes modalités sensori-motrices de se coordonner. Quand l'œil parle à la main, leur langage est l'espace»²⁵.

L'espace situe le plus souvent un extérieur par rapport à un intérieur. On y trouve la notion de limite, en référence à la constitution des premières enveloppes corporelles et à la conscience d'un Soi unifié et délimité. Le terme «environnant», évoqué en référence à l'espace, renvoie à l'idée d'un cercle autour d'un point central. L'enfant construit son rapport à l'espace environnant autour de son corps propre, point central de toute relation et point central des expériences qui mènent à la connaissance. Au début, l'espace péricorporel autour de l'enfant est restreint, l'enfant est dépendant de l'adulte. L'espace va peu à peu s'éloigner

²⁵ Bullinger A., 2004.

et s'élargir du fait des rencontres. Des mouvements de rapprochement et d'éloignement, de proximité et de distance entre le centre et l'extérieur symbolisent toutes ces rencontres entre Soi et les Autres. Au cours de son développement, l'enfant intériorise la présence permanente de l'adulte et est capable de se sentir en sécurité malgré l'absence et la séparation. L'enfant devra peu à peu, au cours de son développement, structurer l'espace proche avant de structurer l'espace lointain ; la séparation sera spatiale avant d'être jouée symboliquement.

L'espace intéresse la psychomotricité tant dans sa composante sensori-motrice étudiée ci-dessus que dans sa composante relationnelle et socio-culturelle. Les distances relationnelles entre les individus, l'empreinte culturelle dans laquelle ils sont baignés et les codes sociaux façonnent le rapport au corps et à l'espace de l'être humain. «Notre sentiment de l'espace résulte de la synthèse de nombreuses données sensorielles d'ordre visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et thermique. Non seulement chaque sens constitue un système complexe {...} mais chacun d'entre eux est également modelé et structuré par la culture»²⁶.

En effet, le corps se construit par rapport à l'espace physique et matériel qui l'enveloppe, et parallèlement l'espace est construit par l'Homme en fonction de sa propre construction interne. Winston Churchill y faisait allusion quand il disait : «Nous donnons des formes à nos constructions, et, à leur tour, elles nous forment». L'environnement culturel et géographique (en terme de température, latitudes, matériaux présents sur le terrain etc.) influence la typologie du corps spatial, la personnalité et les comportements. Pour exemple, certaines chaînes musculaires (B. Lesage) seront valorisées en fonction du lieu de vie, de la dimension relationnelle et de «l'utilité» du corps dans les activités quotidiennes (par exemple dominance des chaînes de fermeture dans les Andes, dominance des chaînes d'ouverture dans les régions chaudes, tendance à l'extension du haut du corps et à la dominance des chaînes postéro-antérieures et antéro-postérieures {classification de G. Stuyf-Denys} chez les femmes d'Afrique de l'Ouest pour le portage sur la tête et au dos).

E.T. Hall propose une approche éthologique des situations de communication dans son ouvrage *La dimension cachée*. Il introduira le concept de «proxémie» qui est «l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'Homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique». Il parlera de «bulles relationnelles» découpant l'espace relationnel en diverses distances («intime, personnelle, sociale et publique»), régulant les comportements humains et les processus interactionnels dans la rencontre de l'autre. Ces bulles sont incluses les unes dans les autres et sont la résultante de deux facteurs : la perception de l'espace (sur différentes modalités sensori-motrices) et la variable psycho-socio-culturelle individuelle. L'utilisation des sens est un facteur à la fois déterminant dans la perception de l'espace et également changeant d'une culture à une autre.

Les structures proxémiques participent à l'identité groupale, renforçant simultanément les caractéristiques spécifiques du groupe, et assurant la différenciation par rapport aux autres groupes. Elles sont également facteur d'individualité, chacun ayant un

²⁶ Hall E.T., 1966.

rapport à l'espace qui lui est propre, façonné par son expérience personnelle, ses modalités de perception sensorielle et ses affects relationnels.

Le développement du schéma corporel et de l'image du corps, finalement de la structuration psychocorporelle de l'enfant, suppose que l'enfant se reconnaisse au sein d'un espace stabilisé, dont les limites sont clairement définies et dont le contenu est fixe et identifié. L'espace péricorporel néo-natal est appréhendé par la peau, la bouche et la sensibilité proprioceptive. L'espace visuel sera exploré (à partir de deux mois) par la visualisation d'une forme associée aux figures parentales et par des premiers contacts (sourires, gazouillis et agitation motrice) avec l'environnement. Les explorations manuelles permettent les processus d'instrumentalisation, en parallèle de l'éclosion des principes du langage. Par les progrès moteurs et notamment la marche, l'enfant pourra ensuite avoir la sensation de maîtriser de lui-même l'espace et ses composantes. « Cette découverte progressive d'un tel univers qui s'élargit au rythme du processus maturatif suppose une stabilité des objets et, d'une manière plus générale, de tout le territoire dans lequel l'enfant va se déplacer »²⁷.

L'espace structure ainsi l'Homme et son identité, et le protège d'une forme d'aliénation. La désorientation temporo-spatiale (notamment dans la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées) est souvent vécue comme une forme d'aliénation, de non maîtrise de l'environnement, de perte du sentiment de continuité d'existence, éloignant le sujet de la réalité.

Incontestablement, on comprend qu'un enfant privé de cette stabilité des repères environnementaux et relationnels risque d'être confronté à des troubles de l'identité. L'adoption tardive d'Hélène, les hospitalisations répétitives de Salah ou encore le départ de leur village des enfants du Népal illustrent cette problématique. Je m'y attarderai dans la seconde partie de mon travail.

2.4 Structuration psychocorporelle et image du corps

2.4.1 Structuration psychocorporelle, schéma corporel et conscience de Soi

B. Lesage étudie la structure du corps, dans un étayage mutuel permanent entre corps et psychisme, en s'intéressant aux structures anatomiques, à leur organisation, leur intégration dans le mouvement, la connaissance que chacun s'en construit et leur implication dans la relation. Il qualifiera le travail de construction du corps de « structuration psychocorporelle » s'établissant à plusieurs niveaux : l'organisation posturale et l'harmonisation des tensions, les coordinations de gestes, la maîtrise et la richesse de l'expressivité et enfin l'intégration des fondamentaux psychomoteurs. Ils nommera ainsi les sept piliers de la structuration psychocorporelle²⁸ que sont : les flux, le poids et les appuis,

²⁷ Lemay M., 1993, p.127.

²⁸ Lesage B., 2012.

l'axialité, la qualification et l'expressivité du geste, l'usage du corps, le dedans/dehors, et sentir/nommer/symboliser. Un système d'étayage et d'accordage relie ces sept piliers, qui sont autant indispensables à la construction identitaire de l'enfant qu'à l'établissement d'un dispositif thérapeutique en psychomotricité.

La genèse du schéma corporel, défini ainsi par Ajuriaguerra : «Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification» a pour but l'accès à la connaissance de notre corps. Le schéma corporel se construit grâce aux expériences sensori-motrices et évolue au cours de la vie. Son intégration est essentielle pour le déploiement harmonieux de nos actions, pour une efficacité des mouvements du corps, pour la prise de conscience de Soi. Il participe activement à la construction identitaire. La régularité et la rythmicité des expériences sensori-motrices et affectives sont influentes dans l'élaboration de ce schéma corporel. La «prise de conscience personnelle»²⁹ dépend de l'équipement bio-neuro-sensoriel de l'enfant, et des différentes expériences et réponses apportées par l'environnement à son égard. L'aspect relationnel est au premier plan. Les réponses maternelles et la projection de son désir sur les potentialités de découverte de son enfant sont nécessaires pour éveiller chez l'enfant le désir d'apprendre et susciter de nouveaux processus d'expérimentations.

«La première manière d'être au monde du nourrisson est un être-à-la-mère ou être fusionnel avec l'entité maternelle qui est un environnement total, un univers et un climat affectifs»³⁰. La première conscience du nourrisson est alors celle d'un 'Nous', d'un 'On'. «Cet état primitif de syncrétisme, c'est à dire de confusion du Moi avec autrui, évolue progressivement vers plus de conscience propre et de différenciations de Soi (Guillaume, Wallon, Malrieu, Piaget...)»³¹. Ceci constitue la première conscience propre de l'enfant, «entièrement sensitive et émotionnelle»³². Encore faut il que la figure maternelle soit disposée et disponible pour accueillir cette fusion. Les carences interactionnelles précoces subies par Héléna et Salah ont rendu difficile cette prise de conscience de Soi. Progressivement, son rapport à l'espace, au temps et sa sensori-motricité vont permettre au bébé d'intégrer le schéma corporel comme moyen d'organisation de ses mouvements spontanés. S'ensuivront des processus d'imitation et de différenciation, menant à la distinction Moi/non Moi, en lien avec le processus d'individualisation-affirmation de Soi d'H. Wallon.

2.4.2 Image du corps

L'image du corps, outil de lecture psychomotrice, renvoie à de nombreux concepts et approches théoriques que je ne traiterai pas ici de façon exhaustive. Cherchant plus spécifiquement à lier image du corps et construction de l'identité psychomotrice, j'en

²⁹ Lemay M., 1993, p. 120.

³⁰ Mucchielli A., 2013, p.80.

³¹ *Ibid.*, pp. 80-81.

³² *Ibid.*, p.81.

développerai quelques éléments qui me semblent indissociables de la structuration identitaire, et donc implicitement, en introduction de la suite de mon travail, des troubles de l'identité.

«La question de l'image du corps ne peut être posée que dans le cadre d'une relation : la relation sociale n'est pas seulement une relation entre deux personnalités, elle est aussi une relation entre deux corps»³³.

De Wallon à Schilder, de Freud à Haag, de Lacan à Winnicott, de Dolto à Anzieu, et en s'appuyant fortement sur les travaux de Damasio, E. Pireyre a modélisé une nouvelle approche de l'image du corps en psychomotricité, fondant la notion «d'image composite du corps». Il souligne que l'image du corps ne se résume pas à «la représentation que l'on se fait de son corps», représentation mentale et consciente. L'image du corps serait construite vers six/sept ans, puisque l'enfant a traversé toute la période sensori-motrice (J. Piaget), qu'il est arrivé à la représentation par l'image, par le dessin, puis par les mots et la pensée. Elle serait, bien que construite, sujette à de nombreuses variations tout le long de la vie, en fonction des événements et expériences de vie en contact avec l'extérieur. Elle peut ainsi être tout à fait ou partiellement bouleversée et déstructurée par des événements de vie désorganiseurs.

2.4.2.1 Continuité d'existence

E. Pireyre étudie le concept de «continuité d'existence» selon divers apports théoriques. Pour Winnicott, il s'agit d'un «sentiment continu d'exister suffisant», base de la structuration du Moi et qui confère une sensation d'infinité de la vie, malgré les menaces extérieures. G. Haag traite de l'acquisition ou non de la continuité d'existence en fonction des pathologies (autisme notamment). A. Bullinger parle du sensori-moteur comme d'une expérience corporelle de recherche d'organisation interne et d'intégration de l'image du corps dans un «ici et maintenant» sécuritaire et permanent. La sensation donnerait donc accès à la perception, comme le souligne Merleau-Ponty dans son ouvrage *Phénoménologie de la perception*, engageant la sensori-motricité dans la relation, et permettant ainsi le sentiment d'exister. A. Damasio, neurologue américain, introduit la notion de «conscience noyau», dont le fonctionnement est imputable à certaines structures cérébrales dont l'hypothalamus et des noyaux du tronc cérébral. Le sentiment même de soi serait géré par ces structures corticales. Ces différentes conceptions théoriques mettent toutes en avant le tonus, la sensorialité et les émotions ; elles sont complémentaires. L'influence de l'environnement est également abordée. Le sentiment de continuité d'existence représenterait «l'une des premières, l'une des plus archaïques étapes que doit traverser le bébé au cours de son développement. Il s'agit là d'une des premières capacités de base à acquérir pour tout sujet humain. Ses relations, nombreuses et démontrées par la psychanalyse et la neurologie, avec la sensorialité et l'émotion, en font une partie intégrante de l'image du corps. Dans le développement de l'enfant, l'étape suivante sera l'acquisition d'une identité claire et stable»³⁴.

³³ Schilder P., 1968.

³⁴ Pireyre E., 2011, p.58.

2.4.2.2 *Expérience du miroir*

Avant de considérer cette acquisition d'une identité claire et stable, je souhaite revenir sur un autre phénomène constitutif de l'image du corps. Selon de nombreux auteurs, l'expérience du miroir est considérée comme indispensable à l'édification de l'identité du sujet. J'ai amorcé les questionnements qui me taraudent autour de cet «indispensable théorique» enseigné en France selon nos référents culturels et nos repères égocentrés dans mon avant-propos. Les enfants de la caste la plus pauvre que j'ai rencontrés au Burundi ont vu pour la première fois leur image dans le reflet de nos appareils photos. Ce n'est pas pour autant que je peux me permettre de déceler chez eux des troubles de l'image du corps et de l'identité. Il est parfois nécessaire de se détacher de ces référents égocentrés pour considérer l'autre dans son «entièreté», et ce tout particulièrement dans la rencontre interculturelle.

Bien qu'il faille prendre cette «expérience du miroir» à un degré plus symbolique du reflet que l'on a de soi dans le regard de l'autre, la présence d'un miroir dans une salle de psychomotricité où dans une pièce que l'enfant a l'habitude de côtoyer réveille toujours chez lui un important flot de stimulations, d'interrogations et d'expériences sensori-motrices. Il touchera, regardera, sollicitera l'adulte pour essayer de comprendre. Et on insistera d'ailleurs pour qu'il y ait des miroirs dans les crèches ou dans les salles de soins en néo-natalité. Face au miroir, l'enfant est à la fois sujet et objet : «Son moi-je commande à son double, lui-moi, qui exécute»³⁵.

Wallon ne considère pas ce stade du miroir comme une expérience révolutionnaire mais comme un procédé épisodique impliqué parmi d'autres dans la prise de conscience du corps propre. Il décrira tout de même le miroir comme essentiel pour s'identifier soi-même, comme et différent de l'autre.

Lacan décrira en revanche l'absolue nécessité de cette expérience du miroir, comme déterminante pour la constitution du corps propre mais aussi pour l'accès au langage, à la «fonction du je», à la subjectivité. L'enfant, selon Lacan, vivra dans l'ambivalence d'une perception morcelée, vécue du point de vue sensori-moteur, et d'une perception unifiée de son corps, vue dans le miroir.

Spitz, comme Winnicott, a mis l'accent sur l'importance du rôle de miroir joué par le regard maternel, le considérant comme un organisateur fondamental de l'identité³⁶. «Le bébé voit son soi d'abord dans le visage parental puis dans le miroir» (Winnicott). Il reformule le postulat énonçant qu'on se construit par le regard des autres en le spécifiant. Il s'agit plutôt de l'interprétation que l'on donne à ce que l'on croit percevoir du regard de l'autre qui constitue en partie notre image du corps. Ceci jouera un rôle dans notre rapport au monde et dans la possibilité d'édification d'une identité personnelle individualisée. On peut se voir identique dans un miroir à deux moments distincts mais estimer plus ou moins notre image en fonction de notre état affectif et de notre disponibilité psychique à cet instant. Une grande part de subjectivité interfère.

³⁵ Desobeau F., 2010.

³⁶ Mazet P. et Stoléru S., 1993, pp. 80-82.

Le rôle de l'environnement apparaît une nouvelle fois comme essentiel dans l'élaboration de l'identité dans les premières années de vie. De la même façon que l'attachement dépend de la réaction de l'entourage aux appels de l'enfant (*cf. infra p.42*), les réponses de l'environnement vont déterminer la façon dont se perçoit l'enfant. En outre, l'environnement va fournir au bébé des modèles d'identification et de différenciation qui vont l'aider à construire sa propre représentation de lui-même, c'est ce que la psychanalyse nommera «l'idéal du Moi».

2.4.2.3 Image du corps et Identité

Une fois le sentiment de continuité d'existence acquis, l'image du corps continue de se forger peu à peu en étroite corrélation avec l'environnement. Ces deux processus seront imbriqués dans la possible acquisition d'une identité claire et définie. La sensorialité, la tonicité, la structuration temporo-spatiale, les compétences cognitives s'intriquent et s'étayent mutuellement pour permettre l'édification de l'image du corps et du sentiment d'identité. L'identité est parfois «vacillante»³⁷, mais cette incertitude est logique dans le développement. Elle ne peut pas être directement fixée mais nécessite une adaptation permanente aux expériences positives et négatives de l'environnement. Souvent, les jeunes enfants trouvent une forme de réassurance identitaire dans les processus d'imitation. Tant que leur exploitation est limitée, cette tentative de réassurance ne sera pas considérée comme une solution à une problématique. Mais si elle témoigne d'une inconsistance et d'une fragilité pathologique de l'identité, alors, elle peut signer des troubles identitaires. L'emploi de la subjectivisation et du «Je» dans le langage peuvent être des signes à étudier pour comprendre d'éventuels troubles³⁸.

L'identité trouve finalement sa source dans les premières relations affectives et corporelles du bébé avec son entourage. «L'affectation» d'une identité par les parents s'ancre sur les possibilités de ces derniers à laisser place à une forme de subjectivité de leur enfant. Ils doivent permettre à l'enfant de se représenter et se considérer comme sujet semblable mais différent d'eux, dépendant d'eux et autonome. Dans la construction identitaire se rejouent les perceptions du corps. L'image du corps s'établit non seulement par notre propre perception de notre corps mais aussi par le regard des autres. Ceci est flagrant notamment dans les pathologies neurologiques post-traumatiques (Accident Vasculaire Cérébral, traumatisme crânien...) qui provoquent un réel séisme identitaire. Le sujet doit apprendre à vivre «pas tout à fait semblable ni tout à fait différent» de celui qu'il était avant, et ceci se construit majoritairement en relation à l'autre et au travers du regard de l'autre.

2.4.2.4 Identité sexuée

Si le sexe biologique est déterminé dès la période embryologique, ce qu'E. Pireyre appelle «l'identité sexuée» est nettement plus long à mettre en place dans le développement. Le décalage et la «non-conformité» que l'on retrouve parfois entre le sexe

³⁷ E. Pireyre, 2011.

³⁸ *Ibid.*, p.61.

biologique et l'identité sexuée impliquent une forme de traitement perceptif et inconscient de l'image d'être sexué que chacun se fait de lui-même et des autres, incluant ainsi cette notion dans le concept, plus large, d'image du corps.

L'identification sexuelle joue un rôle central dans le processus d'identification. Elle est particulièrement active au moment de la phase Oedipienne (S. Freud) et devient ensuite l'un des mécanismes principaux de la dynamique identitaire. Elle s'établit initialement par l'identification aux figures parentales, puis aux pairs du même âge, en parallèle de l'adhésion ou non à la dynamique et aux représentations familiales et culturelles. Le terme d'identité sexuée recouvre le sentiment d'appartenir à un sexe et l'appropriation des caractéristiques de ce sexe, définies notamment par la culture. Ainsi si l'identité sexuée est définie anatomiquement par la genèse embryologique, c'est dans la relation à l'autre, dans la rencontre de l'altérité qu'elle s'édifie. L'environnement propose volontairement ou implicitement des modèles identificatoires au sujet, qu'il est libre (le plus souvent) de s'approprier ou non. L'individuation du sujet s'effectue par l'inscription du corps dans le monde social, notamment par les soins corporels proposés au bébé, variant selon le sexe de l'enfant dans la plupart des sociétés traditionnelles.

2.5 Identité et développement affectif

Le développement affectif est extrêmement lié à tous les autres domaines du développement psychomoteur de l'enfant. Ceci offre au développement affectif une composante multifactorielle complexe.

Laplanche et Pontalis³⁹ définissent les affects comme «les états affectifs pénibles ou agréables, vagues ou qualifiés qui se présentent sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale». S'établit implicitement le lien avec les émotions et les possibilités de perception et d'intégration de ces émotions. Les émotions ne sont pas (ou rarement) vécues à un niveau individuel. Elles impliquent un système de relation, de confrontations inter et intra personnelles avec l'environnement et les différents acteurs de cette atmosphère de vie de l'enfant, principalement les figures parentales qui l'accompagnent au quotidien.

D.W. Winnicott évoque le développement affectif de l'enfant dans son ouvrage *Processus de maturation chez l'enfant*. L'enfant passerait de la dépendance à l'indépendance, par un niveau de dépendance relative. L'auteur insiste sur le rôle capital de l'environnement «suffisamment bon» soutenant les étapes de sa maturation afin que les expériences vécues opèrent positivement sur le sujet. La mère, dans son état de «préoccupation maternelle primaire», élabore des processus d'identification à son bébé. Sa perception des signaux sensoriels, corporels et psychiques du bébé lui permet de contenir, transformer et soulager ses sensations de souffrance. Winnicott évoque pour cela trois fonctions maternelles primordiales : tenir (*handling*), contenir (*holding*) et présenter des objets (*object presenting*) : «c'est grâce aux soins de la mère que le bébé acquiert progressivement la capacité de se percevoir comme un organisme unitaire autocontenu par une membrane limitant le dedans

³⁹ Laplanche J. et Pontalis J.B., *Vocabulaire de la Psychanalyse*, 1997.

et le dehors»⁴⁰. Tout ceci conduirait à une élaboration efficace du *self* qui faciliterait l'unification et la construction du «Moi». Le Moi «se construit à partir des sensations éprouvées, des expériences vécues et de séries d'identifications. Il est à la fois le lieu de l'identité personnelle, du contrôle du comportement, du rapport aux autres et de la confrontation entre la réalité extérieure, les normes morales et sociales et les désirs inconscients»⁴¹.

Ce dialogue interactif avec les figures parentales se vit dans le corps du jeune enfant. D. Stern apporte la notion «d'accordage affectif», dans *Interactions précoces et recherches* de Ph. Mazet et A. Feo. Il s'agit là d'une transposition intermodale qui va rendre possible le partage de la vie subjective du bébé avec sa mère afin qu'elle puisse s'y adapter.

J. de Ajuriaguerra, dans la continuité des travaux d' H. Wallon, développera le concept de dialogue tonico-émotionnel, rendant possible l'intégration pour l'enfant du dialogue affectif⁴².

J. Bowlby parlera de l'attachement à la figure maternelle. Il servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. L'enfant développerait dès son plus jeune âge un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. J. Bowlby énonce que ce lien d'attachement, en s'intériorisant, serait par la suite un référentiel à toutes les relations intimes et sociales de l'individu.

Enfin, bien que les premiers mois de vie de l'enfant soient marqués par une relation fusionnelle et symbiotique avec sa mère basée sur des «patterns d'attachement» caractéristiques, s'ensuivra la nécessité d'apprendre à se séparer, la possibilité d'être seul, de se reconnaître et se sentir entier et solide sans la présence maternelle permanente. La plupart des enfants qui présentent des difficultés dans les séparations sont des enfants qui ont eu un défaut d'attachement. On rappelle alors la nécessité «*de bien s'attacher pour mieux se détacher*»⁴³, voie normale de l'individuation.

Tous ces processus d'attachement, d'accordage, de dialogue interactionnel et émotionnel constituent les étapes nécessaires au développement affectif de l'enfant. Elles lui confèrent, lorsqu'elles sont vécues de manière stimulante et adaptée, la possibilité de se construire une base de sécurité interne dans laquelle il trouve des repères fixes et immuables, fondement indispensable de l'élaboration de son identité d'être humain, semblable mais différencié des autres.

2.6 Identité et développement cognitif

Les premiers mois de la vie sont caractérisés par une équivalence entre tonicité, sensations, mouvements et gestualités, images et émotions. Le corps est le lieu d'expression des tensions, il éprouve, contient et élabore les sensations psychiques comme physiques. Par

⁴⁰ D.W. Winnicott, cité par A. Le Nestour et G. Danon, Des vécus corporels primitifs à l'intégration somato-psychique, in *Enfance & Psy*, n°20, p.16.

⁴¹ Dico Psycho, *Psychologies.com*.

⁴² Joly F. et Labes G., 2009, p. 60-62.

⁴³ N° 155 / 2008 - *S'attacher pour mieux se détacher*, Les XXXVIe J.A. de Tours, organisé par le SNUP.

défaut de maturation neurosensorielle, tout ce que le bébé vit passe par le corps, et toutes ses réactions à l'environnement sont corporelles. Cette période de vie évoque une impossible différenciation des composantes corporelles et psychiques d'une situation. Les représentations mentales sont pour l'instant impossibles, et «l'énergie physique corporelle est utilisée comme prolongation de l'énergie psychique d'une pensée pas encore présente⁴⁴».

Progressivement, par l'élan vital caractéristique de l'humain qui le mène à vouloir explorer et s'adapter à son environnement et par la maturation neurologique, l'activité psychique va se développer pour lier réalité interne et réalité externe et donner accès aux représentations. Peu à peu, «penser à soi» et «penser sur soi» vont remplacer la fonction archaïque de «sentir et agir». L'enfant découvre qu'il peut ressentir une émotion ou un affect sans nécessairement le vivre corporellement par l'acte. L'évocation des expériences passées et l'anticipation du futur deviennent possibles, l'enfant commence à se représenter mentalement les expérimentations corporelles.

Le langage, l'accès aux images et au dessin facilitent grandement la symbolisation, même s'ils ne sont pas indispensables. Ils deviennent alors des moyens privilégiés de communication et un appui solide aux apprentissages, qui, «dans le cas d'une intégration psychomotrice, {correspondent} à la réalisation d'un besoin⁴⁵. Ainsi, le désir d'apprendre et l'éveil de la pensée vont stimuler les possibilités cognitives et surtout rendre possible l'exploitation de toutes les capacités.

Le développement cognitif (tout comme les développements moteur et affectif) se fait notamment par imitation. L'imitation permet de percevoir et d'intégrer le mouvement, mais surtout d'initier de nouveaux schèmes moteurs par des processus d'assimilation et d'accommodation. L'environnement joue une place importante dans le désir de découverte cognitive chez l'enfant. En effet, le milieu doit être apte à croire et reconnaître les capacités de l'enfant avant même qu'elles soient exploitées par ce dernier. Ainsi, par une sorte d'admiration et de transmission de son désir de le voir progresser, la figure parentale constituera le premier miroir ayant valeur organisatrice pour l'enfant, lui renvoyant des sentiments positifs par rapport à sa manière d'être au monde, et l'incitant à explorer un peu plus.

Apprendre est un processus de construction identitaire. C'est en effet progressivement sur le plan cognitif et personnel que l'enfant se construit en s'appropriant des savoirs nouveaux. Le processus de maturation prépare et rend possible l'apprentissage, et dans le même temps, le processus d'apprentissage stimule la maturation et donc la construction et la transformation de Soi. L'enfant rentre dans les apprentissages vers six/sept ans, à l'âge où la construction identitaire est censée se stabiliser. Elle sera ensuite un construit complexe d'interrelations entre désir d'apprendre, modifications identitaires et transformation de la personnalité. On peut aisément comprendre qu'un trouble identitaire perturbe l'entrée dans les apprentissages – et d'ailleurs, s'il n'est pas trop prégnant, est souvent décelé derrière de «simples» difficultés scolaires. Et respectivement, des difficultés

⁴⁴ Boscaïni F., 2002, in *Enfance et psy* N°20, p.65.

⁴⁵ *Ibid*, p.66.

scolaires peuvent être à l'origine de troubles de l'identité, voire même à la source de déstructuration identitaire si elles affectent fortement l'adaptation à l'environnement.

La construction identitaire, comme étudié ci-dessus, est étroitement liée au développement de l'enfant dans ses composantes psychomotrices que sont la tonicité, la sensorialité et la motricité, la structuration spatio-temporelle, la structuration psychocorporelle, le schéma corporel et l'image du corps, et enfin les développements affectif et cognitif. Un élément ressort de cette étude : l'importance et l'impact de l'environnement dans cette construction identitaire, et plus spécifiquement le cadre culturel et de relation dans lequel baigne l'enfant. Je m'apprête à aborder ces deux notions en rappelant les éléments universels qui forgent toute construction identitaire puis en décrivant plus précisément les composantes culturelles qui influencent l'acquisition d'une identité stable et continue.

3. Bain environnemental et culturel dans la construction identitaire

3.1 Universalité de la construction identitaire

Il est indéniable de considérer que toute construction identitaire humaine se fait en relation, au travers des liens filiaux et d'attachement. Le besoin de communiquer spécifique à l'Homme en fait un Être social, incapable de vivre seul. Il est finalement le seul être vivant dont la maturation neurologique le rend dépendant de son environnement jusqu'à l'âge de douze ans environ. «L'Homme naît, grandit, évolue, se réalise seulement au sein d'un ensemble qui l'enrichit, et qu'il doit enrichir aussi. Hors de cette idée, hors de cette logique, il n'est pas d'Homme» (Seydou Badian Kouyaté).

L'identité de l'enfant se construit selon les différentes composantes étudiées ci-dessus, et ces expériences prennent sens dans la confrontation avec l'environnement. La vie psychique de l'enfant s'élabore à partir d'expériences corporelles, à condition qu'elles soient partagées, le tout dans un système de relation. J. de Ajuriaguerra dira : «le corps tout seul, se vivant lui-même, est une entité abstraite»⁴⁶. C'est alors à partir de l'environnement que se construit le singulier, dans un étayage mutuel permanent. On est confronté à un mouvement continu entre individuel et collectif, octroyant même à l'individu une double identité : l'identité personnelle et l'identité groupale ou sociale. L'enfant peut ainsi se découvrir face à l'autre et mettre du sens sur ses expérimentations seulement s'il rencontre un partenaire. Si l'Autre joue un rôle primordial comme émetteur de stimulations, il a également une influence déterminante dans l'élaboration d'un Moi corporel et personnel par les capacités qu'il a de reconnaître l'enfant comme un sujet pensant et doué de potentialités. L'environnement favorise la naissance du schéma corporel via ses influences sur le plan somatique, affectif et

⁴⁶ Joly F., Labes G., 2009, p.22.

socio-éducatif, rendant le sujet progressivement capable de se représenter son corps comme une entité. L'environnement se doit, universellement, d'être structurant pour que les expérimentations de l'enfant lui permettent de se construire une identité psychomotrice.

Nous comprenons ici comment «l'être collectif» est constitutif de «l'être individuel». Nous nous construisons à partir de nos traits de caractère, notre histoire personnelle et nos souvenirs, dans une participation affective avec l'identité d'appartenance. La dialectique fondamentale de l'identité s'inscrit dans les liens dynamiques entre Je et Nous, entre fusion/dépendance/affectivité et autonomie/indépendance/conscience. L'identité psychomotrice de chacun est surtout participation affective à une identité collective et communautaire, procédé indispensable au «sentiment d'identité» (A. Mucchielli). Le développement se fait ainsi dans un environnement social, permettant à l'enfant de passer d'un état indifférencié, centré sur lui-même et sur ses sensations internes à un état personnalisé, individualisé. L'enfant se sent exister par la relation. Il acquiert peu à peu une unité psychocorporelle et c'est au travers de la reconnaissance de cette entité globale par l'environnement qu'il pourra construire sa personnalité.

Il faudra tout de même être vigilant à ne pas imputer tous les éléments de construction identitaire à l'environnement, et reconnaître l'importance de la structuration interne de chacun, indépendamment de l'environnement. Laing et les antipsychiatres attestent que les troubles de l'identité sont «fabriqués» chez le sujet sain par l'entourage, lui-même pathologique et imposant son propre mode de fonctionnement. Je ne rejoins pas cette idée ; le nourrisson devant, selon moi, faire ses propres expérimentations en fonction de sa propre structuration. L'environnement sera là pour y mettre du sens, de la continuité, de l'affectivité, du réconfort et de la protection, afin qu'elles deviennent potentiellement modulables et répétées, et qu'elles assurent l'engagement de la sensori-motricité dans la relation, au service de la construction identitaire. «Relative à la conception que chaque société élabore de l'identité humaine, ethnique et culturelle, l'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique dans sa réalité physique, psychique et sociale»⁴⁷.

Il s'agit donc d'une corrélation et d'une intrication permanente entre singularité et collectivité, une forme d'étayage structurant.

On évoque souvent la culture en terme de différences d'une culture à une autre, mais je souhaite ici rappeler quelques fondamentaux communs à toutes les cultures humaines.

L'Homme se distingue des autres espèces par trois caractéristiques principales que sont : la préhension (avec le développement de la pince fine), le langage (sous toutes ses formes) et la représentation mentale.

L'organisation fondamentale de la structure du corps humain correspond à l'oreille interne et organise notre perception et nos mouvements dans les trois plans de l'espace, dans un espace tridimensionnel orthonormé, construit à partir de la projection de notre structure

⁴⁷ Doron et Parot, Dictionnaire de psychologie, 1991.

corporelle. Et ce de façon identique à toutes les époques, dans tous les pays et pour toutes les cultures.

Le besoin de communiquer est une des données fondamentales qui forgent l'universalité de l'être humain. L'Homme y parviendra d'abord par l'utilisation d'un niveau plutôt archaïque qui est la communication par le corps (et nous nous y intéresserons particulièrement en psychomotricité) puis à un niveau plus développé, langagier. Jusqu'à environ deux mois, le langage est universel : des études ont montré la non-différenciation des formes de babillage en fonction des cultures. Le bain culturel dans lequel l'enfant sera porté spécialisera par la suite son langage.

Les émotions de base (peur, joie, tristesse, dégoût, honte, colère et surprise) et les trois «piliers de l'estime de soi» (confiance en soi, amour de soi, vision de soi) semblent communs à toutes les cultures. Ils sont universellement reconnaissables et employés dans la construction identitaire.

De plus, la maturation neurobiologique des systèmes sensoriels est relativement universelle, alors que les expériences kinesthésiques et environnementales permettront les variations interindividuelles de perception ainsi que la singularité et la personnalisation entre les divers groupes socio-culturels.

Finalement : «Si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance»⁴⁸.

3.2 Influence de la culture dans la construction identitaire

«Un homme sans culture, c'est comme un zèbre sans rayures» (Proverbe Africain).

3.2.1 Composantes culturelles

Selon l'UNESCO, «La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances». Elle est ainsi à la fois contenant et contenu du développement de l'enfant.

La culture, de mon point de vue, englobe différentes composantes : une composante géographique et matérielle, une composante sociale, une composante ethnique, mythologique et religieuse, et enfin une composante familiale et éducative. Elle devient cadre de toutes les expériences vécues par l'enfant, en tant que repère plus ou moins fixé et établi ; et s'avère être également ce qui mène l'enfant à faire telle ou telle expérience et ce qui nourrit son développement. L'identité humaine se construit au sein d'un cadre et il n'y a pas d'être humain sans cadre culturel de la même façon qu'il n'y a pas de culture sans identité

⁴⁸ Baubet T., Moro M.R., 2003.

humaine. M.R. Moro dira «Il n'existe pas d'homme sans culture», et je compléterai en disant qu'il existe autant de Corps que de cultures.

La culture a deux dynamiques qui s'étayent l'une sur l'autre. La partie visible de «l'iceberg» regroupe tous les signes de communication, le non verbal et le verbal, les expressions de valeurs et de savoir-faire dans la vie quotidienne. La partie invisible évoquerait tout ce qui, culturellement et en profondeur, peut expliquer la nature des différents comportements et codes montrés au grand jour. Quelles sont finalement les valeurs et les représentations qui permettraient de comprendre telle façon d'appréhender la relation, tel rapport au corps, telle posture relative au système éducatif ou au système religieux, tel parti-pris face à la distribution des rôles au sein du couple parental, telle place dans la fratrie, telle représentation du handicap *etc.* ? Il me semble primordial en thérapie où la rencontre interculturelle apparaît d'interroger ces questions là et surtout de les prendre en considération, ne serait-ce que pour créer l'alliance thérapeutique indispensable à la construction d'un projet de soins. Le système culturel est alors une structure, au sens de C. Lévi-Strauss : «structure articulée dont l'activité inconsciente consiste à imposer des formes à un contenu»⁴⁹.

Chaque être humain a sa manière de penser la nature de l'enfant, ses besoins, ses maladies, son handicap, ses potentialités, son mode d'apprentissage et ses nécessités en terme de soins. Et ceci est largement influencé par le groupe socio-culturel auquel on appartient. Les différences que l'on peut retrouver ne sont pas nécessairement historiques, anthropologiques ou religieuses, mais résultent souvent de représentations ontologiques, étiologiques ou de valeurs qui découlent du système de sens spécifique d'un individu, et donc qui s'avèrent modulées et remaniées par des expériences vécues, des affects et/ou des conflits.

La culture s'imprègne donc de visions du monde spécifiques, incluant le rapport à la nature, la croyance, les rites et les traditions, l'histoire, la conception du temps et de l'espace, les notions de vie et de mort. Elle considère également l'identité et les relations humaines via son rapport à la famille, à l'individuel et au collectif, par ses considérations inter-générationnelles, la pensée autour du genre, les aspects d'honneur, de conflit et d'affectivité. La culture intéresse de plus le langage et la communication, en terme de prégnance des traditions orales ou écrites, de communication non-verbale et interpersonnelle. Enfin, la culture est déterminée par des facteurs socio-économiques, caractérisés par le rapport au travail, à l'argent et au risque, par la frontière entre marginalité et norme, par les aspects d'autorité et de hiérarchie et par la gestion du temps⁵⁰. Tous ces éléments en font une synthèse complexe et multifactorielle, qui interagira sur tous les domaines du développement de l'enfant. Je vais me pencher sur un domaine qui intéresse particulièrement la psychomotricité : l'inscription psychocorporelle et relationnelle de la culture.

⁴⁹ Muchielli A., 2013, p.46.

⁵⁰ Sauquet M., 2012, p.2.

3.2.2 Corps et culture

«La culture structure de manière tacite toutes nos expériences de vie et s'éprouve en toute chose : espace, temps, relation à soi, aux autres, au corps, aux objets»⁵¹.

La culture joue sur la construction corporelle, elle même constitutive de l'identité. Mais parfois l'influence acquise culturelle peut contredire des composantes innées de l'identité. C'est notamment le cas pour plusieurs enfants d'origine maghrébine suivis au CMPP, non-latéralisés ou présentant une latéralité non fixée, puisque neurologiquement prédestinés à être gaucher, mais usant de leur main droite dans toutes les fonctions instrumentales. Une maman nous expliquait simplement ceci : «si j'avais su que ça pouvait le gêner, je ne l'aurais pas influencé, c'est juste que dans notre culture, on privilégie l'utilisation de la main droite pour l'écriture et la manipulation d'objets ; je ferai donc plus attention pour son petit frère !».

La culture dans ses composantes matérielles et environnementales influence directement le rapport à l'espace et au temps. La structure architecturale en est le premier lieu d'impression. L'investissement spatial et les rythmes personnels seront également influencés. Quand la relation entre en jeu au travers de l'espace, on peut évoquer la proxémie et ses distances relationnelles. J'en ai parlé plus haut en liant spatialité et identité, mais je souhaite souligner ici que cette gestion de la distance relationnelle est souvent le premier facteur de confrontation interculturelle, un des premiers «obstacles» dans la rencontre de deux identités culturellement différentes. Elle est également un des premiers éléments perturbés en situation d'immigration, et peut bouleverser profondément l'identité et le sentiment d'identité.

Le corps du bébé sera le premier lieu d'impression de la culture. Toutes les expériences des premières années de vie passent par le corps avant d'être imagées, mentalisées puis pensées. Cette période de vulnérabilité où l'enfant est totalement dépendant de son environnement le rend particulièrement sensible à l'inscription d'une histoire (et d'un futur !) culturelle. Et ce au travers des premiers contacts corporels, des premières réponses à ses besoins, des premières expériences toniques et sensorielles. «Ce corps des bébés, lieu de dépôt de la culture, et qui entretient avec elle les mêmes rapports que 'l'homme avec son ombre', comme l'évoque Tobie Nathan.»⁵²

Ce corps, avant d'être lieu d'expérimentations, est d'abord corps de fantasmatisation et de croyances. L'investissement prénatal du bébé par ses parents peut être un facteur déterminant dans le sentiment d'exister et dans les tentatives d'exploration du monde. «Le corps s'inscrit donc d'emblée dans une culture, il est avant tout corps de langage et de croyances, plus qu'un corps anatomique»⁵³.

L'environnement du bébé procède ainsi au phénomène «d'enculturation du bébé» - tel que l'a défini M. Mead⁵⁴ - au travers du maternage, des soins corporels, des formes éducatives, sensorielles et relationnelles. La mère transmet alors à chacun de ses enfants une

⁵¹ Bertin C., 2006.

⁵² Ben Soussan P., 2003.

⁵³ Bertin C., 2006.

⁵⁴ Mead M., 1930.

imprégnation implicite de la culture, participant à «l'enveloppe culturelle» dont parle G.Devereux, «cette enveloppe qui nous habille et constitue comme une peau sur la peau»⁵⁵.

Le corps se retrouve alors pris dans des «contenants culturels», (B.Gibello⁵⁶), à la fois structurants et protecteurs, mais également sources d'une dynamique particulière qui peut être mise à l'épreuve si l'enfant est confronté à un autre modèle culturel (que ce soit celui du lieu de vie, celui éducatif de l'école, celui des soins...).

3.2.3 Culture, histoire groupale et histoire familiale

Pour s'inscrire dans un «ici et maintenant» (chose si compliquée chez les enfants carencés), il est nécessaire de savoir d'où l'on vient et de pouvoir se reconnaître comme membre à part entière d'une histoire filiale transgénérationnelle. La culture, synthèse dynamique mêlant histoire passée, posture actuelle et ambitions futures, participe activement à cette inscription. L'identité prendra corps dans cette connaissance du passé. Le passé devient l'origine, l'histoire d'un groupe, d'une communauté ou d'une culture. «Il en va du corps social, dit P. Chanu (1978), comme des individus qui le composent. Une société assure son identité dans l'intégration du passé, comme la conscience de moi-même est, tout ensemble, conscience de mon corps et de mon passé»⁵⁷. Le groupe social édifie son identité en intégrant son histoire. L'évocation de cette identité dans les structures matérielles environnementales ou dans l'art ainsi qu'au travers du modèle éducatif contribue à pérenniser et façonner l'identité d'un groupe social.

La mémoire corporelle des premières années de vie participe également à cette reconnaissance filiale, et fournit aux souvenirs leur rôle de fil rouge de notre identité.

3.2.4 Culture et parentalité

La culture est transmise dans ses éléments spatio-temporels par le cadre de vie de l'enfant. La dimension relationnelle, les croyances et les représentations sont transmises en premier lieu par les parents. Devenir parent est un processus complexe qui s'organise dès l'enfance. Pour M. Lamour et M. Barraco, «la parentalité est l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de l'enfant à trois niveaux : le corps, la vie affective et la vie psychique»⁵⁸. Il s'agit alors d'un long processus de maturation psycho-affectif et psycho-relationnel chez chacun des parents. La parentalité nécessite d'être capable de devenir le parent de son enfant, et non le parent de l'enfant que l'on était, en confrontant ses propres affects et souffrances d'enfant à la réalité psychique et corporelle de son enfant. Ainsi, P. Mazet distingue trois composantes fondamentales aux interactions parent/enfant :

- l'interaction comportementale : contacts sensoriels, stimulations (corporelles, langagières etc.) et ajustements tonico-posturaux.

⁵⁵ Baubet T. et Moro M.R., 2013, p.175.

⁵⁶ Gibello B.,1988, *Contenants de pensée, contenants culturels in Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération*, pp. 81-87.

⁵⁷ Mucchielli A., 2013, p. 62.

⁵⁸ Sellenet C., *Essai de conceptualisation du terme «parentalité»*.

- l'interaction affective : harmonisation affective et tonalité affective relationnelle globale, facilitant le partage d'expériences émotionnelles entre le bébé et son parent.

- l'interaction fantasmatique : double dimension imaginaire consciente ou préconsciente et fantasmatique inconsciente.

L'entourage humain de l'enfant joue un rôle majeur dans la construction et l'élaboration de l'identité. Avant même que l'enfant acquiert une identité stable, son identité existe dans l'imaginaire des parents qui l'ont fantasmé. Ils se sont préparés, ont imaginé l'enfant avant la naissance. Il trouve une place réelle comme imaginaire dans la filiation. S. Robert-Ouvray écrira : l'enfant «est porté fantasmatiquement par sa mère et son entourage avant même d'exister». Et toutes ces représentations imaginaires sont fortement influencées par la culture des parents, par leurs visions du monde, de la parentalité, de l'éducation. On peut aisément comprendre qu'un enfant qui «ne correspond pas aux attentes» qu'on a de lui perturbe la dynamique familiale, et risque de compromettre l'établissement d'une parentalité bienveillante et facilitant l'identification. Ceci semble être le cas pour Salah, et de nombreux autres enfants que je suis amenée à rencontrer au CAMSP. Les désillusions parentales, les rêves et promesses brisées sont parfois verbalisées par les parents, qui sont emplis de regrets conscients et inconscients. Ils trouvent souvent dans la relation thérapeutique un cadre pour déposer toutes ces difficultés, et il faut être capable de les accueillir pour soutenir une parentalité étayante et structurante, et surtout éveiller le désir d'être parent chez certains d'eux. Ces situations semblent d'autant plus vraies dans les cas d'exil familial, où la parentalité devient parfois un défi.

La mère de Salah est arrivée en France deux ans avant la naissance de son fils. Elle vivait dans une province reculée d'Algérie, où la société occidentale n'avait pas d'empreinte marquée. Soumise à des exigences contradictoires du fait de son immigration, «la mère est mise dans une situation complexe d'avoir à intérioriser les valeurs de la société d'accueil en même temps qu'elle transmet les valeurs traditionnelles»⁵⁹. De plus, la structuration spatiale différente (espace de vie nettement rétréci par rapport à son village natal, absence de vie communautaire par l'isolement dans un appartement) peut être source d'inquiétudes et de contradictions. En outre, la conception imaginaire que la mère se faisait de la société d'accueil peut être en contradiction avec ce qu'elle y trouve et compliquer ainsi son intégration. Les représentations que les parents se font du soin pour l'enfant interfèrent également dans les interactions donc dans le développement et la socialisation de l'enfant. La maman de Y. (trois ans, suivi au CAMSP pour une hypoplasie ponto-cérébelleuse), se trouve confrontée à un sentiment paradoxal face aux soins de son enfant. Elle nous dira : *«c'est à cause de Y. que nous ne pouvons pas retourner dans mon pays, vivre dans ma grande maison où nous étions si bien, mais j'ai conscience des possibilités de soins proposées en France pour Y., inexistantes dans mon pays, et c'est uniquement pour ça que nous restons ici.»*

Il est donc indéniable de constater la complexité de l'ensemble famille qui gravite autour de l'enfant et son impact dans sa structuration identitaire, aussi bien par le discours projeté sur l'enfant que par la place réelle qui lui est donnée. L'enfant est à son insu plongé

⁵⁹ Moro M.R, 2010, p. 14.

dans une «niche développementale» (Bril et Zack), dont il se saisira ou non par les processus d'identification et de différenciation, mais dont il est nécessairement imprégné. Le rôle d'interférence que jouent les parents entre l'enfant dépendant et immature et le reste du monde (d'abord familial, puis groupal et social) est incontestable. L'anthropologie affirme avec ferveur que la parentalité est surtout culturelle, et non pas seulement biologique. Nous devons de respecter les manières de penser et d'agir des parents, et ainsi permettre à l'enfant de se faire une place sécurisante dans le monde d'accueil de ses parents, qui deviendra son monde à lui.

3.2.5 Quelques mots sur l'adoption et la culture

Les bébés (ou enfants plus grands comme Héléna, arrivée en France à quatre ans) de l'adoption internationale viennent d'un autre monde et d'une autre culture que celle de leurs parents adoptifs. La grossesse et les premières années de vie ont inscrit en eux des empreintes sensorielles, toniques et linguistiques, ainsi qu'une première expérience corporelle et affective primordiale puisqu'elle initie toute vie. La séparation maternelle précoce, parfois vécue violemment, et le placement dans une institution avant qu'ils ne rejoignent une famille d'adoption les rendent particulièrement vulnérables. C'est alors, dans l'adoption, l'enfant «qui fait le voyage et qui se métisse tout en gardant à l'intérieur de lui des traces de ces premiers moments et de ce premier monde, parfois aussi de ces premiers traumatismes»⁶⁰. L'enfant est alors le seul porteur de ces traces culturelles. Et l'on peut se poser la question du devenir de la mémoire corporelle et généalogique originelle (Zonabend) dans l'histoire identitaire de l'enfant. De même, il faut nous interroger sur la possible construction d'une parentalité pour un enfant qui ne s'inscrit pas dans notre lignée filiale. «La production d'une identité filiale s'enracine dans le modèle de parenté local (celui des parents) et s'ancre, mais peut-être de manière inconsciente, dans la mémoire généalogique. La construction du nouveau roman familial s'inscrit dans une discontinuité qui doit prendre sens pour l'enfant adopté»⁶¹.

Les troubles identitaires d'Héléna s'inscrivent tout à fait dans ces questionnements autour de l'inscription temporelle, du sentiment continu d'exister, de la mémoire corporelle de ses années pré-adoption, et je m'attacherai à les étudier plus finement dans la seconde partie de ce mémoire.

3.2.6 Premières confrontations cliniques aux différences culturelles

Dans les sociétés traditionnelles, l'importance du groupe social dans la considération de l'enfant est globalement attestée. «Pour qu'un enfant grandisse, il faut tout un village» (Proverbe Africain). L'enfant est intimement lié à son groupe d'appartenance, il est «considéré comme le maillon le plus vulnérable de la famille»⁶². De nombreux parents

⁶⁰ Moro M.R., 2010, p.25.

⁶¹ *Ibid.*, p.26.

⁶² *Ibid.*, p.52.

rencontrés au CAMSP ont refusé (ou mis de côté) certains conseils de l'équipe soignante (pour une place en crèche, une orientation institutionnelle etc.) jusqu'à ce qu'un voisin, ami de quartier ou proche de la famille le conseille aussi. Dès lors, les démarches peuvent se mettre en place, et deviennent presque une exigence urgente pour certaines familles.

De plus, il n'y a pas de différence nette entre corps et soma, donc pas de réelle distanciation entre maladie psychique et maladie somatique. Dans la situation de Salah, son handicap semble être difficilement reconnu et accepté par ses parents puisque Salah *«marche et court comme les autres enfants, il n'est pas handicapé»*. L'hypothèse d'une déficience mentale et d'une immaturité psycho-affective sont très difficiles à concevoir, du moins pour le papa, qui nous confronte alors à une «opposition d'idées» dans la prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit d'adapter le cadre scolaire aux potentialités de Salah. J'aborderai de nouveau cet aspect de la prise en charge dans la suite de ce mémoire.

Certains modèles culturels marquent une nette distinction entre Garçon et Fille, entre Homme et Femme. Les rôles familiaux, les modes relationnels, les possibilités éducatives, les attentes en terme de réussite, les représentations sociales et le positionnement socio-groupal sont différemment répartis selon le genre de l'individu. Dans la situation de Salah (fils aîné de la fratrie, premier homme de la maison après le père) et selon les propos tenus par les parents, il semble y avoir une réelle confrontation entre les attentes fantasmatiques ou réelles des parents envers ce Premier Fils et les capacités de ce dernier. S'en inscrit un modèle circulaire ou l'investissement affectif de l'un renvoie à l'autre une image négative alimentant cette difficulté à croire en les potentialités de chacun et questionnant ainsi l'acceptation du handicap.

La place dans la fratrie joue également un rôle, l'aîné étant le premier héritier direct, premier Homme à pouvoir assurer la vie de sa famille en cas de disparition du père. De ce fait, la question de la place dans la fratrie, bien qu'elle dépasse sûrement le champ de la psychomotricité, permet d'appréhender l'impact de l'environnement dans le développement de l'enfant. En plus d'inscrire l'enfant dans le temps filial transgénérationnel, sa place lui attribue un premier rôle social. La famille et le groupe social deviennent porteurs du sentiment de continuité d'existence pour l'enfant dans son environnement, de même qu'ils assurent les fondations de son identité sociale.

Ceci me renvoie à une situation rencontrée au Burundi, lorsque j'ai vu des enfants de six ou sept ans porter sur leur dos leurs plus jeunes frères et sœurs. Quelle place est ici attribuée à l'enfant ? Quel est son rapport au groupe, que signifie l'autonomie qui lui est laissée ? Qu'est ce qui se véhicule dans l'identité de l'enfant ?

Toutes ces dimensions qui confrontent deux modèles culturels et deux modèles identitaires nécessitent une réflexion de la part du psychomotricien amené à rencontrer ces patients. Bien qu'ils puissent s'avérer être des obstacles dans la prise en charge, ils peuvent également témoigner de la richesse interculturelle et ainsi enrichir la prise en charge.

La construction identitaire se joue à un double niveau de dynamique personnelle neurobiologique et de rencontre avec l'environnement, de confrontation à l'Autre. C'est par le partage d'expériences et dans le regard de l'Autre que se forment les différents noyaux identitaires⁶³ (individuel, culturel et groupal), visant à une structuration de l'identité par l'acquisition progressive des sentiments d'appartenance, d'unité, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence⁶⁴. Finalement, le postulat qui fut le notre ici, -et que l'on peut résumer de la sorte : la construction identitaire est l'expression directe d'une rencontre entre un enfant et son «équipement de base» individuel avec son environnement- s'avère confirmé. Mais j'ajouterai, par mon identité de future psychomotricienne, que cette rencontre a comme premier lieu de mise en scène le corps, au travers duquel se jouent et transparissent tous les éléments de construction identitaire cités ci-dessus. F. Joly dira à partir des mots d'Ajuriaguerra : «A chacun de ces endroits 'tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle' et à l'assise narcissique-identitaire du sujet», dont le Moi s'établit à partir d'un vécu corporel⁶⁵.

Les enfants dont j'aborde la situation présentent des troubles de l'identité qui s'expriment justement principalement par le corps. Il apparaît comme évident que leurs difficultés sont partiellement imputables à leur environnement, mais cet environnement est souvent difficile à moduler et changer. Il faudra alors être capable, en tant que thérapeute, de fournir à l'enfant les bases de structuration interne pouvant favoriser l'émergence d'une stabilité identitaire, elle-même socle de l'évolution vers un être psycho-culturo-moteur autonome et enrichi vers laquelle tout être humain tend. Les paramètres culturels viennent le plus souvent complexifier les processus individuels, on se devra de les considérer pour mieux comprendre et donc mieux agir. Finalement, on pourra tenter de procéder à une forme de prise en charge *ethnopsychomotrice*, articulant corps et ethnopsychiatrie, discipline définie ainsi par F. Laplantine : «il est impossible de concevoir une culture qui ne serait vécue par un psychisme {...}. Et réciproquement, il est impossible de penser la formation même de la personnalité, c'est à dire les processus d'acquisition cognitifs et affectifs, indépendamment de la culture»⁶⁶.

Enfin, à propos de la permanence ou de l'immuabilité de l'identité, je ne me retrouve pas dans les positions théoriques qui parlent de la «statique» de l'identité, considérant que l'acquisition de l'identité est rapidement «définitive» en raison des influences et modélisations imposées par la mentalité collective. Il ne me semble pas judicieux de considérer que tous les processus d'enculturation, de socialisation, d'éducation et de relation constituent une trame indélébile de l'identité, qui reste à jamais gravée. Bien qu'ils constituent un socle commun à toute modification ou perturbation identitaire future, toute identité plus ou moins fixée peut se retrouver mise à l'épreuve, voire détruite, par des phénomènes extérieurs traumatisants ou déstabilisants. C'est notamment le cas des enfants du Népal, quittant leur village vers sept ans (âge de fixation approximative de l'identité) pour

⁶³ Mucchielli, 2013.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Joly, F et Labes G., 2009, p.18.

⁶⁶ Laplantine F., 2007, p.73.

subir diverses attaques identitaires. On assiste, de mon point de vue, à un processus de déstructuration de l'identité.

L'identité, tout comme la culture, est alors une synthèse qui bouge, en perpétuel remaniement, selon les modalités de la rencontre entre Soi et l'Autre, entre sa construction personnelle et son environnement. On en revient ainsi à notre postulat initial de l'intrication d'une identité personnelle neurobiologique et d'une enveloppe environnementale socio-culturelle. La base sensorielle, tonico-émotionnelle et affective fournie à l'enfant par l'environnement dans les premières années de vie peut *«être comparable à une toile sur laquelle l'enfant pourra dépeindre sa personnalité {...}. Tel le chef d'œuvre de notre vie, la toile de notre identité ne sera jamais vraiment terminée puisqu'elle sera continuellement retouchée, remaniée et imprégnée par tous les événements que nous sommes susceptibles de vivre.»*⁶⁷

4. L'identité du psychomotricien

La rencontre thérapeutique en psychomotricité va induire nécessairement une confrontation entre deux identités. L'identité de l'enfant, système complexe d'aller/retour permanent entre la maturation neurobiologique et les expériences vécues dans un environnement particulier ; et l'identité du professionnel, à la fois sujet et psychomotricien, voire sujet-psychomotricien.

De la même façon que l'identité de l'enfant se construit au cours de son développement dans l'interaction entre les processus spécifiques de sa structuration psychocorporelle et les stimulations proposées par l'environnement, l'identité du psychomotricien se constitue progressivement tout le long de sa pratique par des apports théoriques et cliniques qui viennent se greffer sur son identité de sujet, déjà façonnée par les années de vie. Les références culturelles, idéologiques et éthiques du sujet influencent nécessairement sa pratique ; son identité est imbriquée dans un système de relations où les identités des différents acteurs qu'il rencontre modulent en permanence sa propre identité. *«Chaque identité est, à chaque instant, une émergence de sens, résultant d'un ensemble de négociations circulaires des identités de chacun. Chaque identité trouve donc son fondement dans l'ensemble des autres identités s'exprimant à travers le système de relations»*⁶⁸.

L'identité définit notamment le caractère permanent, fondamental de quelqu'un. Ainsi, la connaissance et la définition de soi sont essentielles. On ne devient pas soignant par hasard... Il est primordial pour le psychomotricien d'être équilibré au niveau de son identité, de s'être forgé une assise narcissique identitaire, finalement un «Moi sécure» (S. Robert-Ouvray) qui lui permet de s'accepter en tant que tel. Se connaître soi-même en tant que professionnel avant de pouvoir rencontrer l'autre est inévitable. Le fameux «connais-toi toi-même» de Platon (puis repris par Socrate) prend tout son sens ici. D'autant plus que l'enfant,

⁶⁷ Guyomard A., 2014.

⁶⁸ A. Mucchielli, 2013, p.34

en écho avec les processus d'identification et de différenciation constitutifs de son identité, va s'appuyer sur l'identité du psychomotricien pour en faire un «Moi auxiliaire» (Winnicott). En psychomotricité, notre corps devient support (immédiat ou différé) de la relation, tout comme nos mots et notre posture thérapeutique.

De plus, la confrontation à l'autre, nécessairement différent, peut renvoyer à ses propres limites, faisant prendre conscience de «qui je suis» et «qui je ne suis pas». On sait combien la rencontre avec certains patients ou certaines familles peut «couler de source», alors que dans d'autres situations, elle peut s'avérer extrêmement compliquée. L'alliance thérapeutique peut alors devenir difficile à mettre en place, renvoyant des images trop personnelles ou sollicitant trop «l'intime» du thérapeute. Ces processus interactionnels sont évidemment à considérer. Il ne faudra en aucun cas les ignorer, mais chercher à en comprendre l'origine. Ainsi, ils pourront devenir des moteurs à l'établissement de l'alliance thérapeutique. On reconnaît aisément ici les «processus transférentiels et contre-transférentiels» étudiés par la théorie psychanalytique, mais je préfère dans ce mémoire les évoquer en terme de «processus interactionnels», le psychomotricien étant engagé corporellement et affectivement dans la rencontre thérapeutique.

Cette question de l'alliance thérapeutique contactant la subjectivité du thérapeute m'a semblé prendre une place importante dans la rencontre avec Héléna et Salah. Pour des raisons différentes, chacun de ces enfants a fait émerger en moi des réflexions, des questionnements particuliers, faisant résonance avec ma propre expérience ou éveillant des processus ambivalents. Salah comme Héléna m'auront surpris par «l'impossible relation» qu'ils éveillent en chacun de nous : une sorte d'appel à l'aidé associé d'une mise à distance explicite, ceci étant évidemment à mettre en lien avec leur problématique abandonnique. Je développerai cet aspect plus loin dans ce mémoire.

Nous comprenons alors un des principes de la thérapie psychomotrice qui permet, dans l'interaction thérapeutique, la rencontre entre un enfant -avec sa construction identitaire au sein d'un environnement spécifique- et un psychomotricien dont l'identité et les représentations sont plus ou moins fixées.

Se pose dès lors la question suivante : comment le thérapeute va pouvoir aller vers l'autre avec sa propre identité ? Ceci va nécessairement jouer sur l'installation du cadre thérapeutique, qui doit être élaboré et pensé, solide mais malléable, et surtout adapté au patient. Je tenterai dans la dernière partie de mon développement de répondre le mieux possible à cette question.

DESTRUCTURATION ET TROUBLES DE L'IDENTITE QUAND L'ENVIRONNEMENT DYSFUNCTIONNE,

FRAGILITES IDENTITAIRES DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA RENCONTRE INTERCULTURELLE ET FACE AUX ENFANTS CARENES

1. Carences et troubles identitaires

La présence d'adultes stables, contenant, sécurisants et aptes à projeter sur le jeune enfant des désirs cohérents et respectueux de son identité naissante est essentielle pour l'inscription du petit être humain dans un espace-temps où les personnes, les espaces, les objets et la succession rythmique d'évènements ont un rôle structurant. Qu'il s'agisse d'attachement, de construction psychocorporelle, de relations interpersonnelles, de processus de séparation et d'individuation, de capacités de manipulation du monde ou de la découverte du corps propre, je soutiens l'idée que les premiers échanges parents-enfants sont déterminants. La situation carencielle évoque justement une brisure dans cette rencontre relationnelle initiale.

Il faut distinguer carence et abandon. L'abandon évoque une situation de perte définitive du parent protecteur, la compensation dépendra alors essentiellement des adultes qui prendront le relai éducatif. Mais l'âge sera également déterminant dans les possibilités de construction identitaire de l'enfant. R. Spitz énonce que les pertes relationnelles peuvent devenir dramatiques à partir de sept, huit mois, période de «la peur de l'étranger». Plus générale, la carence fait état de privation relationnelle précoce de qualité, que ce soit en raison d'un abandon ou de dys-stimulations.

La discontinuité caractéristique des enfants carencés provoque de graves perturbations dans l'édification de l'identité. «Le sujet se trouve altéré dans ce que l'on peut appeler 'la colonne psychique de la personnalité'»⁶⁹ : la connaissance du corps, la découverte de la causalité, l'enracinement spatio-temporel, l'élaboration de la vie imaginaire, la gestion de l'anxiété et la dynamique relationnelle. Un ensemble de facteurs extérieurs environnementaux affectent le processus de développement de l'enfant, le forçant à se construire selon une logique inhabituelle. Et ceci sera possible uniquement s'il a les ressources pour le faire. Sinon, l'enfant carencé s'exprimera par un langage symptomatique aussi bien corporel, affectif, cognitif que relationnel qui va, dans une forme de causalité circulaire pathologique, inciter l'environnement à répondre de façon inadéquate.

⁶⁹ Lemay M., 1993, p.16.

Salah et Héléna expriment tous deux leur problématique identitaire par ce langage affectivo-cognitivo-corporel, bien que l'origine de leurs troubles soit différente. Héléna, du fait de son adoption tardive, a été privée précocement de relation maternelle, ce qui l'a certainement privée de stimulations structurantes. Salah vit lui dans un environnement instable, où des carences éducatives prédominent ou du moins ont coloré ses premiers mois de vie, dans une dynamique familiale particulière en situation de traumatisme migratoire récent. Il subit depuis tout petit une incohérence dans les réponses à ses besoins qui empêche l'accès à l'ambivalence dont parle S. Robert-Ouvray, le tout dans un tableau familial où l'emprise psychique du père sur la mère peut devenir destructurante. Ainsi, pour ces deux enfants, l'établissement d'un noyau identitaire interne solide a été rendue difficile voire impossible, et ces enfants expriment en séance de psychomotricité leurs traumatismes. Je vais tenter de les décrire au mieux dans cette partie.

Parallèlement, les enfants que j'ai rencontrés au Népal ont subi également des carences, bien qu'elles ne soient pas relationnelles précoces. En effet, on peut supposer qu'ils avaient un noyau identitaire solide que les attaques extérieures à répétition subies dans la rue après leur départ du village ont pénétré et finalement déstructuré. J'illustrerai cet exposé de réflexions à propos de ces enfants, même si j'axerai surtout mon attention autour de Salah et Héléna.

La question commune qui ressort de ces trois situations est alors la suivante : comment me construire une représentation stable du monde dans un environnement instable où aucun repère structurant ne me permet de me sentir Être unifié et protégé ?

Quels sont les moyens que j'ai à ma disposition pour exprimer mes angoisses et mes souffrances psychocorporelles ? L'environnement est habituellement apte à canaliser ces angoisses, les envelopper pour qu'elles ne me débordent pas. Mais lorsque mon entourage ne peut pas me procurer cette fonction pare-excitatrice, comment vais-je pouvoir m'organiser pour me séparer de mes angoisses et faire en sorte qu'elles ne paralysent pas complètement mon développement ?

L'identité psychosociologique, telle que A. Mucchielli⁷⁰ la définit, est un « ensemble de processus d'intégration et de synthèse affectivo-cognitive » qui prennent sens grâce au « sentiment d'identité » : soit les sentiments de continuité temporelle, d'appartenance et de différence. Des troubles de ces sentiments peuvent être à l'origine de troubles identitaires, soit dans le sens d'une immaturité, soit dans le sens d'une impossible adaptation aux événements de vie et d'un manque de solidité interne qui ne permettraient pas une défense autonome contre les événements destructurants externes.

Finalement, quand les capacités humaines que sont la relation, la conscience de soi et des autres, la réflexion, la projection et l'autonomie ne s'élaborent pas sereinement, on est face à des troubles de l'identité.

Mais revenons sur la notion de troubles... Etymologiquement, le mot trouble évoque quelque chose de flou, de mal défini, de voilé, qui n'est pas net. Les adjectifs qui pourraient

⁷⁰ Mucchielli A., 2013, pp.93-95.

lui être opposés seraient limpide, transparent, translucide ou clair. Finalement, en psychomotricité, un trouble serait quelque chose d'indéfini, d'étrange, un flou dans le corps organique sain d'un enfant. Et qui plus est, de mon point de vue, pour cette «catégorie» des troubles identitaires, un bien grand concept qui recoupe de multiples situations où l'indéfini réside. Le premier exemple parlant que je pourrais citer est la situation d'Hélène, dont le psychisme est réellement perturbé alors que le corps est tout à fait «fonctionnel», bien qu'il soit le premier lieu d'impression des troubles identitaires d'Hélène. Pour Salah, le fait que le corps «marche» rend compliqué l'acceptation du handicap et des difficultés par les parents. J'y reviendrai plus tard.

Historiquement, certaines dictatures ou certains construits socio-politiques ont réussi à modifier la construction identitaire d'individus en créant un manque aux aspects corporel, tonique, sensoriel, représentatif et affectif dont l'être humain a besoin. Ils sont parvenus à une certaine aliénation de l'identité par une forme d'agissement sur la société, contrôlant les processus de pensée et déstructurant les processus identitaires. C'était le cas notamment sous le troisième Reich lorsque la propagande incitait les mères à ne pas toucher, ne pas allaiter, ne pas transmettre d'émotions à leurs enfants pour désaffecter, déstructurer, endiguer les jeunes, finalement déshumaniser la relation afin qu'ils acceptent les exigences du régime. De la même façon, encore actuellement, on retrouve de nombreux «enfants soldats». Ils sont «recrutés» avant onze ans, avant l'apparition et la stabilisation du sentiment d'empathie. Finalement par l'apprentissage de dogmes, de textes, de devise, et sous l'influence d'un régime totalitaire, ces enfants vont «apprendre à tuer» sans percevoir «l'atrocité» de leur acte. Par une forme d'aliénation de l'identité, on fabriquera de nouvelles identités. Il y a donc tentative par le monde extérieur de modifier une identité partiellement constituée⁷¹, par une sorte de «lavage de cerveau», de dépersonnalisation et de déshumanisation de l'individu.

A moindre échelle, ces exemples historiques et culturels témoignent de la possibilité pour l'environnement d'influencer l'identité d'un être, en changeant l'information en provenance du milieu, en modifiant le cadre de référence. Il est alors possible d'agir sur l'environnement perceptif, humain, temporel, personnel et affectif⁷². C'est ce que les soins vont pouvoir faire aussi : tenter de modifier ou agir sur ces repères externes qui sont vecteurs de construction (ou déstructuration) interne.

J'ai conscience, et j'ai tenté de le rappeler dans la première partie de ce travail, que l'environnement et le groupe socio-culturel seuls ne forgent pas les troubles identitaires, mais c'est ici la dimension qui m'intéresse. Une pathologie neuro-développementale (autisme, polyhandicap *etc.*) peut également limiter l'accès au symbolisme et à la fonction interactionnelle, et ainsi rendre compliquée la reconnaissance de Soi comme sujet. Ici, je cherche à montrer combien l'influence de l'environnement, alors que le bébé en est totalement dépendant puisque non sécurisé sur les plans affectif et corporel, peut être responsable de troubles identitaires.

⁷¹ A. Mucchielli, 2013, p.106.

⁷² *Ibid*, p.116.

Toutefois, l'identité étant une synthèse dynamique en perpétuel mouvement, elle est aussi sujette à une possibilité de reconstruction, et c'est notamment ce que les soins psychomoteurs cherchent à favoriser. J'exposerai ma réflexion à ce propos dans la troisième partie de ce mémoire.

1.1 Manifestations affectives des troubles identitaires

«La négligence se définit comme une forme de mauvais traitement caractérisée par un manque de soins sur les plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs mettant en péril le développement normal de l'enfant. Il s'agit d'un manque ou d'une absence de soins nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant selon son âge et son niveau de développement. La négligence ne peut donc être définie qu'en corrélation avec le degré de dépendance/autonomie de l'enfant.»⁷³

E. Bonneville évoque un profil de personnalité spécifique pour les enfants bercés au cours de leurs premiers mois de vie dans un «environnement caractérisé par l'imprévisibilité et le chaos des relations». Il s'agit là d'un profil traumatique, que l'enfant exprime au travers d'un mode de relation décousu marqué par une alternance de phases de fusion et de rejet. Ces émotions et ce mode d'attachement incontrôlés enclenchent des tensions et excitations qui débordent les possibilités de traitement de son psychisme par leur intensité. C'est ainsi que s'établit le traumatisme.

Les troubles interactionnels précoces peuvent être considérés selon une perspective synchronique : particularité de l'interaction à un instant précis ; et selon une perspective diachronique, intégrée dans le déroulement de l'intégration sur la durée et de son évolution. Les troubles d'Héléna dans ses premières années de vie évoqueraient plutôt des dysfonctionnements interactifs précoces dans une perspective diachronique où hypostimulations et hyperstimulations se succèdent, l'environnement ne répondant pas à ses besoins spécifiques, ceci créant une incohérence du mode évolutif. C'est du moins l'image que nous pouvons nous faire du lieu où elle était accueillie avant son adoption selon les maigres dires de sa maman. Salah aurait lui été plutôt confronté en permanence à l'hypostimulation, à un manque de patterns interactifs. L'enfant subirait alors des traumatismes relationnels, que M. Berger⁷⁴ décrit ainsi :

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

Ces traumatismes relationnels précoces s'expriment de différentes façons, dans les diverses composantes qui constituent l'identité affective de l'enfant.

⁷³ Bonneville E., 2008.

⁷⁴ Berger M., 2008, p.24.

1.1.1 Affectivité, angoisse d'abandon et sentiment de perte

La peur de l'abandon est intensément vécue par l'enfant carencé. Elle s'exprime de multiples façons ; notamment par une inquiétude quand une personne change de position, quitte la salle, se déplace sans prévenir. La maman de Denia (l'enfant qui participe au groupe avec Salah) a l'habitude de quitter la séance sans prévenir et sans un bruit pour se rendre aux toilettes, téléphoner ou autre. Dès que Salah s'en aperçoit, il ne peut absolument pas continuer ce qu'il faisait. Il cherche en vain sa présence dans la salle, nous interroge du regard, se raidit corporellement puis s'agite et finalement sort de la salle pour aller la retrouver. Il ne pourra pas se poser devant l'activité avant de l'avoir retrouvée.

L'angoisse d'abandon peut également s'exprimer par des agrippements inconscients de l'enfant qui tente de maintenir près de lui tout objet ou toute personne dont la présence à ses côtés lui semble incertaine. Salah s'agrippera à certains objets de la salle d'attente de la même façon qu'il s'est agrippé à nous en se jetant dans nos bras dès que le temps de la séparation s'amorçait, et ce les trois premiers mois de prise en charge.

Finalement, l'enfant est en permanence soumis à une «impression vague mais douloureuse d'un manque fondamental»⁷⁵ qu'il ne peut conscientiser mais qui colore tous ses comportements.

Cet enfant carencé, et c'est notamment le cas d'Hélène, sait que s'attacher signifie «pouvoir perdre». L'attachement devient à la fois relation désirée et structurante mais implique un risque accru de s'isoler et se retrouver seul si la figure d'attachement tend à disparaître. Hélène, qui au début de la prise en charge témoignait d'une certaine joie à nous retrouver et entamer la séance, s'est rapidement éteinte et retirée de la relation au fur et à mesure que la fin du «contrat de séance» approchait. Ceci m'évoque une sorte de détachement pour plus facilement se séparer (*cf. infra p.122*).

Le sentiment de perte s'exprime aussi par une grande difficulté à conserver en Soi l'image d'autrui. Hélène oubliera les deux premières séances nos prénoms, ou jouera de ceci en nous les redemandant plusieurs fois. Même si la part réelle d'oubli là dedans peut être discutable, ceci apparaît comme une tentative de réassurance, comme si elle s'assurait en permanence que nous sommes les mêmes, dans le temps et dans l'espace, et que notre identité est fixe et stable. Ceci pourra servir d'appui pour le rôle de «Moi auxiliaire» que va jouer le psychomotricien (*cf. infra p.118*).

Ainsi, «c'est à l'entourage de créer la bonne distance qui fera que l'enfant aura à la fois le temps de désirer et la capacité d'obtenir une réponse satisfaisante. L'accumulation de ces expériences autorisera une capacité d'attente croissante du fait de la fiabilité des réponses et de leur répétition en s'appuyant sur ses ressources internes faites de la possible remémoration des expériences de satisfaction antérieures»⁷⁶. D.W. Winnicott élaborera autour de la «capacité de sollicitude» qui évoque les possibilités que l'enfant a de mettre en jeu ses désirs tout en pouvant s'appuyer sur son environnement comme un contenant pour

⁷⁵ Lemay M., 1993, p.39.

⁷⁶ Jeammet Ph., 2005.

ses angoisses. Ceci est à rapprocher de la théorie de J. Bowlby sur l'attachement, qui affirme qu'un environnement sécurisant permet l'exploration de l'espace par l'enfant en toute confiance. La sollicitude deviendra alors une ébauche vers un comportement social interactif avec l'Autre, à juste distance.

1.1.2 Attachement aux personnes et aux objets

1.1.2.1 Attachement aux personnes

La notion d'attachement évoque la question de la séparation. Un des défis considérables du nourrisson dans sa première année de vie sera d'intégrer l'absence de la mère comme un fait non définitif. Il faudra qu'il apprenne à se séparer d'elle tout en comprenant que l'attachement qui les lie ne s'estompe pas.

Les enfants carencés, de par leur défaillance d'attachement, expriment de nombreuses difficultés dans tout ce qui aborde la notion de la séparation. Les clôtures de séance sont rendues compliquées, les absences des personnes qui gravitent autour d'eux les déstabilisent au point de les rendre indisponible psychiquement et corporellement pour réaliser une activité. Chacune des sphères affective, cognitive et motrice est colorée par ces difficultés d'attachement s'exprimant dans des symptomatologies variées ; qui vont de l'agrippement aux personnes et objets à l'impossibilité de les lâcher. Les émotions trop fortes que sollicitent les instants de séparation et les instants qui coupent une relation entamée perturbent les trois sphères du développement. L'enfant se sent alors en insécurité, il cherche souvent des appuis physiques pour se sentir contenu et rassuré. C'est finalement également ce que chacun de nous fait : quand nous nous sentons en insécurité, nous cherchons des appuis stables... Dans l'interaction thérapeutique, nous devons fournir à l'enfant ce socle de sécurité interne qui lui permet de se séparer.

De septembre à décembre, la séparation pour Salah était extrêmement sensible. Au moment de quitter la salle, bien que le départ soit amorcé, il fuyait par tous les moyens les indications de sa mère qui tentait de le rhabiller. Il s'agitait en courant dans le couloir de la salle d'attente, pour venir ensuite s'agripper à nos bras. Sa maman, pressée, trouvait comme seul moyen de le décrocher de l'attraper et de le descendre de force. Et ce en ajoutant «tu veux que je raconte ton caprice à papa», ce qui suffit en général à le faire obéir... A force de répétition, de travail de la séparation en séance et de verbalisation autour de ces moments, Salah a pu apprendre à se séparer en demandant un bisou à chacune des thérapeutes et moi-même puis en partant simplement sur la demande de sa maman. Il nous a fallu alors modifier notre cadre relationnel en acceptant cette demande de contact de Salah, mode spécifique d'entrée en relation des enfants carencés (*cf. infra p.98*).

Je me suis également beaucoup interrogée sur la question de la séparation pour Héléna, en lien avec l'attachement, et j'exposerai ma réflexion dans la suite de ce travail (*cf. infra p.122*).

J'ai été confrontée, au CAMSP comme au CMPP, à plusieurs enfants dont la mère a fait une dépression *post-partum*, parfois durant deux années, dans un schéma familial privé de

père où dont le père est très absent dans la relation éducative. Il s'agit souvent d'enfants qui sont incapables de se séparer et protègent leur mère, finalement en jouant ce rôle du père. Ils n'osent pas grandir, et il faudra alors aider la mère à se séparer pour leur permettre de s'autoriser à grandir. Ceci renvoie à la place du tiers dans la construction du Moi et de l'identité, qui nécessite symboliquement l'apparition du «Nom» du père, et du «Non» du père. Cette place spécifique est selon moi proche de celle que nous pouvons prendre en tant que stagiaire, afin d'amener la triangulation. Elle amène une dynamique tout à fait différente dans la relation, et s'avère parfois structurante ou étayante pour des enfants chez qui la relation duelle génère un flot d'émotions trop intenses ou trop intrusives. Pour d'autres, elle implique l'émergence d'une certaine rivalité, où l'enfant s'adressera principalement à l'une ou à l'autre, en ignorant la seconde.

Salah établit une relation aux autres tout à fait particulière dans la dynamique du groupe thérapeutique. Il s'assure en permanence que chacun ait sa place dans le groupe, s'inquiétant de l'absence de l'un ou l'autre, et s'assurant que chacun ait un rôle, dans les jeux notamment. Il montre le besoin d'être confronté au groupe dans sa totalité, s'intéressant à tous et vérifiant notre présence et notre disponibilité. Il semble avoir maintenant intégré le groupe comme un lieu d'expérimentation délimité dans le temps et dans l'espace se répétant continuellement de façon rythmique. Le cadre du groupe prend alors une place importante, et le moindre changement le rend souvent moins disponible à la relation et à l'exploration. L'arrivée d'une stagiaire en formation «Enfance et musique» intégrant une nouvelle dynamique dans la séance lui a demandé un certain temps d'adaptation. Il a beaucoup observé et s'est mis en retrait avant de pouvoir interagir.

Salah a également développé une forme d'interaction tout à fait particulière avec la maman de Denia, qu'il sollicite en permanence pour lui mettre ses chaussures, l'aider à faire telle ou telle chose. Salah témoigne de son réel attrait pour la relation, et finalement pour un attachement sécure qui lui permet de tisser des liens solides et stables qui amènent une fixité dans sa construction identitaire.

R. Spitz amène la notion d'hospitalisme dans les troubles de l'attachement. Il s'agit d'un type d'attachement traduisant un manque de confiance de l'enfant envers son parent quant à sa mise en disponibilité psychique pour accueillir ses demandes et y répondre. L'enfant croit alors qu'il risque d'être repoussé dans ses attentes et il cherche alors à se suffire à lui-même sur le plan affectif. De son côté, le parent qui se sent désinvesti risque de désinvestir encore plus la relation, qui plus est si l'enfant est hospitalisé ou quitte le domicile pour diverses raisons. C'est ainsi que la maman de Salah a vécu ses premières interactions avec son fils, et l'a rapporté de la sorte au médecin. Elle disait s'éloigner de son petit puisque de toute manière «il ne la considérait pas».

1.1.2.2 Attachement aux objets

Dans les situations de carences, l'attachement aux objets semble autant perturbé que l'attachement aux personnes. Le jeune abandonnique peut rapidement s'attacher à un objet dont la portée symbolique et affective évoque pour lui la relation avec la personne associée à

la rencontre de cet objet. Héléna, lors de son bilan, découvrira par hasard des petits animaux d'un jeu pour petits sans intérêt particulier pour elle, et s'y attachera en nous les redemandant à chaque séance. On tentera d'ébaucher l'invention d'une histoire cette première fois, c'est alors ce qu'elle reproduira à chaque fois. Elle ne pourra pas spontanément proposer autre chose, malgré nos sollicitations. En ce qui concerne Salah, dès qu'il franchira l'espace de la salle d'attente et après s'être assuré de la présence de tous les membres du groupe, il courra chercher un vélo. Cet objet est devenu représentatif de la continuité des séances dans le temps, et du cadre sécurisant qu'elles proposent, mais devint vite source de conflit avec Denia qui lui prenait à chaque fois sans que Salah puisse se «défendre». Il a été préférable alors de retirer le vélo plutôt que de laisser à Salah le sentiment de s'être fait «prendre» l'objet d'investissement de la relation thérapeutique.

Ces attachements spécifiques à un objet évoquent «l'objet transitionnel» dont parle Winnicott et qui permet «d'effectuer un mouvement positif vers un adulte progressivement investi»⁷⁷.

Cet attachement à des jeux répétitifs et parfois même stéréotypés évoque symboliquement la tendance à limiter l'univers à quelques activités connues, sans pouvoir s'intéresser à la nouveauté, à moins d'un étayage contenant de l'adulte.

1.1.3 Relations insolites et ruptures relationnelles

L'enfant carencé présente le plus souvent une spécificité : il vient chercher le contact quand il en ressent le besoin et l'envie. Il peut l'initier quand il le souhaite, et souvent refusera si c'est nous qui initions ce contact. Salah par moments choisira spécifiquement l'une de nous pour se blottir dans ses bras, et refusera, quelques minutes plus tard, sa main tendue pour l'aider dans une activité. Héléna parfois nous racontera spontanément sa journée avec de nombreux détails, et refusera la fois suivante de nous léguer quelque information... Ces enfants montrent leur besoin d'entrer en relation, tout en affirmant leur tentative de maîtriser cette relation qu'ils ont souvent subie. Ils ont sans cesse besoin de tester les limites et la solidité du cadre en provoquant, en initiant de l'agressivité, de l'opposition à nos demandes. Ils sont, comme dans les premiers mois de l'enfant selon la théorie de l'étayage de S. Robert-Ouvray, encore pris entre ces deux polarités, entre besoins de liberté et d'autorité, d'affection et d'indépendance. L'accès à l'ambivalence leur est difficile. Salah vis à vis de sa mère reproduira le même schéma : il ne supporte pas, ne serait-ce qu'un instant, l'absence (physique ou relationnelle) de sa part en séance, mais refuse systématiquement les moments où elle lui propose son aide. Il nous sollicite alors. On peut comprendre l'étonnement de cette maman, qui au fur et à mesure, investit de plus en plus la relation avec son fils et découvre toutes ses potentialités, mais a souvent le sentiment qu'il la rejette. La création d'un lien solide, consistant et continu peut alors être biaisée. Elle manifesterait d'ailleurs ces inquiétudes, et notre rôle de thérapeute est ici d'aider la maman à comprendre pourquoi son fils réagit ainsi.

L'arrivée de la stagiaire musicienne a confirmé cette dynamique interactionnelle particulière instaurée par Salah. Elle s'est immédiatement dite perturbée, gênée, touchée par

⁷⁷ Lemay M., 1993, p.36.

cet enfant, remplie de sentiments ambivalents dans lesquels je me suis tout à fait reconnue. C'est d'ailleurs ce jour de leur première rencontre que Salah s'est le plus tourné vers sa maman, témoignant qu'il la considère comme un appui consistant qui rassure et contient face à la nouveauté.

Hélène se montra également très paradoxale dans ses comportements affectifs vis à de nous, nous énonçant dès la deuxième séance : «c'est tellement mieux ici que chez l'ancienne psychomotricienne», et disant tout le contraire lorsque nous la sollicitons pour une éventuelle poursuite de prise en charge à la fin. Ceci témoigne de l'impossible relation caractéristique des enfants abandonniques, dans une sorte de «je t'aime et je te hais», «Lâche-moi, j'ai besoin de toi», justifiant le titre énigmatique choisi pour ce mémoire. «L'enfant qui commence à aimer amorce un mécanisme de rejet dont il va être la victime»⁷⁸.

Finalement, nous nous retrouvons, thérapeute comme parent essayant de reconstruire quelque chose de solide, engagés dans une forme de «relation insolite, autant par l'intensité, par la qualité, que par la discontinuité»⁷⁹. On entend des appels criants d'attention couplés à des impressions d'indifférence à qui nous sommes. Cette étrange rencontre suscite des émotions particulières, et comme je le disais plus tôt, contactent fortement la subjectivité de chacun de nous. C'est certainement en écho avec ceci que j'ai tant réfléchi à leur sujet, au point d'en faire l'objet clinique de ce mémoire.

1.1.4 Désorientation temporelle et pauvreté d'enracinement

La désorientation temporelle s'est particulièrement révélée au cours du bilan d'Hélène. Nous avons immédiatement mis ceci en lien avec la pauvreté d'enracinement qui la caractérise de par son histoire adoptive. Le relatif silence de sa mère sur sa vie antérieure pourrait engendrer une difficulté à s'inscrire dans la représentation transgénérationnelle, elle n'a pas accès à une partie de son histoire ce qui a pu affecter sa construction psychique. La difficulté à s'inscrire dans une temporalité objective, à lier entre eux les événements serait peut-être à associer à la quête identitaire d'Hélène, à l'impossibilité de s'inscrire dans une histoire liée. En plus de la pauvreté d'enracinement due à la faiblesse des rencontres et due à la tentative en vain de l'enfant d'effacer son passé, l'environnement se présente parfois comme un obstacle supplémentaire pour l'aider à trouver les racines de son existence socio-familiale. Sa mère adoptive, au cours des entretiens médicaux comme en psychomotricité, restera très distante et discrète sur l'histoire pré-adoption d'Hélène. Elle dit savoir des choses, mais ne pas vouloir les partager, encore moins devant Hélène.

Et pourtant, Hélène en aura gardé des traces indélébiles, sorte de traces mnésiques incomprises qui s'inscrivent dans sa construction identitaire. Elles sont apparues ainsi au cours de la première séance de bilan : nous demandions à Hélène si elle avait des souvenirs de Russie, ce à quoi elle a immédiatement répondu un «non» franche, comme automatique. Elle nous confiera quelques instants plus tard : «en tout cas, je me souviens en Russie, que

⁷⁸ *Ibid.*, p.45.

⁷⁹ *Ibid.*, p.29.

quand Béatrice⁸⁰ est venue me chercher, j'ai claqué la porte pour qu'aucun autre enfant ne veuille qu'elle devienne leur mère. Elle allait être pour moi». Il semble ici qu'Hélène soit prise dans un conflit d'affiliation, et qu'elle ait des souvenirs sur lesquels elle ne peut mettre de sens au vu du refus de sa mère de les évoquer. Elle aurait gardé des «traces mnésiques inégales qui se chevauchaient, se regroupaient puis se séparaient, sans qu'un système linéaire puisse se constituer»⁸¹. Les souvenirs étant, comme dit plus haut, le fil rouge de notre identité, on peut reconnaître en cette désorientation temporelle une causalité aux troubles identitaires d'Hélène. Hélène est en pleine quête identitaire, elle exprime corporellement le besoin de se trouver, de s'inscrire dans une temporalité. Le cadre de prise en charge en soin thérapeutique pourrait être un moyen de s'ancrer dans cette rythmicité de l'existence, en lien avec sa mère. Mais, faut-il passer par le corps et donc la psychomotricité ou plus par le langage verbal au travers d'une psychothérapie ? Là est tout l'objet de la réflexion autour des modalités de prise en charge que nous lui avons proposées et sur laquelle je reviendrai dans la dernière partie de ce travail (*cf. infra* p.114).

Les premiers rythmes de l'enfant dépendent de la capacité de la Mère à répondre aux besoins du bébé de manière régulière et continue. La multitude de personnes ayant à s'occuper d'un enfant éloigné de sa mère «créé une expérience de discontinuités sensorielle, temporelle et spatiale d'autant plus mal vécue que chaque moment pris isolément est souvent dominé par l'uniformité, en raison du faible investissement des adultes envers ce bébé né 'quelque part ailleurs'»⁸². Les changements répétitifs que subi l'enfant empêchent la création de repères. Une bonne expérience n'est pas assurée de se répéter le lendemain, et ceci me semble être à lier avec les difficultés de séparation caractéristiques de ces enfants carencés. Il veulent à tout prix faire perdurer le lien plaisant établi dans une relation, au risque qu'il ne se reproduise plus jamais. C'est pour moi ce qui s'est passé avec Salah, qui a mis trois mois à intégrer l'aspect cyclique des séances, et donc a pu enfin se séparer en toute sécurité.

Salah, pour qui le passé est certainement une sorte de mystère insensé d'où surgissent quelques souvenirs basés sur des expériences tonico-sensorielles, se montre aussi déficitaire en terme d'orientation temporelle. Son maître d'école nous a évoqué sa difficulté à se repérer dans la succession d'une journée, et à lier les événements entre eux. Et ceci se confirme en séance. Parallèlement, il est extrêmement intéressant d'observer combien Salah apprécie que nous fassions durer une activité pour laquelle il ressent du plaisir. Ainsi, il en demande toujours davantage et a du mal à supporter son interruption pour initier de la nouveauté. Finalement, il faudra être vigilant à la façon dont nous interrompons cette activité subjectivement satisfaisante, pour qu'elle ne soit pas perçue comme trop courte et laissant comme seul souvenir un sentiment de privation.

Finalement, en psychomotricité, il faudra amener de la continuité dans les mouvements, pour proposer à l'Autre de la continuité dans son existence.

⁸⁰ Prénom de sa mère, changé pour préserver l'anonymat.

⁸¹ Lemay M., 1993, p.172.

⁸² *Ibid.*, p. 175.

1.1.5 Perte du sentiment continu d'exister et du sentiment d'identité

Le sentiment de continuité d'existence vient de l'acquisition des autres sentiments de l'identité (A. Mucchielli) : sentiment d'unité, de cohérence, d'autonomie, de différence, de valeur, de confiance en soi *etc.* mais également et surtout du sentiment de confiance en le milieu environnant ou milieu d'acculturation, et de la cohérence de ce dernier. Le sujet a besoin de se sentir identique dans le temps et de visualiser les étapes de son existence comme un continuum. Il doit percevoir les modulations de son identité dans le temps mais elles ne doivent pas procurer de phénomène de brisure ou coupure avec la réalité. Le sentiment d'identité demeure tant que le sujet est capable de mettre un sens aux altérations externes. Le jeune enfant, par son immaturité psychique, et par la non-acquisition du symbolisme et de la représentation, n'est pas en mesure de supporter les attaques externes qui agissent sur sa construction identitaire.

Les troubles identitaires des enfants népalais que j'ai rencontrés s'expriment certainement sur ce registre. Pour la plupart, ils ont vécu dans un village isolé, bercés par leur famille, dans un environnement sain, et se retrouvent en pleine période de latence, confrontés à l'immensité de la ville, à sa surpopulation, à ses contrastes entre richesse et pauvreté et à ses sévices physiques, relationnels et affectifs. On peut supposer une complète perte d'enveloppe corporelle comme psychique, un effondrement du sentiment continu d'existence par un bouleversement complet des repères externes qui modulent leur construction identitaire. Pour peu que leur identité ne fût pas totalement fixée du fait de leur jeune âge, on assiste en mon sens à une réelle déstructuration de l'identité qui affecte toutes les sphères du développement de l'enfant.

L'enfant a besoin de régularité pour développer de nouvelles compétences dans un cadre qui le sécurise.

Je viens de montrer que la conviction de notre continuité d'existence est facilement destabilisable par l'environnement. Trouver de la réassurance et viser le sentiment continu d'existence nécessite une solidité interne majeure. Si ce n'est le cas, l'enfant va tout faire pour chercher des repères réguliers, et va même, en cas de pathologie, partir à la recherche de sensations, qui permettent un «accrochage sécurisant»⁸³. Salah et Héléna sont tous deux avides corporellement de cet accrochage sensoriel qui semble les auto-contenir (*cf. infra* p.71).

Enfin, en séance, on perçoit combien la répétition des séquences est importante pour faciliter l'intégration. Nous effectuons souvent les mêmes propositions psychomotrices sur deux séances de suite, d'une part puisque les enfants sont demandeurs, d'autre part pour permettre la réactivation d'une mémoire corporelle et initier les processus intégratifs. Nous avons du, exceptionnellement, travailler dans la cuisine du CAMSP. Cette séance particulière permet de nouvelles expériences sensorielles. La semaine d'après, Salah n'a pas pu se rendre disponible à entamer un autre travail tant qu'il ne s'était pas assuré de la présence de la cuisine au même endroit. Il a tenu à tout prix à descendre d'un étage en me prenant par la

⁸³ Pireyre E., 2011, p.53.

main pour me montrer qu'il s'en rappelait. Comme si s'était inscrite en lui une trace corporelle et affective positive de cette séance dans la cuisine, qu'il cherchait à tout prix à confirmer en se la représentant. Ce changement de lieu évoque aussi la notion du cadre. Salah, dont le cadre interne est extrêmement fragile, a certainement été partiellement déstructuré par cette modification du cadre externe. Il a alors été demandeur d'une réponse contenante et étayante de l'adulte, qui en mettant des mots et accompagnant le vécu, a pu lui fournir un minimum de réassurance.

1.1.6 Besoin d'étayage et d'individualité

Nous savons combien l'acceptation affective du premier environnement social qu'est la famille est importante dans la construction identitaire de l'enfant. L'émergence du «Je» chez l'enfant et la connaissance de Soi dépendent essentiellement des désirs et des projections des figures parentales sur l'enfant, et ce avant même la naissance. C'est finalement par une anticipation des besoins du bébé par la mère qu'elle pourra éveiller chez lui la demande. Les parents doivent être attentifs et soutenir les potentialités de l'enfant et ses capacités à toujours progresser. C'est une forme de circularité où l'on retrouve des renforcements de comportements positifs par une dynamique affective associée. Pour Salah et Héléna, les carences de soins et relationnelles précoces n'ont pas éveillé chez eux le désir de progresser et de s'autonomiser. Héléna ne parlait pas à son arrivée en France à quatre ans, Salah exprime encore des difficultés en terme de langage et n'utilise toujours pas le «Je», habituellement signe d'une autonomie psychique.

Le sentiment de confiance dépend alors de la capacité de participation affective et au delà de ça, dépend du sentiment d'appartenance. Dans les situations où l'enfant est rejeté ou dévalorisé en permanence, le sentiment de confiance est défaillant, ce qui entrave la construction identitaire.

La construction identitaire se fait dans le regard de l'autre ; aussi bien à grande échelle dans la vision que la société et la culture ont de l'Homme, de la Femme, de l'enfance, du handicap et des modèles «idéaux» ; qu'à plus petite échelle, dans la relation duelle et l'individualité. Les tentatives d'exploration de l'enfant carencé abandonnique dépendent étroitement de l'attention qui va être portée à ses expérimentations. En ceci se justifie tout à fait la nécessité pour Salah d'un suivi plus individualisé dans une école spécialisée qui est capable et disponible pour l'accompagner le mieux possible afin qu'il continue d'exploiter ses capacités plutôt que de se confronter à l'échec en permanence et ainsi se décourager.

Salah témoigne également de son besoin crucial d'individualité et de considération en nous sollicitant en permanence (aussi bien les adultes du groupe que Denia) pour que l'on s'occupe de lui. Il veut toujours que nous lui enlevions et remettons ses chaussures en le demandant verbalement comme corporellement. Il est en recherche constante de soins et d'attention privilégiée, dont il a certainement manqué dans ses premières années de vie.

En outre, Salah s'empêche de continuer une activité s'il est en difficulté. Son manque de confiance en lui le fait quitter immédiatement l'activité. Il est alors très difficile de le récupérer, et il faudra s'y prendre très progressivement et finement pour tenter de récupérer

l'interaction et le relancer. Et ce, en relation duelle, sans excès de stimulations. Souvent il faudra varier très légèrement la proposition pour qu'il puisse lever la «barrière» qu'il se fixe.

«Moins le nourrisson possède des capacités d'élaboration psychique, plus il va réagir par des désordres somatiques»⁸⁴. De la même façon, plus le jeune carencé est en souffrance sur le plan psycho-affectif, plus sa symptomatologie s'exprimera par le corps, dans une forme de langage corporel qui nous intéresse tout particulièrement en tant que psychomotricien.

1.2 Manifestations corporelles des troubles identitaires

Les manifestations affectives des troubles carenciels sont souvent flagrantes, et il faudra veiller, en tant que psychomotricien spécialement, à considérer également le langage symptomatique corporel du carencé. Tout jeune, l'enfant est encore dépendant de son environnement, centré sur son corps propre, immature dans sa construction psychocorporelle et surtout particulièrement fragile et sensible aux attaques externes somatiques et corporelles. L'enfant carencé exprime ses troubles identitaires par son corps, de même que des troubles de la construction identitaire conduisent souvent à un désinvestissement du corps. Nous sommes face à un corps qui exprime ses difficultés, réagit et se protège en développant une «manière d'être corporelle» dans sa relation aux personnes et aux objets qui interpelle l'environnement. Chez les enfants carencés dont le développement du langage et de l'expression verbale en sont encore à un stade primitif, veiller à ce langage corporel et tenter de le décoder devient primordial. L'enfant établit bien un mode de langage relationnel, mais qui ne prend pas sens sur les plans conceptuel et symbolique.

1.2.1 Expression somatique

Salah et Hélène sont tous deux des enfants petits et fluets pour leur âge. Leur corps paraît comme fébrile, et attire tout de suite le regard. Bien qu'il n'y ait pas d'anomalie physique particulière, l'expression qui s'en dégage captive l'attention de celui qui le regarde.

De nombreuses études montrent que le développement staturo-pondéral des enfants carencés subit un réel retard. Il semble même comme arrêté. Le sujet refuse l'alimentation, en plus de la difficulté qu'à son corps à ingérer les aliments reçus. L'enfant carencé présente également des troubles du sommeil qui accentuent les troubles du comportement qu'il manifeste la journée. Des défaillances sur le plan des soins corporels sont souvent à mettre en lien avec ces problématiques. Finalement, les expressions somatiques semblent être des messages exprimant une lutte contre des affects dépressifs et une grande détresse.

La première longue hospitalisation de Salah s'est avérée nécessaire pour des troubles alimentaires qui ont entraîné la pose d'une sonde gastrique. C'est au cours de ce séjour que la mesure judiciaire a été lancée pour défaut de soins et actes violents. Les parents étaient décrits comme exaspérés par le refus de s'alimenter de leur fils. Je ne peux évidemment pas

⁸⁴ Lemay M., 1993, p.104.

lier le retard staturo-pondéral et les troubles alimentaires (encore présents aujourd'hui) de Salah uniquement aux carences relationnelles précoces subies, puisque le contexte de prématurité entre également en jeu, mais c'est une hypothèse possible. De plus, la question du nourrissage fait écho à une des fonctions vitales du parent. Le nourrissage physiologique et affectif est le premier lien relationnel qui unit l'enfant et ses parents. Dans un contexte de handicap et de «miroir brisé»⁸⁵ où l'enfant renvoie une image négative en brisant le rêve de «l'enfant idéal», comment les parents peuvent trouver le désir de nourrir cet enfant qui leur rappelle leur «échec» ? S'ils en sont encore à un stade du déni de la pathologie ou du refus des difficultés, comment vont-ils pouvoir investir cet acte mécanique de «donner à manger» pour qu'il devienne autant nourrissage affectif que physiologique ?

En ce qui concerne Héléna, le manque d'informations sur ses quatre premières années de vie nous empêche d'établir quelconque lien. On ne peut que constater son retard staturo-pondéral présent aujourd'hui, malgré sa puberté précoce.

Salah arrive en permanence blessé en séance. Sa mère ne peut jamais expliquer ses blessures, elle ne sait absolument pas comment il se serait fait telle griffure, telle plaie... Quelle est alors la place de ce corps qui exprime sans relâche une souffrance ? Quelle représentation de son propre corps peut-il avoir si ni lui ni sa mère n'ont conscience des moments où il se blesse ? Que comprend t'il de la douleur s'il ne signale jamais aux adultes une sensation corporelle douloureuse ? Prend-il de nombreux risques dans le but de sentir son enveloppe corporelle ? Comment peut-il se construire une enveloppe psychocorporelle alors que sa peau est toujours percée, attaquée, perforée ? Tant de questions qui sont finalement sans réponse, mais qui nous obligeront en tant que soignant à réfléchir autour de la place donnée à ce corps blessé. Les premières années, ma psychomotricienne avait pris l'habitude d'explorer à chaque séance le corps de Salah pour tenter de comprendre ses blessures. Cette année, nous lui demandons verbalement s'il connaît l'origine de sa blessure, ce à quoi nous obtiendrons peu de réponses. Il est toutefois arrivé que Salah nous montre de lui-même un bobo, il aurait alors peut-être intégré l'espace psychomoteur comme un lieu où l'on prête attention au corps. Mais il nous autorise encore peu à panser, envelopper, soigner ses bobos... Encore une fois, on peut relier ceci à sa problématique carenentielle : il est à la fois en demande d'attention privilégiée et de soins corporels tout en refusant qu'on prenne soin de lui de notre propre chef. La relation s'établit selon sa demande.

Je parlais plus tôt du sentiment de continuité temporelle (A. Mucchielli) nécessaire dans la construction identitaire. Ce sentiment est fondé initialement sur la possibilité de percevoir une certaine permanence du corps, de reconnaître mon corps comme constant et identique dans le temps. Un corps constamment blessé le rend synonyme d'instabilité, et empêche l'intégration d'un corps organique solide. Un travail sur le système os (B. Lesage), sera intéressant pour réintégrer cette solidité corporelle, cette densité interne qui renvoie à la constitution de l'axe corporel. Ensuite, et bien plus tard dans la prise en charge, on pourra tenter de contacter les systèmes muscles puis peau pour explorer la fluidité de la mobilité, et la notion d'enveloppe protectrice autour de corps solide et intègre.

⁸⁵ Korff-Sausse S., 2011.

1.2.2 Monde sensoriel de l'enfant carencé

La prise en charge de Salah nous conduit à expérimenter principalement par la sensorialité. Ses difficultés de construction psychocorporelle font qu'il est en recherche intense de stimulations sensorielles qui lui permettent de se reconnaître dans un «ici et maintenant» et lui font se sentir exister. Ses difficultés d'accès à la représentation et à la symbolisation le placent dans une recherche permanente d'expériences sensori-motrices (Bullinger) qui deviennent organisatrices et le nourrissent physiquement et psychologiquement. Il prendra énormément de plaisir dans les jeux de glisser / tirer / souffler / bercer. On sollicitera beaucoup les mamans du groupe pour initier ces jeux, rendant possible l'accès au plaisir sensori-moteur dans la relation pour favoriser l'association de vécus corporels plaisants à un environnement interactif contenant.

De plus, on pourrait croire que Salah est en quelque sorte insensible à la douleur, ne manifestant pas sa souffrance quand il se cogne, tombe ou se blesse. Au contraire, chez les enfants carencés, il faudrait plutôt associer ceci à la recherche d'une intensité forte de sensations pour se sentir continuellement exister malgré les épreuves de la vie.

Les jeunes enfants carencés souvent s'auto-stimulent en se touchant, en s'agitant, en bougeant de manière très intense. On peut comprendre ceci comme une tentative d'accaparement de l'attention de l'environnement, qui est alors forcé de les considérer, par l'intensité des pleurs, cris ou mouvements. Finalement, l'enfant a recours à une mobilisation sensorielle qui lui permet de stimuler son sentiment de continuité d'existence (E. Pireyre). Et ces enfants mobiles sont souvent en moins grand danger d'isolement sensoriel que d'autres qui à l'inverse se retirent de toute stimulation, potentiellement désorganisatrice. Par des accrochages sensoriels, l'enfant se raccroche à la réalité et au monde externe.

Héléna, qui trouve difficilement dans le monde extérieur des repères stables auxquels s'accrocher, s'auto-rassure par des postures fermées et des agrippements à son propre corps. Comme je disais en compte rendu de son bilan psychomoteur, elle cherche des appuis en elle-même (auto-contacts) et dans un collage au corps de l'adulte. Elle instruit l'espace d'autrui pour avoir un contact tactile ou sensoriel, comme une recherche de limites qu'elle ne trouve pas en son propre corps.

1.2.3 Dysharmonie tonique et troubles de la motricité globale

On a vu combien la fonction tonico-émotionnelle était primordiale dans l'élaboration de la vie psychique. L'enfant carencé «va se défendre de l'environnement perturbateur qui l'envahit en modulant dans le mouvement de son corps, son activité tonique. Ce qui va gravement perturber son comportement psychomoteur et relationnel comme son activité mentale»⁸⁶. L'enfant va tenter par lui-même d'assurer les fonctions maternelles défaillantes : il «s'auto-hold», s'accroche à son système tonique en se raidissant et se crispant pour se

⁸⁶ Desobeau F., 2010.

contenir et se protéger. Il s'assure une continuité d'être par une activation excessive de ce que F. Tustin appelle le «second Moi-peau musculaire»⁸⁷.

Salah semble mettre en jeu sa musculature et sa tonicité par des agrippements permanents, aux objets comme aux personnes. Il s'agrippait à nous en début d'année pour ne pas quitter la salle, attrape certains objets sans pouvoir les lâcher, et prend beaucoup de plaisir dans les jeux tels que le poisson/pêcheur qui consiste à attraper l'autre en formant un cercle fermé autour de lui. On pourrait lire cet agrippement comme un moyen archaïque de se tenir, de se porter en référence aux premières étapes du développement de la préhension chez le nourrisson. La fonction de portage maternel pouvant être supposée défaillante dans ses premières années de vie, il trouverait un moyen d'être soutenu, enveloppé, contenu par ces manifestations hypertoniques et d'agrippement. D'ailleurs, en séance, Salah aura bien souvent besoin qu'on le porte avant de pouvoir se lancer dans toute activité d'expression corporelle. Il s'agrippe à nous pour trouver une sécurité qui lui permettra d'explorer seul.

L'enfant carencé se forme ainsi une forme de carapace tonique qui le protège à minima des attaques externes. Salah comme Héléna expriment leur souffrance majoritairement sur cette polarité hypertonique, alors que d'autres se réfugieront dans une hypotonie massive. Dans tous les cas, on assiste à une dysharmonie tonique qui s'inscrit dans le cercle vicieux «défaillance de l'environnement – problématique de l'enfant – difficile interaction – dys-stimulation – aggravation de la problématique de l'enfant etc.».

1.2.4 Participation corporelle au conflit

1.2.4.1 Régression et collage corporel

De nombreux désirs régressifs s'expriment par le corps de l'enfant. C'est également par un travail sur la régression qu'on l'on pourra aider l'enfant dans sa construction corporelle. Les manifestations régressives (dont les recherches d'agrippement et de portage évoquées plus haut) sont une sorte de mécanisme de défense⁸⁸ et s'accompagnent d'une recherche de contact physique permanente. C'est notamment le cas d'Héléna, qui procéda dès la première rencontre à un collage de mon corps, touchant mes bijoux et prenant ma main. Elle montra le besoin de se blottir, de montrer ses bobos, son ventre. Elle tente de retrouver un contact tactile, oral, auditif et labyrinthique tout en manifestant également des attitudes de rejet et de mise à distance lorsque nous sollicitons de l'intérêt pour son corps. Encore une fois, la problématique typique des enfants abandonniques confronte le thérapeute à une difficulté majeure : il est partagé entre le souhait de laisser l'enfant trouver des moyens d'expression de sa souffrance, tout en ne le laissant pas franchir les barrières – personnelles comme culturelles – qui font du corps un sujet parfois tabou dans notre société... Mais notre identité de psychomotricien nous donne la possibilité de nous intéresser à cette problématique corporelle, en permettant à l'enfant d'explorer la «réalité corporelle d'autrui»⁸⁹ pour ensuite découvrir sa propre réalité corporelle.

⁸⁷ Tustin F. 1986, p.124.

⁸⁸ cf. *infra* p.81.

⁸⁹ Lemay M., 1993, p.281.

1.2.4.2 Agitation psychomotrice

Salah et Héléna tentent tous deux de réduire leurs angoisses dans une agitation motrice excessive et improductive qui a valeur d'enveloppe motrice face à un défaut de contenance (B. Golse⁹⁰). Il peut s'agir ici d'une tentative pour s'auto-calmer et s'auto-exciter, se fournissant soi-même ce qui fait défaut à l'extérieur, notamment en ce qui concerne Salah. Pour Héléna, j'émettrai plutôt l'hypothèse d'une tentative de lutte contre des affects dépressifs dus à l'inconsistance de son passé pré-adoptif. Finalement, cette instabilité motrice est à relier sur le plan neuro-moteur à un défaut d'intégration du schéma corporel qui amène l'enfant à se mouvoir pour ressentir sa corporalité. E. Bonneville parlera de l'agitation comme un «moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de liaison la plus primitive, dans et par le corps et les sensations corporelles. D'autre part, s'envelopper de bruits et de sensations autoproduites évite de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors»⁹¹. L'agitation psychomotrice s'avère être un passage normal de la motricité de l'enfant à trois périodes de son développement psychomoteur qui correspondent plus ou moins à la première année de vie, à l'entrée en maternelle et au primaire. Par contre, elle devient pathologique quand elle limite l'intégration au réel et quand elle est l'expression d'une souffrance latente. Il s'agit alors d'une agitation improductive, qui empêche la qualité de mouvement.

L'instabilité psychomotrice devient de plus en plus visible à l'entrée à l'école et dans les apprentissages. La nouveauté et la confrontation à la difficulté de raisonnement intellectuel favorisent l'agitation et la dispersion, comportements qui se manifestent alors par des agirs agressifs ou provocateurs, entraînant le plus souvent des réponses restrictives de l'environnement qui renforcent cette instabilité. Qui plus est dans un modèle éducatif occidental où l'un des maîtres mots de l'école est «Rester assis et ne pas trop bouger pour bien apprendre»...

1.2.5 Difficultés liées au retard dans l'acquisition du schéma corporel

Toutes les problématiques interactionnelles précoces, tant sur le plan des soins corporels que des mobilisations affectives, rendent compliquée l'intégration du schéma corporel, en tant que «connaissance intuitive que nous avons de notre corps à l'état statique et en mouvement dans le rapport de ses différents segments entre eux et dans la relation de corps perçu comme une unité avec les objets et les personnes qui nous environnent»⁹². Ce défaut d'intégration perturbe l'expression et la réalisation des gestes, affectant les possibilités de planification et d'aisance gestuelle. L'enfant présente un retard praxique parfois considérable, sans qu'il y ait de dyspraxie ou Trouble de l'Acquisition des Coordinations associé. La thérapie psychomotrice aura toute sa place pour fournir un étayage au développement des praxies, en les replaçant dans le contexte global des perturbations psychomotrices. Les praxies ne sont pas la résultante de processus fonctionnels seuls, elles

⁹⁰ Golse B., 2001.

⁹¹ Bonneville E., 2008.

⁹² Lemay M., 1993, p.117 - citation inspirée d'H. Wallon.

ont aussi une composante affective, sollicitant le désir d'apprendre et une certaine disponibilité psycho-affective. Le retard praxique confronte l'enfant à la difficulté dans les apprentissages préscolaires et scolaires ; un étayage individuel sera indispensable pour qu'un lien «école = échec» ne s'établisse pas dès les premières années.

Le défaut d'intégration du schéma corporel s'exprime également par des difficultés de repérage sur son propre corps et sur le corps d'autrui, et la difficile inscription d'une latéralité fixée. Hélène ne situait pas encore la droite et à la gauche sur son propre corps en début de prise en charge, alors que ceci aurait dû être acquis au vu de son âge.

1.2.6 Fragilités identitaires en rapport avec l'espace

L'espace, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce sujet d'étude, est une donnée fondamentale d'une bonne adaptation du sujet à son environnement. L'espace, aussi bien matériel que relationnel, doit remplir certaines conditions pour permettre la construction psychocorporelle et donc la construction identitaire.

Salah et ses parents vivent à cinq dans un appartement de 38 m², non semblable à l'espace culturel où ont grandi ses parents. Mr et Mme peuvent, en conséquence de leur immigration proche de la naissance de Salah, avoir mis du temps à s'acclimater, et surtout accepter ce nouvel espace comme un «chez soi», d'autant plus qu'ils vivaient dans une grande maison en Algérie. E.T. Hall, dans son étude sur la proxémie et les comportements humains relatifs à l'espace, affirme que les sujets de culture arabe sont très sensibles à «l'impression d'entassement dans les espaces intérieurs»⁹³. Un espace se devrait d'être ample, haut de plafond et enfin visuellement dégagé, tout l'inverse d'un appartement de 38 m². Malheureusement, les aménagements urbains et de logement tiennent rarement compte de ces différences culturelles, pourtant représentatives de la société française actuelle. Un questionnement apparaît alors : quel niveau de «frustration sensorielle» supporte-t-on, sans risquer de perdre le sentiment de notre «identité ethnique» ? Peut-être ces processus ont-ils influencé les possibilités de parentalité pour ces parents déracinés ? Ce ne sont ici que des hypothèses, que je n'analyserai pas plus finement puisque ne faisant pas l'objet principal d'étude, mais il me semblait important de les souligner. Il me paraît crucial que les schémas spatiaux internes et externes ne soient pas trop en opposition. Comme le dit Fried (cité par E.T Hall, 1971, p.209), «le chez-soi n'est pas seulement un appartement ou un pavillon mais un territoire où sont vécues certaines des expériences les plus signifiantes de l'existence».

Un espace restreint d'expérimentations limite l'exploitation de diverses compétences chez l'enfant et modifie les dimensions relationnelles entre les sujets. Salah dort dans la chambre de son père et ceci ne semble pas être un élément facilitant la séparation. La maman de Salah ne peut pas librement emmener ses enfants en extérieur par restriction du père s'il est absent, ceci limite certainement les expérimentations de Salah et ses frères et sœurs, pourtant intéressantes du fait du changement de cadre environnemental qu'elles impliquent.

⁹³ E.T Hall, 1971, p.199.

1.2.7 Attaque de l'image du corps

Comme j'ai pu l'étudier précédemment, la structuration de la personnalité est avant tout corporelle : elle passe par un sentiment d'unité, qui s'élabore progressivement en interaction avec l'environnement, en partie grâce au dialogue tonique qui lie corporellement mère et enfant. Des enfants qui ont du avoir recours à un clivage corps-psyché pour survivre aux attaques environnementales témoignent certainement d'une fragilité de l'image du corps, corps vécu comme fragile, attaqué, impropre puisque non considéré à sa juste valeur. De plus, ses maladresses relationnelles ont certainement suscité un rejet des pairs dans les instants de socialisation, rejet qui contribue à renforcer sa mauvaise estime de lui-même. Enfin, l'alternance entre demande d'attention, d'affection et d'amour et les mouvements de rejet caractéristiques de l'enfant carencé enferme l'enfant dans une non-maitrise de son corps, qu'il ne peut se représenter comme fiable et structuré dans le temps et l'espace, ainsi que dans la relation à l'Autre.

1.2.8 Troubles de l'identité sexuée

Hélène est perturbée corporellement comme affectivement par sa quête identitaire, notamment en tant qu'être sexué. Elle témoigne dans ses centres d'intérêts, ses amitiés et son discours d'un questionnement autour de l'enfant qu'elle est, une sorte de conflit entre son corps biologique et ses désirs. Elle s'identifiera à chaque fois qu'il s'agira de jouer un personnage à un garçon, dira « n'aimer que les trucs de garçon, ne jouer qu'avec des garçons etc. » Ce conflit s'exprime d'ailleurs somatiquement, puisqu'elle est soignée pour une puberté précoce depuis l'été dernier. Dans l'évocation d'une puberté précoce, on peut entendre des transformations corporelles qui s'accroissent alors que les développements psycho-affectif et cognitif n'en sont pas au même « stade ». Un déséquilibre entre les pôles psychomoteur peut être évoqué, renforçant les troubles de construction identitaire d'Hélène, qui se retrouve alors perdue dans un corps d'un âge différent de son psychisme, ne pouvant prendre repère sur ses pairs puisqu'elle s'en différencie corporellement (bien que le traitement ait arrêté l'apparition des caractères sexuels secondaires).

Hélène semble, en lien avec cette quête d'identité sexuée, encore prise dans un stade du développement de la sexualité infantile où apparaît la différenciation des sexes, une hyperexcitation et une hyper-angoisse face à la question de la différence. Freud parlerait du « stade phallique ». Tout chez elle, par défaut de portage et de *handling*, semble ouvert, excité, hyperstimulé, lieu de satisfaction des pulsions. Elle nous parlera de « jeux où elle et une autre fille se touchent le sexe ». C'est comme si elle cherchait à comprendre dans le corps de l'autre (par ces jeux de contacts) quelque chose qu'elle n'intègre pas dans son propre corps. Elle est encore dans les processus de différenciation, à la recherche de limite Moi / Non Moi. Cette hyperexcitation corporelle a été un facteur influençant le choix de la prise en charge très « cadrée et structurée » que nous lui avons proposée, certes discutable mais sûrement en lien aussi avec nos possibilités d'accueillir cette corporalité intrusive et étonnante de cette petite fille. J'y reviendrai dans ma dernière partie.

1.3 Manifestations cognitives des troubles identitaires

La nature dote chaque être humain d'une véritable programmation biologique qui permet au sujet un enrichissement progressif de ses capacités cognitives. Ces dernières ne peuvent éclore que si l'environnement crée des conditions permettant la transformation de potentialités en réelles capacités. De nombreux facteurs peuvent bloquer les mécanismes intellectuels et opératoires, les carences relationnelles précoces en font partie. Evidemment, on ne peut affirmer l'étiologie de telles difficultés (sont-elles exclusivement imputables à l'environnement ou le fruit d'un construit individuel-environnemental ? Le déficit intellectuel marqué – comme celui de Salah - est-il une séquelle organique innée ou acquise ?), mais il est intéressant d'en observer les manifestations, du moins par rapport aux expériences cliniques vécues. Selon M. Lemay, en référence aux travaux de Piaget sur les mécanismes opératoires, l'enfant carencé ne connaît pas d'arrêt dans son développement cognitif mais plutôt une évolution dysharmonique marquée par une alternance de réponses cognitives adaptées et de réponses tout à fait immatures. Sans déficience intellectuelle majeure, «le jeune privé de points de repère socio-affectifs stables poursuit son évolution, fait des acquisitions, mémorise et bâtit des systèmes de compensation»⁹⁴.

1.3.1 Atteinte du développement des intelligences

Le développement intellectuel de l'enfant dépend de facteurs autant individuels qu'environnementaux. Si l'on considère que les capacités cognitives de l'enfant dépendent des stimulations apportées par son entourage, on peut craindre qu'un enfant carencé n'ait pas été suffisamment nourri intellectuellement. C'est probablement le cas pour Salah, mais pas pour Héléna dont l'environnement qui s'est peu à peu stabilisé autour d'elle a permis l'éclosion de multiples capacités dont le langage. L'enfant hypo-stimulé est plongé dans un monde vide de sens, de couleur, de bruit qui empêche l'alimentation intellectuelle précoce et qui rend inexistantes ou impersonnelles les opportunités de manipuler, sentir, voir ou entendre.

Le développement des intelligences s'établit aussi en fonction du système de projection de désirs parentaux sur la réussite de leur enfant. Les désirs parentaux dépendent de leurs propres expériences antérieures, sont sollicités par les réponses de l'enfant renforçant ou non la projection de ces désirs, et sont conçus selon le mode éducatif d'imprégnation, en référence à leur propre développement culturel et socio-familial.

Lorsque l'enfant commence à explorer de nouveaux schèmes moteurs, il a besoin d'un soutien étayant et structurant de l'adulte. Voir son parent fier de lui et de ses expérimentations l'incitera à en développer de nouvelles. Ainsi l'anticipation de la réussite et de la joie partagée avec les parents vont amener le plaisir et donc éveiller le désir d'apprendre. L'enfant va chercher à retrouver le plaisir partagé dans la relation de satisfaction mutuelle, et ceci pourra l'aider à réfléchir et penser l'action avant de la réussir.

⁹⁴ Lemay M., 1993, p.167.

Un enfant carencé en général montre une aversion du délai, et cherche la satisfaction immédiate, au moins pour lui, puisqu'elle est peu partagée avec l'entourage. L'enfant agit dans l'ici et maintenant.

Pour Salah, il est très compliqué de proposer des activités qui nécessitent un certain temps de réflexion avant la réussite. Il est facilement effrayé par la nouveauté, et ne supporte pas d'être confronté à l'échec. Il manifestera alors corporellement son refus, par une fuite. Son développement cognitif est encore pour certains aspects à un niveau très archaïque. Nous doutons notamment de l'acquisition stable de la permanence de l'objet, les jeux de caché/trouvé, disparition/apparition d'objets étant générateurs d'angoisse. Ses rires et relâchement tonique témoignent du soulagement qu'entraîne la réapparition d'un objet ou d'une personne ponctuellement disparu. La permanence de l'objet évoque la question de la séparation, sa non-maitrise ne semble pas anodine... Parallèlement, certains aspects de son développement cognitif sont conformes aux enfants de son âge, montrant une réelle hétérogénéité dans le développement de son intelligence, ce qui m'amène à me questionner sur le Quotient Intellectuel qui a été calculé l'an dernier, le situant autour de 50, soit déficience mentale moyenne. La passation de ce test a été certainement biaisée par l'angoisse générée dans une situation d'évaluation et par la non-connaissance de la neuropsychologue qui lui a fait passer. On sait combien la relation est difficile à établir avec cet enfant...

Hélène montre une hétérogénéité dans son fonctionnement intellectuel, avec des résultats supérieurs à la norme de QI, et d'autres dans la moyenne faible, notamment pour ce qui nécessite de *se représenter le déroulement d'actions passées et présentes, ainsi que d'anticiper des actions futures*, ceci étant à relier avec son déracinement et son défaut de structuration temporelle.

Les perturbations cognitives sont devenues réellement significatives à partir du moment où Salah a été confronté à un cadre scolaire. L'entrée dans les apprentissages scolaires amène l'enfant à décaler ses désirs sur autre chose que du sensori-moteur, sur des concepts plus abstraits qui nécessitent des capacités élaborées de représentation mentale.

1.3.2 Difficultés scolaires

Les difficultés cognitives mise en place dès la petite enfance deviennent flagrantes à l'entrée à l'école.

En ce qui concerne Hélène, son adoption a permis une stabilisation des repères spatio-temporels et une permanence relationnelle structurante. Elle a pu commencer à inscrire son identité en fonction de son vécu antérieur mais également en piochant dans ce que lui propose son milieu de vie actuel. Ses troubles s'expriment alors de manière plus caractéristique, et l'ont amenée à consulter en période de latence pour de légères difficultés scolaires, notamment sur le plan graphique, trois ans après son arrivée en France.

L'investigation des capacités motrices d'Hélène au cours du bilan témoigne qu'elle semble disposer d'un équipement psychomoteur intègre et des prérequis psychomoteurs

préalables aux apprentissages. Mais Héléna est particulièrement en difficulté concernant l'acte graphique, sans qu'il n'y ait de troubles praxiques avérés. Or on ne peut penser l'écriture sans penser le processus de séparation et d'individuation dont elle dépend. Ecrire nécessite la sensation de limite de soi (laisser trace de soi sans se désagréger) tout en supposant d'avoir accepté et intégré l'absence de l'autre. Ecrire c'est également être face à un espace vide, une page blanche qu'il faudra remplir et nourrir. C'est restituer son savoir en en créant une trace écrite, une trace de mots qui marquent le corps et la pensée, trace qui se retrouve dans la langue orale, dans la relation à l'autre. Héléna semble par la taille imposante de son écriture chercher à remplir l'espace d'un contenu, tout comme elle remplit les silences de sa logorrhée verbale. Freud parle du désir d'apprendre, de comprendre et de savoir comme une pulsion : la pulsion épistémophilique, en lien avec la pulsion de vie. Pour ces enfants adoptés, la pulsion épistémophilique porte sur les origines : «qui m'a fait ? D'où viens-je ? Qui suis-je ?», et les prend au corps.

Les questionnements identitaires d'Héléna semblent la placer en indisponibilité psychique ce qui provoque chez elle une grande agitation et peut être à l'origine de ses difficultés scolaires. Nous savons en effet qu'outre les prérequis psychomoteur une bonne base de sécurité interne est nécessaire à l'émergence d'intérêts exo-centrés et donc du désir d'apprendre.

L'enfant carencé maîtrise généralement les opérations cognitives qui consistent à mémoriser, manipuler, imiter, classer, sérier tant qu'il peut concrètement toucher ou comprendre l'objet. En revanche, il se retrouve souvent en difficulté face aux opérations qui nécessitent une bonne structuration temporelle et s'éloignent du concret : anticiper, rétroagir, prendre une position de recul, tenir compte de l'opinion d'autrui, s'appuyer sur des expériences antérieures⁹⁵ etc. Ceci semble à relier à leur défaut d'enracinement couplé aux troubles de structuration temporelle.

Le jeune carencé devient un défi majeur pour le professeur et les difficultés de l'enfant constituent des raisons de conflits entre l'équipe enseignante et le milieu nourricier. L'enfant s'enferme de plus en plus dans une identité négative, prenant le rôle de «l'élève intenable» et entravant les possibilités d'une bonne estime de soi. L'école devient alors un énième lieu de confrontation à l'échec global, qui plus est que le retard d'acquisition du schéma corporel, les troubles praxiques, les attitudes régressives, l'agitation psychomotrice et la dispersion ne permettent pas une sorte de compensation des difficultés par une bonne réussite dans les productions manuelles ou sportives. C'est exactement ce qui semble se jouer pour Salah, dont la scolarisation en moyenne section est impossible au vu de ses difficultés qui le placent en permanence en situation d'échec et risquent de supprimer en lui tout désir d'apprentissage et d'aggraver sa symptomatologie.

Une approche pédagogique sans considération fine des problématiques spécifiques de l'enfant, de son affectivité et de sa corporéité sera vouée à l'échec.

A propos de cette approche pédagogique, je pense qu'il est intéressant de la confronter à mes réflexions autour de l'influence de la culture dans la construction de

⁹⁵ Lemay M., 1993, p.170.

l'enfant. En effet, notre société occidentale est une société élitiste qui privilégie et valorise les savoirs et les intelligences langagière, logicomathématique et scripturale. Grandir dans cette société implique alors de savoir bien lire, bien écrire, bien maîtriser la langue. C'est ainsi que le sujet sera qualifié «d'intelligent». Dès lors, celui qui ne maîtrise pas la langue ou l'écrit, puisqu'il est issu d'une culture ou la tradition orale a plus de valeur, a-t-il sa place pour «être intelligent» ici ? De même pour les sociétés où le moteur est valorisé bien avant le langage ? L'école française actuelle, en mon sens, ne valorise pas assez toutes les autres formes de l'intelligence (cf. *infra* : modèle de Gardner, exposé en p.121). Elle est gardienne de l'autorité et limite trop souvent l'agir corporel. Certains diront que les trois maîtres mots y sont «immobilité, inhibition et soumission», il faut tout de même relativiser nos propos en voyant aussi les progrès qui vont dans le sens d'une expressivité corporelle et intellectuelle plus ouverte et diversifiée. Pour exemple, la réforme des temps scolaires à l'école primaire du *décret n° 2013-77 du 24 janvier 2013* avait pour objectif initial d'inclure des espaces de loisirs, de créativité, d'expressivité autres que les savoirs cognitifs et intellectuels «purs» dans le contexte spatio-temporel de l'école, idée que me semble tout à fait pertinente, déjà pour favoriser l'égalité en ouvrant ce type d'activités à tous, et surtout pour permettre aux enfants d'explorer d'autres compétences qu'ils ont. La façon dont cette réforme scolaire a été mise en place est un tout autre débat que je n'aborderai pas ici, mais une des conséquences positives soulignées depuis deux années d'expérimentation est que certains enfants considérés comme les «cancres de la classe», toujours assignés de remarques négatives, ont pu valoriser d'autres compétences en étant performant dans des activités «extra-scolaires». Ils ont ainsi pu retrouver une place de «sujet doué de potentialités» plutôt que leur ancien statut «d'élève dissipé et perturbateur, mauvais et turbulent».

La psychomotricité va pouvoir accueillir «l'enfant-sujet» avec d'autres potentiels d'intelligence que ceux des apprentissages. Elle va ainsi proposer un espace d'expérimentation et d'apprentissage qui va contrer un peu «l'orthodoxie» de l'école, où tout par tradition doit être «droit et vertical», bien que ceci soit en voie de changement.

1.3.3 Troubles du langage oral

Salah présente un retard de langage et une dysarthrie mais peut exprimer en général tout ce qu'il souhaite. Il connaît par contre certains mots qu'en langue Arabe, et semble réellement frustré quand on ne les comprend pas. Il a tendance dans ces moments là à fuir notre regard et «se réfugier» dans l'objet qu'il manipulait à ce moment ou dans la situation qu'il expérimentait (parcours...). Une sorte d'effondrement tonique, de «désespoir» de ne pas être compris alors qu'il avait fait l'effort d'exprimer quelque chose.

L'enfant carencé, par les défaillances de son environnement dans les premières années, n'est pas stimulé pour parler. Il n'apprend pas à éprouver le désir de parler, il ne peut associer le langage oral à des expressions affectives de tendresse. Le contenu de son discours verbal est alors inexistant ou pauvre, et il trouve alors comme moyen d'expression une forme d'agitation motrice. Pour Salah, bien que quelques mots soient possibles, son langage est réellement le corps. Hélène, qui ne parlait pas à son arrivée en France, aura eu besoin d'un environnement structurant et étayant pour laisser éclore le flot de langage.

A l'entrée en école maternelle, l'enfant «se heurte immédiatement à une nouvelle construction, celle de la langue française, alors qu'il n'a pas encore acquis toutes les structures de la langue maternelle»⁹⁶.

L'enfant de parents migrants est porteur de deux cultures et de deux langues : une langue maternelle qui est celle du milieu nourricier et une langue du pays d'accueil, langue sociale qu'il faudra assimiler (Moro M.R). L'enfant devra apprendre à jongler avec les deux pour à la fois s'inscrire dans sa culture d'origine et consolider ses racines, tout en étant capable de s'intégrer à la société d'accueil. On peut alors concevoir que l'enfant effectue une «division fonctionnelle de ses deux langues»⁹⁷ ; la langue apprise constituant la fonction instrumentale et permettant l'intégration sociale, la langue maternelle assurant la fonction symbolique et l'expression des affects. La seconde portera également les interdits parentaux et permettra l'élaboration de la subjectivité, devenant «organisatrice des facultés intellectuelles»⁹⁸. Tant que cette «division fonctionnelle» ne devient pas clivage, elle est tout à fait adaptée et devient même une grande richesse. Mais quand elle est source d'incohérence pour l'enfant qui n'est pas assez solide psychocorporellement pour gérer un tel processus, comme c'est le cas pour Salah, alors on peut trouver dans cette difficulté supplémentaire un facteur de déstructuration identitaire causé par l'environnement culturel.

En outre, M. Turcan dira que «les difficultés au niveau du langage, le bilinguisme, la non acquisition ou la non connaissance du vocabulaire corporel sont autant d'obstacles à la structuration d'un schéma corporel stable»⁹⁹.

Hélène présente un comportement caractéristique des enfants carencés que j'intègre ici car abordant la langage, mais qui pourrait tout à fait être considéré par rapport à sa problématique affective. Ses difficultés de distanciation la poussent à montrer des moments de fusion et de collage avec l'adulte, corporellement comme verbalement. S'en développe une sorte de collage au discours qui la fait inventer des histoires, comme si elle nous utilisait comme un miroir auquel elle renvoie un discours inauthentique. Pour exemple, à l'approche des vacances de Décembre, j'évoque suite à sa question un départ proche pour un pays lointain, ce à quoi elle répondra «oh moi je pars en voyage en Mongolie avec ma maman», ce qui ne fut absolument pas le cas. De la même façon, quand au cours d'une discussion, j'évoque le fait d'avoir déjà expérimenté le snowboard, elle répondra «oh moi pareil, j'en fais, ah non en fait c'est ma grand-mère, euh oui elle fait du snowboard». M. Lemay expliquera que l'enfant «cherche à décrire un ensemble de conduites qu'il pense être conformes aux attentes idéales de la personne partiellement investie»¹⁰⁰.

Toutes ces manifestations affectives, cognitives et corporelles dressent un tableau assez «noir» quand aux possibilités de construction identitaire de l'enfant dans un environnement carenciel. Mais fort heureusement, l'enfant est doué de potentialités qui vont lui permettre de s'ajuster au mieux et de subir le moins possible les attaques

⁹⁶ Mesmin C., 2001, p.51.

⁹⁷ Berthelie R., in dir. A.Yayhaoui, 1988, p.109.

⁹⁸ *Ibid.*, p.107.

⁹⁹ Turcan M, 2005, p.31.

¹⁰⁰ Lemay M., 1993, p.170.

environnementales déstructurantes. Il s'agit de capacités d'autoprotection et de mécanismes de défense que je vais décrire brièvement ci-dessous.

1.4 Capacités d'autoprotection et mécanismes de défense

Malgré des carences précoces ou tardives et donc un déficit dans tous les domaines de construction identitaire, il existe bien des enfants qui échappent à une dysharmonie intellectuelle et motrice massive. Et ceci semble imputable à la capacité qu'a l'être humain de se défendre contre un environnement défectueux, ainsi qu'aux fragments de repères stables que l'enfant va pouvoir piocher dans son environnement pour se construire. Les soins peuvent apparaître alors dans ce registre. Même si leur fréquence est parfois trop moindre, ils peuvent être source d'accrochage pour l'enfant qui ne s'isole pas complètement du «bonheur» et du bien-être.

J'ai plus haut évoqué les différents moyens dont l'enfant dispose pour se rassurer, s'auto-stimuler, se contenir, se protéger par des modulations toniques et une participation corporelle à la réduction des angoisses. Il peut se constituer une carapace tonique, et montrer des signes d'agressivité. Cette agressivité, souvent considérée comme pathologique, doit aussi être considérée comme une base fondamentale de la survie de l'Homme, de la survie de l'enfant par rapport à ses pairs. L'enfant passe par des stades d'agressivité (motrice ou verbale) pour développer l'affirmation de Soi, et on se doit de lire et accueillir cette agressivité, par un travail sur les flux notamment. Il faut apprendre à l'enfant à gérer son agressivité, et passer par une mise en mots de ses sensations. C'est sûrement un axe de travail qui reste à aborder avec Salah qui se montre souvent agressif envers les enfants de son école.

L'enfant carencé use beaucoup des mécanismes de défense que l'on appelle l'introjection, la projection et la somatisation. L'enfant peut également procéder à des mises à distance, des rejets ou des confrontations aux événements, élaborant son propre moyen de protection pour conserver au mieux une structuration interne. Chaque être humain développe son propre seuil de tolérance à l'agression ainsi que des mécanismes d'autoprotection plus ou moins solides.

Hélène semble développer un autre mécanisme de défense que A. Mucchielli appelle «l'identité de façade», destinée à paraître différente de ce qu'elle est vraiment. Les collages au discours en témoignent, ainsi que les mouvements tonico-émotionnels et l'agitation motrice excessive qu'elle met en place pour lutter contre ses affects dépressifs.

Enfin, je ne peux oublier de parler de la notion de «résilience» dont parle B. Cyrulnik. «Un traumatisme blesse. {...} Cependant nous sommes en constant développement nous pouvons interagir après et rattraper tant bien que mal ce qui a été atteint. C'est cela qui définit la tentative de résilience»¹⁰¹. Le cerveau humain, par sa plasticité cérébrale dans les

¹⁰¹ Cyrulnik B., (2003), p.27.

premières années de vie et même avec l'avancée en âge, est en constant développement et toujours réceptif à l'apprentissage. Il fournit à chacun des possibilités de ressources internes.

Le monde de l'enfant carencé prend sens dans les émotions et affects et dans le discours entretenu par son entourage. Le regard sociétal que l'Autre porte sur cet enfant participe au façonnement de sa personnalité, et lui permet de retravailler ses souvenirs, de se recréer une histoire (pas forcément entièrement réaliste) qui va l'aider à retrouver une meilleure image de lui-même. Il ne s'agirait pas selon B. Cyrulnik d'une «duperie» mais bien d'un facteur de résilience. L'auteur insiste également sur l'importance de la mise en mots des éprouvés et du vécu pour s'en servir comme repère qui offre «stabilité et cohérence interne». C'est une des raisons pour lesquelles nous avons pensé indispensable une prise en charge en psychothérapie pour Héléna, chez qui le corps était trop érogène, trop excitable au moment où nous l'avons rencontrée. Mais il est vrai que la psychomotricité peut fournir d'autres moyens de procéder à un remaniement cognitif d'une histoire traumatique, via des jeux symboliques, des marionnettes, du jeu dramatique ou autres médiations créatives et expressives. Il faut rendre acceptable l'histoire vécue en la remodelant et lui offrant une composante pas trop destructrice dans le jeu. Et c'est finalement la relation qui, au travers de ces médiations, deviendra réparatrice.

Pour conclure, «le concept de résilience conduit à sortir de la fatalité dans laquelle l'histoire peut enfermer les individus»¹⁰². Le rôle thérapeutique sera alors de devenir tuteur de résilience par un «tissage de liens significatifs».

2. Blessure narcissique parentale

2.1 Grandir et éduquer en situation transculturelle

Les enfants à double culture peuvent se trouver particulièrement en difficulté dans leur construction identitaire si cette double culture s'avère être source d'ambivalence et de conflits. Dans leur système culturel coexistent deux systèmes de valeurs attrayants mais parfois inconciliables. Les parents parfois n'investissent que partiellement leur vie ici, bloqués par un rêve illusoire de retourner à leurs racines. Certains parents subissent même le phénomène d'acculturation forcée, l'acculturation étant «l'ensemble des processus par lesquels un individu apprend les modes de conduites, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit.¹⁰³» Elle évoque également les modifications du système culturel, de ses modèles et de ses représentations qui s'ébauchent dans un groupe culturel ou chez un individu qui est en contact permanent avec un autre groupe socio-culturel¹⁰⁴. Si l'acculturation est subie plutôt que d'être volontairement accomplie, elle risque de devenir source de souffrance plutôt que de richesse interculturelle. Je me suis questionnée à ce sujet par rapport à la maman de Salah et d'autres mamans du CAMSP, qui expriment tellement souvent, tant corporellement que verbalement,

¹⁰² Seron C., 2003, pp. 20-21.

¹⁰³ Mucchielli A., 2013, p.111.

¹⁰⁴ *Ibid.*

leur désespoir d'être ici et leurs regrets par rapport à ce qu'elles auraient pu devenir dans leur pays d'origine avant leur migration.

Selon T. Nathan (dir. A. Yahyaoui, 1988), la migration a deux sens :

-elle signifie «émigrer», soit «quitter, perdre l'enveloppe de lieux, de sons, d'odeurs, de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique» (p.7)

-elle évoque aussi «immigrer», c'est à dire «reconstruire seul, en l'espace de quelques années, ce que des générations ont lentement élaboré et transmis» (p.8).

Les familles immigrées se retrouvent donc dans un espace culturel pas originel qui impose des contraintes de vie conflictuelles. L'enfance est une période privilégiée d'impression de ces conflits qui vont moduler la constitution des différents noyaux identitaires. Et malheureusement, ces familles sont souvent prises entre deux versants du conflit : elles peuvent être victimes d'exclusion de la part de la société d'accueil, tout en étant en partie rejetées par leur société d'origine puisque l'ayant quittée. Comment, en tant que parent, pouvoir m'assurer d'une stabilité identitaire qui servira d'appui et de modèle à la construction identitaire de mes enfants ?

2.2 Difficile acceptation du handicap

Je l'évoquais précédemment dans ce mémoire, les parents ont une conception idéalisée de l'enfant à venir. Des processus de maturation de la parentalité pendant la grossesse permettent d'accepter le futur devenir de parents et d'initier des prémises éducatives qui vont aider l'enfant à grandir. Les parents investissent, en période prénatale, une sorte de modèle idéal de l'enfant rêvé.

Mais la situation de prématurité brise ce processus préparatif, créant un affect traumatique certain (Salah est né à 31 semaines et 6 jours d'aménorrhée). La relation précoce est brutalement interrompue, faisant naître parfois chez la femme un sentiment d'insatisfaction et d'incomplétude, en complément du stress qu'a déjà pu engendrer la grossesse. L'accouchement a été vécu péniblement, et a conduit à une séparation mère-enfant. Si la mère était déjà fragile émotionnellement (ce que la proximité du traumatisme migratoire laisse penser), et si elle a été peu soutenue par son environnement (perte d'enveloppe culturelle, absence du groupe), elle a sûrement établi difficilement une interaction saine et aimante avec son bébé. L'enfant présentera alors très précocement un retard de développement psychomoteur, staturo-pondéral et interactionnel, dont on ne peut affirmer l'origine ; s'agit-il seulement des conséquences de la prématurité ? Est ce plutôt un ensemble de facteurs somatiques, sociaux et affectifs ? Quoi qu'il en soit, Salah a présenté des troubles du sommeil et de l'alimentation qui ont perturbé l'équilibre familial, et ont conduit à des attitudes toujours plus inadaptées des parents menant au signalement judiciaire. On s'inscrit de nouveau dans un cercle vicieux où l'enfant fragile réclame beaucoup à ses parents, eux même fragilisés et ambivalents et ne pouvant répondre de façon adéquate, ce qui aggrave plus encore les problématiques de l'enfant. La blessure narcissique parentale de la déception de cet enfant «non-idéal» devient tellement profonde qu'elle peut amener les parents, consciemment ou inconsciemment, à agresser l'enfant. C'est semble-t-il ce qu'il

s'est plus ou moins passé face au refus d'alimentation de Salah qui désespérait la maman, impatiente. L'enfant renvoie à ses parents l'image de ce qu'ils n'ont pas réussi : il s'agit du «miroir brisé» dont parle S. Korff-Sausse, une image déformée de soi qui inquiète et parfois repousse, et qui devient difficile à investir et nourrir.

Le regard parental est indispensable dans la construction identitaire : le parent pousse l'enfant à devenir l'image de ce qu'il lui renvoie. Un parent qui n'est pas satisfait des capacités de son enfant risque d'enfermer l'enfant dans une perception négative de lui-même et limiter ainsi ses progrès.

Être parent d'un enfant différent réactive diverses émotions et comportements qui bouleversent le rôle parental et la dynamique familiale. Le parent peut se montrer angoissé, déprimé, rejetant ou agressif face à cet enfant imprévisible, et ressentira souvent un fort sentiment de culpabilité face à la souffrance de son enfant, sentiment certainement amplifié dans des cas de négligences. Il semblerait que ce soit un sentiment qui anime la maman de Salah, négligente les trois premières années de vie de son fils et qui trouve actuellement dans l'espace de soin un lieu pour réinvestir la relation et découvrir toutes les potentialités de Salah.

Les parents ont cette double-tâche difficile qui consiste à reconnaître le handicap de leur enfant tout en restant des parents comme les autres, et en permettant à l'enfant de se confirmer dans son «existence normale».

Je souhaite rappeler que l'enfant peut également fabriquer un terrain propice aux ruptures relationnelles et qu'il est important de le discerner pour ne pas tomber dans une banalité faussée qui imputerait à l'environnement tout trouble identitaire. Et comme l'évoque très justement B. Cyrulnik dans son article *La Résilience ou comment renaître de sa souffrance*¹⁰⁵, aucun parent ne met au monde un enfant en cherchant délibérément à lui nuire. Le parent dys-stimulant exprime ses difficultés à s'adapter à son environnement. Il devient primordial de proposer un cadre protecteur à la fois pour le parent et pour l'enfant, qui exclue les comportements destructeurs qu'ils peuvent avoir l'un envers l'autre. On cherchera ainsi à redonner le désir et le plaisir aux parents d'être «le parent de cet enfant».

3. Questionnements autour de la dynamique familiale socio-culturelle dans laquelle grandit Salah

Les difficultés actuelles de Salah sur le plan cognitif sont (au moins partiellement) imputables à une immaturité affective, une dysharmonie évolutive et toute la situation carencielle évoquée, mais ceci n'est absolument pas entendable par les parents, surtout le père. Il est vrai que cette étiologie des troubles paraît très abstraite, est difficile à définir. Le père ne trouve pas d'explication physiologique aux troubles de Salah qu'il a du coup du mal à reconnaître. Il soulignera des difficultés de concentration, Salah quittant toute

¹⁰⁵ Cyrulnik B. et Seron C., 2003.

activité au bout de dix minutes mais «pouvant rester devant la télévision une heure sans déconnecter». L'environnement familial socio-culturel dans lequel est baigné Salah créé une dynamique éducative particulière, que je ne pourrai pas me permettre de juger bonne ou mauvaise, mais influençant certainement la construction identitaire de Salah.

La mère de Salah semble comme emprisonnée dans son corps, dans son rôle de femme, avec une certaine forme de soumission. L'emprise paternelle est extrêmement marquée dans cette famille. En effet, le père a toujours interdit à sa femme d'assister aux séances de Salah, elle devait rester à la maison, nourrir ses deux petits frères et sœurs. Le père prend toutes les décisions, dicte à sa femme la conduite à tenir. Cette année enfin, après un gros travail de trois ans auprès du père, ma maître de stage a pu faire venir la mère en séance pour un travail de guidance parentale, et pour la laisser voir les progrès de son fils, ce dont il est capable et sa relation dans le groupe auquel il participe.

Quand les deux parents ont pu venir en entretien au CAMSP, jamais la mère n'a pu prononcé un son, c'est toujours le père qui parlait de Salah. La mère devait s'occuper du plus petit frère. Des visites à domicile ont été faites. Le père, descendu de l'appartement pour ouvrir aux deux professionnels, a enfermé à clé sa femme et ses enfants dans l'appartement, et de même au moment de les raccompagner. Et dans l'appartement, le comportement de la mère en présence du mari était très différent, elle se retirait, baissait les yeux, se fermait et ne parlait plus. Quand le père rentre dans son pays d'origine, il oblige sa femme à déménager pour le séjour chez un de ses proches à lui. Elle n'est pas autorisée à rester seule à la maison, il y a une forme d'emprisonnement corporel et psychique. Au retour des vacances d'Octobre, nous demandons à la mère de Salah ce qu'ils ont pu faire pendant les vacances. Elle nous dira «nous restés coincés à la maison». Vous n'êtes pas allés au square, à l'extérieur ? «Et bien non on n'a pas pu, on devait être à la maison».

L'enfant se construit en s'appuyant sur l'identité de ses parents. La mère de Salah semble comme privée d'une certaine liberté, on peut alors sur se questionner sur sa propre construction identitaire, sur son vécu de sujet-parent, et sur les répercussions que ceci peut avoir sur le développement de son enfant. Comment Salah perçoit il cette distinction entre le rôle de l'homme et celui de la femme ? Comment se construit-il face à une certaine forme d'agressivité et de cloisonnement, face à la surprotection et aux interdits ?

Le projet thérapeutique pour le groupe qui rassemble Denia et Salah pensait initialement inclure les mamans en séance de temps en temps seulement. Finalement, nous avons rapidement choisi de les intégrer à la dynamique du groupe, au vu notamment du plaisir que prenait la maman de Salah à interagir avec son fils et nous. Elle nous dira souvent : «j'aime jouer, rigoler, ça me manquait». Elle semble parfois se laisser libre d'être la petite fille qu'elle était, et ne supportera pas que le bus la rende en retard ou qu'un empêchement lui fasse manquer la séance. Elle semble trouver dans cet espace thérapeutique psychomoteur un lieu sûr pour investir la relation avec son fils comme elle le souhaite, libre de son agir corporel et verbal. Elle dira un jour «J'aime venir ici parce que je vois que Salah est heureux». Peu à peu, elle se confiera aussi beaucoup à nous, notamment à propos de son mari.

La maman nous révélera comprendre que Salah n'a pas vraiment sa place à l'école actuellement, alors que son mari refuse de l'entendre. Son mari affirme que Salah «n'est pas handicapé, c'est juste qu'il ne parle pas mais c'est normal on a deux langues». Elle accepte l'idée d'une orientation en institution spécialisée, tente de le dire à son mari, mais «préfère ne pas trop se prendre la tête avec ça sinon il se fâche». De la même façon, elle tente d'empêcher son mari de dormir avec Salah pour qu'elle n'ait pas à dormir avec la plus petite, mais il refuse. «Je lui ai dit de ne pas s'inquiéter pour Salah, de le laisser dormir et de venir avec moi, mais pas trop sinon il s'énerve. C'est pourtant pas de ma faute ce qui arrive à Salah !». Elle exprime également ses regrets par rapport à ce qu'elle aurait du «faire au bled avant d'être ici et de ne plus pouvoir décider de {sa} vie».

Quand les séparations étaient difficiles pour Salah, la mère trouvait comme seul moyen de convaincre Salah de menacer d'appeler son papa et de tout lui raconter. Salah s'enfouissait alors dans ses bras, très anxieux, et coopérait.

Le père est ici la figure de l'autorité, du cadre à la fois sécurisant car protecteur, mais aussi limitant (limites émotionnelles et éducatives). Mais ce cadre ne paraît pas intégré comme repère stable et contenant mais plutôt comme des injonctions strictes et restrictives que la mère accepte (à son insu ?), et ceci influe certainement sur les processus d'identification et de différenciation qui vont permettre à Salah de se construire une assise identitaire stable et sécurisée. Salah, aîné de la fratrie, se montrera d'ailleurs très autoritaire et rigide dans sa manière d'entrer en relation avec les personnes et les objets. Il a tendance à imposer les choses et s'exprimer au travers d'ordres donnés, de gestes brusques et directionnels. On peut émettre l'hypothèse qu'il reproduit à son échelle la rigidité paternelle qu'il observe à la maison.

Finalement, nous nous retrouvons face à un cadre familial dans lequel les rôles parentaux sont très différenciés, et surtout assez différents de ce que notre société occidentale a tendance à proposer. La composante socio-culturelle interfère probablement dans la mise en place de cette dynamique familiale, mais il faut également être capable de repérer un certain degré de pathologie ou du moins de défaillance du père, sur un contexte sensible de maltraitance.

Nous avons pu appréhender comment le cadre culturel, familial et éducatif pouvait mettre à mal la construction identitaire s'il s'avère être défaillant ou négligeant. Implicitement, nous sommes amenés à nous interroger sur la place du corps dans tout cela si l'enfant est privé de cet espace (d'expérimentation, de liberté, d'exploration, de découverte et de pensée) sécurisée et contenant qu'offre habituellement l'environnement familial et culturel. La thérapie psychomotrice devient alors potentiellement un espace auxiliaire où vont pouvoir se jouer toutes les dynamiques inhérentes à la construction identitaire. Je vais m'attacher à en décrire ses principaux aspects dans la partie qui va suivre. Mais avant toute chose, je souhaite réfléchir aux fragilités identitaires du psychomotricien, qui, en situation transculturelle ou à l'étranger, se retrouve également privé de son enveloppe culturelle contenante.

4. Bouleversement de l'identité du psychomotricien en situation humanitaire ou dans la rencontre interculturelle

La rencontre interculturelle peut évoquer une sorte de deuxième phase de construction identitaire. Supposons que le sujet ait acquis une identité stable et définie (bien qu'évidemment encore propice au changement), il est amené dans cette rencontre interculturelle à se confronter à une autre identité. Il jouera la rencontre par rapport à ses propres référents identitaires et selon ses représentations de la culture de l'autre, et pourra facilement se laisser déstabiliser par cet inconnu. Ainsi, le psychomotricien en clinique transculturelle - tout comme la jeune étudiante en projet de solidarité internationale que j'étais - peut se retrouver en situation de fragilité identitaire, qui fait entrer en jeu sa subjectivité, sa solidité interne, sa construction psychocorporelle.

«Le 'choc des cultures' est déstabilisant pour l'identité»¹⁰⁶ puisqu'il remet en cause notre sentiment d'appartenance. Des «processus de 'résistance', de 'syncrétisme', de 'réinterprétation', d'assimilation' et de 'contre-acculturation' se retrouvent à tous les niveaux»¹⁰⁷. Les transplantations culturelles mènent le sujet adulte à devenir un «migrant culturel».

La différence culturelle implique aussi une fragilité identitaire par rapport à l'espace, à la proxémie, aux relations interpersonnelles, à la place du corps ou du langage verbal. Je me rappelle combien la proximité physique amicale au Burundi nous a surpris au début bien qu'on s'y soit préparé, de même que la première rencontre avec les enfants *Batwas* m'a marquée par l'intensité des affects corporels qu'elle a sollicités et par sa référence à la notion de proxémie d'E.T Hall. En effet, nous sommes arrivés face à ces enfants qui avaient (on nous l'a expliqué ensuite) une peur des «blancs» ancrée culturellement depuis la période coloniale. Ainsi, à mesure que nous nous approchions dans le but de jouer avec eux, ils reculaient, «en troupeau», comme pour maintenir une distance de sécurité entre les «blancs mangeurs de noirs» et eux. Il nous a fallu quelques moments pour leur prouver que nous ne leur ferions aucun mal, et finalement les «apprivoiser». La relation a pu s'établir ensuite sans souci, jusqu'à ce que les organisateurs du rassemblement scout les éloignent de nous, «pensant qu'ils nous dérangeraient par leur saleté». Comme quoi les représentations culturelles ne sont pas à considérer dans un sens unique (du soignant vers le patient ou de l'humanitaire vers le pays d'accueil), mais bien comme une double interaction qui va moduler la relation.

Au Népal, j'ai pu comprendre après-coup ce qui a contacté ma subjectivité et ma propre construction identitaire, et ce au travers de la question de l'attachement, que j'ai réfléchi autant pour les enfants rencontrés que pour mon propre statut de «jeune volontaire de passage».

On peut qualifier de carencés les enfants des rues rencontrés, bien qu'il n'y ait pas nécessairement eu de carences dans la première enfance. Ces enfants passent d'une vie familiale dans un petit village de montagne à une vie dans la grande ville, avec pour seuls interlocuteurs et amis des enfants, et surtout manipulés par des adultes malfaisants qui

¹⁰⁶ Huntington S.P., 2004.

¹⁰⁷ Mucchielli A., 2013, p.97.

gravitent autour d'eux. Ils sont imbriqués dans des réseaux, des gangs, connaissent la faim, la peur, la mendicité, la menace de la mort. Ils n'ont plus aucune attache familiale, aucune présence rassurante de l'adulte, aucun portage, aucune enveloppe contenante, aucun «*holding*» (Winnicott). Leur corps est souvent mis à mal. «Les séquences existentielles varient au fil des jours, sans qu'il soit possible de développer un continuum de l'espace et du temps. L'enracinement corporel n'a plus guère de chance de s'effectuer»¹⁰⁸. Ils rencontreront peut-être une association qui leur proposera de quoi manger, se reposer, se laver, et qui tentera parfois de leur offrir un étayage, un contenant psychique, un lieu où ils peuvent se rendre confiants. Bien que ce ne soit certainement pas suffisant pour leur fournir une assise identitaire stable et référentielle...

Aussi, ils verront parfois passer des bénévoles étrangers, qui le temps d'une semaine, d'un mois, d'une année parfois, leur proposeront un espace de jeu où ils pourront s'autoriser à «être des enfants». Ils manifesteront plusieurs types de réactions (variables en fonction de leur âge) : soit ils nous repousseront, refuseront nos jeux, notre relation – en s'isolant ou en venant aux horaires où les bénévoles ne sont pas là (se protègent-ils d'une expérience qui pourrait être plaisante mais tellement courte qu'elle en deviendrait déstructurante ?) ; soit ils s'attacheront de façon fusionnelle à l'un ou l'autre d'entre nous, dans une demande constante de sollicitation et d'affection, parfois dans des jeux de provocation. Et lorsque le jour du départ approchera, ils nous fuiront, pleureront, nous demandant pourquoi nous ne restons pas plus, en présentant parfois des réactions d'agrippement corporel ou au contraire d'effondrement tonique, d'absence relationnelle.

J'étais un peu démunie face à ces réactions manifestes, ne sachant que leur répondre. J'y trouve ici une limite à la condition de bénévole pour un projet de courte durée. Comment leur apporter un soutien, un espace-temps pour «oublier» leur souffrance alors que nous apparaissons dans leur vie seulement de manière éphémère ? Qui sommes nous pour tenter de leur proposer ceci ? Et comment, nous, en tant que volontaire, pouvons nous facilement nous détacher alors qu'on a l'impression parfois d'avoir apporté des rires, de la joie, des mimiques sur leurs visages si expressifs ? Combien de fois me suis-je dit : «*quel 'gâchis', ce petit est intelligent, perspicace, vif, dynamique, souriant, volontaire... Si seulement il grandissait dans un environnement stable, il pourrait 'faire des merveilles'*». Il nous a d'ailleurs été bien plus difficile de quitter ces enfants népalais en recherche affective que les enfants burundais des familles «structurées» dont nous avons partagé le quotidien pendant un mois. Avons nous eu inconsciemment l'impression d'être des «parents de substitution», alors que c'est précisément ce qu'il faut éviter ? Ces enfants carencés, qu'ils soient au Népal où qu'on les rencontre aujourd'hui en clinique, mettent particulièrement à mal l'identité du thérapeute (cf. *infra* p.97).

Autant de pensées et de ressentis qu'il faut être capable de s'avouer mais surtout apte à décrypter et analyser dans une telle situation. Il me semble alors primordial d'effectuer pour ce genre d'expérience un réel travail de réflexion personnelle afin de connaître sa propre identité, ses propres limites, ses propres référents.

¹⁰⁸ Lemay M., 1993, pp. 130-131.

Et je pense pouvoir étendre cette affirmation à ma posture de future thérapeute. La rédaction du mémoire est sûrement un moyen de nous permettre à chacun de réfléchir sur cette identité psychomotrice qui est la nôtre, et un moyen de mettre des mots et prendre du recul sur notre vécu (souvent intense) de stagiaire. Une possibilité de comprendre pourquoi telle ou telle clinique plus qu'une autre nous intéresse au point de souhaiter l'étudier en profondeur. Il y a certainement une forme «d'échoïsation» face à des événements personnellement vécus ou pensés.

S. Freud parle de «l'après-coup», une prise de conscience de tout ce qui s'est joué pendant la rencontre après un nécessaire temps de maturation et de digestion psychique. Je n'avais pas vraiment réfléchi à ces composantes de l'attachement au Népal avant de m'y replonger dès septembre pour mon mémoire. De la même façon, le psychomotricien élaborera autour du vécu de ses séances dans la rédaction d'écrits professionnels, et dans la réflexion autour de l'évolution du projet thérapeutique.

Le psychomotricien s'engage pleinement dans l'interaction thérapeutique. Toutefois, à l'étranger, il se retrouve privé de ses repères sensoriels, spatio-temporels, institutionnels et relationnels et est soumis à une véritable perte d'enveloppe culturelle : «déracinement, migration temporaire et exil transitoire»¹⁰⁹. Il devient fragile, en position de vulnérabilité. En plus du bouleversement de son cadre interne, il est privé du cadre externe qui habituellement structure l'exercice de sa profession.

Pourtant, un rôle majeur du psychomotricien est de mettre en place un cadre thérapeutique structurant et étayant, qui va soutenir les modalités de la prise en charge et la relation. De la même façon que le cadre est contenant pour l'enfant, le psychomotricien s'appuie dessus pour ne pas se laisser envahir par ses propres affects et par la souffrance du patient, qui plus est dans des situations carencielles. Le cadre prend également le rôle de tiers permettant d'éviter la fusion et d'aborder la triangulation. Se pose alors la question de la possibilité de garantir ce cadre alors que le psychomotricien est lui-même en manque de repères ? Comment va-t-il être synonyme de stabilité et de structure si son engagement corporel et son implication émotionnelle sont mis à mal ?

Ce cadre thérapeutique se devra d'intégrer la culture d'autrui pour considérer l'autre dans toutes ses composantes personnelles, culturelles et sociales. Mais finalement, c'est le psychomotricien qui, selon sa propre identité sociale, culturelle et corporelle, maintiendra ce cadre par sa présence relationnelle et son implication psychocorporelle. S'établissent ainsi toutes les conditions de l'interaction thérapeutique.

Comment, en thérapie psychomotrice, va-t-on pouvoir soutenir la construction identitaire de l'enfant tout en conservant notre propre identité ? Quels sont les moyens dont dispose le psychomotricien pour lutter contre ses fragilités identitaires et pour devenir tuteur de résilience ? Ne doit-il pas réussir à résilier lui-même lorsque son identité est perturbée ? Quelle place doit-il prendre par rapport à la famille en situation transculturelle ? Quelle trace laissera-t-il chez cet enfant qu'il devra «laisser grandir en autonomie» à la fin de toute prise en charge ?

¹⁰⁹ Duvernay J., 2010.

LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE COMME VECTEUR ET SOUTIEN DE CONSTRUCTION IDENTITAIRE CHEZ LES ENFANTS CARENCES

Après avoir exposé dans une première partie les indispensables psychomoteurs à la construction identitaire de l'enfant, puis dans une seconde partie, décrit la symptomatologie des troubles identitaires des enfants carencés, plusieurs questions s'ébauchent :

En quoi les carences relationnelles, éducatives et/ou affectives donnent place à une prise en charge psychomotrice ? Comment ces enfants carencés mettent à mal le cadre thérapeutique et déstabilisent le psychomotricien ? Comment ce dernier doit-il se positionner face à ces enfants qui induisent des processus d'interaction thérapeutique bien spécifiques ? Comment peut-il amener une juste distance thérapeutique ou ne serait-ce que relationnelle quand les représentations et façons de voir le monde sont radicalement différentes ? Quelle place doit-il prendre par rapport à la famille dont le modèle éducatif contraste avec le modèle de soins sans risquer de créer une incohérence dans les stimulations apportées à l'enfant ?

Tant de questions auxquelles je vais tenter de répondre pour conclure ce mémoire selon l'hypothèse qu'une prise en charge psychomotrice est tout à fait pertinente face à ces enfants mais nécessite d'être pensée, adaptée et ajustée selon un cadre et des modalités d'intervention bien spécifiques.

On a pu distinguer tout le long de cet écrit quel est l'impact de la qualité des relations précoces sur le développement de l'enfant, dans les liens indissociables qui unissent les fonctions du tonus, de la sensorialité, du schéma corporel, de l'espace et du temps. Le tonus et la sensorialité s'avèrent être les prémisses de la construction du schéma corporel, lui-même premier référentiel à la structuration spatiale, consubstantielle de la temporalité. Ensemble ils permettront l'accès à l'image du corps et à la représentation de soi. Il est alors indéniable qu'une défaillance dans l'intégration d'une de ces fonctions va de ce fait affecter les autres. Ces items, spécifiquement psychomoteurs, sont fondamentaux dans le développement psycho-affectif de l'enfant et se tissent dès le plus jeune âge grâce au fil des relations que l'enfant entretient avec son environnement et au travers de ses propres expériences tonico-perceptives et sensori-motrices. Des atteintes de ces fonctions psychocorporelles peuvent donc révéler un trouble psychomoteur. Ainsi, conformément au *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*, la prise en charge psychomotrice est tout à fait apte à intervenir lorsque les fonctions interactionnelles précoces, qui constituent le socle indispensable à la construction identitaire, font défaut. Le lien avec les carences éducatives, affectives ou relationnelles est évident.

L'étude de la symptomatologie des enfants carencés proposée précédemment dans ce mémoire témoigne de l'apparition de nombreux symptômes qui affectent le devenir

psychique et corporel de l'enfant, mais cette situation n'est pas définitive et irrévocable. En effet, l'enfant a des ressources (internes par les mécanismes de défense) et externes qui peuvent lui fournir une certaine assise identitaire lui permettant de contrer les «influences néfastes» à sa construction identitaire. Ceci nous rappelle l'idée que l'identité est une construction en perpétuel remaniement, une «synthèse qui bouge» au fil des événements structurants et traumatisants de la vie. Dans le cas d'Hélène, son adoption a permis une certaine stabilité de l'environnement autour d'elle et un apport constant de stimulations organisatrices. Pour Salah, les soins s'avèrent être un espace d'expérimentations sécurisant. Les enfants des rues du Népal, grâce à certaines ONG¹¹⁰ dont fait partie CPCS, peuvent accéder à la scolarisation dans le but d'une réinsertion sociale et d'un retour vers leur famille.

Il ne faudra pas oublier que «chaque filet d'eau a son chemin» (Proverbe Africain) et que chaque situation, tout comme chaque prise en charge associée, est unique. Toutefois, la psychomotricité vient parler de manière universelle (construction d'un corps, d'une tonicité selon différentes postures et schèmes de mouvement) en s'adressant au sujet de manière individuelle (investissement du corps propre et de la relation). Ainsi la psychomotricité, par une sorte de transformation des sensations, émotions, perceptions et mouvements, va reconnaître le sujet comme un être psycho-culturo-moteur, souligner ses repères corporels et identitaires, et enfin l'inscrire en tant que sujet pensant et désirant.

E.Pireyre affirmera que «l'identité doit prendre sa place dans une conception composite de l'image du corps»¹¹¹ et que «les troubles de l'identité sont une très bonne indication de psychomotricité»¹¹² qui a à sa disposition un panel de médiations pour aborder ces troubles identitaires. Que ce soit par de la mobilisation sensorielle, de la relaxation, de l'agir corporel ou des temps de verbalisation, «l'action psychomotrice permet le soulagement de l'angoisse identitaire»¹¹³.

1. Que perçois-je de la psychomotricité ? Quelques mots pour la définir

Avant d'évoquer les modalités et spécificités de la prise en charge en psychomotricité face à ces enfants carencés et dans le cadre d'une rencontre transculturelle, il me semble essentiel de définir en quelques mots ce que je perçois de la psychomotricité. J'ai conscience que tenter de définir notre profession pourrait être l'objet d'intérêt de tout un mémoire, je soulignerai ici brièvement les composantes qui font que son approche me paraît adaptée.

¹¹⁰ Organisation Non Gouvernementale

¹¹¹ Pireyre E., 2011, p.66.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*, p.65.

Je le disais tout le long de cette étude, le développement psychomoteur nécessite une maturation neurobiologique et un partage d'expérimentations avec l'environnement. La sensorialité et la motricité constituent la base fondamentale du rapport au monde et de l'identité (A. Bullinger et B. Lesage n'ont cessé de l'affirmer). L'espace psychomoteur s'avère être un espace sensori-moteur symbolique et réel où s'exploiteront les compétences personnelles dues au niveau de maturation, dans un environnement relationnel qui donne sens à toutes ces expérimentations. L'enfant, au sein de l'espace psychomoteur, est plongé dans des flux sensoriels visant à lui faciliter un ajustement tonique ultérieur et une meilleure adaptation de sa motricité. Il pourra ainsi édifier une psychocorporalité qui lui permettra d'engager sa sensori-motricité au service de la relation.

La psychomotricité va tenter d'aider le patient à réinvestir son corps dans sa relation à lui-même et dans sa relation au monde, aux autres. J. de Ajuriaguerra énoncera que «le but de la psychomotricité est de permettre au sujet de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ses modes de relation avec autrui».

L'organisation psychomotrice et implicitement la thérapie psychomotrice prennent en compte trois composantes qui fonctionnent en synergie. Chacune d'elle, étayée sur les autres, peut être à la fois source de trouble psychomoteur comme point d'appel de prise en charge. Il s'agit de l'activité neuro-motrice qui dépend des lois de maturation neurobiologique (tonus, équipement sensori-moteur, équilibres, coordinations et dissociations, genèse de l'axe corporel et de la latéralité); de la dimension perceptivo-motrice et affective qui influencera dès les premiers échanges relationnels précoces les postures, la gestualité et la genèse du schéma corporel; et enfin de la dimension cognitive qui conduit le sujet à intégrer, comprendre, penser et maîtriser les rapports qu'il entretient avec le temps, l'espace et sa corporalité. Enfin, ces trois dimensions sont toujours à considérer en lien avec l'environnement du sujet, qui à la fois enrichit et dynamise ses expériences personnelles.

Finalement, la psychomotricité s'intéresse à ce que l'on peut appeler «la 3D de l'enfant»: motricité (orthopédique, neurologique, et sensorielle) – affectivité (tonico-émotionnel, langage verbal et non-verbal) – cognition (fonctions instrumentales et exécutives).

«La tâche de la psychomotricité est de faire en sorte que chacun puisse s'adapter à son milieu (familial, scolaire, social) sans qu'il doive pour autant renoncer à sa personnalité mais en développant au contraire les possibilités d'échange et de communication avec l'extérieur, et tout d'abord en sachant connaître et maîtriser son corps, par lequel tous les échanges sont possibles»¹¹⁴. Effectivement, le regard psychomoteur mène à penser que le corps est le premier messenger entre le monde interne et le monde externe. Par ses rapports structurels avec la matérialité du monde externe et les constituants du psychisme, le corps

¹¹⁴ Coste J.C., 1989.

devient «le véhicule de l'être au monde»¹¹⁵, et inscrit le sujet dans l'universalité humaine. La relation entre le psychomotricien et le patient sera avant tout une communication et une interaction entre deux corps porteurs d'une identité propre. Le thérapeute se devra de décoder le corps qu'il rencontre, afin de lui fournir une réponse de communication corporelle adéquate. Néanmoins, chaque corps a son propre langage, pas toujours proche et semblable de celui du psychomotricien. Ce dernier devra alors être capable de reconsidérer ses propres référents pour trouver une adaptation fonctionnelle, sans pour autant perdre ses caractéristiques propres. C'est ce qui va se jouer dans la rencontre interculturelle.

M. Bernard comparera le corps d'enfant à un «'habit d'arlequin', dans la mesure où ses pièces bigarrées signifient le morcellement des influences variées et parfois opposées de notre culture protéiforme»¹¹⁶. En tant que psychomotricien, nous participerons à colorer certains losanges de cet habit d'arlequin pour aider l'enfant à se construire. En ceci, le corps de l'enfant peut être perçu comme un lieu d'impression d'expériences. Je cite alors une définition de J. Goumas et F. Le Roux qui pour moi reflète parfaitement bien le rôle du corps dans la thérapie psychomotrice :

«En psychomotricité, le corps peut être perçu comme :

- le lieu d'actualisation des contenus psychiques

- l'outil de soins psychomoteur :

° lieu d'expression (le corps exprime ses plaisirs, ses désirs, ses émotions, sa souffrance, sa douleur, ses difficultés)

° lieu d'impression (le thérapeute imprime par la médiation corporelle des expériences à vivre, à ressentir).»¹¹⁷

Enfin, l'espace psychomoteur s'avère être un bain de corps et de langage (symbolique) où le psychomotricien cherche à connaître l'individu dans toutes ses composantes. Pour l'enfant, il pourrait s'agir de l'enfant-sujet, de l'enfant-élève si les troubles des apprentissages sont en première ligne du tableau clinique, de l'enfant-progéniture de ses parents.

L'espace psychomoteur (ou cadre de prise en charge) est aussi le lieu d'accueil de l'interaction psychomotrice, qui devient support narcissique (Sartre) pour le patient comme pour le soignant. Cette interaction thérapeutique, que certains qualifieront sous les termes de «transfert et contre-transfert» empruntés à la psychanalyse, tire selon moi sa particularité du fait que le thérapeute est investi et engagé corporellement (investissement psychocorporel) dans le dispositif, tout en étant hors de ce dispositif pour la démarche réflexive, analytique de ce qui se déroule en séance. Ainsi, la relation s'établira selon les capacités du thérapeute à être à l'écoute de Soi et à l'écoute de l'Autre, par l'intermédiaire du dialogue tonico-

¹¹⁵ Merleau-Ponty cité par J.C. Carric, 2000.

¹¹⁶ Bernard M., 2002, in «Le pouvoir du sentir», *Enfances & Psy*, n°20.

¹¹⁷ Goumas J., Le Roux F, 1997, pp. 32-36.

émotionnel qui dépasse l'interprétation symbolique, à la différence de la psychanalyse. G. Devereux, dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1998), aborde cet aspect du transfert et de l'interaction thérapeutique au travers du concept d'écoute de Soi et de ses ressentis qui permet d'aller à la rencontre de l'Autre.

Enfin, la psychomotricité à la chance de pouvoir piocher dans différents concepts, différentes approches et visions du métier pour adapter sa posture thérapeutique en fonction du patient, de l'être psycho-culturo-moteur rencontré. Le psychomotricien, en n'étant pas un technicien, aura la possibilité de piocher dans diverses médiations afin de proposer un dispositif thérapeutique adapté.

2. Des situations cliniques complexes

Les situations cliniques que j'aborde dans ce mémoire peuvent être qualifiées de complexes, par l'intrication entre des facteurs pathologiques spécifiques à l'enfant (prématurité de Salah, puberté précoce d'Hélène) et des contextes de rencontre marqués par la confrontation culturelle (origine socio-culturelle et modèle éducatif traditionnel dans la famille de Salah et rencontre d'enfants carencés au Népal).

2.1 Rencontre interculturelle

S. Freud parle de la «peur de l'étranger» commune à tout être humain. Il est vrai que la différence fait peur, intrigue, interroge. La rencontre de l'altérité confronte chacun aux questions existentielles qui lui permettent de se définir, semblable et différent des autres. Cette appartenance culturelle nous apparaît particulièrement explicitement lors de la rencontre d'une autre culture. Nous sommes confrontés alors à d'autres valeurs, d'autres visions du monde. De telles rencontres peuvent bouleverser nos repères et compliquer la rencontre, qu'elle soit clinique ou simplement interpersonnelle, mais elles sont le plus souvent source d'enrichissement mutuel.

2.1.1 Complications transculturelles

La France accueille aujourd'hui de plus en plus d'enfants de familles migrantes. Les motifs de consultation sont variés, allant de l'atteinte somatique aux dysfonctionnements individuels et familiaux, passant par des séquelles de traumatismes subis en période pré-migratoire ou encore des difficultés d'insertion dans le pays d'accueil. Il est souvent impossible de définir une étiologie simple aux troubles qui sont souvent l'intrication de tous ces facteurs. Une véritable pratique clinique transculturelle est née ces dernières années, tentant de répondre au mieux aux besoins de ces sujets. G. Devereux a fondé l'ethnopsychanalyse, et on pourrait parler également d'une approche ethnopsychomotrice, qui consisterait à établir une lecture psychomotrice en fonction de la culture du sujet, en liant

monde interne et monde externe, la culture ayant une réelle influence sur la perception de l'enfant et de son handicap, ainsi que sur la parentalité.

Dans le monde du soin, on arrive avec nos repères ethnocentrés, pas forcément universels, avec nos représentations, pas toujours adaptées. Il faut apprendre à se détacher de nos référents centrés sur une autre réalité, procéder à l'acculturation, élargir nos grilles d'observations. En effet, les notions de proxémie, d'investissement spatial, de modèle structurel et architectural et la façon d'entrer en relation sont façonnées par notre culture. J'y trouve ici une limite à la «thérapie simple, à sens unique» et aux bilans côtés (depuis un étalonnage occidental) ainsi qu'aux entretiens formalisés. L'enfant ne peut être pris en charge sans considérer l'entourage qui l'accompagne. J'ai déjà parlé de l'impasse que je trouve dans la théorie de l'expérience du miroir, je pourrais aussi citer la posture traditionnelle occidentale qui consiste à s'adresser directement à l'enfant dans la mesure où il peut parler. Et pourtant, certaines cultures considèrent que parler à l'enfant avant qu'il ait atteint un certain âge risque de l'exposer au danger du «mauvais œil, du mauvais sort»... Bien qu'il faille, une fois la prise en charge entamée, considérer l'enfant de manière universelle en s'intéressant à sa problématique propre, porter une attention spécifique à la dimension socio-culturelle qui entoure l'enfant permet au moins la création d'une alliance thérapeutique avec sa famille et lui-même. «L'identité communautaire constitue le fond anthropologique de la participation affective de tout homme à son groupe social»¹¹⁸.

Toutes ces confrontations culturelles et ces représentations divergentes peuvent engendrer des problèmes de communication, de compréhension, de langage, d'ajustement corporel. Qui plus est actuellement, où les métissages des populations entraînent de plus en plus d'enfants à s'interroger sur la place de la religion, du corps, de la relation et de l'éducation, sujets abordant finalement la différence qui semble parfois devenir tabou...

Au Népal, un des enfants, porteur de Trisomie 21 et dont personne ne connaissait le prénom, a été nommé «*Ebah*», ce terme signifiant «handicapé». Une nomination inconcevable en France, et pourtant tout à fait naturelle là-bas. Son identité sociale se forge autour de son handicap dès sa nomination.

Cette dynamique socio-culturelle aura également une influence sur la scolarité de l'enfant en situation transculturelle, le modèle scolaire n'étant – tout comme la clinique - pas hors du monde mais porté par la société. Elle affectera aussi l'aspect du langage. Il faudra accepter cette double langue pour considérer l'enfant dans son entité et devenir soutien de construction identitaire. «Or l'identité est d'autant plus forte qu'elle est le reflet de la réalité affective et collective que vivent ces enfants. Vouloir effacer une partie d'eux-mêmes à

¹¹⁸ Mucchielli A., 2013, p.120.

travers la non-reconnaissance de leur langue maternelle ne peut conduire qu'à des doutes identitaires, des malentendus, des refoulements générateurs de violence {...}»¹¹⁹.

Il s'agit alors, dans la rencontre interculturelle, d'un mouvement perpétuel entre individuel et collectif. Il faut absolument ne pas condamner l'autre à n'être qu'objet en invalidant sa culture. Au contraire, il nous faut stimuler notre curiosité en comprenant que «toute différence a des sources culturelles» et en sachant que l'ignorance des différences peut empêcher la justesse du travail thérapeutique.

Toutefois, il faut aussi être conscient que l'on ne pourra pas connaître le langage corporel de toutes les cultures, et que la première étape indispensable est de se connaître soi-même, comme être culturel avec sa double identité professionnelle et personnelle de psychomotricien.

2.1.2 Enrichissement transculturel

«Tout homme est tiraillé entre deux besoins : le besoin de la pirogue, c'est à dire du voyage, de l'arrachement à soi-même, et le besoin de l'Arbre, c'est-à-dire de l'enracinement, de l'identité, et les hommes errent constamment entre ces deux besoins en cédant tantôt à l'un, tantôt à l'autre ; jusqu'au jour où ils comprennent que c'est avec l'Arbre qu'on fabrique la Pirogue». (Mythe mélanésien de l'île de Vanuatu).

Cette soif du voyage m'habite, et je me dois de la comprendre en lien avec mes expériences personnelles, familiales et socio-culturelles. La psychomotricité m'a intéressée par les possibilités qu'elle donne d'aller à la rencontre de l'Autre, différent. Mes réflexions et les différents enseignements reçus au cours de ces trois années d'étude m'ont poussée à m'interroger sur l'impact de l'environnement socio-culturel de l'enfant dans sa construction identitaire, au point d'en faire l'objet d'étude de ce mémoire. Je trouve un réel intérêt à pratiquer la psychomotricité dans un contexte interculturel puisque son langage spécifique étant le corps, on ne se retrouve pas (ou peu) bloqué par la «barrière de la langue» ! Un proverbe africain de Manu Dibango dit qu' «on ne peut pas peindre du blanc sur du blanc, du noir sur du noir. Chacun a besoin de l'autre pour se révéler». C'est je pense ce qui m'anime en psychomotricité : on apprend souvent tout autant de nos patients qu'ils apprennent du soin qu'on leur propose. Et pour étendre cette pensée à un contexte plus général, j'ai réalisé cette année combien le travail en CMPP m'intéressait par ce que les enfants sont capables d'amener en séance, de même que le travail pluridisciplinaire mêlant différentes identités offre une grande richesse professionnelle.

¹¹⁹ Moro M.R., 2010, p.35.

Notre «sentiment d'existence»¹²⁰ naît des processus de différenciation par rapport à d'autres existences. Le dialogue interculturel est source d'enrichissement et nous pousse à accéder à une démarche «d'intelligence de l'autre, qui consiste en une tentative de compréhension des modes de pensée et de fonctionnement de l'autre et de nous même»¹²¹. Je peux ainsi penser cette métaphore : «ce qui nous est similaire nous fait murir, mais ce qui nous est différent nous fait éclore». On a autant besoin d'un référentiel socio-culturel semblable au nôtre que de la rencontre de l'Autre pour se construire une identité et une représentation du monde.

Souvent, les enfants de migrants sont «connus» à l'école ou en clinique pour leur difficile adaptation, mais on néglige la richesse de cette diversité et tous les «talents» dont ils sont dotés. Et plus ouvertement, je rejoins l'idée de M.R. Moro qui évoque, en référence à la *résolution du Parlement européen sur l'éducation des enfants de migrants du 2 avril 2009*, que «la migration peut être une source d'enrichissement pour les écoles, sur le plan culturel et sur le plan de l'éducation, mais que en l'absence de mesures adéquates d'accompagnement, elle peut déboucher sur de sérieuses divergences»¹²². Pointer seulement les difficultés et tenter de modifier l'autre différent plutôt que de s'intéresser aux réussites et se remettre Soi en question conduit nécessairement à des incompréhensions et des atteintes identitaires.

Enfin, dans toute rencontre interculturelle, il sera intéressant de travailler auprès de l'environnement de l'enfant autant qu'avec l'enfant lui-même. En soutenant l'environnement, on va permettre la structuration de l'enfant, puisqu'il s'agit de son premier milieu nourricier et éducatif. Au CAMSP, c'est souvent la conduite à tenir auprès de mamans déprimées, qui, une fois leurs problématiques «assouplies» et leur désir de parentalité réveillé, fournissent des soins étayants à leur enfant qui va alors «soudainement» mieux. Il me semble que c'est ce que l'équipe du CAMSP a cherché à soutenir en choisissant d'intégrer la mère aux soins de Salah et non uniquement le père. Par la même idée, en situation humanitaire, il sera souvent plus adapté de redonner aux équipes un souffle en travaillant auprès d'elles, souffle qui permettra l'apport de bons soins puisque ce sont elles qui côtoient les enfants chaque jour.

2.2 Complications de prise en charge spécifiques aux carences

En clinique, l'avidité, l'agressivité, les difficultés de séparation, les tentatives d'accrochage au corps de l'adulte, les craintes d'abandon, l'incapacité à maintenir un lien solide, les manifestations régressives, l'expression de désarroi, l'oscillation entre les attitudes de toute-puissance et les comportements de soumission de l'enfant carencé nous interpellent et surtout contactent fortement notre subjectivité et nos propres émotions. Ces enfants

¹²⁰ Mucchielli A., 2013, p.71.

¹²¹ Sauquet M., 2012, p.4.

¹²² Moro M.R., 2013, p.33.

expriment crûment leur crainte d'être abandonnés. Cette crainte de l'abandon est également à considérer dans le désarroi qu'elle produit chez l'aidant.

La prise en charge de ces enfants ayant subi un traumatisme précoce renvoie au thérapeute des affects inquiétants. Ces enfants convoquent intensément l'engagement corporel, même médiatisé, du psychomotricien. Ce dernier est alors pris dans des sentiments personnels ambivalents : la volonté de se protéger et soutenir un cadre formalisé et le sentiment qu'il doit s'investir au maximum dans la prise en charge de cet enfant en demande. Le psychomotricien aura alors comme pilier de soutien le cadre thérapeutique, clair et codifié et qui lui permettra à la fois de recevoir la demande de l'enfant et de fournir une réponse contenante. Mais les ruptures relationnelles initiées par l'enfant carencé risquent de mettre en péril le cadre thérapeutique. Ainsi, M. Berger énoncera que la prise en charge devra s'appuyer sur deux positionnements du thérapeute que sont : une certaine fermeté pour s'auto-protéger et ne pas laisser cet enfant nous envahir, et une malléabilité permettant l'écoute de l'enfant et l'ajustement des réponses psychomotrices.

Il nous faudra parfois s'autoriser avec ces enfants en quête d'affection des agirs corporels et affectifs que nous ne nous permettrions pas pour d'autres enfants. En effet, le jeune abandonnique construit la relation par des sollicitations vers l'adulte, mais il est également capable de refuser toute tentative de lien de notre part. Ainsi, s'il est en demande à un instant précis d'une marque affective spécifique (câlin, bisou) qui peut le rassurer, le contenir et lui permettre de se lancer dans l'exploration, nous devons parfois accueillir cette demande. En revanche, notre rôle n'est pas d'induire la demande, il faut laisser l'enfant établir les conditions de la relation, tant qu'elles restent respectueuses de l'un comme de l'autre. Je parlais plus tôt des bisous dont Salah a besoin pour finir la séance et se séparer. L'impossible séparation des premiers mois de l'année s'est peu à peu transformée en possible au-revoir après cette sollicitation pour un bisou de chacun des membres du groupe. Ce geste signe ainsi une évolution dans ses capacités à se séparer, nous l'avons alors accepté. Ainsi, la protection corporelle que ces enfants recherchent doit être pensée, nous devons réfléchir dans quelle mesure et à quelle distance nous pouvons leur fournir.

L'appel de l'enfant ayant subi un traumatisme relationnel précoce, et «l'image du thérapeute idéal ou du parent salvateur profondément installée dans l'inconscient de toute personne ayant choisi d'aider un être humain»¹²³ nous placent devant une situation émotionnellement riche et nous conduisent à élaborer un système défensif auto-protecteur. Parfois, nous déplacerons toute la responsabilité de la carence sur l'entourage de l'enfant en oubliant qu'il peut lui-même être à l'origine des ruptures relationnelles. D'autre fois, nous risquons de faire peser sur l'enfant abandonnique le poids de nos propres affects. Les supervisions professionnelles peuvent être un lieu propice d'expression et de prise de conscience de tous ces processus, au service de la qualité de la prise en charge.

¹²³ Lemay M., 1993, p.67.

Ainsi la prise en charge en psychomotricité est à considérer comme une dynamique de soins adaptée à ces enfants carencés mais qu'il faut réfléchir tout spécifiquement, de l'établissement du projet thérapeutique à la fin de la prise en charge et aux traces qu'elle aura laissées, aussi bien chez l'enfant que chez le thérapeute.

2.3 Nécessité de stabilité identitaire du thérapeute face aux problématiques abandonniques.

L'enfant carencé, comme je le disais plus haut, met à mal le cadre du psychomotricien et ses alternances de contact fusionnel et de mise à distance «épuisent» l'adulte aidant. L'enfant peut même inciter son thérapeute à produire des résistances dans la relation thérapeutique, et finalement, par sa propre quête identitaire, mettre à mal la structuration identitaire du psychomotricien.

La rencontre d'un enfant avec une problématique abandonnique et privé d'une «mère suffisamment bonne» dans ses premières années de vie est un défi majeur. On ne peut espérer le relever si l'on ne considère pas les émotions qu'il suscite en nous. Et surtout, cet effort de décryptage émotionnel est à recommencer en permanence, au fur et à mesure de l'avancée de la prise en charge. Je ré-insiste ici sur l'intérêt d'une supervision, qui permet d'élaborer le ressenti dans «l'après-coup» (S. Freud). Elle peut favoriser une mise à distance des affects. Le thérapeute ne se retrouve plus dominé par ses affects qui réveillent ses propres fragilités, mais les temps d'élaboration et de digestion psychique soutiennent une meilleure compréhension, permettant l'empathie et l'apport d'une meilleure réponse au patient.

Tous les processus conscients ou inconscients qui font que le thérapeute désire être l'adulte étayant qui va «lui donner sa chance et le considérer à sa juste valeur» ne sont pas en soi négatifs ni néfastes à la relation tant qu'ils sont pensés et n'amènent pas le désir d'être la «mère réparatrice». Ils sont des composantes de l'interaction thérapeutique. Mais finalement, ils placent l'aidant dans une situation qui l'amène à revivre dans une moindre mesure ce que vit le carencé : il souhaite «aimer» mais non sans crainte ; il a le sentiment de donner plus que ce qui lui paraît raisonnable. Délaissé en cas de séparation après avoir été fortement investi, il ressent un manque, voire de l'injustice ; il se questionne sur la valeur de sa proposition thérapeutique après une brisure relationnelle initiée par l'enfant¹²⁴.

Ainsi, tous ces sentiments ébranlent le sentiment de sécurité interne chez le soignant, qui en vient à se demander si son comportement renforce les manifestations régressives ou d'agitation psychocorporelle de l'enfant.

Dés lors, il devient indispensable pour le psychomotricien d'être équilibré au niveau de son identité, de se forger une assise narcissique identitaire, un moi sécure. Le thérapeute doit se connaître en tant que sujet, en tant que professionnel, en tant qu'être psycho-culturo-moteur. M. Balint dira à juste titre «qu'on travaille plus avec ce que l'on est qu'avec ce que l'on fait».

¹²⁴ *Ibid.*

3. Comment prendre en charge ces enfants non structurés sur le plan identitaire et ancrés dans un environnement si particulier ?

3.1 Nécessaire adaptation de la prise en charge

Les situations cliniques complexes décrites ci-dessus laissent implicitement percevoir l'intérêt d'une adaptation du cadre de prise en charge en psychomotricité. Que ce soit la situation transculturelle ou la situation carencielle, le psychomotricien doit considérer attentivement les modalités de son dispositif thérapeutique.

3.1.1 Adaptation du psychomotricien

Le psychomotricien en situation transculturelle doit intégrer la dynamique culturelle de son patient et de la famille tout en préservant et en affirmant sa propre identité, pour se sentir en sécurité dans ce qu'il propose. Tout est alors question de «juste distance» relationnelle et affective. Le thérapeute doit considérer la culture de l'autre pour ne pas le couper de sa réalité environnementale, tout en conservant ses propres référentiels. La relation thérapeutique doit s'établir d'un commun «acCORPS», selon un «acCORPSdage» affectif qui renvoie au dialogue tonico-émotionnel. Le cadre thérapeutique qui s'établit ne doit donc pas être précâblé en fonction de l'un ou l'autre des protagonistes qui nourrissent ce cadre, mais doit être un mobile malléable qui intégrera les spécificités de chacun. Il faut veiller dans la rencontre transculturelle à ne pas tomber dans un «culturalisme hypertrophié, qui au nom du respect de la différence, renforcerait les spécificités et ne ferait qu'enfermer les minorités ethniques»¹²⁵. Il faut alors s'intéresser à l'enfant-sujet avant d'aborder «l'enfant-carencé» ou «l'enfant-adoptée en Russie», mais faire abstraction de la différence culturelle du patient consisterait à annuler le sens qu'il donne à son récit, sens qui pourtant permet la compréhension de sa subjectivité.

L'enfant carencé, par les diverses manifestations corporelles et affectives qui le caractérisent, demande une particulière adaptation du psychomotricien. Ce dernier se doit d'être dans une juste distance qui apporte suffisamment de contenance mais ne réveille pas la problématique abandonnique. Il doit apporter une structure et une cohérence aux expériences de l'enfant, en écho avec les besoins antagonistes dont il a besoin (calme/stimulation, autorité/liberté *etc.*) qui apportent une sécurité et une rythmicité. L'enfant a besoin d'une structure, d'une limite et d'un cadre solide pour restaurer l'image de Soi et son lien à l'Autre, mais recherche également une malléabilité qui lui permettra d'explorer au gré de ses envies. En outre, le psychomotricien devra veiller à proposer des stimulations cohérentes qui témoignent que l'on fait force commune avec les parents pour ne pas créer une incohérence entre le modèle de soins et le modèle familial... tout en

¹²⁵ Stork E., 1999.

permettant à l'enfant d'explorer ce qui lui est interdit à la maison dans la mesure où c'est nécessaire pour son développement.

Finalement, le maître mot qui semble caractériser ces enfants est l'ambivalence, au sens commun du terme. Ils n'ont justement pas accès à «l'ambivalence» dont parle S. Robert-Ouvray dans sa théorie sur l'étayage psychomoteur. Ils sont toujours dans une polarité ou son opposée, jamais entre les deux. Ils n'élaborent pas leur «colonne vertébrale du développement psychomoteur» qui relie les différents pôles toniques, sensoriels, affectifs et représentationnels. Ils nécessitent alors une particulière justesse relationnelle de la part du thérapeute.

3.1.2 Adaptation du cadre

L'adaptation du psychomotricien est constitutive de l'adaptation du cadre, qui, plus générale, englobe tous les aspects spatio-temporels, matériels, relationnels et institutionnels dans lesquels s'inscrira la prise en charge. Une fois le cadre posé, la relation thérapeutique pourra s'installer, les rôles seront définis et les traces du travail pourront s'élaborer. Mais, dans la rencontre interculturelle ou dans la rencontre d'un enfant carencé, le cadre projeté, illusionné et idéalisé peut s'avérer bien différent du cadre réel qui doit alors être perméable aux différences culturelles et aux particularités relationnelles.

A l'étranger, la confrontation de deux mondes perceptifs et sensoriels nécessite un aménagement de l'espace. L'enfant français issu de deux cultures cherche un cadre qui ne reproduise pas un clivage entre les deux mondes qui l'entourent «qui loin d'être antinomiques peuvent coexister»¹²⁶. En effet, un facteur de vulnérabilité de cet enfant de parents immigrés est le clivage qu'il perçoit parfois entre monde du dedans et monde du dehors. Ceci nous renvoie à la nécessité de faire comprendre à l'enfant (et notamment à Salah) que ce qui se vit en séance n'est pas contradictoire de ce qui se vit à la maison, et que le travail de guidance parentale tente de donner à la mère des moyens, qui lui sont propres et auxquels elle adhère, de prendre soin de son fils dans le cercle familial. En effet, on cherche à ce que l'enfant se sente bien également au quotidien, pas seulement dans l'espace psychomoteur. Il devra intégrer puis transposer ce qu'il vit en séance.

La prise en compte de l'origine socio-culturelle de l'enfant peut faciliter l'ancrage et l'instauration d'une filiation permettant l'inscription d'une temporalité de l'existence et facilitant l'individuation. Ainsi, par une adaptation du cadre, on souhaite permettre l'émergence de la résilience dont parle B. Cyrulnik, favoriser l'ancrage corporel, fournir un étayage dans la relation à l'Autre et à l'environnement, et finalement soutenir la structuration identitaire. On a travaillé au sein du groupe thérapeutique autour de musiques Haïtiennes (Denia étant originaire d'Haïti) pour solliciter une mémoire corporelle et une résonnance de

¹²⁶ Moro M.R., 2010, p.53.

l'enveloppe culturelle du groupe dans le but de faciliter l'inscription transgénérationnelle et de faire un pont entre la culture d'origine et la culture de vie actuelle.

Finalement, on peut dire qu'inclure la double culture du patient dans le cadre thérapeutique de l'espace psychomoteur permet de faire résonner des contenants indispensables à la structuration de la personnalité.

Toutefois, il faudra être conscient que si un fossé entrave la relation, il peut devenir nécessaire d'avoir recours aux thérapies transculturelles dans des centres spécifiques. J'en ai fait l'expérience récemment au CMPP lors de l'arrivée d'un petit garçon autiste d'origine turque dont la maman ne parle pas français. On s'est alors posé la question de ce que la mère pouvait comprendre et penser des stimulations et du mode d'entrée en relation que ma maître de stage établissait avec l'enfant, qui plus est pour ce contexte de prise en charge, qui du fait de la pathologie, s'avère très spécifique et nécessite d'être expliquée et verbalisée. La présence d'un interprète n'aurait pas été de refus.

3.2 Objectifs de prise en charge

3.2.1 Spécificités de la psychomotricité

Je l'évoquais précédemment, la première identité selon S. Robert-Ouvray est le «Moi-tonique», bien avant l'établissement du «Moi-Peau» d'Anzieu. Un manque au niveau du corps, de la tonicité et donc des émotions est alors potentiellement responsable de troubles identitaires. En psychomotricité, on cherchera à travailler sur les repères corporels pour permettre de (re)construire une identité. Finalement, on tentera d'apporter les éléments nécessaires à la construction d'une identité interne (découverte du corps propre, intégration de la temporalité des expériences vécues, conscientisation de l'espace, image du corps) avant de pouvoir s'inscrire et se structurer dans une identité groupale.

Le symptôme ne veut pas toujours dire ce qu'il est. Il peut exprimer quelque chose de l'inconscient, que l'enfant cherche à masquer. En psychomotricité, on ne cherchera pas forcément à faire disparaître le symptôme, mais nous tenterons d'élucider ce qui se trame derrière. Pour exemple, un trouble de l'écriture peut être un moyen de lutter contre des affects dépressifs sur un contexte de pathologie de l'identité (comme ce fut le cas pour Héléna).

La thérapie psychomotrice va avoir pour objectif d'aider le jeune abandonnique à s'ancrer dans une temporalité et dans une spatialité, à développer son langage corporel, affectif et cognitif, à maîtriser la causalité, et à s'inscrire dans un groupe social. Elle visera à rendre possible la relation au travers d'expérimentations qui ne confrontent pas à l'échec, d'une valorisation de l'estime de Soi et de l'image de Soi, d'une maîtrise des affects et des émotions et de la création d'un sentiment de «bien-être personnel».

Le soin psychomoteur veillera à ne pas se limiter à un apport relationnel ou affectif, mais tentera de construire une représentation stable du monde par une prise de contact avec

le corps propre, car bien souvent, «nous devons nous adresser au corps avant de pouvoir espérer dialoguer par l'intermédiaire des mots»¹²⁷.

«Prendre conscience de son corps c'est se donner accès à son être tout entier... Car corps et esprit, psychique et physique, et même force et faiblesse, représentent non pas la dualité de l'être, mais son unité»¹²⁸. Un travail avec le corps, les sensations et les ressentis permet de revenir à soi, de ne pas être envahi par un surplus de stimuli extérieurs désorganiseurs, d'autant plus en situation carencielle où l'environnement est source de déstructuration.

L'axe corporel est le fondement de la construction d'une identité corporelle. Par un travail sur l'axe, on facilitera un ancrage dans le sol, un enracinement et une verticalité qui, en structurant Soi, vont permettre de s'ouvrir à l'Autre et au monde. Le travail du psychomotricien dans l'étayage du corps va remplir le corps de contenus qui vont structurer. «Sentir son corps, habiter son corps, maîtriser son corps, tel est le précepte du vieux sage»¹²⁹.

Un enfant diminué en terme de défenses psychologiques ressent le besoin d'un éprouvé de bien-être physique et corporel, qui va le rendre disponible pour développer ses fonctions instrumentales et agir sur le monde. Prendre soin de son corps devient nécessaire pour lui prouver que ce corps blessé, ignoré, désinvesti peut être doué de potentialités et d'intérêt et qu'il mérite d'être regardé et considéré. On contribuera ainsi à une revalorisation de l'image de corps, et donc de l'estime de Soi. Un enfant comme Salah qui demande une attention privilégiée de l'Autre dans les soins corporels, les moments d'habillage et de déshabillage semble être tout à fait demandeur de cette «renarcissisation corporelle». M. Lemay dira que «les soins corporels ont une particulière signification chez un enfant qui a manqué de contact intime avec la mère ou un substitut maternel»¹³⁰.

Finalement, il me semble que ce travail psychomoteur qui utilise le corps comme principal médiateur de relation et d'expression nous renvoie aux premiers échanges mère-bébé et à la capacité de la mère à être «suffisamment bonne» (Winnicott), solide, sécurisante et bienveillante dans le dialogue tonico-émotionnel ; ce dernier s'établissant dans l'interaction entre les demandes et besoins de l'enfant et les réponses maternelles en terme de rythmicité, d'affectivité et de distanciation, le tout pour envisager la séparation. Ce portage corporel ne doit pas être seulement physique et dans le contact direct, il doit aussi considérer la dimension symbolique du corps. Comment l'enfant vit son corps ? Est-il son corps ou seulement un «locataire» de ce corps organique ? Tant de questions qu'il faut aussi se poser en psychomotricité.

¹²⁷ Lemay M., 1993, p.25.

¹²⁸ Bertherat T., cité par Constantin L., 1998.

¹²⁹ Thomas, 1982.

¹³⁰ Lemay M., 1993, p.139.

Dans l'espace psychomoteur, le passage par le corps peut libérer la pensée. On vient rejouer au travers du jeu, du dessin et autres médiats des éléments psycho-affectifs qui déstabilisent ou interrogent l'enfant. La clinique m'a confrontée de nombreuses fois à cette expérience. Je pourrai citer un garçon de sept ans qui s'apprêtait à avoir un petit frère et a dessiné un biberon au cours d'un jeu ; ou encore un enfant de neuf ans qui au cours d'un temps de relaxation a verbalisé sa crainte d'être oublié par ses proches pour son anniversaire, et enfin un dernier qui mettra des mots sur la peur qu'il a d'un camarade de classe lors de mobilisations passives corporelles. L'espace psychomoteur met en jeu en permanence la distance entre réel et symbolique et peut autoriser l'enfant à détester, avoir peur, s'énerver contre le « méchant camarade, la mauvaise maîtresse, la sœur taquine ». Mais il nécessite d'être sécurisé et contenant par la présence d'un cadre thérapeutique qui permet de différencier le symbolique du réel. Et notre spécificité de psychomotricien fait que, dans un jeu de dinette par exemple, nous ne considérons pas seulement la mise en jeu d'un conflit oedipien, mais nous nous intéresserons au schéma corporel de l'enfant, à l'accès à la représentation et au symbolisme, au tonico-émotionnel, à sa latéralité *etc.*

Soutenir le jeu de l'enfant sans lui prendre son jeu, l'accompagner sans être ni devant ni derrière lui, lui permettre d'oser la rencontre et stimuler l'apprentissage seront des rôles spécifiques du psychomotricien. L'intérêt en terme de construction identitaire devient alors la possibilité de faire du lien et de mettre du sens entre les expériences vécues et leur représentation.

En ce qui concerne le soutien des apprentissages pour les enfants en difficultés scolaires, il s'agira de remettre de la vie et de l'intérêt dans des concepts abstraits qui sont découverts en amont du stade de la pensée abstraite de Piaget en les faisant explorer dans le corps et dans le jeu. Par exemple, un match de football adapté peut tout à fait soutenir l'apprentissage du logico-mathématique pour un enfant en difficulté sur ce domaine.

Quelque soit le type de médiation, l'orientation du thérapeute ou les objectifs de prise en charge, une chose est certaine : l'engagement psychocorporel du psychomotricien l'oblige à se connaître. Son langage corporel devient miroir ou écho pour l'enfant. Le décodage du langage corporel de l'enfant passe nécessairement par les ressentis et les éprouvés du thérapeute qui vont imprégner ses réponses en fonction de sa propre identité de sujet. On offre alors au corps le « statut de premier médiateur de langage, {qui nous positionne} loin d'une optique d'instrumentalisation du corps »¹³¹.

De plus, un des rôles du psychomotricien sera de soutenir l'environnement et le milieu nourricier de l'enfant pour que chaque séquence journalière devienne une occasion de stimuler la motricité, les praxies, la prise de conscience du corps propre, la gestion des émotions et le développement des capacités de représentation. Il sera nécessaire d'établir

¹³¹ Potel-Baranes C., 2002, « S'il te plaît, apprends-moi à faire mes lacets ! » in *Enfance et Psy* n°20.

une cohérence entre ce qui est proposé au sein de l'espace psychomoteur et ce qui peut être revécu au sein de l'espace familial.

Pour conclure, le psychomotricien qui prend en charge un enfant carencé se doit de proposer des nourritures affectives, motrices et cognitives pour soutenir la structuration identitaire de l'enfant dans le but d'amener une unité et «d'harmoniser la tête, le cœur et le corps». Le professionnel pourra alors être thérapeute, rééducatif et préventif dans la même séance de psychomotricité, le but étant de mettre du sens sur ce qui est vécu. Il utilisera le corps comme principal médiateur en considérant que «le corps est le plus merveilleux instrument de notre réalisation. (...) Tout en étant cet instrument, ce langage, cette matière première, il est essentiellement l'Homme, lui-même rencontre du corps, de l'âme et de l'esprit. Chacun de nous est son corps, en même temps qu'il est son âme et son esprit et cela inséparablement »¹³². La prise en charge s'avèrera d'autant plus utile et pertinente qu'elle est proposée précocement. Cette métaphore du tuteur et de l'arbre l'illustre très bien : «Un enfant est comme un arbre, si tu attends qu'il ait grandi pour le mettre droit, il va se casser».

3.2.2 La prise en charge groupale, modalité thérapeutique intéressante

L'intérêt d'une prise en charge groupale en psychomotricité auprès d'enfants carencés pourrait faire l'objet d'étude de tout un mémoire. Je m'apprête ici à en considérer seulement certains aspects, en référence au groupe thérapeutique mis en place au CAMSP pour Salah et Denia.

Une des premières fonctions du groupe qui m'a paru évidente dans la rencontre avec Salah est l'intérêt des pairs dans le déclenchement de processus d'imitation qui mènent à l'exploration de nouveaux schèmes perceptivo-sensoriels et moteurs. Combien de fois Salah a pu s'appuyer sur les expérimentations de Denia pour tout ce qui a attiré à la motricité fine, à l'exploration sensorielle ou à l'utilisation d'instruments de musique au cours des séances... De la même façon, Salah permettait bien souvent à Denia d'explorer des nouveaux schèmes de mouvements lors de parcours psychomoteurs ou dans des jeux corporels dynamiques. Le groupe devient un moyen d'explorer ses propres capacités face aux autres, et plus largement face au monde. Être seul ou être à deux modifie réellement la dimension thérapeutique, qui plus est pour des enfants qui expriment le besoin de retourner vers des expériences régressives : «être deux dans ces niveaux archaïques facilite l'établissement d'une fonction contenante et permet, par ailleurs, de travailler les notions du pareil et de l'identique, du double et des clivages ainsi que celles de couple, de tiers et de triangulation»¹³³.

¹³² de Souzenelle, cité par Constantin L., 1998.

¹³³ S. Urwand, 2002, pp.54-62, Le «groupe-analyste» pour des enfants autistes et psychotiques, *Enfance et psy*, n°19, *Travailler avec les groupes*.

Un groupe thérapeutique auprès de petits demande tout spécifiquement une certaine rythmicité et cyclicité. Les instants phares de la séance tel que le moment où l'on retire les chaussures ou les rondes pour se dire au-revoir par exemple favorisent l'aspect contenant du groupe et structurent la temporalité et l'ancrage des enfants. Ils constituent des moments de transition privilégiés entre le dedans et le dehors, moments sur lesquels le thérapeute peut s'appuyer pour observer les interactions, alliances, rejets, projection et état affectif des enfants qui participent au groupe. En effet, les enfants nous conduiront parfois à adapter le cadre de la séance si ils ne semblent pas réceptifs à telle ou telle chose ou si au contraire ils semblent avoir besoin de rejouer dans la séance des éléments qui les angoissent tel jour. Le psychomotricien se doit d'être un fin observateur et d'accepter de moduler son cadre de pensée pour accueillir l'enfant tel qu'il est à l'instant précis. Ceci nous renvoie à la nécessaire malléabilité du cadre qui s'élabore en fonction de la réalité de ses constituants. Les séances où Salah et Denia arrivaient comme «explosés», agités, fatigués, ou déjà en conflit à cause du difficile partage d'un objet en salle d'attente nous ont poussées à ajuster nos propositions de séance pour permettre d'y rejouer l'agressivité ou la rivalité dans un cadre sécurisé ou au contraire pour proposer un lieu de réconciliation et de partage.

Le groupe porte également un rôle de contenant physique et symbolique. Il est lieu d'accueil des expérimentations, cadre indispensable à l'élaboration de l'interaction groupale. C'est au sein de ce groupe que pourront se vivre des expériences relationnelles qui lient enfants et adultes, thérapeutes et familles, mères d'un enfant en difficulté. Son cadre spatio-temporel (même lieu, même heure de façon hebdomadaire), la permanence de ses protagonistes et la rythmicité qui le caractérisent sont alors indispensables à l'élaboration de la dynamique de groupe. Le groupe prendra tout le long de l'année de la consistance, il sera modulé en fonction des expériences qui s'y vivent. D'ailleurs, toute modification de ce cadre groupal (l'arrivée de l'intervenante en musique par exemple) perturbera la dynamique. Mais elle peut s'avérer très intéressante à explorer pour éviter de tomber dans une forme primitive du groupe qui empêcherait l'intégration de nouvelles composantes, en écho avec l'imprévisibilité de la vie à l'extérieur du groupe.

«Accueillir, contenir et transformer ce qui s'agite et s'agit, dans et par les corps, serait le vœu thérapeutique le plus important, mais aussi le plus humble, du travail des groupes en psychomotricité»¹³⁴.

3.3 Axes thérapeutiques d'intervention

Après les spécificités de la psychomotricité décrites ci-dessus de manière assez généralisée, je m'apprête à détailler les axes thérapeutiques d'intervention auprès d'enfants ayant subi des carences relationnelles. En axant notre prise en charge autour de tous les grands items psychomoteurs qui permettent la construction identitaire (*cf. supra* p.31), nous

¹³⁴ Courberand D., 2010, Les groupes thérapeutiques en psychomotricité, in *Thérapie Psychomotrice* n°163, p.91.

pouvons espérer apporter à ces enfants un socle à la structuration de leur identité interne de sujet, socle qui les aidera à investir le monde environnant et à s'inscrire dans une identité socio-groupe. J'ai conscience de ne pouvoir traiter ici assez profondément chacun de ces aspects du travail thérapeutique, je tenterai d'en exposer les principales caractéristiques.

3.3.1 Intégration sensori-motrice et modulation tonique

Les enfants carencés ont le plus souvent été privés de stimulations sensorielles partagées avec un parent aimant et contenant. Ils utilisent alors chacun de leurs sens dans une tentative d'auto-alimentation, par des bercements ou des balancements notamment, qui leur permettent de trouver une rythmicité structurante. L'utilisation qu'ils ont de leurs sens les isole au lieu de les ouvrir vers l'extérieur. Ainsi, plutôt que d'associer la sensorialité à la relation, ces enfants y voient un moyen de s'auto-contenir et de se rassurer qui les coupe du monde et de la réalité parfois violente dans laquelle ils sont plongés.

Notre rôle de thérapeute sera de fournir une stabilité des informations sensorielles, en les associant à la présence de l'autre. Il faut permettre à ces enfants de vivre des stimulations d'ordre visuelles, kinesthésiques, labyrinthiques, tactiles, auditives, olfactives et gustatives dont ils ont été précocement privés pour développer leurs capacités intégratives et les inciter à explorer plus encore. Ceci pourra, très progressivement, les aider à sortir des jeux agressifs ou stéréotypés dans lesquels ils s'enferment en n'osant pas découvrir l'inconnu. Pour Salah, il s'agit de jeux de voitures qu'il s'amuse à faire rouler devant ses yeux, ou d'un intérêt tout spécifique pour les bus que l'on voit rouler depuis la fenêtre de la salle de psychomotricité. En l'accompagnant initialement dans ces jeux, on a pu initier la relation, et ensuite maintenir cette relation pour élaborer d'autres jeux.

Le travail autour de la musique et des instruments entamé depuis mars tente de favoriser l'exploration de nouvelles sensations : les vibrations, le souffle, l'ouïe, les différentes tonalités de sons *etc.* Avant de pouvoir explorer par lui-même, il aura eu besoin d'un très long temps d'observation, qu'il a ensuite pu transformer en temps de manipulation. Il est intéressant de noter qu'il s'est servi d'une peluche pour taper sur les tambours et attraper les baguettes, comme si vivre lui-même ces expériences sensorielles était encore trop difficile et qu'un tiers était nécessaire pour se lancer. «Percevons en tout geste une création qui nous exprime»¹³⁵. La poursuite du travail pourra peut-être consister à le guider à ressentir par lui-même et pour lui-même.

Favoriser l'intégration sensori-motrice constitue alors une étape pour réconcilier l'enfant avec son environnement et lui faire sentir, au travers de la relation et de son corps, sa propre sensibilité.

Conjointement à cette intégration sensori-motrice, un travail autour du tonus semble primordial. Le bébé est équipé pour le dialogue tonico-émotionnel. Son équipement neuro-

¹³⁵ Tradition Africaine, Follmi D. et O., 2010, p.114.

moteur est mature et efficace dès la naissance pour comprendre, ressentir et exprimer des états et des affects par le corps et au travers de la régulation tonique. L'enfant carencé se positionne parfois dans des manifestations régressives qui le conduisent à s'exprimer et ressentir via ces processus primitifs. Ils deviendront alors un moyen fiable et entendable par l'enfant pour intégrer ce que le thérapeute a à lui proposer. Faire diminuer le tonus chez des enfants comme Salah ou Héléna qui se sont forgés une carapace tonique peut leur permettre une meilleure considération de leur corps et les aider à penser l'action ; afin que l'agir corporel ne soit pas que l'expression d'une pulsion mais une construction cognitive qui prend sens dans sa réalisation, selon les processus enactifs dont parle F. Varela.

Enfin, le thérapeute ira parfois contacter des souvenirs d'expériences sensori-motrices et tonico-affectives imprimées dans le corps de l'enfant pour leur donner sens ou les associer à un pattern interactif structurant. En effet, A. Damasio parle de la «cartographie neuronale des expériences» qui permet une copie de tous les éprouvés corporels dans le cerveau, éprouvés qui pourront se transformer en souvenirs, conscients ou inconscients, et pouvant ressurgir à tout moment de la vie. Revenir à ces expériences primitives peut faciliter l'ancrage temporel de ces enfants qui se demandent parfois qui ils sont et d'où ils viennent. Mais le thérapeute devra être capable de les accueillir pour les rendre cohérentes, pas seulement de les faire ressurgir en laissant l'enfant seul face à ses ressentis.

L'intégration sensori-motrice prépare la prise de conscience de la corporalité et donc le développement du schéma corporel. Salah en étant encore à ce stade d'intégration sensori-motrice, et le travail avec Héléna ne s'axant pas autour de ces aspects, je détaillerai peu la partie qui va suivre, bien que je considère qu'il est indispensable de s'en préoccuper en psychomotricité.

3.3.2 Renforcement ou développement du schéma corporel

L'enfant carencé perçoit difficilement la globalité de son corps et les rapports qui lient son corps et son environnement. La phase d'intégration sensori-motrice peut aider à la prise de conscience du corps propre, en proposant à l'enfant de sentir tout en agissant.

Il s'agira ensuite de lui proposer des activités où il peut explorer en autonomie et spontanément le jeu, les règles, les changements, les séparations *etc.* pour qu'il intègre son corps comme lieu d'expression et d'impression, et d'apparition du «je» qui structure la personnalité et affirme l'identité de sujet.

Une fois cette prise de conscience corporelle renforcée, il deviendra nécessaire d'accompagner l'enfant dans sa réalisation gestuelle, en associant l'exploration praxique à l'affectivité et à des potentialités de réussite ; l'objectif étant un renforcement de l'estime de Soi et une acceptation de la représentation que l'on se fait de son corps et de soi.

Très souvent, pour faciliter cet ancrage corporel et l'investissement du schéma corporel, il faudra passer par un travail sur les structures et systèmes du corps décrits par

B. Lesage. Pour Héléna et Salah, la structure osseuse est celle qu'il faut contacter, puisqu'elle permet la constitution d'une enveloppe tridimensionnelle séparant dedans et dehors. Tout en renforçant le sentiment de solidité interne, elle permet l'ouverture vers l'extérieur et l'élaboration d'une mobilité dirigée vers autrui. Les systèmes peau et muscles étant encore trop excités, trop érogènes, ils ne pourront pas être sollicités trop tôt, au risque d'une intrusion.

3.3.3 Renforcement de l'image du corps

Nécessairement, le renforcement du schéma corporel permettra une valorisation de l'image du corps si les éprouvés corporels sont associés à la représentation consciente et inconsciente que l'enfant se fait de son corps.

On reconnaît, et tout spécifiquement en psychomotricité, combien les mimiques, les postures, les gestes et les expressions corporelles ont leur place dans la «clinique de l'image du corps». Et l'image du corps, comme évoqué précédemment, est un des fondements de l'identité. Ainsi, la prise en charge psychomotrice, par son recours aux sensations, au dialogue tonique, au langage corporel, et par la considération de la globalité du patient, devient une «véritable thérapeutique de l'image du corps»¹³⁶ et donc de l'identité.

3.3.4 Travail autour de la temporalité

Le passé surgit pour l'enfant en manque de repères sous forme de souvenirs ponctuels inscrits dans des impressions notamment sensorielles. L'enfant, et plus spécifiquement l'enfant abandonné qui ressent un vide autour de ses origines et qui n'arrive pas à s'inscrire dans une filiation transgénérationnelle, manque d'enracinement et a besoin qu'on l'aide à bâtir un socle temporel qui autorise la construction d'une identité.

Le thérapeute tentera d'enraciner le sujet dans une temporalité à la fois vécue et pensée. Il faut que l'enfant apprenne à se représenter son passé pour tenter de le maîtriser et non plus de le subir. Qui plus est pour ces enfants, qui par des mécanismes de défense tels que la projection et la sublimation, modifient l'image qu'ils ont de leur passé. Ils sont alors pris dans un «flou temporel» (M. Lemay) qui empêche l'inscription identitaire.

Pour que l'enfant s'inscrive corporellement dans la rythmicité de l'expérience, il ne suffit pas de lui proposer une séquence d'activités qui lui sont agréables. Il faut également qu'elles soient associées à la relation et qu'elles bâtissent une sorte de fil rouge d'expériences dont le vécu de l'une explique ou rappelle celui de l'autre. Si l'enfant a du mal à s'ancrer dans une histoire temporelle passée, il faut lui proposer de créer sa propre histoire à partir de ce qu'il vit aujourd'hui. On se doit en tant que thérapeute de lui fournir un cadre où pourront succéder ces différentes séquences temporelles. La régularité du dispositif thérapeutique (même lieu, même heure, même thérapeute) lui permettra de savoir qu'il a un temps pour

¹³⁶ Pireyre E., 2011, p.22.

lui, délimité et immuable, dans lequel il pourra expérimenter. Il sera parfois nécessaire de repasser par les macro-rythmes de Marcelli pour permettre cette structuration temporelle.

L'importance du passé et du présent dans l'inscription temporelle ne doit pas nous faire oublier le futur. Nous devons aider l'enfant à projeter des désirs dans un avenir plus ou moins lointain. Ceci témoignerait d'une capacité à croire en l'avenir, à se détacher du présent et du passé pour se tourner vers le changement et, symboliquement, tendre vers «la construction d'un Moi idéal»¹³⁷.

3.3.5 Travail autour de l'espace

Le travail thérapeutique autour de l'espace supposera également une continuité des séquences proposées et l'accès à une représentation symbolique de l'espace. La problématique de Salah nous ne confronte pas spécialement à un travail spatial, ce n'est pas non plus ce qui perturbe Héléna dans sa quête identitaire. Le travail sur l'espace sera alors intégré pour ces enfants au sein d'autres axes thérapeutiques, mais ne constituera pas un objectif majeur de prise en charge.

3.3.6 Intervention sur les plans cognitif et langagier

Bien souvent, et comme c'est le cas pour Héléna et Salah, l'enfant carencé est en difficulté sur le plan cognitif en raison de troubles psychocorporels ou psychoaffectifs qui l'empêchent de mobiliser toutes ses capacités intellectuelles. Agir par le biais de la thérapie psychomotrice sur l'intégration sensorielle, le renforcement du schéma corporel, de l'image du corps et sur la structuration temporo-spatiale suffira parfois à permettre au jeune carencé d'exploiter son efficacité cognitive. Ainsi, dans le jeu et dans l'expérimentation sensorimotrice et perceptive, on pourra intégrer peu à peu des notions qui solliciteront ses capacités réflexives et le pousseront à la socialisation pour qu'il «partage» toute son assurance psychocorporelle avec l'environnement. De plus, si l'enfant devient capable d'investir une relation et de communiquer par le biais du corps, il développera peu à peu toutes ses fonctions intellectuelles sans que nous n'ayons à agir spécifiquement dessus. Qui plus est que le développement cognitif se fait par stades, avec des paliers de stagnation et des possibilités d'évolution. Toute compétence développée est normalement acquise si elle est répétée et intégrée, tant que nous ne sommes pas face à un trouble neuro-dégénératif.

Le fonctionnement cognitif de l'enfant carencé est extrêmement dépendant du contexte d'expérimentation et de l'état affectif de l'enfant. Salah saura nous impressionner par la compréhension du plan en 2D d'un parcours psychomoteur à réaliser, et la fois suivante ne pourra pas aligner deux objets selon une succession qui paraît relativement simple. Notre rôle sera alors de découvrir les situations qui incitent l'enfant à exploiter ses capacités par leur aspect rassurant et contenant si elles sont maîtrisées. C'est alors dans ce cadre sécurisé

¹³⁷ Lemay M., 1993, p.205.

d'expérimentation que l'on pourra intégrer de nouvelles recherches cognitives et ainsi solliciter ses capacités réflexives et son envie de défier la difficulté.

La plupart du temps, face à ces enfants fortement en difficulté sur le plan cognitif alors que les potentialités sont bien présentes, une individualisation de la stimulation cognitive devient nécessaire. L'enfant dysharmonique est inégal dans ses aptitudes, ses motivations et ses capacités attentionnelles, il a alors besoin d'un réel étayage de l'adulte qui le pousse à faire de son mieux et lui propose un soutien quand il est en difficulté. Sans cette préoccupation pédagogique comme thérapeutique, l'enfant risque d'être bien trop souvent confronté à l'échec, entraînant un risque d'annihilation de tout désir d'apprendre.

Si nous débordons légèrement, en évoquant ceci, du rôle du psychomotricien, on retrouvera ce dernier sollicité pour permettre l'éclosion de l'imaginaire. Il faut aider l'enfant à dépasser l'agir (hypermobilité, agressivité) pour qu'il se crée un espace d'évocation de cet agir corporel. La pulsion chez ces enfants est souvent agie sans qu'elle ait été pensée ou représentée par le langage, le jeu symbolique ou autre médiateur qui offre une forme d'expression. On cherchera alors à réintroduire l'enfant dans l'univers du «comme si», du «faire semblant».

Sur le plan langagier, l'orthophoniste aura un rôle bien plus prégnant pour accompagner l'enfant. En tant que psychomotricien, on peut par contre soutenir le désir de communication verbale, en associant à l'agir corporel des temps de verbalisation et d'expression langagière. De même, en soutenant l'écriture comme nous l'avons entrepris avec Héléna, on peut aider l'enfant à passer de la phase du «corps parlant à celle de sujet écrivant»¹³⁸.

3.4 Evolution de la prise en charge de Salah au CAMSP

Au travers de tout ce que j'ai abordé dans cet écrit, j'ai pu évoquer quelques éléments évolutifs de la prise en charge de Salah au CAMSP depuis septembre 2014. Je vais ici en résumer les grandes lignes pour exposer ensuite ce qui s'est joué lors de la réunion de synthèse éducative du 6 mars 2015, relative à la future orientation de Salah qui devra quitter le CAMSP en juin puisqu'il aura six ans révolus.

Salah est à un stade de son développement où dominant encore le sensori-moteur et le perceptivo-moteur. Il nous faudra intégrer dans les expériences de décharge motrice dont il a besoin des possibilités d'expérimentation qui mettent en jeu des processus cognitifs et psycho-affectifs sollicitant notamment les fonctions instrumentales. Les progrès de Salah dépendent encore beaucoup du cadre et de la structure qui contiennent le vécu du groupe. Il montre réellement le besoin d'un étayage de l'adulte et d'une attention privilégiée qui

¹³⁸ Chassigny C., 1975, *Le corps et l'écriture in Thérapie Psychomotrice*, pp. 19-31.

l'aident à aiguïser sa curiosité, oser la découverte et prendre des risques mesurés. Des temps d'observation sont nécessaires pour chaque nouvelle activité, et il faudra attendre que l'envie de faire vienne de lui pour espérer le voir expérimenter. Toute confrontation à l'échec entraîne une fuite corporelle plutôt qu'une demande d'aide de sa part. Un trop plein de stimulations semble facilement le déborder, nous veillons alors tout particulièrement à repérer les manifestations corporelles de cette saturation sensorielle. Il est encore en grande demande d'aide et de soins corporels de l'adulte envers lui et peut accepter qu'on porte un intérêt à son corps. Ces diverses difficultés apparaissent logiquement au vu du contexte des troubles de Salah, mais sont surtout ponctuées de nombreux progrès qui attestent de l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité pour ce garçon. L'accès à la séparation non déstructurante (accepter de se séparer pour bien se retrouver), la possibilité de se poser sur quelques activités de motricité fine qui demandent une attention soutenue, le développement de fonctions cognitives telles que la mémorisation ou le langage, la qualité relationnelle dont il témoigne, ses nombreuses interactions avec ses pairs sont autant d'exemples qui attestent de ses progrès. Mais ces exemples évoquent aussi la nécessité pour Salah d'avoir un cadre qui tient, à la fois thérapeutique, pédagogique et éducatif, et qui lui permet d'exploiter toutes ses capacités, d'où la proposition du suivi de soin en IME de la part de l'équipe du CAMSP.

Le 6 mars, le père de Salah, l'équipe du CAMSP, le personnel scolaire et l'enseignante référente suivant Salah se rencontrent pour la seconde réunion de synthèse de l'année, permettant une mise au point des progrès et difficultés de Salah, et proposant une réflexion autour de l'orientation future.

L'enseignant de Salah évoque de nombreux progrès dans le domaine de la socialisation, Salah pouvant respecter les temps de groupe, initiant des interactions avec deux enfants, et se montrant capable d'assurer un rôle qui lui est donné en terme de responsabilité pour la vie de la classe. Par contre, Salah est en grande difficulté sur tous les autres aspects de la moyenne section, incapable de rester concentré et autonome sur un atelier (hormis les gommettes qu'il maîtrise et le rassurent) si il n'est pas en relation duelle avec l'enseignant ou son AVS. Il ne prononce que quelques mots rudimentaires, ne montre pas d'intérêt pour les événements particuliers de la classe (intervenant musique, installation d'une colonie de fourmis). Il est en grande difficulté et très apeuré par les activités gymniques, en demande d'attention permanente, en provocation face à l'enseignant dès que l'échec se présente, et parfois même dans des réactions d'opposition ou de refus de faire... Tant d'éléments évoqués au papa de façon très respectueuse, l'enseignant pointant tous les points positifs et de progrès, et insistant sur les potentialités de Salah, affirmant qu'il ne peut les exploiter dans le groupe classe, mais qu'elles seraient probablement mobilisables dans un environnement spécialisé, plus individualisé.

Tous les professionnels présents appuient ce discours de l'enseignant, et évoquent une nouvelle fois une orientation en résidence sociale de type IME, connue du CAMSP comme de l'enseignante référente. Cette indication avait déjà été présentée et préparée en amont

avec les parents de Salah, qui ont déjà rencontré la directrice de l'institution. L'idée semblait avoir été acceptée par le père de Salah (après un gros travail en ce sens fait par l'équipe du CAMSP). Mais le père contre toute attente reformule son incertitude face à l'orientation de Salah, il dit vouloir voir les autres enfants qu'il sera amené à côtoyer, ne voulant pas qu'il soit avec des «retardés». Il ne peut se prononcer pour l'instant, et semble très désireux de poursuivre une grande section pour Salah l'an prochain.

Les professionnels présents évoquent la souffrance à l'école pour Salah qui se retrouve de plus en plus face à l'échec et perçoit ses difficultés par rapport au groupe classe, n'exploitant ainsi pas ses capacités en préférant se mettre en retrait et ne pas faire, sûrement comme une forme de «préservation psychique». Le papa décrit un comportement tout à fait différent dans le cadre familial, Salah sachant presque tout faire, s'habiller, sauter, courir, glisser, parler avec très peu de difficultés... Il semble être dans une forme de déni des troubles, ne pouvant accepter les difficultés de son fils, principalement au plan des capacités affectives et cognitives, et se refusant d'accepter la notion de handicap. Le père ne peut entendre les conseils pourtant convergents de tous ces professionnels, qui par tous les moyens cherchent à privilégier la relation et l'alliance thérapeutique.

Cette réunion s'est déroulée dans une atmosphère plutôt oppressante, mêlant incompréhension face au comportement du père et souhait de préserver à tout prix la relation en visant ce qu'il y a de mieux pour Salah et ses parents. Certains professionnels ont d'ailleurs difficilement vécu cette synthèse, que ce soit du côté de l'enseignant qui dit s'épuiser à faire tout ce qui est en ses capacités mais ne pouvant assurer plus au vu de l'incomplétude de sa formation, que du côté des soignants du CAMSP, qui se retrouvent une nouvelle fois face à un obstacle dans la relation thérapeutique.

Où se situe la limite entre le respect du choix des parents dans une tentative de posture empathique et le besoin de trancher pour mettre face à la réalité ? Dans quelle mesure, et à quel moment faut-il faire prendre conscience aux parents des troubles réels de leur enfant ? Quand le bien-être de l'enfant est engagé, et quand la souffrance apparaît en raison du choix parental ; doit-on immédiatement établir un signalement judiciaire ou tenter encore une fois de préserver le lien ? Mais pour autant, on ne peut pas affirmer que Salah sera plus heureux dans une autre structure, alors que faire en cas «d'échec» de l'indication ? Comment récupérer la confiance des parents dans la dynamique de soin ? Quelles sont les limites personnelles des professionnels qui parfois ont l'impression de se démener sans résultat ? Le soin ne doit pas être imposé, mais proposé... Ceci nous ramène de nouveau à la notion de «juste distance».

Tant de questions qui se sont soulevées suite à cette réunion et qui évoquent pertinemment, selon moi, la difficile position du soignant face à un enfant carencé. Le refus du handicap par le père et sa projection des difficultés sur les autres (comme pour réparer la blessure narcissique du «miroir brisé» ?), la mise à distance de la mère qui tente de se préserver en oubliant les dates de rendez-vous et en acceptant que son mari soit le seul

acteur en contact avec l'extérieur au sujet de Salah sont ici deux écueils qui compliquent la prise en charge et mettent à mal le cadre thérapeutique. Le thérapeute doit lui-même être à même de résilier et d'accepter les obstacles tendus, tout en s'assurant toujours du « bien-être » de l'enfant. On assiste alors à une sorte « d'oscillation émotionnelle » pour une équipe qui « fait de son mieux » et donne toute son énergie pour finalement n'obtenir qu'une déception et un retour en arrière dans la prise en charge. D'où la nécessité d'une certaine stabilité identitaire de la part du psychomotricien.

3.5 Réflexion autour du choix thérapeutique pour Héléna au CMPP

A l'issue du bilan psychomoteur d'Héléna, il nous a semblé que l'éveil et l'excitation de son corps dans ses démonstrations et dans le collage au corps d'autrui nous empêcheraient d'entamer directement un travail à médiation principalement corporelle. La psychothérapie a été rapidement demandée, conjointement à une prise en charge en psychomotricité très axée autour de l'écriture et de ses aspects techniques. Nous avons pris le parti de ne pas toucher ce corps trop vif, mais de structurer la relation et de lui fournir un cadre qui limiterait les débordements par une structuration temporo-spatiale. Les séances ont effectivement été réalisées à table (table qui maintient une distance réelle et symbolique), de manière ritualisée, et sur une durée limitée dans le temps (dix séances).

E. Pireyre souligne dans son ouvrage *L'image composite du corps* que les réponses psychomotrices face aux troubles de l'identité sexuée sont « pauvres » et constituent une limite à l'approche corporelle pourtant chère aux psychomotriciens. C'est sûrement une des raisons qui justifie ce choix thérapeutique et la proposition d'une prise en charge plutôt verbale en psychothérapie.

Toutefois, il semble évident que les troubles de l'identité sexuée d'Héléna s'inscrivent au sein d'un tableau plus global qui témoigne d'une quête identitaire pour cette petite fille dont les quatre premières années de vie sont comme oubliées, effacées, non descriptibles. Son manque d'enracinement et sa lutte contre des angoisses et des affects dépressifs la poussent à exprimer dans son corps ce sur quoi elle ne peut encore mettre de mots. Et ceci pourrait tout à fait relever d'une prise en charge en psychomotricité, qui aborderait un travail autour de la séparation, de l'attachement, des liens interpersonnels, de l'image du corps et de la structuration temporelle. Dans le but notamment de fournir à Héléna les prérequis nécessaires à une bonne inscription dans les apprentissages scolaires, outre les compétences pratiques et neuro-motrices qu'elle possède sans aucun doute. Il faudra alors être capable d'accueillir la pulsionnalité de cette petite fille. La question des pulsions prégnantes et leur prise en compte dans la thérapie psychomotrice se pose habituellement à l'adolescence. Ici cette même interrogation se présente et pourrait être à relier à la puberté précoce d'Helena et/ou à un non accès à la période de latence : une excitation liée au fait de devoir se séparer la place dans une attitude de recherche pulsionnelle de limites. Toutefois, on aurait pu

concevoir également de toucher ce corps éveillé par d'autres portes d'entrée que le contact tactile en lui-même. Les quatre composantes de l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray que sont la tonicité, la sensorialité, l'affectivité et la représentation auraient pu constituer des moyens de «toucher» ce corps perturbé. Par des images notamment, il aurait pu être intéressant d'élaborer autour du ressenti corporel d'Hélène.

D'octobre à mars, nous avons suivi Hélène une fois par semaine, lui proposant au sein d'un cadre fixe mais malléable, un travail de stimulation de la motricité fine autour de la régulation tonique, du déliement digital, des repérages visuo-spatiaux, et des aspects d'ancrage et d'appuis nécessaires à l'écriture (poids, prise, tonicité, appuis...).

Chaque séance commençait par un temps de prise de conscience corporelle, abordant les appuis, la respiration, la tonicité. Nous amenions ensuite un travail de motricité fine, d'un abord ludique (pâte à modeler, création de pinces à linge et jeu de pincés, pianotage, animaux à créer par étapes, arabesques, dessins, histoires...) pour évoluer vers un travail graphique en lien avec ce qui a été exploré juste avant, la trace graphique étant alors incluse dans le jeu. Un petit «rituel» de fin de séance nous a permis d'aborder la notion de séparation, avec un jeu rythmique de frappés sur la table et repoussés, pour symboliser la prise d'appui et la distanciation, jeu qu'Hélène a particulièrement investi.

Les sept premières séances se sont faites à table en face à face, pour maintenir une distance physique et symbolique entre Hélène et moi-même, la psychomotricienne ayant pour cette prise en charge un rôle de tiers cadrant.

Au vu des séances, Hélène s'est montrée de plus en plus attentive et calme. Les sollicitations corporelles et verbales se sont nettement atténuées, elle a semblé bien plus disponible pour développer toutes ses compétences en terme de praxies. Des progrès au niveau du relâchement musculaire et de la tonicité (prise et appui du crayon) sont observables pour l'écriture, mais on note toutefois une fluctuation des états tonico-émotionnels d'Hélène, qui peut facilement s'agiter après une semaine sans séance, ou une journée compliquée. Lorsqu'Hélène est disposée en séance à se concentrer, elle peut écrire de façon tout à fait adaptée, mais selon sa maman, elle a du mal à reproduire ses efforts à l'école et la maison. Elle nous apparaît toujours trop envahie par ses questionnements psycho-affectifs.

Nous avons ensuite pu amener sur deux séances un travail dans l'espace de la salle, autour de l'axe, du tonus et des mobilités articulaires, via un jeu de déplacements avec des bâtons tenus entre Hélène, la psychomotricienne et moi-même (distance relationnelle maintenue au niveau matériel et symbolique). Hélène avait au départ beaucoup de mal à s'ajuster aux mouvements des autres et le jeu s'est poursuivi uniquement avec moi pour qu'elle intègre d'abord cet ajustement à deux. Ce dispositif a été repris la séance suivante et elle a su très rapidement s'adapter toniquement et dans sa posture. La psychomotricienne a pu être réintroduite et l'ajustement à trois s'est opéré. Lors de cette activité Hélène semblait avoir besoin qu'on mette du sens sur la notion d'articulation qu'on évoquait lors du travail graphique, elle l'a très bien investie.

Le cadre des séances, initialement pensé comme très structuré et stable dans l'espace et le temps, s'est avéré malléable et ajustable. Il avait pour fonction de donner des limites exogènes à l'agitation d'Hélène qui ne semblait pas pouvoir s'appuyer sur une enveloppe intériorisée. Néanmoins, ce dispositif et l'avancée des séances semblent lui avoir permis de se poser dans l'espace psychomoteur et d'investir les propositions contactant sa corporalité.

Le rôle de tiers cadrant tenu par la psychomotricienne peut être intéressant à relier avec la dynamique familiale qui entoure Hélène. Hélène, depuis son adoption, vit seule avec sa mère. Elle n'a ainsi certainement pas connu le «nom» du père ni le «non» du père dont je parlais plus tôt. Son attitude en séance et sa difficulté à se séparer semblent venir signifier sa difficulté à investir un tiers séparateur, à se détacher et à ne pas être dans une relation fusionnelle.

A la fin des dix séances prévues, la psychothérapie s'étant mise en place de façon régulière, il nous semblait judicieux de poursuivre un travail avec Hélène, en s'engageant plus sur une dynamique psychocorporelle. Mais nous avons sollicité Hélène sur ce point pour connaître son souhait, et lui laisser le choix de poursuivre ou non, lui donnant l'occasion d'exprimer sa posture subjective. Sur une séance, elle nous dira souhaiter continuer pour ensuite se rétracter la fois suivante et ne plus vouloir venir en séance. Ceci évoque l'impossible relation caractéristique des enfants abandonniques, dans une sorte de «je t'aime, moi non plus – je t'aime et je te hais».

Un cadre thérapeutique pensé comme un espace de jeu symbolique où pourraient se rejouer les problématiques psychocorporelles d'Hélène aurait pu être intéressant à mettre en place, en parallèle d'un travail graphomoteur visant à redonner le plaisir de la trace, et l'envie d'inscrire par écrit le langage oral. Ce dispositif pourrait être mis en place plus tard, pour répondre aussi à la demande de la maman qui s'avère submergée par les soins dont Hélène a besoin, et demandant «un peu de répit».

3.6 Posture thérapeutique

3.6.1 Modalités techniques du travail thérapeutique

Le travail thérapeutique en psychomotricité invite le thérapeute à adopter trois postures indispensables au bon fonctionnement de la prise en charge.

Le psychomotricien devra être doté d'un sens de l'observation aiguisé pour lire le corps de l'autre et décoder ce qu'il s'y joue. Il doit reconnaître les messages corporels et gestuels que l'enfant confie dans l'espace psychomoteur ; tout en sachant que ce décodage passe forcément par ses propres éprouvés et sa propre lecture d'observation dictée par sa double identité de sujet-psychomotricien.

Il devra être doué de capacités d'adaptation quand il sera nécessaire de modifier le cadre idéalisé pour le rendre plus adéquat à la situation réelle. L'insertion des mamans dans

le groupe du CAMSP ou la modification du cadre de la séance pour Héléna en sont des exemples parlants. De plus, il devra, en liant observation et adaptation, être capable de proposer à l'enfant des marges de progression en fonction de là où il se situe. Faire comprendre au papa de Salah que son fils n'est pas encore apte à rentrer dans les apprentissages scolaires mais qu'il le sera sûrement plus tard sollicite cette notion d'adaptation. W.R. Bion décrira en ces mots la posture thérapeutique : «sa fonction n'est pas celle d'un contenant passif ni d'un contenant rigide mais d'un contenant qui transforme, à l'intérieur de lui, les éléments déposés et évacués par le patient»¹³⁹.

Enfin, le thérapeute devra être capable de se placer dans une posture réflexive qui lui permet de prendre du recul et d'analyser ce qui se déroule en thérapie psychomotrice. Ceci aussi bien en immédiat qu'en décalé, laissant un espace d'incertitude où se jouent, avec une possible fluctuation, les processus interactionnels qui dynamisent la relation thérapeutique. Je parlais plus tôt de «l'après-coup» de Freud, ce temps de digestion psychique qui correspond au temps d'élaboration des écrits professionnels, des synthèses sur l'orientation de l'enfant ou de la rédaction du mémoire de fin d'étude...

Enfin, en complément de ces trois postures, le thérapeute psychomotricien aura, par la force du tonico-émotionnel et par sa juste distance proxémique, la possibilité de mettre du sens sur ce qui se joue dans le corps de l'enfant au sein de l'espace psychomoteur. La démarche thérapeutique nécessite un réajustement en permanence, et surtout une disponibilité du thérapeute pour l'enfant. Le psychomotricien s'occupera autant des aspects relationnels, corporels, affectifs et cognitifs de l'enfant par une disponibilité psychique qui l'autorise à reconnaître en l'enfant aussi bien ses difficultés que ses potentialités. Il faudra accepter sa propre rythmicité, ne pas le presser dans des acquisitions pour lesquelles il n'est pas prêt, doser peu à peu les demandes pour s'ajuster toujours à ses besoins.

Le psychomotricien acceptera, avec sa propre identité, l'enfant tel qu'il est dans son identité. «Une personnalité complètement changeante parle à une autre personnalité complètement changeante. Mais il semble que la personnalité ne se développe pas comme un élastique que l'on étirerait. Elle ressemblerait plutôt à un oignon sur lequel se forme un grand nombre de peaux différentes»¹⁴⁰.

3.6.2 Rôles spécifiques et symboliques du psychomotricien dans la construction identitaire de l'enfant

3.6.2.1 *Lieu sûr d'expérimentation, fournir des repères à l'enfant*

L'espace psychomoteur est un réceptacle pour accueillir la demande de l'enfant. Particulièrement pour des enfants carencés qui ne peuvent créer la relation que quand ce sont eux qui initient le contact. Par une structuration temporo-spatiale du cadre des séances,

¹³⁹ Bion W.R., 1979.

¹⁴⁰ Bion W.R., 1979.

on va fournir à l'enfant un appui dans la continuité. Il pourra s'appuyer sur la stabilité du dispositif pour grandir. Il trouvera en ce lieu un espace sécurisé d'expérimentation où l'implication du thérapeute lui fournira un accompagnement postural, un portage symbolique comme physique. La psychomotricité devient donc un «métier à tisser du lien»¹⁴¹ auprès de ces enfants carencés qui sont à la recherche de repères externes sur lesquels s'appuyer pour se construire des repères internes. Elle est ainsi le maillon d'une chaîne qui, en retravaillant sur les acquisitions non développées, propose à l'enfant un espace d'expression où il peut éprouver des sensations corporelles dans un environnement étayant et contenant qui lui sert de repère.

La psychomotricité est aussi le lieu de rencontre du «corps parlant de l'enfant»¹⁴² et du corps parlant du thérapeute, ce dernier donnant sens au vécu de l'enfant et tentant d'imprimer en son corps des expériences structurantes que l'enfant pourra intégrer puisqu'il se sent considéré. F. Desobeau dira que «la thérapie psychomotrice avec l'enfant se fonde : sur une approche globale de l'enfant : ce n'est pas le corps du sujet qui est l'objet de la rencontre thérapeutique, mais le sujet dans son corps. Sur le fait que la psychomotricité de l'enfant n'est pas le but de notre approche, la psychomotricité de l'enfant est la médiation de cette thérapie; elle est le lien de la rencontre thérapeutique»¹⁴³.

Le toucher sera le sens privilégié dans la rencontre en psychomotricité, puisqu'il est toujours réciproque : «le toucher est différent des autres sens car il implique toujours la présence conjointe et inséparable du corps que l'on touche et de notre propre corps avec lequel nous touchons»¹⁴⁴. L'enfant demandera souvent à «faire sur nous» après une mobilisation passive par exemple. Il semble se servir du corps de l'adulte comme repère d'intégration du schéma corporel.

Le psychomotricien, en décodant les canaux sensoriels utilisés par le patient, positionnera également son propre corps au travers de l'engagement corporel. Sa posture, sa position dans la salle, son écoute tonique, ses gestes, ses mimiques et ses regards vers son patient seront constitutifs de l'interaction et permettront à l'enfant de s'appuyer dessus comme un Moi-auxiliaire ou comme un pilier extérieur de structuration identitaire.

3.6.2.2 *Moi auxiliaire, pilier extérieur et tuteur de résilience*

L'enfant se construit dans son milieu nourricier par rapport à l'identité de ses parents. Dans le cadre du soin, il se construira en partie par rapport à l'identité du psychomotricien sur laquelle il va s'appuyer pour en faire un «Moi-auxiliaire». Le corps du psychomotricien

¹⁴¹ Titre du mémoire de Manon Biette, 2011.

¹⁴² Desobeau F., 2010.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ de Ajuriaguerra J. , 1989.

devient support de la relation, immédiat ou différé. Nos mots et notre posture thérapeutique seront également des repères pour l'enfant qui projettera sur nous ses images identificatoires et contre-identificatoires.

Le psychomotricien est également tuteur de résilience pour l'enfant carencé. J'ai déjà évoqué ce concept introduit par B. Cyrulnik qui faisait référence à une «résistance aux chocs et une capacité à se développer normalement en dépit de circonstances adverses»¹⁴⁵. L'enfant s'appuie sur le psychomotricien comme un pilier extérieur qui lui permet de poursuivre son développement après un événement traumatique. Le thérapeute tentera de nourrir les capacités de l'enfant à résilier, en lui donnant des éléments favorisant l'élaboration d'une solidité interne. Le traumatisme de l'enfant carencé est inclus dans sa personnalité, il ne faudra pas essayer de le supprimer ou de le couvrir, mais il faudra aider l'enfant à se développer avec ce traumatisme. Ainsi, «les tuteurs de résilience vont devoir aider ces enfants avec ce qu'ils ont dans leur mémoire biologique, corporelle»¹⁴⁶.

3.6.2.3 Rôle pour la parentalité

Le psychomotricien de la Petite Enfance doit accompagner les parents dans leur posture de parentalité. Il ne faut pas laisser les parents seuls face aux difficultés de leur enfant mais leur proposer des alternatives pour stimuler le développement moteur, cognitif et affectif de celui-ci. Les mettre à l'écart pourrait tenter chacun des thérapeutes par souci «d'économie psychique», qui plus est face à ces parents qui sont parfois dys-stimulants et avec qui l'alliance thérapeutique est difficile à établir. Mais ceci est impensable. L'enfant existe en lien avec sa famille, avec ses parents et son histoire socio-culturelle.

Les parents ne sont pas un bloc mais bien deux personnes avec deux histoires, deux mouvements. Nous devons les considérer chacun dans leur spécificité. Il faudra les solliciter dans deux espaces du soin : prendre en compte leur décision dans l'orientation et le dispositif thérapeutique, et leur fournir un lieu d'expression de leurs ressentis de parent.

Certains parents, comme le papa de Salah, se montrent agressifs. Mais bien souvent, ce qui sous-tend l'agressivité, c'est la souffrance. Il est important d'être dans une posture empathique pour comprendre ce qu'ils vivent avec leur enfant.

L'interdisciplinarité se révèle être d'une grande utilité dans ces situations où il y a également un rôle à jouer auprès des parents. Nous devons les respecter comme ils sont, même si ce qu'ils nous donnent à voir nous met face à des incompréhensions et des désaccords. Chacun incarne son rôle de parent de façon très singulière, avec son histoire qu'on ne connaît pas, bien qu'elle puisse nous interroger. Il faut donner leur chance aux

¹⁴⁵ Cyrulnik B., 2006, p7.

¹⁴⁶ Cyrulnik, 2003.

parents d'un enfant en difficulté de continuer leur chemin de parents en se réajustant peu à peu à l'enfant qu'ils ont. A nous de nous réajuster par rapport à chaque famille, à chaque parent, toujours dans l'intérêt de l'enfant, que l'on laisse au cœur de la prise en charge. On peut alors se poser les questions suivantes : jusqu'où donner des conseils, apporter des techniques aux parents ? Quelles sont la place et la fonction de chacun ? Jusqu'où je peux aller avec tel ou tel parent, en fonction de ce que je connais d'eux, de ce que je pense de leur cheminement face au handicap ? Quelle est la limite de ma fonction, quelle est leur limite à eux aussi ? Il nous paraît évident que le thérapeute n'a pas à être le parent d'un enfant. Mais l'inverse est vrai aussi ! Le parent ne doit pas reproduire avec son enfant tout ce qu'il perçoit chez le thérapeute.

En tant que professionnel, les parents peuvent éveiller en nous tel ou tel affect. Une part consciente de la représentation que l'on se fait du « bon parent » nous apparaît, mais il ne faut pas oublier la « partie cachée de l'iceberg ». On peut réfléchir à ceci pour enrichir la prise en charge, et on devra veiller à ce que l'on transmet à l'enfant de la perception de son parent. L'enfant a besoin de pouvoir se raccrocher à la « bonne » part du parent, et non seulement à une part négative enrichie par les affects négatifs du thérapeute investi positivement. M. Soule parle des mouvements émotionnels du thérapeute, en insistant sur la nécessité d'en prendre conscience plutôt que de les mettre à l'écart.

Dans le cas de Salah, on tente de soutenir et redonner la place de mère à cette femme qui s'était isolée de tout ce qui concernait la prise en charge de son fils. En valorisant les compétences de Salah, on cherche à éveiller en elle le désir de prendre soin de son fils et de devenir le pilier stimulateur de son développement. En l'intégrant aux jeux, elle retrouve très souvent le sourire et partage des moments de plaisir et de joie avec son fils, qui n'y reste pas indifférent. On cherche par ce travail de guidance parentale à renforcer les liens d'attachement (N. Guedeney) qui lient Salah et sa maman. On privilégie aussi l'agir corporel au cours des séances, puisque ceci semble limité à la maison. D'une part à cause de l'espace restreint, mais également parce que les parents nous disent mettre en permanence leurs enfants devant la TV, comme ça « ils ne font pas de bêtises ». Cette TV devient alors gardienne de l'autorité à la place des parents et restreignante pour l'exploration spontanée et le jeu.

3.6.2.4 Garant des croyances en ses potentialités

Le psychomotricien apparaît dans la prise en charge d'enfants carencés comme le garant des croyances en ses potentialités. Ces enfants, dont l'histoire traumatique s'exprime à la fois dans l'agir, dans la relation avec ses pairs et dans ses possibilités d'interaction avec l'environnement, véhiculent souvent l'image du perturbateur, de l'enfant compliqué, indécis, qui s'attache et rompt les liens. Et ce dans tous les milieux qu'il côtoie (école, activités extrascolaires, famille, lieux publics etc.). Le psychomotricien tentera de valoriser l'enfant en expliquant à ses milieux de vie ses difficultés. Il mettra des mots sur le rythme particulier de

cet enfant, verbalisera autour des manifestations d'agressivité, de violence ou de rejet qu'il peut montrer. On attend souvent du psychomotricien qu'il donne une réponse sur le «normal» ou le «pathologique». Il s'agira au contraire d'expliquer la rythmicité spécifique qui guide cet enfant. Pour exemple, on pourra transmettre à l'école que l'agressivité peut être un passage normal qui permettra à l'enfant de se séparer.

Le psychomotricien se présente alors comme garant de la croyance des potentialités motrices, affectives et cognitives de l'enfant, en ses capacités à résilier et à transposer ses différentes intelligences dans son environnement. Par une action sur la causalité, le thérapeute pourra faire prendre conscience à l'enfant qu'il est lui-même l'acteur de sa réussite et de son développement.

Enfin, je pense qu'il est du ressort du psychomotricien – surtout auprès d'enfants en âge préscolaire et scolaire - de développer d'autres formes d'intelligence que celles privilégiées dans l'école française, à savoir les intelligences logico-mathématiques et linguistiques. Je dis cela selon le modèle de Gardner¹⁴⁷, chercheur en psychologie cognitive, qui prit en considération différents aspects de la vie cognitive chez des sujets en entreprise pour en extraire huit types d'intelligence. Bien que ce modèle ne soit initialement pas axé autour de la psychomotricité, je trouve qu'il est tout à fait intéressant de l'y rattacher dans la mesure où le psychomotricien porte un regard transversal sur le sujet et ses aptitudes. L'auteur a ainsi défini huit intelligences que sont les intelligences linguistique, logico-mathématique, spatiale, kinesthésique, musicale, interpersonnelle, intra-personnelle et l'intelligence naturaliste («capacité de comprendre le monde naturel et d'y agir avec efficacité»). Ces différents types d'intelligence font écho avec les notions de langage, de logique, de structuration spatiale, de rythmicité, d'empathie, de langage corporel et affectif, si chères à la psychomotricité. Chacun posséderait toutes ces intelligences, mais privilégierait l'exploitation d'une ou plusieurs d'entre elles.

L'espace psychomoteur me semble être un lieu privilégié du développement de ces diverses intelligences, visant à rendre à l'enfant sa place de sujet doué de potentialités.

4. Vers la fin d'une prise en charge... Quelle trace laisser ?

La fin d'une prise en charge met en jeu de nombreux processus qu'il est important de considérer et de réfléchir afin que la séparation ne soit pas déstructurante et ne réveille pas la problématique de l'enfant, tout particulièrement en situation de carences où la séparation est source de grande fragilité. Les raisons de la fin d'une prise en charge peuvent être fortuites, comme c'est le cas pour Salah dont l'âge lui fait quitter le CAMSP, où décidées par le thérapeute et/ou par l'enfant, comme c'est le cas pour Héléna.

¹⁴⁷ Gardner H., (1993), *Multiple Intelligences, New Horizons*, USA, Basic Books, 2006.

En ce qui concerne Salah, l'espace psychomoteur et les soins proposés dans les diverses disciplines au CAMSP ont tenté d'inscrire des éléments qui structurent l'identité de ce garçon en l'aidant à développer toutes ses capacités et en proposant un travail de guidance parentale afin que Salah puisse continuer d'expérimenter dans un milieu sécurisé. Les réflexions autour de l'orientation future sont également un rôle majeur d'une structure de la petite Enfance telle qu'un CAMSP, et vont participer à la poursuite de l'inscription de soins étayants et adaptés à cet enfant qui a des besoins spécifiques. Dans les mois qui vont suivre, nous aborderons peu à peu la question de la séparation pour Salah qui bénéficie de l'espace psychomoteur depuis trois ans.

Un funambule ne réussira jamais à marcher seul sur un fil si nous le tenons par la main. En revanche, si on lui fournit un appui au niveau de son axe corporel, il pourra trouver en lui l'équilibre nécessaire pour marcher seul. De la même façon, une prise en charge en psychomotricité doit fournir à l'enfant la possibilité de trouver en lui les ressources qui l'aideront ensuite à progresser seul. Ainsi, la séparation ne sera pas vécue comme déstructurante mais comme un léger obstacle à surmonter pour en sortir plus fort.

En ce qui concerne Héléna, nous accueillons début mars, à la rentrée scolaire, une maman épuisée et découragée qui nous dit que la maitresse conseille fortement une prise en charge en orthophonie (en plus des prises en charge pédopsychiatrique et psychomotrice), Héléna confondant les lettres. «La fin d'année approche et en fin de CE1, on sait normalement lire et écrire sans problème» sont les propos de la maitresse, qui questionne ici le passage en CE2. Un «j'en ai marre» essoufflé est prononcé à demi-mots par la maman d'Héléna.

Héléna nous ignore, nous octroyant difficilement un regard, se montrant très en retrait, et longeant les murs jusqu'à la salle de psychomotricité. Elle qui d'habitude accapare l'espace se montre comme absente corporellement. Nous reformulons qu'il s'agit de la dernière séance, selon le respect de son choix de ne pas poursuivre la prise en charge. Cette séparation avait été préparée en amont et annoncée à Héléna et sa maman. Se montre t'elle alors déjà détachée dans la relation pour mieux supporter la séparation ? Nous tentons de la questionner sur ses vacances, sur son humeur du jour et n'obtiendrons qu'un bref récit, très fonctionnel.

Je propose alors un jeu avec de grands élastiques larges et plats dans un objectif de travail de la régulation tonique en lien avec un conseil pour son écriture. Nous attrapons en face à face les deux bouts de l'élastique. Il s'agira de reculer sur un rythme vocalisé pour tendre l'élastique, prendre une grande inspiration une fois l'élastique tendu et se rapprocher en expirant, emportées par l'élan de l'élastique qui se relâche. Un jeu très dynamique qui permet à Héléna de rire, s'esclaffer, crier et libérer tout ce qu'elle contenait depuis les retrouvailles dans la salle d'attente.

Cet exercice évoquait sensiblement une mise en jeu corporelle du concept de séparation. On s'éloigne et se rapproche, on s'attache et on se sépare, liées par un élastique

solide mais malléable, symbolisant la relation thérapeutique et le cadre posé tout au long de la prise en charge. On teste la solidité du lien établi. Cet exercice s'est d'ailleurs fini par un lâchage spontané de l'élastique par Héléna, qui s'est alors écroulée par terre, se disant épuisée, comme si la séparation était bien possible mais vécue de façon violente et douloureuse, tel un abandon.

La suite de la séance s'est déroulée dans une réelle interaction, la relation avait pu être rétablie. J'ai alors remis à Héléna sa fiche de «conseils pour l'écriture» co-construite avec elle tout le long de la prise en charge, afin de lui laisser une trace des aspects posturaux, techniques et fonctionnels nécessaires pour faciliter l'écriture. Elle a montré une grande fierté de posséder cette fiche, personnalisée, à son nom et s'est empressée d'en demander une copie pour en avoir une à la maison et à l'école. Elle était même très étonnée, ponctuant la découverte de cette fiche par des «c'est pour moi, vraiment ? Pour moi toute seule ? Je peux l'avoir avec moi quand j'écris ?».

La passation d'un test d'écriture nous a confirmé les réels progrès faits en terme de compétences psychomotrices nécessaires à la production d'une trace écrite, bien qu'Héléna ne puisse exploiter ce «savoir-faire» à l'école selon la maitresse, lorsque le contexte ne lui permet pas de se rendre disponible psychiquement pour écrire.

Avant de se quitter, nous avons attaché une importance à la verbalisation des «au-revoir», en questionnant les ressentis de chacune, évoquant les souvenirs que nous garderons les unes des autres. Nous demandons à Héléna si elle est triste, elle s'allonge alors au sol et dit «non mais mon oreille pleure, oui elle coule». Puis avant de se lever, elle exprime une nouvelle fois sa difficulté à se séparer avec un «donne moi la main, j'ai besoin d'aide». Elle semble exprimer aussi bien corporellement que verbalement son angoisse d'abandon. Nous tentons de la rassurer tout en la revalorisant, évoquant toutes les ressources qu'elle a pour réussir, même sans la poursuite de la prise en charge. Dès que la porte de la salle est franchie, et pendant tout le temps d'échange avec la maman, Héléna ne nous regardera plus et ne dira plus mot. La séparation est acceptée et c'est comme s'il ne fallait pas revenir dessus.

Suite à cette séance émouvante, ma maitre de stage m'a amenée à me questionner sur mon vécu face à cette séparation et sur les manifestations encore évidentes de la problématique abandonnique d'Héléna, qui, tout en demandant l'arrêt de la prise en charge, se montre en grande difficulté pour se séparer, dans cette relation impossible du «lâche-moi, j'ai besoin de toi». Cette prise en charge s'étant terminée début mars, j'ai pu élaborer, dans ce temps de «l'après-coup» dont je parlais plus tôt, quelques questions et réflexions :

Pour quelle raison ai-je inconsciemment choisi en préparant cette dernière séance un exercice symbolisant de manière si flagrante la question de la séparation ? Que me renvoie cette enfant que j'ai accompagnée de son bilan jusqu'à la fin de sa prise en charge en psychomotricité ? Quels liens d'attachement ai-je établi avec cette petite fille ? Comment et dans quelle mesure écouter la demande d'Héléna et la fatigue psychique de la mère qui est épuisée de toutes ces démarches de soins alors que nous sommes certaines d'une nécessité

de poursuite du travail thérapeutique, (bien que nous pensions que le suivi pédopsychiatrique soit un potentiel lieu d'accueil de la problématique d'Hélène) ?

Finalement, le soin psychomoteur laissera des traces intemporelles chez l'enfant carencé qui a eu besoin de cet appui pour se structurer. L'enfant comme le thérapeute doivent affirmer au moment de la séparation le travail que chacun a fait en tant que sujet. Il faut que chacun des membres de la relation arrive à conserver à l'intérieur de lui la trace d'une image significative. Cette notion de trace évoque celle caractéristique de l'écriture : on inscrit dans la trace écrite une partie de Soi, corps parlant, sujet pensant et sujet écrivant.

Face aux enfants carencés comme en situation humanitaire, les processus subjectifs contactés chez le psychomotricien donnent une dynamique toute particulière à l'interaction thérapeutique, et les questions de l'attachement apparaissent au premier plan chez le thérapeute. Ce dernier ne doit surtout pas avoir eu le sentiment d'être une mère de substitution, une mère réparatrice qui a comblé la perte relationnelle précoce. «La volonté de rattraper un retard scandaleux se mêle à la fureur de ne pas y parvenir. Puisque cet enfant n'a pas été accepté, il faut l'aimer dix fois plus»¹⁴⁸. S'élabore ainsi un risque de rappeler à l'enfant sa perte initiale tout en ne pouvant pas combler son besoin d'attachement. Il peut alors facilement provoquer chez le thérapeute un sentiment d'échec (comme évoqué plus haut pour Salah) ou un sentiment d'incomplétude qui le frustre et lui demande une certaine solidité identitaire pour ne pas se laisser déborder.

On pourrait alors se questionner sur la fin de la prise en charge d'Hélène : est-ce une sorte de moyen de défense que nous avons établi par frustration de ne pas avoir obtenu plus d'informations sur sa vie en Russie ? Ou de ne pas pouvoir dénouer le «problème de fond» par une prise en charge trop structurée ? Sa prise en charge engageait-elle trop notre subjectivité, au point de «préférer» ne pas la solliciter plus pour poursuivre le travail entamé ?

On en revient ainsi à la primordiale structuration identitaire du thérapeute qui proposera, au sein de l'espace psychomoteur, d'accueillir les troubles identitaires de l'enfant carencé. Le psychomotricien ne doit pas alors se considérer «invincible» ou «imperméable» aux sollicitations affectives de l'enfant mais devra, dans une posture empathique, être capable de percevoir et analyser ce que la relation engage de sa propre subjectivité. Le travail sur Soi apparaît alors comme indispensable, pour que les dynamiques interactionnelles deviennent «moteur de prise en charge» et non obstacle à la prise en charge.

¹⁴⁸ Lemay M., 1993, p.31.

CONCLUSION

En partant du postulat de base qui considère que le développement de l'enfant se fait selon sa maturation neurobiologique et selon les expériences vécues avec l'environnement, j'ai tenté de présenter toutes les sources externes qui peuvent faciliter comme empêcher la construction identitaire de l'enfant. L'environnement de l'enfant s'avère être déstructurant si les stimulations qu'il propose sont inadaptées, mais il constitue également un socle solide sur lequel l'enfant va pouvoir s'appuyer pour tisser les liens qui font défaut dans le développement de sa structuration interne, en tant qu'être psychomoteur doué de potentialités. J'ai finalement cherché à comprendre en quoi et comment le psychomotricien pouvait constituer un repère pour l'enfant qui élaborera peu à peu, au fil des expériences vécues dans l'espace psychomoteur et en les intégrant et transposant dans son quotidien, son identité psychomotrice : corporelle, psychique et relationnelle.

Au fil de ma réflexion autour de cette clinique auprès d'enfants carencés, j'ai pu me rendre compte de la posture paradoxale qui les caractérise. En effet, ils semblent crier par leur corps leur besoin d'affection, d'aide et de contenance tout en étant à l'origine de ruptures relationnelles qui mettent à mal le cadre thérapeutique et déstabilisent le psychomotricien, dans ce mouvement ambivalent du «Lâche-moi, j'ai besoin de toi». Dès lors, la clinique auprès de ces enfants instaure une dynamique thérapeutique bien spécifique, qui me semble nécessiter un réel travail d'élaboration autour des ressentis du praticien, afin qu'ils ne soient pas un facteur entravant la prise en charge. Et ceci d'autant plus quand les difficultés de ces enfants carencés se couplent à la perte d'enveloppe culturelle du psychomotricien à l'étranger, ou à la rencontre de parents qui semblent, pour diverses raisons que nous ne pouvons juger, aller à l'encontre de l'intervention thérapeutique. Finalement, le thérapeute doit pouvoir s'appuyer sur son cadre interne lorsque le cadre externe est attaqué par l'enfant carencé ou dans la rencontre transculturelle. Le psychomotricien devra trouver en lui des appuis suffisamment solides - autant sur le plan psychique que corporel - qui soutiendront le cadre thérapeutique et sur lesquels l'enfant pourra s'appuyer afin de tisser les liens indispensables à sa construction identitaire.

Malgré certaines limites auxquelles il se confronte, le psychomotricien a en mon sens toute sa place auprès de ces enfants déstructurés sur le plan identitaire. Par ses compétences relationnelles, ses capacités d'empathie, son écoute bien spécifique des signaux corporels de l'enfant face à l'anxiété, par sa lecture holistique de l'Autre, et par le soutien qu'il peut apporter aux parents, le psychomotricien dispose de nombreuses qualités qui justifient son rôle, au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire, auprès de ces enfants.

Et pour étendre ma réflexion, je pense que le psychomotricien a aussi un rôle à jouer en terme de prévention de ces situations carencielles. En effet, de nombreux enfants voient aujourd'hui leur construction identitaire amputée par des traumatismes relationnels précoces ou tardifs. Ces traumatismes auraient pu être évités ou du moins limités si l'environnement, aussi bien familial et socio-culturel qu'éducatif et sociétal, disposait de solutions concrètes

pour proposer à l'enfant dont il prend soin des stimulations cohérentes, contenant et structurantes. Ainsi, au travers d'un travail qui lie les différents professionnels de la Petite Enfance, du secteur social et du système scolaire, le psychomotricien pourrait transmettre sa croyance absolue en les capacités de l'enfant afin de relancer une dynamique interactive plus ajustée aux besoins de cet enfant «difficile» ou juste différent.

Certaines questions s'ébauchent à la suite de cette étude, il pourrait être intéressant de s'y pencher plus spécifiquement en considérant que ce mémoire n'est pas exhaustif mais ouvre la porte à de nouvelles réflexions.

Comment répondre à la demande d'attention et d'affection de cet enfant «en manque» sans pour autant créer de nouveaux besoins relationnels et affectifs ? Comment pouvons-nous nous préserver en tant que soignant face aux fragilités que la rencontre avec ces patients sollicite ? Comment aborder un travail auprès des parents ou des substitutifs parentaux pour soutenir les liens fragilisés ? Comment amorcer les processus de séparation sans réveiller les angoisses d'abandon que l'enfant porte en lui ?

BIBLIOGRAPHIE

de AJURIAGUERRA J., (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974.

ANZIEU D., (1974), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985.

ANZIEU D., (1986), *Une peau pour les pensées*, entretiens avec Gilbert Tarrab, Paris, Asygée.

BAUBET T., MORO M.R., (2003), *Soigner malgré tout, Tome 1 : Trauma, cultures et soins*, Paris, La Pensée sauvage.

BAUBET T. & Al., dir. MORO M.R., (2008), *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, *Revue transculturelle*, Volume 9 n°1, Paris, La pensée sauvage.

BAUBET T., MORO M.R., (2013), *Psychopathologie transculturelle*, Elsevier Masson, 2^{ème} édition.

BEN SOUSSAN P., (2003), *Le corps des bébés comme lieu de dépôt de la culture*, 32^{ème} journées annuelles de thérapie psychomotrice, *Corps et culture*.

BERGER M., (2008), *Voulons-nous des enfants barbares ?*, Paris, Dunod.

BERTIN C., (2006), *De la différenciation à l'individuation... Approche transculturelle par la danse-thérapie d'un groupe thérapeutique de jeunes enfants psychotiques*, *La danse dans le processus thérapeutique*, (B. LESAGE), Paris, Erès.

BION W.R., (1962), *Learning from experience*, New-York, Basic Book.

BION W.R., (1979), *Eléments de psychanalyse*, Paris, Puf.

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

BRAUMAN R., (2010), *La médecine humanitaire*, Paris, Puf.

BRIL B., ZACK M., (1989) «Du maternage à la puériculture», *Informations Sociales*, 5.

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

CHASSIGNY C., (1975), *Le corps et l'écriture*, *Thérapie psychomotrice*, n°25, Paris.

CONSTANTIN L., (1998), *Être ou ne pas être dans son corps*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E de Psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Paris.

COSTE J.C., (1989), *La psychomotricité*, Paris, PUF.

COURBERAND D., (2010), Les groupes thérapeutiques en psychomotricité, in *Thérapie Psychomotrice* n°163.

CYRULNIK B., (2003), Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience ? *La Résilience ou comment renâître de sa souffrance ?*, Paris, Fabert.

DAMASIO A., (1999), *Le sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob.

DESOBEAU F., (2010), Identité et fonction du psychomotricien, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, pp. 58-68.

DEVEREUX G., (1998), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Aubier.

DEVEREUX G., (2009), *La renonciation à l'identité : Défense contre l'anéantissement*, Paris, Payot & Rivages.

DUVERNAY J. (2010), Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, *Psychomotricité ici et ailleurs, La mise en place d'un cadre thérapeutique en situation humanitaire*.

FOLLMY D. et O., (2010) «130 pensées de sages africains», *Origines*.

GARDNER H., (1993), *Multiple Intelligences, New Horizons*, USA, Basic Books, 2006.

GIBELLO B., (1988), Contenants de pensée, contenants culturels in *Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération*, pp. 81-87.

GOUMAS J. & LE ROUX F., (1997), Le corps en gériatrie, une approche psychomotrice, *Soins gérontologie*, n°9, pp. 32-36.

GOLSE B., (2001), *Du corps à la pensée*, Paris, PUF.

GUEDENEY N., (2010), *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles, Fabert, Yapaka.be.

GUYOMARD A., (2014), Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, *Prise en compte de la dynamique familiale dans la thérapie psychomotrice auprès des enfants, «comment le psychomotricien peut-il aider un enfant à trouver sa place dans une situation familiale dysfonctionnelle ?»*, IFP Bordeaux.

HAAG G. & Al., (1995), «Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité». *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, 495-527.

HALL E.T., (1959), *The Silent language*, New York, Doubleday, rééd. Seuil, 1990.

HALL E.T., (1966), *La dimension cachée*, New York, Anchor books, rééd. Seuil, 1971.

- HUNTINGTON S.P.**, (2004), *Qui sommes nous ? Identité nationale et choc des cultures*, Paris, Odile Jacob.
- JEAMMET Ph.**, (2005), *La dépendance à l'environnement : une approche psychopathologique des troubles du comportement des adolescents*, yakapa.be.
- JOLY F. et LABES G.**, (2009), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus.
- KAES R.**, (1998), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod.
- KORFF-SAUSSE S.**, (2011), *Le miroir brisé*, Paris, Pluriel.
- KOUASSI K.**, (2001), Approche psychothérapeutique en clinique transculturelle, in *Champ Psy* n°23, pp.137-143.
- LACAN J.**, (1949), Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, pp. 449-455.
- LAPLANTINE F.**, (2007), *Ethnopsychiatrie psychanalytique*, Paris, Beauchesne.
- LEMAY M.**, (1993), *J'ai mal à ma mère*, Paris, Fleurus.
- LE RUN J.-L. & Al.**, (2002), Dossier Le souci du corps, *Enfances & Psy*, n°20, Paris, Erès.
- LESAGE B.**, (2012), Jalons pour une pratique psychocorporelle / Structure, Mouvement et Relation, Paris, Erès.
- MADDISON S.**, (2007), Le temps de l'enfant, *Confluences*, pp. 15-48.
- MARCELLI D.**, (2007), *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé*, Spirale N°44, pp. 123-129.
- MAZET P. et STOLERU S.**, (1993), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.
- MESMIN C.**, (2001), *La prise en charge ethnoclinique de l'enfant de migrants*, Paris, Dunod.
- MORO M.R.**, (2011), *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La Découverte.
- MORO M.R.**, (2010), *Grandir en situation transculturelle*, Bruxelles, Fabert, Yapaka.be.
- MUCCHIELLI A.**, (1986), *L'identité*, Paris, Puf, 2013.
- NATHAN T.**, (1986), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- PIREYRE E.**, (2011), *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C., (2006), *Corps brulant, corps adolescent : des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?*, Paris, Erès.

RINGENBACH J., (2010), Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, *La relation thérapeutique en psychomotricité*.

ROBERT-OUVRAY S., (2002) Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132, pp.62-67.

RYCKMANS J.C., (2012), *The Street Children of Nepal «Anthroposociological Study of Social, Cultural and Communicational Practices»*, CPCS International.

SAUQUET M. & coll. de VIELAJUS M., (2007), 33 questions pour aborder l'interculturel, *L'intelligence de l'autre : prendre en compte les différences culturelles dans un monde à gérer en commun*, Paris, Ed. Charles Léopold Mayer.

SCHILDER P., (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

SERON C., (2003), Enfants meurtris, adolescents fragilisés : de quels ressorts ont-ils besoin pour rebondir ? *La Résilience ou comment renaître de sa souffrance ?*, Paris, Fabert.

STORK E., (1999), *Introduction à la psychologie anthropologique*, Paris, Edition Armand Colin.

TUSTIN F., (1986), *Le trou noir de la psyché*, Paris, Le Seuil.

URWAND S., (2002), Le «groupe-analyste» pour des enfants autistes et psychotiques, *Enfance et psy*, n°19, *Travailler avec les groupes*, Toulouse, Erès.

WALLON H., (1934), *Les Origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Boisvin, Paris, rééd. PUF-Quadrige, Paris, 2002.

WINNICOTT D.W., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

WINNICOTT D.W., (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

RESUME

Au travers d'expériences personnelles vécues à l'étranger et de situations cliniques de stage, ce mémoire retrace les différentes composantes de la construction identitaire chez l'enfant en écho avec son environnement et au regard de la psychomotricité. Considérant que l'enfant carencé exprime dans un langage corporel, cognitif et affectif ses fragilités identitaires, ce mémoire discute de l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité et de la nécessité d'un ajustement du cadre thérapeutique face à ces enfants en manque de repères. Ce mémoire abordera également une réflexion autour de l'identité du psychomotricien et de ses fragilités dans la rencontre avec ces enfants dont le mode d'entrée en relation s'exprime sous ce langage paradoxal : «Lâche-moi, j'ai besoin de toi».

Mots clés : construction identitaire – environnement socio-culturel – carences relationnelles précoces – fragilités de l'identité – ajustement thérapeutique – étayage psychomoteur – cadre thérapeutique – psychomotricité.

SUMMARY

Throughout personal experiences lived abroad and clinical stage situations, this research paper traces the various components of the identity building of a child echoing its background and in light of psychomotricity. Considering that the neglected child expresses in body, cognitive and affective language its identity weaknesses, this paper discusses the interest of psychomotor care and the necessity to adjust the therapeutic framework confronted to those children lacking benchmarks. This paper will also study the identity of the psychomotrician and its weaknesses in the encounter with these children whose way of entering into relationships is expressed in this paradoxical language: "leave me alone, I need you".

Keywords : identity building – socio-cultural background – early relational deficiencies – weaknesses of the identity – therapeutic adjustment – psychomotor (scientific) support – therapeutic framework – psychomotricity.