



HAL
open science

Je bouge donc je suis : importance du mouvement dans le processus d'individuation et rôle de la psychomotricité auprès de l'enfant en situation de handicap moteur

Chloé Subornat

► To cite this version:

Chloé Subornat. Je bouge donc je suis : importance du mouvement dans le processus d'individuation et rôle de la psychomotricité auprès de l'enfant en situation de handicap moteur. Psychologie. 2018. dumas-01838801

HAL Id: dumas-01838801

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838801>

Submitted on 13 Jul 2018

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Je bouge donc je suis »

Importance du mouvement dans le processus d'individuation et
rôle de la psychomotricité auprès de l'enfant en situation de
handicap moteur

Subornat Chloé

Née le 8 mai 1995 à Montreuil (93)

Directeur de Mémoire : Mme Cyrielle Martinez

Juin 2018

REMERCIEMENTS

À Cyrielle Martínez et Marine Lalanne, directrice de mémoire et maîtres de stage, qui par leurs idées, leurs conseils et leurs relectures m'ont accompagnée dans l'écriture de ce mémoire, mais qui surtout, m'ont donné, cette année, une envie encore plus forte de pratiquer mon futur métier,

À tout le personnel du CAMSP, aux familles et enfants que je rencontre et qui me laissent partager un bout de leur quotidien,

À tous mes maîtres de stage de ces trois dernières années, qui ont contribué à faire de moi la psychomotricienne que je deviendrai,

À tout le personnel de l'IFP de Bordeaux, qui donne le meilleur de lui-même pour faire de notre formation, l'expérience la plus riche possible,

À mes camarades de classe et amis, sans qui cette formation n'aurait pas été la même,

À ma famille pour m'avoir poussée et soutenue dans cette voie,

Merci.

AVANT PROPOS

« C'est donc un long voyage que celui de la construction d'un sujet, dont le corps devient à la fois sa possession et le lieu de son identité profonde. On ne naît pas soi on le devient. »

Catherine Potel

[Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir, p74]

SOMMAIRE

Introduction	4
PARTIE 1 : De la symbiose à la séparation : l'importance du mouvement dans le processus d'individuation	7
I. Le processus d'individuation.....	7
II. Place du mouvement dans le processus d'individuation.....	15
PARTIE 2 : Le handicap moteur comme entrave au processus d'individuation	28
I. Le handicap comme entrave aux relations précoces.....	28
II. Conséquences des limitations motrices sur le processus d'individuation..	34
PARTIE 3 : Rôle de la psychomotricité dans l'accompagnement de l'individuation des enfants atteints de handicap moteur	48
I. Psychomotricité et individuation.....	48
II. Rencontre avec Jules.....	57
III. Rencontre avec Tom.....	67
Conclusion	76
Bibliographie	79
Table des matières	82

INTRODUCTION

J'effectue mon stage de troisième année de formation en psychomotricité au sein d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Lors de ce stage, j'ai l'occasion de suivre les prises en charge d'enfants âgés de zéro à six ans. Malgré la variété des troubles que présentent ces enfants, nombre d'entre eux possèdent une difficulté commune qui est un trouble moteur. Ainsi, qu'ils se révèlent polyhandicapés, infirmes moteur cérébral ou encore qu'ils aient une lésion médullaire, beaucoup de ces enfants ont une motricité très entravée. Face à cette situation, ils se placent dans une situation de dépendance importante vis-à-vis de leurs entourages et principalement de leurs parents. La question de l'individuation s'est alors imposée à moi. Comment un enfant peut-il se différencier de l'autre, établir sa propre individualité s'il est contraint de rester dans un état de dépendance qui peut rappeler l'indifférenciation et la fusion que l'on peut retrouver dans les premiers mois de la relation mère-enfant ?

Suivant cette idée, m'est donc venue la question de l'importance du mouvement dans le processus d'individuation et des répercussions que peut occasionner un handicap moteur sur celui-ci.

En psychologie, le terme d'individuation a d'abord été associé aux travaux de Carl JUNG qui le définissait comme le processus par lequel un être devient un individu psychologique, c'est-à-dire une unité autonome et indivisible, une totalité. Il possédait une conception très élevée de l'individuation. Pour lui, il ne s'agissait pas seulement d'être quelqu'un de singulier mais du fait d'atteindre un état d'accomplissement de soi, un « homme total », ayant trouvé sa voie au terme d'un long travail personnel.

Il ne fut pas le seul à s'intéresser au concept d'individuation. La psychanalyste Margaret MAHLER, dont nous reviendrons largement sur la théorie, utilisa ce terme pour décrire une toute autre étape de la vie, celle de la petite enfance, lorsque le nourrisson s'émancipe de sa mère.

Dans ce mémoire il sera question de la façon dont le nouveau-né se constitue un sentiment d'exister et un sentiment de soi suffisamment stable pour se différencier de l'environnement et des autres afin de devenir un sujet autonome.

Bien que le concept d'individuation se soit d'abord élaboré au travers de concepts psychanalytiques car renvoyant aux idées de subjectivation et de conscience de soi, je pense qu'il est également éminemment lié à la psychomotricité. En effet, la conscience de soi débute par la conscience de son corps et de ses limites. Les processus psychiques vont s'élaborer à partir des expériences corporelles. Nous pouvons reprendre les termes de SPINOZA, qui disait que c'est à mon corps que je dois le sentiment de ma propre existence, ou encore la théorie de FREUD, qui a écrit que le Moi psychique est avant tout un Moi corporel, pour observer les liens qui existent entre la conscience corporelle et la conscience de soi. La psychomotricité, par sa vision complexe du sujet intriquant corps et psychisme, semble donc toute indiquée pour traiter d'individuation.

Je pose ainsi comme hypothèse que le mouvement joue un rôle important dans le processus d'individuation et qu'une motricité limitée peut entraîner des difficultés dans la construction d'un sentiment de soi unifié et séparé de l'autre. La psychomotricité par son abord global de la personne me semble pouvoir accompagner cette construction.

La problématique de ce mémoire sera donc de comprendre comment le mouvement participe au processus d'individuation et de quelles façons la psychomotricité peut accompagner ce processus chez des enfants entravés dans leur motricité.

J'y répondrai au travers de trois parties. La première s'attachera à montrer comment le processus d'individuation se met en place dans le développement de l'enfant, passant d'un état de symbiose à l'affirmation de soi comme un être indépendant. Elle participera également à comprendre le rôle du mouvement dans ce processus.

La seconde partie traitera de la façon dont un handicap moteur peut entraver l'individuation. Au travers des difficultés de mise en place des interactions précoces, dont nous aurons vu l'importance lors de la première partie, et des conséquences des limitations motrices, nous verrons comment le sentiment d'être un individu unifié et différencié d'autrui peut être mis à mal.

Enfin, dans une troisième partie, nous montrerons le rôle que possède la psychomotricité, de part son approche globale du sujet, dans l'accompagnement de ce processus chez des enfants atteints d'un handicap moteur. Je présenterai ensuite les études de cas de deux enfants dont j'ai la chance de suivre la prise en charge lors de mon stage.

Partie 1 : De la symbiose à la séparation : l'importance du mouvement dans le processus d'individuation

« *Un bébé seul ça n'existe pas* ». Cette célèbre citation de WINNICOTT illustre bien la relation de symbiose existant entre le nouveau-né et son entourage. En effet, comment penser, en regardant ce nourrisson si dépendant, qu'il deviendra bientôt un individu autonome ?

Tout au long de son développement cette dépendance va lentement diminuer, l'enfant passant d'un état fusionnel à un sentiment de soi différent de l'autre permettant l'accès à la séparation. C'est le processus d'individuation.

I. Le processus d'individuation

1. Phase de fusion objet maternant / enfant

La naissance marque la séparation d'un espace de vie unique qu'est le corps maternel en deux corps définitivement disjoints. Cependant, dès que le nourrisson retrouve un contact corporel avec sa mère, se renoue une relation étroite voire fusionnelle étayée par un dialogue corps à corps, peau à peau. L'enfant possède, en effet, le besoin vital d'être contenu, enveloppé, pour répondre aux angoisses de perte de limites et aux tensions corporelles. Cette relation est également essentielle pour la mère afin de prolonger, pour un temps, l'état de symbiose et de complétude des mois de grossesse.

Le nouveau-né, à la naissance, n'a conscience ni de son unité corporelle ni de ses limites. Il est totalement indifférencié du monde extérieur comme de sa mère. Après avoir passé neuf mois contenu dans un milieu liquidien, l'enfant va être projeté dans un environnement aérien inconnu, le bombardant de sensations aussi nouvelles qu'angoissantes pour un être qui ne peut les comprendre.

Margaret MAHLER [GOLSE, 2001], qui s'est intéressée dans son oeuvre au développement psycho-affectif de l'enfant, décrit à partir de la naissance une première phase, appelée phase autistique normale qui dure approximativement quatre semaines. Le nouveau né possède un équipement réflexe et un fonctionnement végétatif. Il n'a aucune conscience de l'agent maternant : « *Le sein fait partie intégrante de lui même* » [Ibid, p96], et serait relativement insensible aux stimuli extérieurs. Elle décrit cette phase comme une sorte de coquille, quasi hermétique, qui maintient les sensations externes au dehors. Le but de cette phase est de préserver l'homéostasie interne.

TUSTIN évoque une phase comparable qu'il nomme autisme primaire normal ou encore phase d'autosensualité.

Face aux angoisses provoquées par la perception d'une réalité extérieure étrangère et dangereuse, la phase autistique normale représente donc un moyen de protection, une position défensive.

Du deuxième au neuvième - douzième mois se déroule la phase symbiotique normale qui marque la rupture de la barrière de protection protégeant l'enfant du monde extérieur. Les investissements qui étaient jusque là plutôt internes se tournent vers les sensations externes. La mère et son enfant constituent une unité fusionnelle à l'intérieur d'une frontière commune. On peut parler de « fusion psychosomatique toute-puissante ». Dans les périodes de tension, l'enfant va progressivement prendre une conscience vague de l'objet de satisfaction de ses besoins, qu'il investit en tant qu'objet partiel. L'enfant se fait une représentation de sa mère comme unie à lui et séparée avec lui du monde extérieur par la membrane symbiotique commune. Il projette à l'extérieur de cette frontière les perceptions déplaisantes. L'objet maternant « suffisamment bon » joue le rôle de Moi auxiliaire de l'enfant et possède une fonction de pare excitation.

Dans les premiers temps de sa vie, le nourrisson est assailli par des sensations et émotions dont il ne peut comprendre le sens et dont il n'a pas de représentations. Il les projette de façon corporelle. L'objet parental, grâce à la fonction Alpha décrite par BION, accueille ces impressions brutes, nommées éléments Bêta, pour les retranscrire et les renvoyer à l'enfant sous forme d'éléments Alpha. La capacité de rêverie maternelle permet de prêter à l'enfant son appareil psychique afin de détoxiquer les impressions brutes vécues par le nourrisson et d'y répondre de

manière ajustée. Par ce biais, l'enfant assimile progressivement les informations qui n'étaient autrefois que des excitations dépourvues de sens. Il créait ainsi les bases des premières représentations.

La capacité de rêverie maternelle de BION est à rapprocher de la préoccupation maternelle primaire de WINNICOTT. Celui-ci traite de son concept en terme de « maladie normale » permettant à la mère une identification projective à son enfant. Cette capacité d'empathie se développe au cours de la grossesse et suppose de la mère la capacité à se détacher de certains de ses intérêts personnels afin de les diriger vers l'enfant. L'hypersensibilité aux besoins de son enfant permet la justesse de ses interprétations maternelles. Celles-ci vont suppléer le Moi inorganisé du nourrisson puis, au travers des soins prodigués, la mère participera aux prémices de la construction du Moi de l'enfant reposant sur un sentiment continu d'exister suffisant.

2. Construction du Moi de l'enfant

Le Moi est un concept tiré de la seconde topique de FREUD. Issu du Ça qui représente le pôle pulsionnel de l'appareil psychique, le Moi se constitue sous l'effet des expériences de la réalité.

WINNICOTT présente trois perspectives dans lesquelles l'environnement intervient pour permettre la construction du Moi :

- Le holding qui désigne la façon dont est porté l'enfant. Il représente le maintien physique de l'enfant par la mère et possède une fonction de protection contre les expériences angoissantes vécues par l'enfant.
- Le handling, c'est à dire la façon dont le bébé est manipulé, traité, soigné. Il s'agit de la manière dont la mère s'occupe de son enfant lors des soins quotidiens.
- L'object presenting ou le mode de présentation de l'objet qui correspond à la manière dont la mère offre son sein ou le biberon à l'enfant au bon moment de telle sorte qu'il ait le sentiment « *que c'est justement de lui dont il avait besoin précisément à ce moment là* » [SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2015, p328]. C'est l'adaptation de la mère aux besoins de son enfant qui permet au bébé d'avoir l'illusion de créer l'objet. Ce sentiment d'omnipotence sera important dans

l'acquisition d'un sentiment d'être. Si ces trois aspects de l'environnement sont assurés de manière régulière et satisfaisante, le sentiment continu d'exister sera construit chez l'enfant et sa maturation sera alors possible. [CICCONE et LHOPITAL, 2001]

Une autre fonction de la mère, décrite par WINNICOTT et participant à la construction du Moi, est la fonction miroir. Au sein, lorsque le bébé regarde sa mère, il se voit en reflet dans le visage maternel ce qui correspond au stade de l'identification primaire. Au fur et à mesure des expériences, cette vision prendra sens et il pourra y voir soit son propre visage, soit celui de sa mère. C'est ainsi que débute le processus de séparation Moi - non Moi.

Le stade du miroir, décrit par WALLON puis LACAN, est un processus se déroulant entre le sixième et le dix-huitième mois de l'enfant. Celui-ci passe de l'impression d'un corps morcelé à la prise de conscience rassurante de son unité corporelle. Cette réalisation s'élabore à partir de l'identification de l'enfant à sa propre image.

On distingue trois étapes. Dans un premier temps l'enfant confond son reflet avec un être de chair et d'os qu'il cherche à attraper. Dans un second temps, l'enfant comprend que ce n'est qu'une image mais ne la considère pas encore comme sienne. Enfin, dans un troisième temps, il parvient à se reconnaître dans cette image. Cette expérience n'est structurante que si elle est accompagnée par l'autre. En effet, dans la théorie de LACAN, l'enfant n'est pas seul devant ce miroir. Il est porté par un de ses parents qui lui désigne, tant physiquement que verbalement, son image. C'est autant dans sa propre image que dans le regard et les dires de l'autre que l'enfant vérifie son unité.

Ces notions nous amènent naturellement au concept de moi-peau d'ANZIEU [Ibid]. Celui-ci prend l'exemple du nourrissage qui comporte trois types d'expériences concomitantes : un contact différenciateur par le mamelon dans la bouche et l'incorporation, un centre de gravité par la réplétion et d'importantes stimulations tactiles par le fait d'être tenu, serré contre le corps de sa mère. Toutes ces expériences se produisant dans un bain de paroles et de communications. Ceci amène le bébé à différencier une surface faite d'une face interne et d'une face externe séparant le dedans du dehors. ANZIEU nomme cette surface « l'interface ».

Dans la situation d'une relation sécurisante d'attachement, le bébé acquiert la perception de la peau comme surface ce qui amène à la notion de limite entre l'intérieur et l'extérieur et au sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'intégrité donne au moi une enveloppe narcissique d'où l'idée du moi-peau.

Pour ANZIEU la genèse de ce moi-peau s'effectue en trois étapes : le fantasme intra-utérin qui correspond à la phase d'autisme normal de MAHLER, le fantasme de peau commune, à rapprocher de la phase symbiotique, menant à la constitution du moi-peau.

De plus, ANZIEU décrit neuf fonctions du moi-peau. L'une d'elle est la fonction d'individuation. Le moi-peau permet le sentiment d'être unique, la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié.

3. Séparation

A l'issue de la phase symbiotique normale, Margaret MAHLER décrit le processus de séparation individuation qu'elle divise en quatre étapes débutant en parallèle de la phase symbiotique. Le processus est conduit par deux lignes de développement. La première aboutit à la séparation et traite de l'évolution vers la différenciation, la distanciation et le détachement d'avec la mère. La seconde, quant à elle, a pour finalité l'individuation et rend compte des fonctions autonomes de perception, mémoire, capacités cognitives ... Une relation temporelle entre ces deux lignes est nécessaire. Il faut, en effet, que les maturations physiologiques, cognitives et affectives se produisent parallèlement.

Le garant d'un processus de séparation individuation réussi est l'environnement familial. Celui-ci doit être disponible physiquement et émotionnellement tout en s'adaptant à l'évolution de l'enfant. Chaque enfant suit une voie de différenciation unique déterminée par les caractéristiques de l'interaction mère / enfant.

La première étape est appelée phase de différenciation - développement du schéma corporel. Son début se situe autour des quatre - cinq mois de l'enfant, au point culminant de la phase symbiotique. Au moment de l'éclosion de la sphère symbiotique, on y voit s'opérer un premier déplacement d'investissement libidinal des sensations internes vers les stimulations externes et les activités extéroceptives. Ce

déplacement des intérêts peut s'observer au travers de l'exploration tactile de l'enfant et du regard porté sur les stimuli extérieurs. Durant cette période les prémices du Moi corporel s'élaborent en rapport au corps de la mère.

La deuxième étape est celle des essais. Elle s'étend du neuvième - douzième mois au quinzième mois environ et se caractérise par un second déplacement d'investissement vers des secteurs plus larges de la réalité extérieure au travers des apprentissages et de la locomotion. Dans les premiers temps de cette phase, qui correspond aux premières séparations physiques et actives de l'enfant au travers du quatre pattes ou du rampé, malgré l'attrait pour le monde extérieur, l'intérêt porté à la mère reste prédominant. Une distance optimale s'établit qui permet à l'enfant d'explorer le monde tout en restant à proximité de sa mère.

Afin de vivre la séparation, la plupart des enfants ont un objet fétiche : pouce, peluche, morceau de tissu, qu'ils investissent intensément. WINNICOTT appelle cet objet, « l'objet transitionnel ». Celui-ci apparaît lorsque l'enfant passe d'une subjectivité pure à la reconnaissance d'une réalité extérieure objective. Il se situe dans une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité externe : l'aire transitionnelle. Face à la menace de l'isolement dû à la séparation, le doudou a pour fonction de sécuriser l'enfant qui y transfère les mêmes perceptions que celles précédemment attribuées au sein. Confronté à l'absence de la figure maternelle, l'enfant a donc recours à cet objet transitionnel, symbole de son union avec elle. Cet objet investi d'affectivité permet donc de vivre la distance.

Avec l'accès à la marche, l'enfant expérimente ses propres capacités dans un état jubilatoire et une impression d'omnipotence. C'est à cette étape que s'effectue, pour MAHLER, la naissance de l'enfant en temps qu'être individué. Sa mère lui est cependant toujours nécessaire pour se rassurer. La séparation est, en effet, à ce stade, toujours génératrice d'angoisses.

La troisième étape est celle du rapprochement. Elle se déroule du quinzième au vingt quatrième mois et résulte de la perte du sentiment d'omnipotence et d'un regain de l'investissement libidinal porté sur la mère que l'enfant conçoit maintenant comme pleinement séparée physiquement de lui. Ces deux aspects entraînent une augmentation des angoisses de séparation et de perte de l'objet d'amour. Lors de

cette phase le comportement de l'enfant est d'abord marqué par son désir de partager ses découvertes avec sa mère. Il lui apporte ce qui le séduit et monopolise son attention. Grace à l'évolution en parallèle des compétences cognitives, des mécanismes de défense contre les angoisses se mettent en place comme l'intériorisation du lien à sa mère, l'identification, l'imitation et l'accès au symbolique par les phénomènes transitionnels dont le jeu. La naissance de la communication verbale participe à la séparation physique et permet à l'enfant d'étendre sa sphère sociale.

Avec la station debout, l'acquisition du langage marque définitivement, pour l'entourage, l'entrée de l'enfant dans l'humanité et dans un groupe social caractérisé par la langue. La parole est, en effet, l'outil par excellence de l'humanisation et de la socialisation. Elle permet à l'homme de communiquer à distance avec ses semblables et de construire en écho à son propre corps, son corps social. L'enfant fait preuve de capacités de communication dès sa venue au monde mais le développement du langage articulé trouve son origine dans la frustration orale qui résulte du sevrage. L'enfant compense la perte du contact au sein de sa mère par le babillage qui constitue une version sonore de la succion. Les babillages ont également pour capacités de combler le vide créé par l'absence de la mère. Il permet également de maintenir le lien avec celle-ci. L'expression commence donc par faire office d'objet transitionnel. Grace à son évolution, la parole participera à tisser du lien social et à s'affirmer en tant qu'individu ce que l'on peut apercevoir au travers des pronoms « moi » et « je ».

De plus, l'agressivité de la phase anale qui sous-tend cette période possède également des effets constructifs.

Pour WINNICOTT, grandir est par nature un acte agressif. Si l'enfant grandit avec ses parents, il grandit aussi contre eux, en s'opposant à eux. A l'entrée dans le stade anal vers ses deux ans, à mesure que progresse sa continuité d'être et qu'il se découvre comme sujet à part entière, l'enfant éprouvera le besoin de s'extirper de la relation fusionnelle entretenue avec sa mère qui devient envahissante voire menaçante. Une des solutions privilégiées pour se défaire de cet autre sera l'agressivité qui se manifestera en s'opposant à lui et à ses attentes. Eprouvant le besoin d'exister par lui-même, l'enfant entrant dans la phase anale va conquérir son

autonomie en s'opposant aux adultes. Il va leur dire « non » continuellement mais va aussi exprimer cette opposition de manière plus discrète en commençant à mentir et faire des secrets afin de s'aménager un espace intime. [CHAPELLON et GADIO, 2017] [PINELLI, 2015]

C'est lors de cette phase que le pronom « moi » apparaît et que l'intériorisation des injonctions parentales mène à la formation des précurseurs du Surmoi. Cette étape marque aussi le début de l'identité sexuelle puisque des différences significatives apparaissent entre les comportements des filles et des garçons.

La quatrième et dernière étape du processus de séparation individuation de MAHLER est celle de la permanence de l'objet libidinal et de la consolidation de l'individualité. Elle commence à vingt quatre mois et se continue tout au long de la vie. Elle est caractérisée par l'évolution des aptitudes cognitives comme le montre le remplacement des modes de communications corporels par la communication verbale. L'enfant élabore une représentation stable de son identité individuelle au travers de la structuration de son Moi. L'identité sexuelle se consolidera de même que le Surmoi. Les deux s'étant élaborés lors de la phase précédente. Cette étape voit aussi se réaliser l'acquisition de la « permanence de l'objet libidinal ». Margaret MAHLER souligne le décalage entre l'acquisition de la permanence de l'objet au sens de PIAGET se déroulant avant la fin de la première année et la permanence de l'objet libidinal qui s'établit beaucoup plus progressivement jusqu'au trentième mois de l'enfant. Elle implique que l'enfant ait pu réaliser l'unification du bon et du mauvais objet en une seule représentation psychique globale et qu'il ait évacué ses angoisses liées à la séparation. Lorsque cette permanence est acquise on peut observer un enfant continuer à jouer alors que sa mère disparaît.

Dans *La capacité d'être seul*, WINNICOTT écrit :

« Etre seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère-support du moi et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel. » [2015, p55]

L'enfant est donc capable d'anticipation confiante ainsi que de tolérance à la frustration et à l'angoisse.

Nous venons donc de voir comment l'enfant, au fil de son développement, passe d'un état d'extrême dépendance et de fusion avec l'objet maternant à l'affirmation de soi comme un être indépendant, différent et séparé de l'autre. Nous allons maintenant étudier le rôle du mouvement dans ce processus.

II. Place du mouvement dans le processus d'individuation

S'opposant à DESCARTES et son fameux cogito, SPINOZA pense que « *la conscience du corps c'est la conscience des mouvements qui affectent le corps* ». Pour lui le corps est à l'origine des idées et des pensées qui constituent ce que nous sommes en tant qu'être humain. Le corps est porteur de notre identité. Cette pensée peut se rapprocher de celle de PIAGET qui élabore sa théorie sur la construction de l'intelligence au travers des expériences sensori-motrices liées au mouvement. La pensée est une construction qui se fait à partir de l'expérience du corps. [Golse, 2001]

Nous verrons donc comment le mouvement intervient dans le processus d'individuation, dans la construction d'un sentiment de soi.

Nous étudierons, tout d'abord, comment l'enfant passe d'un mouvement réflexe et inorganisé à des gestes et praxies maîtrisés. Nous développerons ensuite le rôle du mouvement dans la perception de soi, au travers du schéma corporel. Enfin, au travers de différents schèmes de base, nous verrons comment ceux-ci participent à l'individuation.

1. Ontogenèse du mouvement

Le mouvement est défini comme la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient.

Physiologiquement, le mouvement est le résultat de la contraction musculaire, lors de laquelle, l'augmentation du tonus du muscle s'accompagne de son raccourcissement et donc du rapprochement de ses insertions. Le mouvement

dépend de notre structuration corporelle organisée en segments articulés. Ceux-ci sont mobilisables selon les mouvements de bases, qui s'effectuent dans les trois dimensions de l'espace. Cette organisation oriente et encadre les possibles de la mobilité.

A la naissance, le système nerveux du nouveau-né est immature. Ses mouvements sont involontaires et réflexes, organisés autour d'une double polarité entre l'hypertonie de ses membres et l'hypotonie de son tronc. Ils sont le résultat d'automatismes occasionnés par l'application de certains stimuli. WALLON parle de stade impulsif.

Les réflexes archaïques apparaissent in utero. Ils sont observables dès la naissance et disparaissent normalement dans les premiers mois de vie. Certains s'inhibent et disparaissent complètement alors que d'autres sont intégrés à la motricité volontaire. Ils constituent les fondements du geste volontaire ultérieur qui se construit dans une continuité.

Plus de soixante dix réflexes archaïques ont été répertoriés. Nous pouvons citer les réflexes de succion, de grasping, de marche automatique... Ils sont indispensables au bon développement psychomoteur de l'enfant et renseignent sur le bon fonctionnement du tonus et du système nerveux central.

Le développement moteur est soumis à la maturation du système nerveux et se déroule sous le contrôle de deux systèmes :

- Le système sous cortico-spinal, encore appelé système inférieur ou extra-pyramidal, possède un rôle prépondérant dans la réalisation des mouvements involontaires, réflexes ou automatisés. Il contribue au maintien de la posture et à la fonction anti-gravitaire. Il règle en périphérie le tonus musculaire et permet l'harmonie du mouvement.
- Le système cortico-spinal, supérieur ou pyramidal correspond à la motricité volontaire. Ce système participe au contrôle du tonus postural au travers des influences inhibitrices ou excitatrices sur le motoneurone. Il possède également un rôle prépondérant dans la motricité fine.

La maturation du système nerveux est principalement déterminée par la myélinisation qui permet l'accélération de la vitesse de conduction de l'information nerveuse. La myélinisation des voies du système pyramidal s'effectue entre la trente deuxième semaine de gestation et les deux ans de l'enfant de manière très rapide, puis plus lentement, jusqu'à ses douze ans.

Trois lois caractérisent l'évolution motrice. La première est la loi de différenciation : l'activité motrice s'affine pour devenir de plus en plus fine, plus élaborée et plus localisée. L'enfant passe d'une motricité involontaire réflexe à une motricité volontaire. La seconde loi est celle de la variabilité. L'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif mais ces progrès ne sont pas uniformes et continus. La maturation se réalise par des progressions rapides mais également par des stagnations ou même régressions. Enfin, la troisième loi est celle de la succession. L'ordre de maturation est d'une remarquable constance. Le développement psychomoteur se déroule à partir de deux lois fondamentales :

- Une loi céphalo-caudale. Les muscles de l'axe du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la motricité volontaire qu'ils sont proches de la partie céphalique.
- Une loi proximo-distale. La maturation s'effectue dans le sens centrifuge. Les muscles des membres sont, donc, d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches de l'axe du corps.

L'acquisition des différentes postures et l'augmentation de la qualité des mouvements reposent donc sur le développement du système nerveux en lien avec la maturation du tonus.

Le tonus est l'état de légère et permanente contraction musculaire assurant la résistance à la pesanteur, la fixation des articulations dans une position déterminée et donc le maintien de la posture lors de l'exécution d'un mouvement. Benoit LESAGE le définit comme la « toile de fond du mouvement ».

Le tonus musculaire va progressivement s'harmoniser. L'hyperflexion des membres va diminuer tout comme l'hypotonie de l'axe ce qui va permettre la tenue de la tête puis du tronc ainsi que les premières coordinations.

La régulation du tonus musculaire et des mouvements sera encore en développement jusqu'au sept ans de l'enfant, ce qui se manifeste par les paratonies,

syncinésies et dystonies, considérées comme normales chez l'enfant en raison de la maturation du système nerveux encore en cours.

Au travers de la maturation du système nerveux, de la régulation du tonus, de l'entraînement et de l'apprentissage, le mouvement de l'enfant évolue d'un caractère réflexe à une véritable intentionnalité qui caractérise le geste. On peut également évoquer la notion de praxie, évolution la plus aboutie du développement moteur, qui est définie comme un mouvement, ou un ensemble de mouvements, qui possède une organisation tenant compte de l'état actuel du milieu et qui tente de répondre aux exigences de précision et de vitesse.

Nous venons de voir comment se développe le mouvement chez l'enfant. Cependant cela n'explique pas encore comment celui participe à la construction d'un sentiment de soi. Pour cela nous aborderons maintenant le rôle de l'expérimentation dans la construction du psychisme.

2. Rôle de l'expérimentation dans la construction des processus psychiques

Pour SPINOZA, tout ce qui affecte le corps affecte aussi la pensée et inversement car il s'agit d'une seule et même réalité. Il n'y a pas de supériorité de la pensée sur le corps comme chez DESCARTES, ni de supériorité du corps sur la pensée mais une véritable égalité, puisqu'il s'agit d'une unité psycho-corporelle. Pour que l'esprit se développe, il faut, selon lui, qu'il contienne un objet car une pensée pure sans contenu ne peut se former. Le premier objet constituant l'esprit humain est un corps vivant en action. « *L'objet de l'idée constituant l'esprit humain est le corps* ». SPINOZA ajoute que tout ce qui augmente ou diminue la puissance d'agir du corps augmente ou diminue, de fait, la puissance de penser et inversement.

Ces idées se rapprochent de la théorie de PIAGET [GOLSE, 2001]. Celle-ci se base sur des aspects dynamiques et constructivistes évitant le débat sur l'inné et l'acquis du développement de l'enfant. Il est, en effet, remplacé par une vision d'interactions réciproques et permanentes entre l'enfant et le monde extérieur. Partant d'une structure et d'un potentiel de base, l'enfant va construire, au moyen d'expériences successives, l'ensemble de ses fonctions cognitives. Le

développement mental est développé par la succession de quatre grandes constructions : l'intelligence sensori-motrice, pré-opératoire, les opérations concrètes et les opérations formelles. Parmi les idées majeures de PIAGET, il faut souligner que ce n'est pas la conscience qui est au point de départ de la vie psychique mais l'action. Le développement cognitif consiste en une mentalisation progressive de l'action.

Il paraît ainsi essentiel de mettre en évidence le mouvement comme une ressource fondatrice de la vie psychique.

D'après Alberto KONICHECKIS et Simone KORFF SAUSSE dans *Le mouvement. Entre psychopathologie et créativité* :

« Les mouvements constituent en effet la matière vivante des toutes premières formes de symbolisation sur lesquelles les expériences ultérieures de la vie psychique viennent se déposer. Les formes dessinées par les mouvements génèrent des ombres, des résonances, des échos. Les sensations qu'ils produisent donnent naissance aux premiers objets psychiques. » [2015, p12]

Les jeux et activités motrices de l'enfant vont avoir un rôle de symbolisation des questionnements et problématiques investis par les processus psychiques.

On peut s'intéresser, pour exemple, à la manipulation d'objets. Au cours du développement de l'enfant on peut observer des enfants jouer à passer un objet d'une main dans l'autre en le suivant du regard. C'est un premier pas dans le risque de lâcher ce qu'il tient. Ensuite, lâcher et reprendre devient un jeu intentionnel, répété inlassablement. Suivra la capacité à s'intéresser à deux objets à la fois et les faire rentrer en relation l'un avec l'autre, par exemple lorsque le bébé s'amuse à les frapper l'un contre l'autre. La grande attention que l'enfant déploie dans ces activités, les émotions que cela suscite en lui, son air préoccupé quand il perd l'objet, rassuré et heureux quand il le retrouve, témoignent que cette relation à l'objet suscite des pensées et que *« celles-ci prennent racine en quelque sorte dans l'infinie variété des subtilités du jeu manuel et vont s'inscrire dans la psyché »* [TARDOS, DAVID, 2017]. Ce jeu manuel est le mode d'expression et le terrain d'expérimentation du vécu émotionnel de l'enfant au cours duquel s'élaborent les systèmes de représentation. On peut supposer que ces activités reproduisent, rejouent, la perte, la séparation ainsi que la retrouvaille. Elles permettent aussi à l'enfant d'être acteur de ce phénomène. Ces activités nous renvoient au jeu de la bobine, ou fort-da, décrit par

FREUD qui observe son petit fils symboliser la répétition de l'alternance de présence et absence de sa mère.

Le mouvement permet donc l'expression, l'expérimentation de vécus internes. Il permet de rejouer des conflits internes afin de se les représenter mais le mouvement possède également un rôle de perception de soi et de l'environnement au travers de l'intégration du schéma corporel.

3. Sensations et sentiment d'exister

Dès la naissance de l'enfant, l'ensemble de ses mouvements, qu'ils soient réflexes ou volontaires, l'ensemble de ses explorations psychomotrices, lui procurent des informations sensorielles qui vont progressivement lui permettre d'éprouver un sentiment de cohésion rassurant, des limites corporelles stables et de constituer son schéma corporel.

Le schéma corporel peut être vu comme un système de localisation, un référentiel égocentrique, ou encore comme « un ensemble de représentations pour l'action » [SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2015, p216], fournissant des informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps. Il se constitue par l'intégration de différentes entrées sensorielles et motrices.

D'après AJURIAGUERRA :

« Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelle, 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. »

Nous voyons donc bien comment la sensation intervient dans la construction du schéma corporel.

La sensation est la première étape d'une chaîne d'événements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception puis la représentation.

Les systèmes sensoriels de l'être humain sont décrits selon trois catégories :

- L'extéroception incluant vision, audition, toucher, olfaction et gustation
- L'intéroception qui correspond à la sensation des stimuli internes
- La proprioception

La proprioception englobe la somesthésie qui est la perception des postures et la kinesthésie qui est la perception du mouvement. La proprioception est un flux sensoriel continu, perçu ou non par la conscience, informant sur le degré de tonus, les positions relatives des différents segments du corps, les accélérations et décélérations captées par l'oreille interne, les mouvements des différents segments corporels.

Pour Suzanne ROBERT-OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL la proprioception joue un rôle fondamental dans :

- l'ancrage organique de notre identité,
- l'ajustement postural car elle permet le contrôle tonique,
- le positionnement de nos membres,
- l'entretien d'une représentation du corps adaptée.

Selon DAMASIO [1999], la proprioception est le début et la base de toute certitude sur Terre. Elle nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister. Elle participe à la certitude que nous avons un corps. On peut ainsi penser que la proprioception joue un rôle dans le sentiment d'exister.

Geneviève PONTON décrit qu'au cours de notre développement psychomoteur, nous nous construisons selon trois niveaux de relation :

- La relation à soi, conduite par les sensibilités proprioceptives et intéroceptives. Elle mène à la conscience d'être un tout unique et différencié de l'autre. Si nous n'avons pas de conscience de notre intérieur, nous ne pourrions pas prêter un intérieur aux autres et au monde. Nous n'aurions pas de limites entre le dehors et le dedans ou entre le moi et l'autre. Nous serions dans une fusion pathologique à l'autre.

- La relation à l'autre, portée par la sensibilité extéroceptive. La reconnaissance de l'existence de l'autre confirme ma propre existence comme semblable et différenciée.
- La relation à l'environnement, construite par la sensibilité extéroceptive. Je suis issu(e) d'un milieu, d'une culture, d'une lignée, d'une famille ce qui me permet de structurer ma conscience de l'espace et du temps et de m'y situer.

Bien entendu, ces trois niveaux sont séparés de manière artificielle et sont en fait inséparables d'un point de vu fonctionnel et global. En effet, la relation à soi ne se développe pas sans une relation à l'autre. Cependant, ces différentes théories nous montrent bien l'importance des sensations corporelles dans la prise de conscience de la globalité de son être et dans le sentiment d'exister. Dans la clinique, nous pouvons faire le lien avec les techniques de packing en psychiatrie, qui sont remises en question, mais dont l'objectif est d'apporter une stimulation sensorielle intense au travers d'enveloppements du corps. On pense également aux pratiques pathologiques d'automutilations ou aux stéréotypies autistiques qui correspondent à des recherches de sensations ayant pour but de maintenir un sentiment d'exister.

4. Développement postural et construction psychique

A la naissance, l'enfant se situe dans une bipolarité tonique entre l'hypertonie des membres et l'hypotonie de l'axe. La maturation neuro-motrice vise la réduction des réflexes, la diminution de cette bipolarité tonique et la coordination des mouvements entre eux et par rapport à l'axe corporel. Les deux pôles toniques, autrefois opposés, vont tendre vers un équilibre permettant à l'axe de se solidifier et à la périphérie de se détendre.

Nous allons donc voir comment, au travers de différents schèmes de base que sont l'enroulement, la torsion et le redressement, le développement postural concourt au processus d'individuation.

Comme Suzanne ROBERT-OUVRAY dans son article Le holding psychomoteur :

« Il s'agit de considérer que la motricité du bébé fait partie intégrante de son développement psycho-affectif parce qu'elle est organisée de telle façon que ses composants sont des éléments qui contribuent sans cesse à la construction du psychisme du bébé. »

a. Enroulement et extension

Au début de sa vie, le bébé est naturellement enroulé en avant, ses membres supérieurs et inférieurs repliés sur son tronc. Ceci est dû à l'hypertonie des muscles fléchisseurs à l'avant du corps. En effet, le mode réflexe de sa motricité et son hypertonie périphérique l'obligent à effectuer tous ses mouvements dans le sens centripète d'enroulement. L'enroulement partiel des schèmes de base anticipe l'enroulement global du corps qui s'effectuera, progressivement, en suivant la maturation tonique descendante. Avant la fin du premier trimestre, toute position d'extension constitue une tension tonique excessive, marqueur d'un malaise psychique. L'enroulement est donc un mouvement fondamental à respecter et il faut y être vigilant notamment lors du portage. [ROBERT-OUVRAY, 2004]

La flexion est une posture symétrique. Dans la position d'enroulement, la flexion favorise le centrage autour de la bouche en ramenant les mains vers celle-ci. Elle participe donc à l'élaboration des premières coordinations œil-main-bouche.

Pour Suzanne ROBERT-OUVRAY on peut considérer « *l'enroulement physique comme le support corporel de l'enroulement psychique primal que l'on nomme narcissisme.* » [2015]

L'enfant se place dans une préoccupation fondamentale de soi, une phase « psychomotrice narcissique ». Il expérimente le rassemblement corporel, l'unification du corps qui permettra petit à petit au Moi du bébé de passer d'un objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire soutenant la conscience de soi.

Cette posture primaire participe aussi à l'introjection des sensations et à la capacité autonome de pare-excitation, de retour sur soi, à travers un enroulement de protection, pendant et après les moments de stress. La position d'enroulement est sécuritaire et le restera même à l'âge adulte.

L'enroulement sur soi procure à l'enfant un état de relâchement musculaire favorable à la disponibilité émotionnelle et à l'intériorisation des bonnes sensations dans la relation. Il permet l'installation d'une base narcissique, d'un état de sécurité et de confiance sur lesquels l'individu s'appuiera toute sa vie pour entreprendre ses actions. C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'extension pourra se développer.

L'extension correspond à un mouvement d'ouverture, porté par les chaînes postérieures du corps. A l'opposé de la flexion qui correspond au mode du mou et du relâchement, l'extension est vécue sur le mode du dur, du tonique, de l'actif. Elle participe à l'ouverture à l'autre et au monde. L'enfant trouvera progressivement un équilibre entre l'avant et l'arrière du corps, entre la flexion et l'extension.

BULLINGER [2006] expose plusieurs stades menant à la construction de l'axe corporel. Après le stade de l'espace oral, vient celui de la maîtrise du buste qui correspond justement à cet équilibre entre flexion et extension permettant un progressif redressement.

Vers six mois, l'enfant arrive à attraper ses pieds. En joignant ses extrémités, c'est la première fois que l'enfant arrive au bout de lui-même. Pour Roger VASSEUR : « *Toutes les chaînes musculaires, toutes les articulations, tous les systèmes sensoriels sont mobilisés dans cette activité de regroupement qui fait l'unité de son propre corps.* » [2000]

La dynamique de rassemblement et de coordination se double d'une dynamique d'axialité et de symétrie. Afin de s'orienter dans l'espace et par rapport à l'environnement et aux personnes, l'enfant dispose d'un axe vertébral, le rachis, qui se place comme élément de référence du corps (devant / derrière, droite / gauche). Les jeux d'interactions entre les mains, le passage d'un objet d'une main à l'autre ainsi que les coordinations bi-manuelles participent à l'unification des parties gauches et droites du corps autour de l'axe corporel. Le bébé s'approprie, ainsi, les deux parties de son corps, ses membres et son tronc comme un tout relié à un axe. L'accès à la symétrie prépare l'accès à la torsion.

b. Torsion

Tout notre corps est empreint de spirales, de notre ADN à nos os et dès la naissance le futur nouveau-né éprouve le mouvement de rotation et de torsion lors de la descente dans le bassin.

BULLINGER attribue l'émergence des possibilités de rotation aux positions asymétriques. Celles-ci permettent d'introduire à l'intérieur du corps des zones de tonicité différenciées. Par exemple, le réflexe tonique asymétrique du cou encore appelé le réflexe de l'escrimeur fait intervenir deux polarités toniques différentes, la plus tonique étant celle du côté de l'orientation de la tête et du regard. Cette

différenciation des deux cotés du corps va entraîner un ajustement des appuis notamment au niveau du bassin. La rotation entraîne, également, une dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes.

La maîtrise des rotations constitue pour BULLINGER la construction de l'espace du torse. Cette étape est caractérisée par la coordination des hémisphères droits et gauches permettant la constitution d'un espace de préhension unifié organisé autour de l'axe corporel. La répartition tonique différente entre les deux cotés du corps facilite l'accession à un rôle différencié des deux mains lors des activités de manipulation.

D'après Suzanne ROBERT-OUVRAY : « *L'organisation motrice est innée. Elle a un sens, une orientation, des fonctions* » [2015]. L'enfant est d'abord centré sur lui et ses sensations puis il va progressivement se tourner vers l'extérieur et les autres. Une fois que l'enfant aura suffisamment intégré la sécurité et le rassemblement amenés par la posture d'enroulement, il pourra porter son regard vers l'extérieur afin d'observer autour de lui, derrière lui, et ce au travers de la rotation.

c. Redressement

Le dernier stade défini par BULLINGER correspond à la maîtrise du corps. Cette étape concerne les coordinations entre le haut et le bas du corps. Les capacités de redressement et de rotation mises en place dans les stades précédents permettent l'investissement du bassin. La mobilisation des membres inférieurs dans leurs fonctions d'exploration et de portage du corps requiert une coordination et des ajustements toniques complexes. Ces nouvelles possibilités mènent l'enfant à une représentation de son corps en action et donne la possibilité à l'enfant de le comprendre comme articulé et mobile dans un espace aux frontières considérablement élargies.

La verticalisation correspond à la capacité à prendre appui pour se redresser avec la pesanteur. C'est une succession de différentes postures qui se mettent en place depuis la station allongée jusqu'à la station debout. A chaque étape, l'enfant gagne en capacité de redressement. Grâce à la maturation du tonus et au réaménagement des appuis l'enfant s'élève du sol. Ce redressement est très lié à la notion d'intentionnalité. Il ne peut se faire sans l'envie et la motivation du petit à aller

vers ou à s'écarter de. A chaque nouvelle posture allant vers la verticalisation, l'enfant perd de plus en plus de surface d'appui entraînant un déséquilibre qu'il devra réussir à corriger. Pour lui, chaque nouvelle posture constitue une vraie perte de sécurité et c'est bien cette envie d'aller vers qui va le pousser à « se mettre en danger ». La plus grande étape du redressement est constituée par la verticalité c'est à dire la station debout.

Selon Agnes SERVANT-LAVAL et Laurence VAIVRE-DOURET : « *La verticalité, spécificité humaine, s'exprime entre deux pôles, les pieds sur terre et la tête dans les étoiles* ».

Pour Genevieve PONTON :

« Chez un enfant, l'apparition de la verticalité correspond à une émancipation par le mouvement (la marche), à une structuration de lui-même en tant que sujet; c'est par le mouvement qu'il construit un projet et prend conscience d'exister dans ce monde. » [2015]

Le redressement, qu'on observe déjà dans la position assise, signe une capacité d'affirmation de soi vis-à-vis du monde environnant. L'enfant s'érige face à autrui. Avec l'accès au déplacement, l'enfant se porte lui-même. Il possède la capacité à se séparer du corps de ses parents et ensuite d'y revenir volontairement. Il commence à maîtriser une séparation qu'il ne pouvait que subir jusque là. Il acte, par sa séparation volontaire, son statut d'individu séparé et différencié de l'autre. Cette séparation corporelle marque le début d'une vie psychique différenciée. En effet, avant que l'enfant accède au déplacement autonome il se place dans une dépendance totale à l'autre. Avec cette avancée, l'enfant conquiert le début de son autonomie. Il marche, s'éloigne, expérimente, découvre... En construisant son axe, l'enfant s'ouvre au monde.

On voit donc bien comment développement postural et développement psycho-affectif sont intimement liés. Au travers des mouvements d'enroulement, torsion, redressement, l'enfant construit son sentiment d'exister comme un individu séparé, différencié et autonome. On comprend donc bien l'importance de laisser l'enfant évoluer à son propre rythme, comme le préconise Emmi PIKLER dans le concept de motricité libre [TARDOS et DAVID, 2017]. Mis en place à l'institut Loczy, ce concept prône le respect du rythme des acquisitions motrices de chaque enfant, sauf retard important. L'intérêt étant que chaque acquisition ne s'implante que lorsque la

dernière a été bien acquise et forme une base solide qui donne à l'enfant une réelle maîtrise lui permettant d'aller de l'avant sans crainte. L'enfant n'est donc jamais mis dans une position dont il n'a pas encore pleinement le contrôle par lui-même. Il n'est, par exemple, jamais mis assis tant qu'il ne s'assied pas seul. La motricité libre permet également à l'enfant de développer le goût d'une activité autonome. Source de satisfaction, ces activités auto-induites et renforcées par le résultat obtenu, permettent à l'enfant d'accumuler les expériences favorisant un développement moteur et psycho-affectif harmonieux.

Mouvement et construction psychique sont donc liés. L'individuation de l'enfant se constitue au travers des sensations corporelles générées par le mouvement, au travers des expérimentations et en suivant le développement postural et moteur. La question que l'on peut maintenant se poser est de savoir comment ce processus peut se développer chez un enfant atteint d'un handicap moteur l'entravant dans ces expérimentations.

Partie 2 : Le handicap moteur comme entrave au processus d'individuation

Dans la partie précédente, nous avons vu que le mouvement est un élément fondamental pour que l'enfant s'approprie progressivement son corps. Il est le premier moyen d'expression des vécus psychiques et permet de se construire peu à peu un sentiment d'enveloppe corporelle. Au travers du mouvement, l'enfant construit un sentiment d'exister comme un être unifié et différencié.

Cependant qu'en est-il de l'enfant né avec un handicap moteur important ? Quelles peuvent être les conséquences sur son vécu corporel ? Sur son sentiment d'exister ? Comment se construire une identité lorsque son corps limite la motricité ?

Nous verrons, ainsi, comment la limitation du mouvement peut entraver le processus d'individuation.

I. Le handicap comme entrave aux relations précoces

Une altération de l'équipement de base de l'enfant entraîne une évidente limitation de ses expériences mais c'est aussi une blessure infligée directement à la relation parents-enfant. L'annonce du handicap d'un enfant possède, pour les parents, une véritable composante traumatique. Au travers des représentations évoquées par le handicap, celui-ci va entraîner un bouleversement de la structure familiale.

1. Annonce du handicap et traumatisme parental

La découverte du handicap peut se faire pendant la grossesse ou après la naissance de l'enfant. Il peut également surgir brusquement à la suite d'une maladie ou d'un accident mais quelles que soient les circonstances, l'annonce du handicap est toujours subie par les parents comme un choc traumatique. D'après Simone

KORFF-SAUSSE, l'annonce fait effraction dans le psychisme provoquant « *un état de sidération, qui met en échec les capacités de penser* ». [2016, p36]

La sidération psychique peut venir en réaction au traumatisme provoqué par l'annonce du diagnostic. La confrontation brutale avec une réalité inacceptable dépasse les capacités psychiques à faire face à la situation.

Le désir d'enfant se réactualise lors de la grossesse mais peut apparaître très tôt dans le développement du sujet, dès l'enfance. Ce désir comporte un aspect narcissique. Le désir d'enfant est un désir de transmission. Il s'agit de retransmettre la vie que nous avons reçue pour qu'elle se continue et l'espèce humaine avec elle. L'enfant est le garant de la famille puisqu'il la continue. Le désir d'enfant est un désir de continuation, de prolongation, de déjouer le temps et la mort. L'enfant est un autre nous même qui sera différent, meilleur. Se crée alors le désir d'un enfant imaginaire devant tout combler, réparer, accomplir. Nous attendons de nos enfants qu'ils réalisent les rêves que nous n'avons pu réaliser. Ils sont porteurs de tous nos espoirs et doivent donc nous survivre, nous dépasser mais aussi nous compléter.

Au moment de la naissance, les parents sont confrontés à l'écart entre l'enfant imaginaire, merveilleux et idéal et l'enfant réel. Plus cet écart est important, comme dans le cas du diagnostic d'un handicap, plus le deuil de l'enfant imaginaire sera difficilement surmontable. Le handicap vient créer une fracture dans la filiation.

Dans Le Miroir Brisé : L'enfant, sa famille et le psychanalyste, Simone KORFF-SAUSSE écrit :

« *L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître. Et partant à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort.* » [2016, p43]

Le handicap pose la question de l'appartenance à l'espèce humaine. Il attaque le sentiment d'humanité, engendre un vécu d'étrangeté. Comment reconnaître comme être humain et s'identifier à un enfant gravement déficient, gravement atteint dans ses capacités de communication et de relation ?

Ce sont d'une part les compétences interactives du bébé à envoyer des messages et d'autre part les capacités des parents à interpréter ses expressions, à prêter du sens à ses manifestations, qui permettent le développement d'un sentiment d'humanité du bébé. Celui-ci permet aux identifications et narcissismes parentaux de se projeter, de se transférer sur l'enfant. On comprend donc les difficultés relationnelles précoces pouvant s'établir entre le nouveau-né et ses parents lorsque celui-ci est porteur d'un handicap ou lorsque, de plus, l'environnement n'est pas disponible pour prêter du sens aux manifestations du bébé en raison du choc traumatique.

2. Trouver sa place de parent

L'arrivée d'un enfant en bonne santé est déjà une source de réaménagements importants au sein d'un couple et d'une famille et nécessite un travail d'adaptation de la part de tous ses membres. Les bouleversements sont liés aux changements de places, de statuts. Ces changements amènent normalement à la construction d'un nouvel équilibre dont la souplesse sera régulièrement mise à l'épreuve au gré du développement et de la maturation des uns et des autres. C'est le temps et la découverte réciproque qui fait de ce nouveau-né étranger un sujet familial. Ainsi, par des ajustements réciproques, la place de chacun se définit doucement et la relation se construit pas à pas. De fait, la relation mère-enfant est une co-construction. Elizabeth BADINTER défend le point de vue que l'instinct maternel n'existe pas en tant que tel. Les liens qui unissent un enfant et sa mère se construisent et ne relèvent pas de l'inné.

Pour les parents, l'annonce du handicap peut se dérouler brutalement à la naissance et entraver le glissement de l'image de l'enfant porteur de vœux et d'espoirs sur le corps du nouveau-né marqué du diagnostic médical. L'évolution de la relation sera inévitablement liée à la représentation que se font les parents du handicap. De même, l'étiologie possèdera un sens dans le questionnement des parents sur leur part de responsabilité. Même lorsque le diagnostic est posé tardivement, des mois ou des années plus tard, les différences et difficultés constatées par les parents les amèneront à des questionnements et à avoir un regard modifié sur leur enfant. Dans les deux situations, l'investissement des liens d'attachement peut s'en trouver fragilisé.

Différents troubles peuvent rendre difficiles les relations précoces. Par exemple, chez un enfant décrit comme passif, hypotonique avec un investissement vers le milieu environnant faible et des expressions émotionnelles réduites, l'interaction se trouve privée des éléments de communication qui soutiennent la relation et l'attachement précoce (mimiques faciales, variations toniques, pleurs-appels ...). Les conséquences de la lésion entraînent une diminution quantitative et qualitative des échanges ce qui peut être traduit par les parents comme un signe de refus, de désintérêt du nourrisson. L'hypotonie musculaire du bébé limite son investissement du dialogue tonico-émotionnel. Les retards d'apparition des sourires, de la poursuite oculaire ou encore des réponses aux sollicitations donnent aux parents l'impression angoissante de ne pas être reconnus par leur enfant. [GAUBERTI, 1993]

Le fonctionnement corporel de l'enfant requiert ainsi des compétences optimales de sensibilité et d'identification pour que le parent parvienne à concevoir et comprendre les signes les plus minimes de communication de l'enfant. L'adaptation corporelle réciproque peut être plus longue et difficile à instaurer. Cependant, pour des parents pris dans la violence des affects liés au handicap, l'exigence de cette adaptation ne peut pas toujours être assumée. Le risque se situe dans le fait que les soins apportés au bébé se résument, face à l'incompréhension réciproque, à des actes opératoires, machinaux et que l'enfant qui doit être cajolé, sollicité soit confronté au manque de répondant, de spontanéité de ses parents. Le bébé peut donc se retrouver dans un environnement qui ne le pense pas, ou pas assez, ou pas vraiment comme un sujet mais comme, parfois, une « chose » à stimuler ou protéger. Or, nous avons vu, dans la partie précédente, l'importance des soins apportés à l'enfant au travers, par exemple, de la théorie du holding et handling dans la constitution du sentiment d'exister.

Lors d'une détection du handicap à la naissance, la continuité des contacts corporels est souvent rompue par les impératifs médicaux. Ils suppriment la première reconnaissance corps à corps et l'accrochage des regards entre la mère et le bébé. Les parents peuvent alors se sentir dépossédés de leur enfant et ce sentiment peut perdurer dans le temps au gré des prises en charge, opérations et traitements. Les parents se situent alors dans une ambivalence majeure entre l'envie de protéger leur bébé et, en même temps, l'incapacité de le faire face à la technicité et aux savoirs nécessaires aux soins médicaux. L'enfant qui confronte ses parents à leur incapacité

à le protéger peut être vécu comme persécuteur, l'agressivité engendrée pouvant être déplacée vers les soignants.

Enfin, face au handicap de leur enfant les parents peuvent se voir occuper différents rôles médicaux au détriment de leur rôle de parent. Cette situation peut être mise en place dans une tentative de se protéger d'une souffrance, de lutter contre une culpabilité insupportable et pallier l'absence de soutien dans laquelle ils se vivent, d'autres fois car les pathologies de l'enfant l'exigent.

3. Laisser grandir son enfant

Le temps qui passe délimite les deux extrémités de l'existence : la naissance et la mort. Le temps détermine aussi les rythmes, les crises et les transformations qui scandent la temporalité de la vie, nous faisant vivre des transitions qui exigent des remaniements identitaires correspondant aux différentes étapes du développement du sujet. Or, le handicap bouscule complètement la temporalité. [KORFF SAUSSE, 2016]

Nous ne cessons d'anticiper sur le temps en nous projetant dans l'avenir. Cependant, dans le cas du handicap d'un enfant, les parents n'arrivent pas toujours à lui anticiper un futur possible. Ils peuvent ne pas avoir de représentations de l'avenir, leur enfant n'ayant pour eux pas d'âge. Pour ces familles, mieux vaut qu'il reste petit car cela évite les douloureuses épreuves qu'amèneront les étapes d'un développement en écart à la norme.

La tendance générale des familles se situe souvent dans l'infantilisation de ces enfants. Se tourner vers l'avenir, c'est se projeter dans l'adolescence puis l'âge adulte, c'est se figurer le devenir de l'enfant en terme de dépendance et d'autonomie, de limitations motrices et/ou intellectuelles, c'est se figurer l'enfant en terme d'apparence physique, de vie professionnelle, sociale et sexuelle. C'est une des raisons menant à la surprotection qui, en maintenant le lien de dépendance, empêche l'accès à l'autonomie.

La parentalité, comme la subjectivité de l'enfant, se développe progressivement à partir du deuil de la symbiose primaire des premiers mois. L'enfant, comme le parent, se sépare et s'individue. Cette symbiose primaire est nécessaire à l'établissement des premiers liens d'attachement et sa qualité conditionne la qualité de la séparation. L'aspect traumatique de la rencontre avec le handicap de son enfant entraîne une séparation psychique brutale et précoce. La symbiose primaire est mise en échec. Son non-établissement ou sa rupture brutale vont conduire le parent à tenter de retrouver cette illusion primaire. CICCONE [2012] parle d'une symbiose secondaire défensive qui aillant connu l'expérience de la séparation psychique brutale aura pour objectif le maintien à tout prix de cette symbiose et de la non-séparation.

Cette notion de symbiose est observable autour des difficultés que rencontrent fréquemment les parents pour imaginer que leur enfant puisse construire sa vie en dehors de leur regard. Cette problématique sera bien sûr exacerbée dans le cas d'une entrée en institution.

Simone KORFF-SAUSSE écrit :

« Les mères se vouent corps et âme à l'enfant invalide, dans un sacrifice d'elles-mêmes ... Dévotion exemplaire, qui trouve son répondant dans la dépendance obligée de l'enfant, qui ne peut prétendre à aucune autonomie et qui n'a d'autre solution que d'y trouver son compte lui aussi. » [2016, p48]

Dans une telle relation symbiotique il n'y a pas de tiers possible et toute séparation sera vécue comme un arrachement. De plus, à cette situation peut s'ajouter la tendance à réduire l'enfant à son handicap. En effet, la subjectivité de l'enfant se retrouve souvent en arrière plan du handicap qui prend toute la place dans les représentations parentales. Face aux difficultés développementales, les parents peuvent avoir bien du mal à percevoir la singularité de leur enfant avec sa personnalité, son tempérament, ses envies... Toutes ses manifestations, mêmes normales vont être interprétées sous le prisme du handicap. On assiste ainsi à une négation du statut de sujet de l'enfant. La mise en place d'une relation symbiotique secondaire et/ou la vision centrée sur le handicap vont donc, dans les deux cas, entraver le processus d'individuation de l'enfant.

II. Conséquences des limitations motrices sur le processus d'individuation

Comme nous l'avons vu précédemment, la conscience de soi commence par la conscience du corps. FREUD disait d'ailleurs que le Moi est au départ corporel et que les niveaux psychiques s'étaient ensuite sur cette base. Le corps participe donc au processus d'émergence du sujet.

La capacité de s'identifier comme un être autonome distingué d'autrui présuppose une délimitation corporelle à la fois spatiale et temporelle. Spatiale puisque cette capacité nécessite la perception d'une limite définissant une frontière et temporelle car celle-ci doit être suffisamment stable de façon à ce que le sentiment de cohésion perdure dans le temps.

L'indifférenciation ou fusion, correspondant à la phase de perception d'un corps morcelé, va progressivement s'organiser en une représentation unifiée du corps permettant la différenciation du sujet grâce à la construction du schéma corporel et de l'image du corps. Ils s'organiseront à partir de l'expérience relationnelle et sensori-motrice. Or, nous avons vu que les relations précoces peuvent être entravées par la présence d'un handicap. De plus, en situation de handicap les expériences sensori-motrices peuvent être, elles aussi, appauvries. La construction d'un Moi corporel menant à la sensation d'un sentiment de soi stable est donc menacé.

1. Schéma corporel et image du corps

Dans la partie précédente nous avons vu la définition d'AJURIAGUERRA concernant le schéma corporel. Pour lui il s'agit de la « *synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* », établie à partir de nos sensations.

Pour Jean-Michel ALBARET [2015, p216], le schéma corporel correspond à « *un ensemble de représentations pour l'action* » répondant à la question « Où ? » (où sont les membres et où est la cible de l'action) et « Comment ? » (comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé).

Constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices, il fournit des informations sur la posture et la position des différentes parties du corps, ce qu'il appelle le « référentiel égocentrique ».

D'après Françoise DOLTO :

« Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires - on les appelle encore coenesthésiques. » [1984, p18]

Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience. Il est évolutif dans le temps mais il peut être indépendant de l'histoire relationnelle du sujet. Pour elle, il est identique chez tous les êtres humains.

Face à ces définitions du schéma corporel se placent celles de l'image du corps.

D'après Jean-Michel ALBARET :

« L'image du corps sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « Quoi ? » (Quel corps suis-je ?) »

« Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouve des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques. » [2015, p216]

Pour Françoise DOLTO, l'image du corps est éminemment inconsciente. Elle l'appelle d'ailleurs l'image inconsciente du corps. Elle est propre à chacun et elle est reliée au sujet et à son histoire.

« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ... C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ... C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. » [1984, p22]

SCHILDER parle de l'image du corps comme de la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure libidinale et d'une image sociale.

LACAN évoque quand à lui l'importance de l'image du corps dans la mise en place de l'individualité, cette image étant un support de la sensation d'unité de l'être.

Afin d'étudier les concepts de schéma corporel et d'image du corps, il faut s'intéresser à des domaines différents tels que la philosophie, la neuropsychologie et la psychanalyse. Le terme de schéma corporel relève le plus souvent de la neurologie qui s'intéresse aux manifestations pathologiques de sa modification suite à des lésions du système nerveux. Les psychologues et psychanalystes, quant à eux, traitent de l'image du corps en terme de psychopathologies dans lesquelles la conscience du corps est atteinte. Or, la clinique amène à penser le sujet de façon plus globale que cette dichotomie. « *Entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire, car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu.* » [GUIOSE]

Personnellement je parlerais de représentations du corps regroupant l'image du corps traitant d'une conscience de soi intimement liée aux affects, aux relations sociales et à la symbolique du corps, et le schéma corporel comme structure commune faisant nous reconnaître en l'espèce humaine et en un individu unique de part l'aspect structurel et concret de ce que je suis.

2. Défaut de construction des représentations corporelles

Tom, quatre ans, est atteint d'une infirmité motrice cérébrale de type syndrome de Little. Elle atteint donc principalement les membres inférieurs.

Ayant accès à la marche, Tom se jette régulièrement sur le sol en retombant sur les genoux dans un mouvement paraissant douloureux mais dont il ne manifeste aucun signe. Il lui arrive aussi de s'enrouler de façon autonome dans une couverture ou de se placer sous un banc

Par les comportements de Tom, on observe bien sa recherche de limites corporelles. Par l'action de se jeter au sol, Tom essaye probablement de créer une sensation intense au niveau de ses jambes, lieu de sa déficience. En se plaçant dans une couverture ou sous un banc, on peut penser qu'il est à la recherche de la

contenance de limites qu'il ne ressent pas comme unifiées de façon autonome. Ainsi, on peut donc penser qu'il présente des représentations corporelles fragiles.

Le handicap moteur peut entraîner différents troubles pouvant avoir des conséquences néfastes sur la constitution du schéma corporel et de l'image du corps. Qu'ils soient liés directement au handicap ou qu'ils soient la conséquence de la limitation des expériences de l'enfant, ces troubles peuvent attaquer le sentiment de soi.

a. Troubles de la régulation tonique

Les atteintes neurologiques constitutives des handicaps moteurs sont à la base de différents troubles de la régulation tonique. Nous pouvons en décrire plusieurs formes :

- La spasticité : Trouble de la motricité volontaire, correspondant à une « *exagération permanente du tonus musculaire d'origine neurologique dû à une lésion de la voie pyramidale* » [Larousse médical, p469].
- L'athétose : Atteinte du système pyramidal se présentant sous la forme d'un « *trouble caractérisé par l'existence de mouvements involontaires, lents, irréguliers, de faible amplitude, ininterrompus, affectant surtout la tête, le cou et les membres* ». Ces mouvements « *surviennent spontanément ou viennent parasiter un acte volontaire, provoquant des contractions qui rendent difficiles les gestes quotidiens* ». [Ibid, p98]
- L'ataxie : Due à une lésion des voies cérébelleuses, elle est caractérisée comme un « *trouble de la coordination des mouvements, lié non à une atteinte de la force musculaire mais à un défaut de coordination du jeu musculaire* », l'ataxie affecte « *la direction et l'amplitude des mouvements volontaires et perturbe les contractions musculaires volontaires ou réflexes* ». [Ibid, p97]

De par son lien à la proprioception le tonus joue un rôle primordial dans la sensation interne d'un corps propre et dans la conscience de soi. Il se décline en trois modalités qui sont le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

Le tonus de fond participe à la qualité de cohésion du corps. Par sa qualité de lien entre les différentes parties du corps il permet une « contenance » de soi-même autour d'un centre et à l'intérieur de limites. Pour Suzanne ROBERT-OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL dans le Manuel d'enseignement de la psychomotricité, « *Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe peau* ». [2015, p173]

Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des postures définies comme les dispositions relatives des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. Selon Suzanne ROBERT OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL : « *Façon de « se tenir » ou façon « d'être », la posture désigne également une situation ou une manière de se comporter, corporelle aussi bien que psychique* » [2015, p173]. L'activité posturale, au travers de son fondement relationnel, permet au sujet de se situer corporellement vers son environnement et donc de le découvrir et s'y affirmer.

Le tonus d'action est à la base de la motricité. Au delà de son aspect instrumental, le mouvement participe à la découverte de l'espace, du temps, de l'autre et de soi.

Les troubles toniques préalablement décrits perturbent les différentes fonctions du tonus. Comme l'écrit Suzanne ROBERT-OUVRAY, « *les orientations et les références spatiales nécessaires à la sensation d'avoir un centre corporel et au sentiment d'avoir un noyau du Moi disparaissent dans la turbulence des réactions hypertoniques* ». [2004]

L'alternance entre hypotonie et hypertonie participe également à l'intégration du schéma corporel. « *L'intégration des extrêmes est donc fondamentale pour assurer des limites aux espaces corporel et psychique de l'enfant ... C'est un élément qui permet au Moi de prendre forme et de se construire.* » [2004]. Or, dans la situation d'un handicap moteur, l'enfant peut souvent rester fixé préférentiellement sur une des deux polarités toniques.

Enfin, comme décrit précédemment, le tonus possède un rôle majeur dans l'interaction parent-enfant grâce à sa valeur expressive. Une difficulté de modulation de ce tonus constituera alors une entrave aux relations précoces indispensables au processus d'individuation.

b. Investigations du corps

Les enfants atteints d'un handicap moteur sont souvent soumis à de nombreuses investigations médicales, interventions chirurgicales et appareillages corporels. Malgré l'objectif évident d'amélioration de la qualité de vie de l'enfant ou le caractère indispensable de ces actions, elles peuvent posséder un aspect dépersonnalisant.

Les soins quotidiens comme par exemple le sondage urinaire ou les injections, en plus de marquer la dépendance des enfants et l'absence de contrôle de leur corps, peuvent être considérés comme une effraction corporelle. Ces intrusions répétitives peuvent rendre difficiles la représentation de limites fiables. Cela entraîne un obstacle à l'intégration des représentations corporelles et renforce le sentiment de discontinuité et de morcellement.

Les appareillages type corset, en plus de restreindre la liberté de mouvement, peuvent perturber la perception que l'enfant a de son corps, les limites corporelles pouvant se confondre avec celles des appareillages.

Les interventions chirurgicales, par les modifications corporelles qu'elles peuvent entraîner, demande à un enfant possédant déjà un schéma corporel fragile de le réactualiser.

c. Douleur

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur : « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* ». C'est un événement neurophysiologique mais dont la nature est essentiellement subjective. De part ses composantes sensori-discriminatives, cognitives, comportementales et affectives, la douleur est un véritable envahissement de l'individu dans sa totalité, elle vient effacer la dualité corps / esprit. Même si elle est

cantonnée à un organe ou nerf lésé, la douleur va dépasser cette localisation pour envahir tout l'individu conditionnant ainsi son rapport à soi et à l'environnement.

L'enfant handicapé moteur est particulièrement touché par l'expérience de la douleur. Celle-ci peut provenir de postures anormales (scoliose, déformations, immobilité, points de pression), d'installations inconfortables, de maladies infectieuses, de troubles digestifs, urologiques, de la spasticité, de la douleur des soins ...

La douleur aura une influence sur la construction des représentations corporelles du sujet à différents niveaux. La douleur vient faire effraction dans le corps et le psychisme de l'enfant. Prenant toute la place dans les processus de perception du sujet, elle vient inhiber les autres expériences sensorielles. Les réactions comportementales de repli et d'évitement des expériences motrices viennent limiter encore plus les explorations sensori-motrices nécessaires à la constitution du schéma corporel.

Ces réactions vont aussi venir perturber les interactions sociales. En effet, à l'attitude de repli de l'enfant s'ajoute la difficulté émotionnelle de l'entourage à s'identifier à cet enfant douloureux ce qui peut entraîner de leur part une attitude de retrait.

Enfin la douleur par l'aspect traumatique qu'elle contient met à mal le sentiment de continuité d'existence. A la place de la construction naissante du Moi s'installe un état de fragmentation.

Pour Danielle RAPOPORT :

« Or, qu'une faille, qu'une négligence, qu'une souffrance s'inscrivent dans la qualité de cette continuité psychique et de cette perception de soi et de l'autre, et c'est tout le sentiment d'existence du bébé qui est atteint, associé à sa confiance naissante en soi et en l'autre. »,
« Le bébé fait alors l'expérience d'une rupture dans la continuité de sa vie, et envahi par la colère, la régression, puis la dépression et la désintégration de la structuration encore vulnérable de son moi, il perd la continuité de son sentiment d'existence. » [2007, p19-21]

d. Explorations et motricité de base perturbées

Catherine POTEL définit des jeux sensori-moteurs « *qui découlent des impressions que l'enfant reçoit* » et des jeux psychomoteurs « *c'est à dire les expériences que l'enfant vit et éprouve dans son corps et par sa motricité, expériences qui vont le construire dans son psychisme* ». [2015, p133]

Selon elle :

« *Ces expériences sensori-motrices et psychomotrices essentielles vont permettre à l'enfant « d'entrer dans l'espace », de l'investir, d'y trouver sa place, de l'habiter, d'organiser son corps et de l'expérimenter dans un espace à trois dimensions, de façon très concrète et subtile.* » [ibid]

Lorsque le corps de l'enfant est touché par le handicap, sa motricité de base en sera entravée. L'ensemble des sensations proprioceptives, extéroceptives ou kinesthésiques en sera limité. Les jeux sensori-moteurs et psychomoteurs permettant l'exploration d'autrui, de l'environnement et de soi seront réduits quantitativement et qualitativement. Cela constitue une limitation de l'investissement et appropriation de son corps propre par l'enfant. Les schèmes de base d'enroulement, torsion et redressement dont nous avons vu l'importance dans la construction d'une organisation physique et psychique seront eux aussi affectés.

Ainsi, au travers du handicap moteur et de ses répercussions, l'enfant pourra éprouver des troubles de la constitution de ses représentations corporelles. Nous avons identifié la possibilité d'une défaillance dans la perception d'une enveloppe corporelle et dans l'intégration des différentes parties du corps en un tout uni. Sans cette perception permettant à l'individu de se constituer l'enfant sera la proie de vécus d'angoisses corporelles.

3. Angoisses corporelles

Les angoisses corporelles archaïques apparaissent à la naissance chez tous les enfants. La rupture avec l'état antérieur est vécu comme un traumatisme. Le bébé passe en effet d'un milieu liquidien dans la contenance de l'enveloppe utérine à un milieu aérien soumis à la pesanteur. Ce changement brutal du vécu sensoriel entraîne la perte du sentiment d'enveloppement. Pour Geneviève HAAG [1989], cet

état est marqué par l'impossibilité pour les bébés d'être dénudés. Les trois grandes manifestations de malaises néo-nataux sont les cris, les trémulations et les raidissements. Il suffit ainsi de poser un simple linge sur la peau de l'enfant pour que ces angoisses et ces manifestations diminuent.

Différentes angoisses corporelles existent : les angoisses de chute, de liquéfaction, de morcellement, de vidage ...

Chez l'enfant bien portant, ces angoisses s'atténuent au fur et à mesure de la constitution du Moi-corporel et de son sentiment d'enveloppe. Pour Geneviève HAAG : « *Cette peau est indispensable pour démarrer le théâtre interne du monde psychique. ... Elle permet de se sentir à l'abri des angoisses corporelles les plus primitives* ». [1989]

En l'absence d'une constitution d'un Moi-corporel fiable avec des enveloppes contenant, toute stimulation interne ou externe pourra être perçue comme un envahissement, une agression de la vie corporelle et psychique du sujet. Or, nous avons vu qu'à cause du défaut de sensations extéroceptives et proprioceptives, des difficultés d'acquisition des schèmes de base, de la douleur, des actes médicaux intrusifs, des troubles toniques ou encore de la rupture des relations précoces, l'enveloppe corporelle de l'enfant en situation de handicap moteur est fragilisée. Ce manque de limites entretient donc les angoisses corporelles.

De plus, lorsque l'enfant grandit, il est confronté à de nouvelles angoisses liées à l'insécurité et l'impuissance.

L'insécurité est provoquée par le sentiment qu'en se dérochant à sa maîtrise, à son contrôle, son corps le trahit. En plus des possibilités limitées, ses mouvements sont soumis à des spasmes ou contractures variables selon le moment et la tâche à accomplir.

Lucas, 4 ans, né avec une prématurité extrême à 26 semaines d'aménorrhée, présente une infirmité motrice cérébrale avec un tableau de quadriparésie spastique. Chacun de ses gestes est limité voire empêché par des mouvements involontaires liés à sa spasticité. Cet empêchement est variable en intensité selon son état émotionnel. Ces difficultés l'empêchent d'accéder à la station assise, la verticalité et les praxies fines autonomes.

Dans cette situation, comment se représenter comme sien un corps qu'on ne contrôle pas ? Comment élaborer un schéma corporel et une image du corps stable et fiable ?

Pour GARELLI, LEPAGE et MISTELI : « *L'instrument corporel est à la fois défectueux et non fiable. Par le fait même sont rendus fragiles et aléatoires le contrôle, la maîtrise du monde extérieur.* ». [1974] Un sentiment d'insécurité générateur d'angoisse s'installe alors.

L'impuissance, quant à elle, résulte de l'impossibilité d'expérimenter la distanciation volontaire. Lorsque l'enfant grandit, il apprend à se séparer physiquement, à être seul. Cependant, il sait que lorsqu'il le souhaite il pourra retrouver l'autre et se réassurer. Pour l'enfant entravé dans sa motricité, la distanciation n'est pas éprouvée dans la liberté mais lui est imposée. Il ne peut ni s'éloigner, ni se rapprocher de l'autre volontairement. « *Sa solitude, loin d'être une conquête, prend la figure d'un abandon et son retour à l'autre est plus une possession qu'un échange, une relation partagée.* » [Ibid]. L'impuissance de l'enfant est donc source d'angoisse.

Nous venons de voir comment le manque d'une enveloppe corporelle contenante est à la base du maintien d'angoisses archaïques. Cependant nous pouvons nous demander : Quelles peuvent être les conséquences de la non-intégration de cette fonction si importante pour la constitution du sentiment continu d'exister et l'individuation ?

4. Compensations pathologiques

Face au défaut de constitution d'une enveloppe corporelle unifiée et aux angoisses corporelles associées, des conduites compensatoires peuvent se développer afin de maintenir un sentiment d'unification. Nous allons donc étudier les fonctions de l'hypertonie et des stéréotypies.

a. Hypertonie

L'hypertonie est caractérisée par un tonus musculaire anormalement élevé et par une augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif. Lors de l'évaluation du tonus on peut constater une diminution de l'extensibilité et du ballant. Dans le cadre d'un handicap moteur d'origine cérébrale, l'hypertonie peut être liée à une atteinte pyramidale ou extra-pyramidale. Cependant elle peut également se retrouver chez l'enfant n'ayant pas construit un Moi suffisamment solide et contenant. Le bébé consolide alors son enveloppe contenant par la formation d'une carapace tonique.

Esther BICK est la première à théoriser l'idée de la peau comme contenant de soi. Cette idée sera ensuite reprise par de nombreux auteurs comme ANZIEU. Esther BICK souligne que la jonction entre les différentes sensorialités et les portages et enveloppements amenés par les objets parentaux, amène à un sentiment d'être. Lorsque cette expérience de rassemblement interne est défailante l'enfant va se raccrocher à des sensations qui créeront provisoirement une illusion de rassemblement. [CICCONE, 2001]

Inès, âgée de deux ans, est polyhandicapée et possède des troubles moteurs et sensoriels importants avec des troubles de la vision et de l'audition. Présentant une hypertonie importante, elle n'a pas accès à la station debout mais peut tenir quelques instants en position assise sans soutien. Cependant, dans cette position elle se jette souvent en arrière. Même dans sa poussette ou avec un contact dans le dos, elle pousse dans son dos.

Durant la vie utérine et surtout dans les derniers temps, la surface de contact tactile la plus importante du fœtus est celle du dos qui épouse les courbures de la cavités. Selon Geneviève HAAG [1989], en souvenir de cette expérience précoce, le contact-dos possède une place importante dans le sentiment de sécurité du nouveau-né. Au travers du portage et des soins parentaux ce contact sera également présent et permettra à l'enfant de retrouver cette « sensation basale de sécurité ». Pour Geneviève HAAG et Esther BICK ce besoin de contact-dos serait motivé par l'angoisse corporelle de chute. Ainsi chez Inès dont les troubles moteurs et sensoriels importants compliquent la construction de représentations corporelles stables, on peut penser que le fait de se jeter en arrière est motivé par la nécessité de ressentir ce contact-dos organisateur.

Esther BICK propose l'idée que les perturbations de la fonction « peau-contenant » peuvent conduire au développement d'une formation « seconde peau ». Cette seconde peau, substitut à la fonction contenante de la peau, s'établira sous la forme d'une seconde peau musculaire ou motrice. Le raidissement du corps tout comme l'agitation ont pour objectif la protection du bébé contre les angoisses corporelles. On retrouvera des concepts similaires chez REICH et sa « cuirasse musculaire », HAAG et « l'hyper-serrage » par la tonicité musculaire ou encore ROBERT-OUVRAY et sa « paroi tonique ».

La seconde peau musculaire peut être définie comme une carapace tonique pare-excitante qui protège des agressions extérieures et qui maintient le sentiment d'unité. L'hypertonie sert de contention et permet de retrouver une sécurité de base et le sentiment de continuité d'être. CICCONE et LHOPITAL parlent d'une « *carapace musculaire à laquelle s'accroche l'enfant pour se sentir unifié, rassemblé dans sa vie mentale* ». [2001, p41]

Cependant, l'hypertonie devient pathologique lorsqu'elle ne s'intègre pas dans une alternance avec l'hypotonie de détente. L'enfant va se situer dans un rapport au monde adhésif c'est à dire basé sur des stimulations sensorielles. Cette même nécessité se retrouvera aussi dans le cas des stéréotypies.

b. Stéréotypies

Les stéréotypies sont souvent définies comme des mouvements involontaires, répétitifs, rythmés, sans orientation précise mais ressemblant à des séquences gestuelles ritualisées, touchant la tête, le tronc ou les extrémités.

On voit donc que la conception d'intentionnalité n'est pas envisagée dans cette définition. Or pour CAHEN :

« Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui, n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition. » [2009]

Il s'oppose ainsi à la plupart des définitions, en affirmant que les stéréotypies ont un caractère intentionnel et donc un but.

Tout comme l'hypertonie, les stéréotypies peuvent être vues comme la tentative de formation d'une « seconde peau ». En effet, elles sont à la base de sensations proprioceptives permettant de maintenir le sentiment d'exister.

BULLINGER évoque la recherche envahissante, par certains enfants, de sensations permettant l'organisation de l'image corporelle. Ces stimulations permettent leur existence dans l'ici et maintenant. Pour lui : *« La répétition de l'action et son optimisation, du point de vue des sensations qu'elle suscite, sont la seule issue pour maintenir présentes des représentations fugaces, qui disparaissent dès que l'action est interrompue. »* [2008, p59]

Pour TUSTIN les stéréotypies ont pour fonction de procurer des sensations connues et maîtrisables mais elles ont aussi l'objectif de s'opposer au caractère aléatoire et imprévisible des sensations provenant de l'extérieur. Elles servent donc de pare-excitation permettant de se protéger d'un monde ressenti comme trop envahissant lorsque les limites corporelles ne sont pas bien établies.

Il existe différents types de stéréotypies : les stéréotypies motrices, vocales, sensorielles ou encore auto-agressives. Elles participent au diagnostic des troubles du spectre autistique mais elles ne sont pas spécifiques à ces pathologies. En effet, elles sont également présentes dans le développement normal de l'enfant de manière transitoire mais aussi de manière pathologique dans les cas de déficiences, de Gilles de la Tourette, d'un syndrome frontal ou encore de privations sensorielles.

Tout comme l'hypertonie, les stéréotypies ont une fonction vitale pour certains sujets. Elles permettent de stabiliser l'image corporelle et donc de se procurer un sentiment de soi et de continuité d'existence. De plus, en favorisant la sensation de limites corporelles entre soi et l'extérieur, elles permettent le sentiment d'avoir un corps unifié et différent de l'autre, étape indispensable à la construction du sujet. Cependant, l'hypertonie et les stéréotypies n'apaisent pas de manière durable les angoisses et en privilégiant une modalité sensorielle au détriment des autres, l'enfant se clive de la réalité et de son environnement ce qui entraîne des troubles relationnels.

Dans cette partie nous avons vu qu'au travers des difficultés de relations précoces, des troubles inhérents au handicap comme les troubles toniques, la motricité entravée ou les douleurs, ou encore au travers des investigations du corps nécessaires au soins, les représentations corporelles peuvent être fragilisées. Les limites corporelles sont floues, le corps est vécu comme morcelé. Face à ces vécus corporels, les angoisses archaïques présentes à la naissance ne refluent pas ce qui entraîne des compensations pathologiques pouvant entraver le relation avec l'environnement. Or, le processus d'individuation nécessite la perception d'un corps unifié, stable et fiable pour accéder à la conscience de soi comme un sujet autonome et différencié de l'autre. Nous allons donc voir comment la psychomotricité, par son approche globale du sujet peut intervenir dans la prévention de ces troubles.

Partie 3 : Rôle de la psychomotricité dans l'accompagnement de l'individuation des enfants atteints de handicap moteur

Comme nous l'avons vu, l'individuation est un processus alliant autant le psychisme que le corporel. Le sujet s'identifie comme un individu à part entière au travers des relations précoces, du développement postural, des expérimentations ... Tout ceci permet à l'enfant de se définir des limites stables entre l'intérieur et l'extérieur et donc entre le « moi » et le « non-moi ». Ces limites, à la base d'un sentiment de contenance, permettent une sécurité interne amenant au sentiment continu d'exister. A partir de là, l'enfant possédera suffisamment de confiance en lui pour se séparer puis s'autonomiser de l'objet maternant.

Cependant, la présence d'un handicap moteur peut contrarier ce processus. En entravant aussi bien les relations précoces que les expérimentations et le développement postural, la limitation motrice complique la perception d'un corps unifié, premier maillon du processus d'individuation.

La psychomotricité, par son approche psycho-corporelle du patient, semble toute indiquée pour prévenir les troubles de l'individuation.

I. Psychomotricité et individuation

1. La psychomotricité : une prise en charge globale du sujet

Les termes de « psycho » et « motricité » ainsi accolés montrent l'ambition de la psychomotricité de réduire le clivage corps / esprit longtemps en vigueur dans nos sociétés occidentales. Le patient est considéré sous ses deux dimensions et donc dans toute la complexité du développement d'un sujet. La psychomotricité est au coeur de cette complexité de part son intérêt conjoint pour le fonctionnement moteur autant que pour le fonctionnement psychologique du sujet.

Catherine POTEL insiste sur « *le lien indissoluble avec une fonctionnalité corporelle qui n'est jamais seulement mécanique et anatomique, puisque toujours liée à la vie psychique et imprégnée de désir, de plaisir, de conflits, les trois données de la pulsion de vivre* ». [2015, p105]

En effet, le psychomotricien s'intéresse au corps pour ses aspects moteurs de fonctionnalité, vitesse, précision mais aussi et surtout pour ce qu'il traduit d'intentions, de désirs et d'expressions. L'être humain s'incarne dans son corps au travers de « *ses gestes, ses déplacements et son occupation de l'espace, ses sensations, ses perceptions, ses émotions* » [Ibid]. La psychomotricité s'intéresse donc à l'expressivité du sujet qui en fait un être unique.

Les conceptions actuelles de la psychomotricité montrent l'importance du fonctionnement corporel au travers des fonctions sensori-motrices, toniques et émotionnelles dans l'intégration des fonctions psychiques. Nous sommes des êtres psychomoteurs. La construction psychique du sujet est indissociable de son organisation neuro-motrice. Le corps et le mouvement sont organisés dans le temps et l'espace et mènent à l'organisation psychique de l'individu. Les émotions sont présentes dès la naissance et se manifestent par l'expression tonico-émotionnelle. Les représentations du corps se construisent pas à pas à partir des expériences corporelles. Avoir fait l'expérience de son corps est un préalable indispensable à la capacité, comme le dit ANZIEU, de « se penser pensant ».

On pourrait donc définir l'individuation comme la création d'une organisation psychique autonome à partir des expériences relationnelles et corporelles. Ses troubles semblent donc tout indiqués pour une prise en charge en psychomotricité.

2. Accompagnement des parents

La psychomotricité est une profession qui peut être plus facile d'accès que d'autres pour des parents inquiets ou en souffrance face au handicap de leur enfant. En effet, cette prise en charge ne s'effectue pas dans l'urgence médicale mais souvent au long cours. Elle est également moins intrusive que les nombreux soins médicaux qu'a sûrement déjà vécu leur enfant. L'enfant et sa famille arrivent souvent après avoir effectué un parcours jalonné d'embûches et rencontré de nombreux

professionnels. Le psychomotricien héritera de cette histoire qui influencera bien sûr la prise en charge mais aussi et surtout la façon dont les parents perçoivent leur enfant, orientés par les paroles des uns et des autres qu'ils redoutent ou espèrent voir se réaliser. Le plus souvent, les parents acceptent et contribuent à mettre en place ce dispositif de soin. Il rejoint souvent leur besoin d'agir afin de se protéger de l'effondrement.

Nous avons vu précédemment, que la blessure des parents peut être grande face à la situation de handicap de leur enfant. Les relations précoces peuvent s'en trouver affectées. Par le travail de guidance et d'accompagnement des parents, le psychomotricien peut réussir à prévenir ou réduire ces difficultés.

L'un des concepts majeurs de la psychomotricité est de privilégier l'abord global de la personne plutôt qu'une centration morbide sur le handicap, de valoriser la personne plutôt que la maladie. Or, nous avons vu que certains parents ont tendance à ne percevoir leur enfant que sous le prisme du handicap en oubliant ses particularités et son identité propre mais également en ne percevant pas l'élan de progression qui persiste malgré tout chez lui. En séance de psychomotricité, la présence des parents peut permettre à l'enfant, au travers des propositions qui lui sont faites, de leur montrer ses capacités, sa dynamique évolutive et donc de changer le regard porté sur lui. Il s'agit, d'une certaine façon de retrouver un peu de la capacité de rêverie maternelle. Par ailleurs, le psychomotricien en verbalisant ce qu'il perçoit des vécus de l'enfant permet aux parents de le replacer au statut de sujet. On peut en quelque sorte dire que le psychomotricien prête son appareil psychique aux parents pour détoxiquer des vécus bruts non élaborables comme dans le modèle de BION.

Face au handicap de leur enfant, les parents peuvent se voir occuper de nombreux rôles. Pour l'un des deux parents cela se fait souvent au détriment de la vie professionnelle mais cela a aussi des influences sur la vie familiale et sur leur place de parent. La mise en place d'une prise en charge peut soulager les parents du poids qu'ils peuvent ressentir à l'absence de soutien dans laquelle ils se vivent. Le fait d'assister à des moments d'échanges entre leur enfant et le psychomotricien aura souvent des effets bénéfiques sur la relation parent-enfant en constituant un étayage permettant de redonner une place à chacun. Ainsi, le psychomotricien, en

assumant une partie des soins de l'enfant, permet de ne laisser aux parents que la responsabilité de jouer avec leur enfant et de partager des moments de plaisir.

Ainsi, en organisant la mise en place de situations permettant à l'enfant de retrouver une place de sujet aux yeux de ses parents et en se plaçant dans le rôle de tiers, le psychomotricien peut prévenir les éventuels troubles secondaires et surhandicaps pouvant s'installer.

3. Fonction de contenance

Afin d'aider l'enfant à se constituer des représentations corporelles unifiées assurant un sentiment de sécurité interne, le psychomotricien devra user de ses qualités de contenance. Assurant la fonction de soutien et d'enveloppement du holding maternel permettant l'accès au sentiment continu d'exister, le psychomotricien se positionne comme un repère stable sur lequel l'enfant peut s'appuyer dans la découverte de son unité corporelle. Par son investissement corporel et psychique mettant en jeu le cadre, le toucher, la voix ou encore le regard, il permet de faire éprouver à l'enfant un sentiment de contenance.

a. Le cadre

Afin de créer ce sentiment, un cadre thérapeutique doit être mis en place au travers d'un dispositif contenant, stable et fiable. Il doit être suffisamment ferme et porteur de limites structurantes pour lutter contre la dispersion et les angoisses et suffisamment souple pour permettre une liberté d'exploration et d'expression.

Selon les travaux de Catherine POTELE, le cadre thérapeutique est composé de conditions concrètes et de postulats théoriques.

Les conditions concrètes, qui sont en quelque sorte la base d'un cadre physique, sont :

- Les conditions d'espace qui doit être conçu « *comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* », [2015, p322]
- Les conditions de matériel dont les jeux et objets doivent être choisis pour leur qualité de « *supports aux intégrations et à l'imaginaire* » [Ibid],

- Les conditions de temps qui nécessitent une durée de séance suffisante et régulière afin qu'elles s'intègrent comme des repères.

On peut également citer les conditions d'encadrement, de fonctionnement institutionnel ou les choix de médiations proposées.

Les postulats théoriques forment quand à eux le cadre psychique. Il est nécessaire pour « *garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients* » [2015, p323] et concerne à la fois les hypothèses cliniques de départ, la constitution du projet thérapeutique et l'attitude du psychomotricien pendant les séances.

Le cadre thérapeutique, par sa fonction de contenance, participe à la restauration de la peau psychique de l'enfant, lui permettant de se vivre dans son corps en toute sécurité. Catherine POTEL nous dit ainsi que cette capacité de contenance du psychomotricien « *fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique* ». [2015, p324]

b. Le toucher

De part son implication corporelle, le psychomotricien est amené à toucher et être touché en retour. De part le dialogue tonico-émotionnel qui se met en place il pourra adopter différentes qualités de toucher selon ce qu'il perçoit du patient. Celui-ci pourra alors être tour à tour doux, enveloppant, ferme ou contenant...

Le contact peut n'intéresser qu'une partie du corps pour informer d'une sensation précise ou bien se faire plus global à partir du massage. Le toucher peut également rechercher la sensation de « dur » du corps par de légères percussions osseuses avec l'intention de faire prendre conscience de la solidité corporelle. En psychomotricité le toucher participe au sentiment de sécurité.

Le portage et le toucher en psychomotricité participent aux mêmes fonctions que celles du holding et handling des soins de maternage. Le contact corps à corps participe à la création d'un sentiment d'enveloppe, d'un Moi-peau attestant la limite entre intérieur et extérieur. De part son aspect contenant et sécurisant il permet à l'enfant de vivre son corps comme rassemblé et participe donc au sentiment de globalité et d'unité corporelle.

c. La voix

La voix du thérapeute joue un rôle important de contenance. D'ailleurs ANZIEU a défini le rôle de l'enveloppe sonore dans la constitution du Moi-peau. En séance, le psychomotricien par la fluidité de sa voix instaure un bain de parole amenant le patient à se figurer la présence d'une enveloppe psychique. Cette enveloppe continue pourra contenir les angoisses et permettre au sujet d'expérimenter sa propre continuité d'existence.

Cette qualité contenante de la voix pourra être accentuée par l'expression de ses capacités d'empathie. Les capacités d'identification, d'écoute, de compréhension et de guidance du thérapeute pourront avoir des répercussions sur la prosodie de la voix instaurant chez le patient un climat de confiance. Le fait de moduler sa voix permet en effet de faire écho aux ressentis du patient et ainsi de porter et accompagner le sujet dans ses mouvements physiques et psychiques.

d. Le regard

Le regard possède une fonction de communication mais aussi d'étayage et de portage. Il renvoie lui aussi à la fonction de holding. Même sans contact physique, il possède un rôle de soutien bien illustré par l'expression : « Je ne le lâche pas des yeux »

En effet comme le toucher ou la voix, le regard possède une fonction d'enveloppement et de rassemblement. Le regard est un organisateur psychique. Par sa fonction de miroir définie par WINNICOTT, c'est par le regard de sa mère que le nourrisson se perçoit. Il permet la construction d'une image de soi distincte et différenciée. Ce serait dans le regard de l'autre que l'enfant vérifierait son existence et son unité.

En psychomotricité, le regard porté sur l'enfant rappellera ces premiers regards. Par sa qualité de présence, ses regards bienveillants et constructifs, le psychomotricien accompagnera l'enfant dans la construction de son image du corps et de son identité.

Ainsi, le psychomotricien par la mise en place d'un cadre thérapeutique, par son toucher, sa voix et son regard installe les conditions propices à un sentiment de contenance permettant à l'enfant des explorations et expérimentations en confiance.

4. L'expérimentation : base de l'individuation

Catherine POTEL parle de « *manque à être* » pour décrire la « *difficulté à devenir soi, à s'investir comme sujet, à remplir son corps* ». A partir de médiations corporelles, artistiques ou expressives, elle explique alors que la psychomotricité peut permettre l'accès à un « *sentiment de soi plus juste* ». [2015, p225]

Quelles que soient les limitations motrices de l'enfant, il semble primordial de travailler sur son corps et sa motricité. Le psychomotricien doit favoriser des activités permettant à l'enfant de vivre différents mouvements, perceptions et sensations. Il doit l'accompagner dans l'appropriation de son corps et dans la découverte de nouvelles expériences lui permettant de continuer à se construire.

Ces expériences peuvent être vécues de manière passive, par exemple par des stimulations sensorielles extéroceptives, mais il est également important que l'enfant en soit aussi l'acteur. En effet, BULLINGER [2008] précise que pour que les expériences sensori-motrices alimentent le processus de représentation, l'enfant doit être en situation active, de façon à contrôler les flux de son environnement. Dans les deux cas elles doivent participer à la construction de représentations corporelles unifiées au travers d'activités favorisant des sensations extéroceptives et proprioceptives.

A partir des postulats théoriques sur le rôle du corps et du mouvement dans le processus d'individuation que nous avons présentés plus tôt et afin d'accompagner un sentiment de soi stable plusieurs axes de travail peuvent être mis en place :

- Dans le recherche d'un sentiment de sécurité de base et la constitution d'une enveloppe corporelle contenante et fiable, il est intéressant de proposer à l'enfant des mouvements d'enroulement, fondamentaux dans la construction d'une identité sécurisante. En effet, ils sont à la base d'une contenance, d'un retour vers soi et d'un sentiment d'exister. Par leur alternance avec le déroulement, ces

mouvements permettent à l'enfant de ressentir la différence entre le dedans et le dehors.

- Dans un objectif de permettre à l'enfant d'explorer et découvrir son propre corps, il est important de proposer des activités motrices à l'enfant. Celles-ci vont permettre la conscience de soi grâce aux sensations kinesthésiques et proprioceptives. En plus de ces sensations, grâce au mouvement, l'enfant expérimente son corps, ses possibilités et ses limitations. Il développe ainsi une compréhension de son propre corps permettant ensuite de l'habiter pour se créer une identité.

- Afin de favoriser une perception unifiée de son corps, il s'agit de mettre en place des expériences sensori-motrices globalisantes mettant en lien le haut et le bas du corps, l'espace droit et l'espace gauche. Ces expériences peuvent se développer sous la forme d'enroulement, d'enveloppement ou de portage. Des activités mettant en jeu des coordinations croisant l'axe médian permettent également de relier les espaces.

- Nous avons également relevé que le tonus possède des qualités de conscience de soi, d'unicité du corps et de relation. Or, dans le cas d'un handicap moteur celui-ci peut être altéré. L'alternance entre l'hypertonie et l'hypotonie nécessaire à l'intégration des représentations corporelles et à la découverte de l'environnement pourra être entravée. Il sera donc important d'agir sur cette régulation tonique en favorisant des activités jouant sur cette alternance.

- Enfin, dans un objectif de différenciation et d'affirmation de soi, nous pouvons agir sur l'accès à la verticalité et la distanciation. La verticalité, même si ce n'est qu'en position assise, permet de se placer face à l'autre et de s'affirmer comme un individu. La distanciation permet la différenciation, permet de se vivre comme un individu autonome dans une « dé-fusion » des corps. Les jeux à tour de rôle et face à face permettent par exemple de se vivre comme un sujet séparé, différencié et autonome.

Pour Bernard GOLSE, le bébé a besoin, pour se développer, d'un « *double ancrage corporel et interactif* ». Pour s'approprier son corps, le bébé a autant besoin d'expériences corporelles que d'expériences interactives. Il a besoin d'expériences du corps mises en sens, racontées par son entourage. La conscience du corps ne vient au bébé que parce qu'il y a quelqu'un qui le lui raconte de manière congruente. En psychomotricité, il sera important de mettre en mots et donc mettre en sens les expériences et éprouvés de l'enfant. Comme dans le modèle de BION, il s'agira de détoxifier pour l'enfant des vécus corporels qui ne font encore sens pour lui. Le psychomotricien doit donner du sens, rendre pensable ce qui ne l'était pas.

De plus, les notions de plaisir et de jeu seront essentiels pour que l'enfant s'approprie son corps.

Pour Catherine POTEL : « *Le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en matière symbolique.* », « *Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation* ». [2015, p348]

Le jeu et le plaisir sont des approches fondatrices de la psychomotricité. Afin de favoriser un vécu corporel unifié et différencié, il est important que l'enfant prenne conscience du plaisir que peut amener le fait d'évoluer, d'expérimenter et d'agir avec son corps. La déficience motrice peut être un frein dans sa quête d'autonomie, d'échange et de plaisir de jouer. Le psychomotricien va donc tenter de favoriser à nouveau la part active de l'enfant pour faire de nouvelles découvertes.

Le psychomotricien propose ainsi, dans un cadre sécurisant et contenant, des expériences corporelles et sensorielles dans lesquelles l'enfant découvre son corps. La psychomotricité a donc pour objectif la construction d'une image du corps unitaire, premier maillon du sentiment d'existence et de l'individuation. A partir de l'appropriation de son corps, l'enfant possédera une sécurité de base suffisamment importante pour pouvoir se différencier et se séparer. Il s'agit ainsi de favoriser, chez l'enfant, une conscience de son corps permettant le développement d'un Moi corporel et l'évolution en tant qu'être différencié. La déficience motrice peut entraîner chez les parents comme chez les soignants un désir de réparation, de « normalisation ». Cependant, il faut être attentif à ne pas considérer le handicap comme un retard à combler mais comme un fait auquel l'enfant devra s'adapter et qu'il devra intégrer comme faisant partie de lui. A partir de là, le psychomotricien accompagnera l'enfant dans une vision de lui même comme un sujet n'étant pas

seulement défini par son handicap mais en tant qu'individu à part entière avec ses propres désirs, traits de caractères, expériences et donc avec sa propre subjectivité.

Je vais maintenant présenter les études de cas de deux enfants présents au centre d'action médico-social précoce (CAMSP) où je suis en stage.

II. Rencontre avec Jules

1. Présentation de la structure

Les CAMSP ont un rôle central parmi les acteurs de l'intervention précoce. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans présentant ou susceptibles de présenter des difficultés du développement moteur, sensoriel, intellectuel, psychologique et/ou psychomoteur dont l'origine peut être génétique, neurologique, psychique, malformative ou encore sociale, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Le CAMSP présenté est polyvalent c'est à dire qu'il reçoit des enfants présentant tout type de troubles. Il présente comme missions :

- La prévention du handicap
- Le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps,
- La prévention de leurs aggravations,
- La cure ambulatoire et la rééducation précoce.

Les bilans effectués sont moteurs, psychomoteurs, langagiers, psychologiques et/ou cognitifs. En effet, l'équipe pluridisciplinaire est constituée de médecins pédiatres, pédopsychiatres et de médecins physiques de rééducation, de psychologues, orthophonistes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes, assistantes sociales et secrétaires.

Au terme de ce bilan, l'enfant sera soit réorienté vers un lieu de soin plus adapté, soit accueilli pour une prise en charge adaptée et spécifique, en ambulatoire, au sein du CAMSP.

2. Présentation et anamnèse

Jules, âgé de deux ans et six mois, est le premier enfant d'une fratrie de deux enfants. Son petit frère, âgé de neuf mois, est en bonne santé. Il vit au domicile avec ses parents et son frère. Son père est militaire et part régulièrement en mission de plusieurs mois à l'étranger. Sa mère a, quant à elle, repris le travail à mi-temps après le congé maternité accordé après la naissance de son second fils. Jules est accueilli en crèche trois jours par semaine.

Jules est un petit garçon blond avec un développement staturo-pondéral dans la moyenne malgré un périmètre crânien important. Il possède un regard charmeur et se montre très souriant dans les situations et activités connues. Cependant, comme nous le verrons, Jules peut se montrer très anxieux lors d'activités nouvelles.

Jules est né à terme le 5 novembre 2015. La maman avait comme projet une naissance à domicile. A l'arrivée des contractions la maman contacta la sage femme qui repéra une position en siège. Malgré le départ vers l'hôpital, le travail étant déjà avancé, la naissance dut se faire par voie basse. Or, au vu de la position en siège et du poids de l'enfant (4230g) l'extraction fut difficile. Jules présenta une mauvaise adaptation à la vie extra utérine avec un Apgar à 1 puis 4. Il sera victime d'une fracture d'arrachement de la tête humérale d'évolution favorable après quinze jours d'immobilisation ainsi que d'une lésion médullaire de niveau C7-T1 compliquée d'une hydrocéphalie tri-ventriculaire associée à des kystes médullaires imposant une décompression chirurgicale fin janvier 2016 puis une ventriculo-cisternotomie en février. En mars, une aggravation de l'hydrocéphalie entraînera une nouvelle opération afin de poser une dérivation. Cette opération sera suivie d'une méningite sur valve qui entraînera le changement de la dérivation en mai. Un an plus tard, en mai 2017 celle-ci devra de nouveau être changée dû à sa dysfonction. Il sera également opéré pour la cure d'hernies inguinales bilatérales.

Jules présente une quadriparésie qui est une atteinte des quatre membres par une diminution des possibilités de contraction des muscles. C'est une paralysie incomplète. Jules possède une motricité des membres inférieurs très limitée, sa mobilité du membre supérieur droit est faible. Il manifeste également une attitude asymétrique du cou avec inclinaison gauche, rotation droite. Jules n'avait, au début

de la prise en charge en psychomotricité, accès ni au retournement du ventre sur le dos ni à la station assise autonome. Il possède un corset depuis février 2017, qu'il porte maintenant en permanence afin de prévenir l'aggravation d'une scoliose et d'un bassin oblique. Lors des activités assises, Jules est placé dans un fauteuil coque avec tablette.

Jules est également atteint d'une vessie neurologique qui nécessite un hétéro-sondage toutes les trois heures. Il fut aussi victime d'infections urinaires à répétition.

3. Prise en charge

Jules est pris en charge au CAMSP depuis janvier 2016, à la suite de sa sortie du service de néonatalogie. Il bénéficie d'une consultation pédiatrique tous les quatre mois et d'une consultation pluridisciplinaire tous les six mois.

Jusqu'à octobre 2017, il participe à une séance hebdomadaire de kinésithérapie au CAMSP et, en libéral, à une séance de balnéothérapie ainsi qu'une autre séance de kinésithérapie qui sera arrêtée pour permettre l'ajout d'autres prises en charge.

En septembre / octobre 2017, Jules connu une dégradation de son état général et neurologique, concomitante d'épisodes infectieux urinaires, ORL et post-opératoire. Il perdit certaines acquisitions motrices comme le ramper et le retournement du dos sur le ventre. Face à cette situation, Jules se montre fatigué, anxieux face aux mouvements non maîtrisés, réclame régulièrement de l'aide.

La kinésithérapeute du CAMSP proposa ainsi que des séances de psychomotricité soient mises en places afin de lancer une nouvelle dynamique et que le mouvement devienne pour lui moins inquiétant.

Dans le même temps, une prise en charge en orthophonie fut également mise en place. Le bilan orthophonique révèle une bonne compréhension verbale et des compétences relationnelles satisfaisantes. Jules présente cependant un retard langagier.

4. Prise en charge en psychomotricité

Les trois premières rencontres en psychomotricité ont lieu en novembre 2017. Jules a donc tout juste deux ans. Elles sont l'occasion d'effectuer un bilan au travers de l'observation de l'activité spontanée de Jules et des items du Brunet Lézine. Ces trois séances, comme toutes celles des quatre premiers mois, s'effectueront en présence de la maman.

a. Bilan psychomoteur

Cette évaluation se déroule à la suite d'un épisode marqué par la perte de ses acquisitions motrices et d'une grande fatigue. Il semble se remettre depuis peu et la maman évoque, durant ces rencontres, tout ce que Jules est en train de récupérer. La maman nous raconte également les inquiétudes qu'elle perçoit chez son fils lors des situations de déséquilibre et dans le mouvement en général. Elle fait donc la demande que cela constitue un axe de travail en psychomotricité.

Durant ces séances, la maman se montre très soutenante envers Jules en verbalisant chacune de ses actions, en le sollicitant pour son autonomie (aider à mettre le manteau, enlever son bonnet) ou en l'aidant directement. Cependant, la présence de cette maman a parfois pu empêcher Jules d'effectuer certaines actions, la maman le faisant pour lui. De plus, dans ce contexte de bilan, il me semble que celle-ci éprouve le besoin de nous montrer les compétences de son fils. Elle se révèle très expressive et enthousiaste ce qui a pu parfois prendre beaucoup de place dans le déroulé de la séance.

Au niveau moteur, allongé sur le tapis, Jules s'installe sur le côté droit pour manipuler les objets qui l'intéresse. Il refuse activement l'installation sur le côté gauche. Il peut s'installer lentement en décubitus ventral et se redresser sur ses avant-bras durant une courte période. Il peut pivoter autour de son nombril et effectuer un petit ramper vers l'avant. Jules ne tenait pas assis de façon autonome mais placé en appui sur un module a pu tenir à genoux quelques minutes ce qu'il ne faisait plus depuis la perte de ses acquisitions il y a quelques mois.

Placé sur les genoux de sa maman, nous avons pu observer l'angoisse de Jules face aux déséquilibres. En effet, alors que la maman tentait d'attraper un jouet, celle-ci provoqua un léger déséquilibre dans son portage. Jules se mit alors à pleurer. Il

réussit cependant à être rassuré par le câlin de sa maman et la verbalisation de son émotion.

Jules se montre très centré sur ses manipulations mais apprécie néanmoins les petits jeux corporels et peut se laisser aller à sortir de sa position sur le côté droit. Son périmètre de déplacement est limité par l'hypotonie et le handicap neuro-moteur mais Jules se projette dans l'espace grâce au regard, pointing et déplacement réamorcé depuis peu.

Au niveau des coordinations et manipulations, Jules peut jouer de façon autonome un long moment à manipuler des jouets, installé au sol ou devant une petite table. Il est intéressé par les propositions qui sont faites et se montre très précautionneux et attentif dans ses manipulations. Il a acquis la pince fine au niveau de sa main gauche et manipule surtout avec celle-ci. Il utilise cependant sa main droite comme appui. Il possède une bonne coordination oeil-main. Il empile quelques cubes, enfle des anneaux sur une tige, tourne les pages d'un livre, gribouille, visse et dévisse. Il vide et remplit des contenants et joue à jeter les objets.

Il met en place des petits projets comme ouvrir une bouteille, récupérer le contenu et refermer et reconstitue les boîtes gigognes. Il apprécie de répéter le scénario en acceptant quelques variations proposées.

Jules peut entrer dans des petites histoires courtes avec plaisir mais ne semble pas encore rentré dans le jeu d'imitation ou d'imaginaire.

Jules a donc mis en place des manipulations adaptées aux objets et à ses capacités motrices. Il utilise préférentiellement la main gauche, le membre supérieur droit pouvant servir d'appui.

Au niveau du langage et de la sociabilité, Jules regarde et sourit rapidement à son interlocuteur. Dès la première rencontre, Jules m'adresse d'emblée un grand sourire, la maman m'expliquant en riant qu'il apprécie les blondes. Il n'exprime donc pas d'inquiétude à la rencontre. Il montre du doigt ce qui l'intéresse. Il dit « non » et exprime de manière claire ce qu'il veut ou ne veut pas. Il comprend une défense et s'exprime par de petits sons et quelques mots (maman, lolo...). Certains autres sons différenciés sont reconnaissables par la maman comme des mots précis. La relation est assez fluide avec Jules qui est acteur dans l'interaction. Il recommence des mimiques qui font rire et participe activement et avec beaucoup de plaisir au jeu du coucou / caché.

La conclusion de ce bilan met en évidence que Jules est entravé dans sa motricité mais qu'il a pu mettre en place des capacités de coordinations, posturales et relationnelles adaptées. Cependant, il semble posséder des inquiétudes liées aux mouvements et aux expériences nouvelles. Je fais donc l'hypothèse que Jules possède des représentations corporelles peu fiables liées à la diminution des expériences motrices, à l'accumulation des investigations corporelles et aux régressions motrices qu'il a connu. Cette hypothèse sera étayée par les observations faites durant la prise en charge.

La prise en charge en psychomotricité a donc pour objectif que Jules découvre son corps à partir d'expériences motrices et sensorielles. Le développement de ses représentations corporelles doivent lui permettre d'éprouver un sentiment de sécurité de base lui permettant ensuite de faire de nouvelles découvertes en toute confiance.

b. Déroulement des séances

Comme lors du bilan, les séances de psychomotricité s'effectuent, durant les premiers mois, en présence de la maman. Elle se montre très enthousiaste durant les activités proposées, ayant souvent l'air de s'amuser plus que Jules. De plus, la maman reprend régulièrement, à la maison, certaines activités proposées en séance. Cependant, son énergie peut souvent se révéler envahissante et elle peut régulièrement forcer son fils à effectuer certaines activités dont il a manifestement peur.

Comme nous l'avons vu, l'arrivée d'un enfant en difficulté constitue souvent une blessure narcissique immense pour des parents. La mise en place d'une prise en charge au long cours rejoint souvent leur besoin d'agir et leur lutte contre l'effondrement. Dans cette situation, l'accouchement à domicile a souvent pu être reproché à cette maman par ses proches et les équipes médicales. On peut donc penser qu'une forme de culpabilité peut être ressentie, entraînant chez cette maman un surinvestissement de sa position lors des séances.

Un des aspects important de la mise en place d'une prise en charge est de donner la possibilité aux parents de retrouver leurs places de parents. En effet, ils se voient souvent occuper tous les rôles pour se protéger d'une souffrance, lutter contre

une culpabilité insupportable et pallier l'absence de soutien qu'ils peuvent ressentir et que l'on peut très bien imaginer chez cette maman vivant la majorité de l'année seule avec ses deux enfants. Le fait, pour les parents, d'assister à des moments d'échanges entre l'enfant et le psychomotricien aura, le plus souvent, des effets bénéfiques sur la relation parents-enfant. Ces situations pourront donner un appui, constituer un étayage, permettant au parent de retrouver sa juste place auprès de son enfant.

Au fur et à mesure, la maman de Jules trouvera une place de plus en plus ajustée afin de soutenir son fils tout en le laissant faire ses propres expériences. En mars, elle décidera même de laisser Jules venir seul en séance.

Chacun des mouvements et explorations motrices de l'enfant, qu'ils soient réflexes ou volontaires, lui procurent des informations sensorielles lui permettant d'élaborer des représentations corporelles possédant des limites stables et ainsi d'éprouver un sentiment de cohésion rassurant. Or, Jules possédant une sensibilité des membres inférieurs et une motricité limitées, certaines sensations extéroceptives comme proprioceptives sont diminuées. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce déficit de sensations entraîne un défaut de conscience d'un corps uni possédant des limites corporelles fiables. De plus, les nombreuses opérations, investigations et appareillages corporels que Jules a subi, ainsi que les régressions motrices qu'il a dû vivre, participent également à ce manque de confiance en un corps solide et stable. Ceci peut entraîner certaines angoisses corporelles qui peuvent, peut être, expliquer les inquiétudes de Jules vis à vis du mouvement.

Sous forme de rituel, toutes les séances commencent donc par un réveil corporel, au sol, avec le passage sur tout le corps d'une balle à picot. Cette activité se déroule face au miroir de manière à ce que Jules puisse observer son corps lors du passage de la balle au niveau du corset et de ses jambes afin de compenser, par le visuel, le déficit de sensations tactiles. Ce rituel permet, ainsi, un travail sur le schéma corporel et les limites du corps tout en mettant en sens les sensations au travers de la verbalisation des parties du corps.

Face à cette activité, Jules se montre très attentif. Il participe parfois en tenant la balle et en la passant lui-même sur certaines parties de son corps. On peut aussi

l'observer manipuler ses mains entre elles. Il accepte volontiers de se tourner pour permettre le passage de la balle dans son dos et semble très intéressé par cette partie du corps. Jules paraît donc être dans une découverte confiante de son corps.

A partir du mois de mars, Jules fit de nombreux progrès moteurs. Il recommence à ramper et commence à acquérir la station assise autonome. Ces nouvelles acquisitions ont entraîné chez lui un nouveau point de vue, une nouvelle vision de l'espace et de ses possibilités. En effet, Jules commence, en découvrant l'espace de déplacement, à s'intéresser aux objets placés dans la pièce. Il réclame ainsi des jeux qu'il aperçoit. Ces nouveaux intérêts permettent d'intégrer aux séances des activités motrices plus globales et actives. Au travers de jeux de ballons et cerceaux, Jules exerce sa motricité globale, sa préhension, structure son schéma corporel et sa perception de l'espace.

Il est important pour tous les enfants, mêmes ceux possédant une motricité réduite, de commencer, dès le plus jeune âge, à explorer l'espace avec toutes leurs modalités sensorielles et motrices. Effectivement, non seulement les expériences sensori-motrices, telles qu'elles sont définies par PIAGET, contribueront à la découverte de leurs corps comme premier référent spatial mais elle permettront également l'organisation de la vie psychique.

Les différentes actions et jeux de l'enfant sont aussi l'expression de ses vécus internes. Lors d'une séance, Jules montra son intérêt pour les cerceaux. Une fois le cerceau en main sa première utilisation de celui-ci fut de le placer autour de lui. Cette action peut démontrer sa recherche de limites et de contenance.

La deuxième partie de la séance se déroule à la table mais la nouveauté des activités proposées semble davantage inquiéter Jules. Celui-ci est placé dans son fauteuil coque avec une tablette placée devant lui. Cette position permet la réalisation d'activités de manipulation. Celles-ci ont pour objectifs l'augmentation des capacités de manipulations, de motricité fine, dans une utilisation coordonnée de ses deux membres mais elles permettent également de faire la découverte d'activités nouvelles dans un cadre contenant.

Durant les premières séances, le choix avait été fait d'utiliser la pâte à modeler permettant la manipulation d'un médium malléable nécessitant peu de force musculaire. Or, face à la nouveauté de cette matière Jules ne voulu pas, même après plusieurs séance, toucher à la pâte. D'autres activités ont été soumises comme le mais soufflé, la peinture... Cependant face à toutes ces propositions, il se montre inquiet, tente de détourner l'activité en montrant son envie de jouer à d'autres jeux et finit souvent en pleurs. De plus, face à des émotions d'inquiétude, d'angoisse, Jules a beaucoup de difficulté à s'apaiser. Cet état émotionnel peut en effet durer de longs moments et empêcher le déroulement serein du reste de la séance et même de la séance d'orthophonie se déroulant à la suite.

Jules ne semble pas posséder une sécurité interne suffisante pour appréhender la nouveauté de façon confiante. Avec ma maitre de stage nous essayons donc d'accompagner ces découvertes par la mise en mots des situations et des éprouvés. Dans un cadre contenant nous tentons progressivement de l'amener à effectuer des expériences nouvelles.

Au travers des activités de manipulations, au fil des séances, nous pouvons observer l'utilisation de plus en plus automatique et efficiente de son membre supérieur droit comme soutien. Lors d'une séance où un miroir avait été placé face à lui lors de la réalisation d'un dessin afin qu'il puisse mieux observer ses coordinations (l'absence de tablette inclinable et l'impossibilité pour Jules de se pencher vers l'avant en raison de son corset complique parfois ses manipulations, celui-ci ne pouvant bien voir ce qu'il fait), il fut très intéressé par ses mains au point de tenter de gribouiller avec sa main droite, chose qu'il n'avait jamais faite auparavant.

c. Conclusion et objectifs futurs

Jules présente des comportements qui semblent révéler une fragilité du sentiment de sécurité interne. Cette situation peut être expliquée par un vécu corporel lié à des entraves motrices importantes, une grande dépendance dans tous les actes du quotidien, de nombreuses opérations et investigations corporelles ainsi que la survenue de périodes de régression motrice non contrôlables. Tous ces aspects l'amènent certainement à se représenter son corps comme fragile,

persécuteur et incontrôlable. De plus, en limitant sa motricité et donc ses sensations corporelles son handicap restreint sa perception d'un corps unifié. Face à ces perceptions, Jules présente des angoisses corporelles liées au mouvement ainsi qu'une crainte des situations nouvelles dont il pense surement qu'elles présentent un danger pour son intégrité corporelle et donc son identité. Chaque activité nouvelle porte la possibilité de l'envahir, l'agresser, le détruire. Jules est habité par la crainte que son intégrité corporelle soit mise en péril.

Dans un milieu contenant, Jules commence donc à découvrir son corps, éprouver sa motricité et explorer de nouvelles activités. En les lui faisant découvrir de manière très progressive, Jules commence à accepter les jeux proposés comme la peinture. En lien avec ses progrès moteurs, Jules se révèle de plus en plus comme un petit garçon joueur, même farceur, et affirme son identité.

L'objectif de la prise en charge réside donc dans le fait que le mouvement ne soit plus vécu par Jules comme une expérience angoissante mais comme une multitude de possibilités pouvant l'amener à éprouver du plaisir et à accéder à une forme d'autonomie. Pour cela, il faudra l'amener à consolider ses représentations corporelles. Les expériences motrices et sensorielles, passives comme actives, doivent l'amener à percevoir son corps comme un tout possédant des limites stables et solides. Cette perception l'amènera certainement à éprouver une sécurité interne lui permettant d'accéder de façon confiante à la nouveauté, à l'exploration du monde et à une individuation affirmée.

III. Rencontre avec Tom

1. Présentation et anamnèse

Tom est âgé de quatre ans. Il est le deuxième enfant d'une fratrie de deux enfants et possède donc une grande soeur. Ses parents sont séparés et sont en très mauvais en terme. En effet, ils se battent actuellement en justice pour la garde des enfants, la maman voulant refuser au père son droit actuel de garde pendant les vacances scolaires. D'après ses dires, il semblerait qu'il soit alcoolique, qu'il l'ait menacé avec une arme alors qu'elle portait Tom, bébé, dans ses bras et qu'actuellement il ne porte aucun intérêt à son fils ne lui adressant pas la parole et oubliant parfois les prises en charge. Nous n'avons jamais rencontré le papa.

Tom est un petit garçon blond avec un développement staturo-pondéral dans la moyenne des enfants de son âge. Il porte des lunettes et aime mettre du gel dans ses cheveux. Tom possède cependant des difficultés relationnelles importantes. Il ne regarde presque jamais les gens et ne communique que très peu. Il est de plus assez intolérant à la frustration.

Tom est accueilli en crèche. La psychologue de cet établissement le décrit comme plutôt solitaire avec des difficultés claires en communication et des jeux plutôt pauvres. Elle explique également qu'il n'anticipe pas les obstacles et chute volontiers ce qu'elle explique par des problèmes de conscience de son corps et de l'espace.

Tom est né le 15 avril 2014 à trente semaines d'aménorrhée à la suite d'une rupture prématurée des membranes ce qui fait de lui un grand prématuré. Il resta un mois et demi dans le service de néonatalogie puis subit des problèmes de bronchiolite dans les suites du retour à domicile.

Tom est atteint d'infirmité motrice cérébrale avec diplégie spastique encore appelée syndrome de Little.

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est liée à une lésion cérébrale survenue dans la période anténatale ou périnatale. Les causes les plus fréquentes d'IMC sont la prématurité ou une souffrance du nouveau-né pendant l'accouchement. La lésion

touche un cerveau encore en maturation et entraîne un trouble moteur non évolutif. A ces troubles moteurs peuvent s'associer des difficultés spécifiques des fonctions supérieures qui peuvent gêner les apprentissages. Le syndrome de Little est une forme particulière d'IMC où les troubles moteurs prédominent sur les membres inférieurs.

Tom a acquis la marche à vingt mois. Il porte actuellement des bottes de marche et des bottes de nuit. Avec ses bottes, sa marche est plutôt efficiente. Pieds nus, il a une tendance à une marche digitigrade c'est à dire sur la pointe des pieds mais debout, immobile, il est capable de poser les pieds à plat. Cependant, ses capacités motrices et ce qu'il en laisse paraître ne sont pas totalement en accord. En effet, selon sa kinésithérapeute, sa spasticité, même si elle est existante, est assez faible, or, au vu de sa motricité globale Tom paraît très hypertonique.

2. Prise en charge

La première consultation au CAMSP date de janvier 2016. Il est suivi par le médecin physique et de réadaptation.

Des injections de toxine botulique lui sont faites afin de réduire la spasticité.

Il est suivi par une kinésithérapeute deux fois par semaine et fait également de l'équithérapie.

Un bilan orthophonique a été réalisé en juin / juillet 2017. Tom avait alors trois ans et trois mois. Celui-ci révèle des difficultés massives à entrer en relation avec un adulte qu'il ne connaît pas. Il est également très empêché pour exprimer ses désirs, sa frustration autrement que par des gestes ou vocalisations. Il utilise quelques syllabes différenciées avec une communication correspondant à un enfant de douze mois. Il présente une fragilité de l'attention conjointe qu'il n'initie jamais et qui correspond à un enfant de neuf mois. Il démontre des interactions sociales d'un enfant de quatorze mois. Enfin, en raison de la difficulté d'approche de Tom qui se montre peu coopérant voire frustré par certaines situations, la compréhension n'a pas pu être testée mais l'orthophoniste relève qu'il ne réagit pas à son prénom.

3. Prise en charge en psychomotricité

a. Bilan psychomoteur

Le bilan a été effectué entre juillet et septembre 2017. Tom a donc trois ans et cinq mois.

Au niveau moteur, Tom est pénalisé sur le plan global et gestuel. Il effectue peu de mises en jeu globales même si celles-ci s'enrichissent au troisième rendez vous. Il présente des manifestations toniques qui ne peuvent pas être expliquées seulement par le handicap moteur. Les coordinations et manipulations sont elles aussi limitées. La préhension est toujours palmaire et les gestes sont peu affinés.

Tom possède un intérêt faible pour les jeux, et les activités qu'il investit, comme le dessin, sont principalement effectuées dans une recherche sensori-motrice.

Il présente des difficultés relationnelles importantes. En effet, il ne croise pas ou peu le regard, ne communique par des sons que pour montrer son mécontentement, et ne semble intéressé par son entourage que dans un but fonctionnel (l'aider à enlever ses chaussures, enlever le capuchon du feutre ...). De plus, il se révèle assez intolérant à la frustration. Face à une situation qui dépasse ses compétences ou face à un interdit il jette ses lunettes puis se jette par terre en hurlant.

L'échelle de développement psychomoteur du Brunet Lézine conclue que Tom présente le développement d'un enfant de quatorze à dix-sept mois.

De plus, Tom paraît être dans une recherche de limites que l'on observera durant le bilan mais surtout au cours des séances qui suivront. Limites corporelles d'abord, avec la recherche de sensations corporelles. Il s'amuse souvent à sauter pour retomber sur ses genoux, à se jeter sur des ballons, à grimper... Toutes ces situations l'amènent régulièrement à des mises en danger. On peut aussi l'observer dans une recherche de contenance en s'enroulant dans un tapis, en se mettant sous un banc ... Limites du cadre ensuite, en tentant d'enfreindre tous les interdits posés.

Enfin, Tom semble être dans une indifférenciation de temps et d'espace. Il évolue dans une continuité sans fin passant d'une activité à une autre au gré de ce

qu'il voit ou entend sur son chemin. Il semble également être dans une indifférenciation entre soi et les autres. S'il voit quelqu'un avec un objet, il est fréquent qu'il abandonne son activité pour prendre l'objet des mains de cette personne puis l'utiliser.

Ce bilan met en évidence, outre des difficultés motrices inhérentes à son handicap, des manifestations montrant la fragilité de ses représentations corporelles. En effet, les activités sensori-motrices, les recherches de limites, de contenance sont autant de tentatives d'éprouver des limites corporelles stables et unifiées. Son hypertonie comportementale peut également être comprise comme une tentative de rassemblement du corps. Contrairement à Jules, qui malgré des limites corporelles également poreuses réussit à mettre en place des capacités relationnelles efficaces, Tom présente de grandes difficultés à s'identifier comme un sujet différencié de l'environnement et des autres.

Les objectifs de la prise en charge seront donc la constitution d'une enveloppe corporelle stable, la différenciation des temps et des espaces, l'entrée en relation et la détente corporelle. La réalisation de ces objectifs a pour but de permettre à Tom de se réaliser comme un sujet à part entière possédant sa propre subjectivité.

b. Déroulé des séances

La prise en charge débuta en janvier 2018 au rythme d'une séance par semaine.

La première observation que l'on peut faire chez Tom, et ce dès son arrivée dans la salle d'attente, est sa façon d'agir dans une indifférenciation du temps et des espaces. Fréquemment il rentre dans la salle avant d'y être invité et alors que la porte est fermée. Il lui est également arrivé de sortir de la salle pour se rendre dans le secrétariat ou d'autres salles de l'établissement. En l'observant on a l'impression que le CAMSP est pour lui un grand espace sans frontières ni limites.

Cependant, une fois dans la salle et durant les premières rencontres, Tom éprouvait visiblement le besoin de tester ces limites. Lors d'une des premières séances, il fit le tour de la salle enfreignant tour à tour chacun des interdits posés

(taper sur le clavier de l'ordinateur, allumer et éteindre la lumière, grimper sur le rebord de la fenêtre ...). Cette activité semblait autant constituer la délimitation des limites physiques de la salle que la vérification de la solidité des limites posées par son environnement. On pourrait donc voir dans ces attitudes le signe que Tom commence à intégrer les notions de limites et de différenciation, surtout qu'il semble également intéressé par tous les systèmes d'ouverture et fermeture des portes, des livres... Dernièrement il tentait de refermer le tunnel à l'aide des ficelles qui pendaient sur le côté. Après des situations d'excitation et à plusieurs reprises il s'est placé de lui-même sous un banc ou s'est enroulé dans une couverture recherchant manifestement une contenance lui permettant de se sentir regroupé. On voit donc bien comment ce petit garçon met en place des activités propres à symboliser sa recherche de fermetures, de limites, de contenance.

Afin de soutenir cette construction de limites, nous proposons des activités dans des espaces délimités comme la table ou sur le tapis. Nous allons également régulièrement jouer dans la cabane. Cette différenciation des espaces s'accompagne aussi d'une différenciation des temps. Chaque activité se doit d'avoir un début et surtout une fin. Par exemple lorsque l'on fait du dessin, activité qui montre également sa recherche de limites lorsqu'il se dessine sur la peau, la fin est marquée par le fait que chacun raconte ce qu'il a dessiné. Il est important de marquer la fin de l'activité car on a l'impression que Tom pourrait jouer des heures au même jeu sans aucune modulations. On tente donc d'introduire également des variations dans son activité afin de briser cette linéarité temporelle dans laquelle il se situe. En jouant avec des instruments de musique, activité qu'il apprécie beaucoup, nous ajoutons des poses, des ruptures, des variations de vitesse, de volume sonore.

Comme nous l'avons, Tom est dans une recherche de limites, dans l'environnement physique mais aussi dans son propre corps au travers de la recherche de sensations. En s'écrivant sur le visage, en sautant, en grim pant, en se jetant sur le sol sans notion de danger, il tente de maintenir constant le sentiment de soi en recourant à des mobilisations sensorielles. Il manifeste également une hypertonicité permettant également de rassembler par les sensations de dur, de maintien, les différentes parties du corps. Comme dans l'idée de seconde peau musculaire et motrice d'Esther BICK, Tom est à la recherche de sensations qui maintiendront provisoirement l'idée de rassemblement et de continuité d'existence. Au travers de temps calmes instaurés par des histoires ou des chansons, nous

essayons d'amener Tom à un relâchement corporel, à une détente permettant l'intégration sensorielle, le centrage sur soi-même grâce, par exemple, à la capacité d'enroulement. Comme nous l'avons vu avec Suzanne ROBERT-OUVRAY c'est par l'expériences des extrêmes que l'enfant peut construire son Moi-corporel, d'où l'importance d'expérimenter également l'hypotonie.

Afin de soutenir cet éprouvé de limites nous utilisons également des graines servant au transvasement et donc à l'expérimentation de la contenance. Cette médiation peut être rapprochée de la médiation pataugeoire imaginée par Pierre LAFFORGUE et également théorisée par Anne-Marie LATOUR. Celle-ci fait l'hypothèse que l'enfant qui ne peut s'appuyer sur une sensation de contenance corporelle est à la recherche dans son environnement de « conteneurs » physiques. De manière à ce que l'enfant perçoive les limites de son corps il est nécessaire de lui proposer des expériences simples et de l'aider à les mentaliser.

« Il est fondamental que l'enfant puisse établir des liens, des significations à propos de ce qu'il sent afin de comprendre de façon profonde, intime ce qui se passe en lui et pour lui ».
[2009]

Il s'agit ainsi d'utiliser des objets contenant et un médium malléable permettant d'expérimenter la contenance. L'enfant joue à faire rentrer, ressortir, à retenir ou à laisser partir afin de figurer au dehors des préoccupations qui sont en réalité vécues et senties au dedans et que l'enfant ne se représente pas. Ces actions lui permettent d'expérimenter un vécu et de structurer leur image du corps. Cependant, il est nécessaire de mettre du sens sur ces activités. Le risque majeur que court l'enfant et de s'y aliéner. Il convient donc de les réaliser au contact d'autrui. En tant que psychomotricien nous nous devons de mettre des mots sur ce que symbolise l'enfant pour y mettre du sens, pour faire des liens entre une mise en acte et un vécu corporel. Cependant avec de nombreux enfants, en raison de leur rapport très concret à la réalité, les commentaires, bien que nécessaires, ne seront pas suffisants. Nous pouvons aussi imiter l'enfant dans ses manipulations en y ajoutant de légères différences pour que l'enfant s'y intéresse et ne reste pas dans une répétition trop stéréotypée.

Un autre aspect de Tom que l'on remarque rapidement est sa relation à l'autre qui de l'extérieur peut paraître presque inexistante. Il ne regarde jamais dans les yeux, semble pouvoir jouer tout seul pendant des heures, ne réagit pas à la parole de l'autre... Ses seules manifestations à l'intention de l'autre sont quand on le restreint physiquement pour éviter qu'il se mette en danger ou quand il a besoin d'aide pour enlever ses chaussures ou ouvrir un feutre, mais même dans ces cas là il ne semble pas vraiment que cela soit à quelqu'un qu'il manifeste un mécontentement ou une demande mais à des bras qui l'enserrent ou une main qui se trouve à proximité. Cela peut nous faire penser à une relation d'objet partiel, développée par Mélanie Klein, qui suppose que l'enfant n'investit pas l'objet dans sa totalité mais seulement une partie. Cette relation d'objet est présente durant la position schizo-paranoïde qui correspond à l'étape où l'enfant perçoit un monde morcelé où la frontière entre dedans et dehors n'est pas encore délimitée. Tom se place donc dans une indifférenciation et donc fusion à l'environnement entraînant de fait une fusion entre soi et l'autre. Or selon Benoit LESAGE : « *L'étude du sentiment d'identité passe non seulement par la conscience de soi mais aussi par la conscience d'autrui...Pas d'identité sans autrui puisque le sentiment de la présence même d'autrui construit la différenciation entre soi et l'autre, entre soi et son image, entre soi et le monde.* » [2012, p260]

Dans les premières semaines, Tom manifestait une grande difficulté à accepter la frustration ce qui entraînait des crises autant émotionnelles que corporelles. Certaines fois, allongé par terre en pleurs durant de longues minutes elles semblaient même dépasser toutes les capacités psychiques de Tom à se réassurer. Elles ne semblaient pas ne constituer qu'une forme de caprice mais bien la réponse à une émotion attaquant ses capacités psychiques de façon intolérable. Tom n'étant pas sensible à la parole de l'autre, certaines de ces manifestations nécessitèrent, afin de le reconforter, la mise en place d'un portage permettant un sentiment de contenance.

Pour Benoit Lesage : « *Il s'agit de réfléchir à ce qui fait médiation quand le sujet est absent à son corps et que l'Autre n'existe pas. L'engagement corporel du psychomotricien est alors au premier plan, créant ainsi un autre lieu du corps, un autre espace, celui des éprouvés du sujet dans un corps habité.* » [2012, p266]

Afin de favoriser la relation il est d'abord important de préciser à l'enfant qu'en psychomotricité on fait ensemble.

L'objectif est que Tom sorte de sa fusion à l'environnement et à l'autre afin d'édifier une différenciation avec autrui. En effet, pour l'instant Tom semble happé par ce que les autres font autour de lui. Lors d'une séance et alors que l'on utilisait des instruments de musique, dès que je ne jouais pas en même temps que lui, Tom se retournait vers mon instrument pour ensuite le prendre en délaissant le sien. Cette scène se reproduisit plusieurs fois d'affilée. Cela donnait l'impression qu'il ne supportait pas la différence qui pouvait se créer entre nous deux et qu'il tenait à rétablir une fusion en prenant l'objet que j'utilisais.

Pour sortir de cet état indifférencié nous mettons en place des activités se déroulant face à face et à tour de rôle, comme se lancer un ballon. En créant une distanciation, la différenciation et la perception de soi comme un être indépendant peuvent se mettre en place. Au début, cette distanciation peut être médiatisée. Par exemple, lors d'un jeu d'échange de ballon nous avons placé entre nous un tunnel. Celui-ci permet à la fois d'évoquer une contenance et en même temps de marquer la distance tout en gardant un lien à l'autre. Cette activité a également été l'occasion d'essayer d'amener Tom à la formulation d'une demande que ce soit par le regard, un geste ou un son pour l'instant sans trop de succès.

c. Conclusions et objectifs futurs

Tom est donc un petit garçon présentant une indifférenciation importante à son environnement et aux autres. Cette indifférenciation est certainement liée à la fragilité de ses représentations corporelles. En effet, Tom est dans une recherche de sensations permettant une stabilisation provisoire de ses repères corporels. Son hypertonie permet également de construire une sensation de rassemblement. A partir de ses mises en acte il nous montre également cette recherche de limites.

La prise en charge de Tom n'en est qu'à ses débuts mais on peut déjà voir certains comportements de débordement émotionnel face à la frustration et de vérification des limites de la salle s'estomper voire disparaître. Cela semble démontrer une plus grande sécurité interne.

Au travers de la différenciation des espaces et des temps, des activités comme la manipulation de graines qui permettent la représentation d'une contenance, des moments de détente devant rendre possible un recentrage sur soi et des activités effectuées face à face nécessitant la distanciation et donc la différenciation, l'objectif est d'amener Tom à s'individuer. Suivant les idées de PIAGET, Benoit LESAGE écrit :
« *Le réel se construit par le développement d'une logique de l'action, dont découlent notamment les catégories du Temps, de l'Espace et la causalité. L'enfant en vient à se situer comme objet au milieu des autres objets, mais aussi comme sujet en interaction avec ce qui l'entoure, objets et sujets.* » [2012, p214]

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, nous avons vu combien l'individuation touche au fondement de la psychomotricité c'est à dire au lien entre psychisme et corporel.

En effet, la construction d'une identité, d'un sentiment de soi, permettant l'affirmation de soi comme un sujet unique nécessite la perception d'un corps possédant des limites stables. Comme nous l'avons vu, celles-ci s'établissent au travers des explorations et expérimentations. HUSSERL, phénoménologue, pense que le vécu corporel s'incarne dans la chair et que toute connaissance du corps commence avec l'expérience.

Ainsi, le mouvement participe au processus d'individuation. Il permet l'afflux de sensations, notamment proprioceptives, enrichissant les représentations corporelles. Il permet le développement postural qui agit sur la façon dont l'enfant s'oriente vers le monde et y prend place. Au travers de la mise en acte, il permet l'expérimentation et l'extériorisation des vécus internes de l'enfant lui permettant ainsi d'accéder aux représentations.

Des limitations motrices pourront donc avoir des incidences sur la construction d'un sentiment de soi. Un défaut de sensations ou d'expérimentations pourra rendre difficile la constitution d'une peau psychique. De même, les troubles de la régulation tonique, les investigations corporelles et les douleurs qui peuvent être présentes dans le cadre d'un handicap moteur auront des répercussions sur les représentations corporelles. Si la perception d'un corps unifié n'est pas stable, cela pourra avoir des conséquences sur le maintien d'angoisses corporelles. Des compensations pathologiques pourront alors être mises en place, afin de maintenir présent un sentiment unifié de soi, comme l'hypertonie ou les stéréotypies.

La psychomotricité, en établissant un cadre contenant et en favorisant des expériences mises en sens par le thérapeute, pourra amener l'enfant à une conscience corporelle plus juste, à un sentiment de sécurité de base, à la

différenciation moi / non-moi, à une distanciation avec l'autre et à son avènement en tant que sujet.

Cependant, le mouvement n'est pas le seul aspect à prendre en compte dans le phénomène d'individuation. Comme nous l'avons vu, grâce aux études de cas de Jules et Tom, l'importance du handicap moteur n'est pas proportionnel aux difficultés à se construire comme sujet. Ainsi, et sans volonté de les comparer, Tom possède moins de limitations motrices que Jules, cependant il est celui des deux qui possède le plus de difficultés à s'affirmer comme un sujet différencié de l'environnement et des autres. Je pourrais également donner l'exemple de Lucas. Ce petit garçon, âgé de quatre ans, est atteint d'une infirmité motrice cérébrale avec quadriparésie spastique, qui en raison de nombreux mouvements involontaires, l'empêche d'accéder au déplacement, à la station assise et limite grandement ses praxies. Malgré cela, Lucas s'affirme comme un sujet à part entière avec ses choix, ses centres d'intérêt, ses envies...

Nous l'avons vu dans le déroulé de ce mémoire, les interactions précoces possèdent également un rôle prépondérant. La façon dont l'enfant sera soutenu, porté, physiquement et psychiquement par son entourage aura une influence primordiale sur la construction de l'enfant.

De même, la précocité de la prise en charge paraît essentielle dans l'accompagnement d'un enfant. Celle-ci, se doit également d'être pluridisciplinaire. En effet, dans le cadre de la prise en charge d'un enfant présentant un handicap moteur, psychomotricien, psychologue, orthophoniste ou encore kinésithérapeute, en travaillant de concert, permettront la limitation des répercussions aussi bien motrices que psychiques et relationnelles.

Lors de ce mémoire, nous nous sommes centrés sur le processus d'individuation se déroulant précocement chez l'enfant. Cependant, l'individuation est un processus permanent, l'individu étant un être en perpétuel devenir. D'ailleurs l'adolescence constituera une période de remaniement importante de la relation à soi et aux autres, notamment aux parents. D'ailleurs, si l'on reprend la vision de Carl JUNG que nous avons illustré en introduction, l'individuation consiste en état d'accomplissement de soi, à trouver sa voie au terme d'un long travail personnel.

Même si je n'en suis pas encore là, je pense que ces trois ans d'études ainsi que l'écriture de ce mémoire m'ont fait avancer dans cette voie là.

BIBLIOGRAPHIE

- **BERNATEAU I**, *La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence*, La psychiatrie de l'enfant, vol 51, 2008
- **BULLINGER A**, *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement*, Contraste, vol 25, n°2, 2006
- **BULLINGER A**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Eres, 2008
- **CAHEN A**, cité par **BREMAUD N**, *Retour sur les stéréotypies psychotiques*, L'information psychiatrique, vol 85, n°10, 2009
- **CARRIC J.C**, *Le développement psychomoteur de l'enfant normal*, Vernazobres-Grego, 2000
- **CHAPELLON S** et **GADIO G**, *Quand surgit l'opposition : le stade anal*. *Enfances & Psy*, vol 73, 2017
- **CICCONE A**, *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*. *Cahiers de psychologie clinique*, vol 17, 2001
- **CICCONE A**, *La transmission psychique inconsciente*, Dunod, 2012
- **CICCONE A** et **LHOPITAL M**, *Naissance à la vie psychique*, 2ème édition, Dunod, 2001
- **DAYAN C**, *De la petite enfance à la période latence : une transition complexe pour l'enfant handicapé et sa famille*, Contraste, n°44, 2016
- **DAMASIO A**, *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*, Odile Jacob, 1999
- **DOLTO F**, *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, 1984
- **DROUET A**, *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi. Le mouvement comme soutien à l'individuation. Son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé*, Mémoire de psychomotricité, 2015
- **GARELLI M**, **LEPAGE A** et **MISTELI E**, *L'enfant I.M.C. et son corps. Contribution à l'étude de la genèse du corps représenté et du corps vécu*, Bulletin de psychologie, n°310, tome 27, 1974
- **GAUBERTI M**, *Mère - enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Masson, 1993

- **GOLSE B**, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 3ème édition, Masson, 2001
- **GOLSE B et SIMAS R**, *Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest*, *Contraste* n°28-29, 2008
- **HAAG G**, *Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie*, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36(1), 1988
- **HAAG G**, *Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps : entre le déficit et le moi corporel*, *Contraste*, n° 1, Anecamsp, 1995.
- **HAAG G**, *De la naissance physique à la naissance psychologique*, in *L'aventure de naître*, Le Léopard, Pages d'enfance, IV, 1989
- **KONICHECKIS A et KORFF SAUSSE S**, *Le mouvement. Entre psychopathologie et créativité*, Editions In Press, 2015
- **KORFF SAUSSE S**, *Quand je serai grand*, *Contraste* n°44, 2016
- **KORFF SAUSSE S**, *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Pluriel, 2016
- **LATOUR A.M**, *La pataugeoire, une flaque thérapeutique apprendre et connaître son corps*, intervention CRA Bourgogne, Dijon 21 mars 2009, <http://mediations-aquatiques.com/article-la-pataugeoire-latour.pdf>
- **LESAGE B**, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012
- **PEPIN M**, *D'un bloc je suis, solide je reste : thérapie psychomotrice auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et abordant une carapace tonique*, *Mémoire de psychomotricité*, 2017
- **PINELLI A**, *Porter le bébé vers son autonomie*, Erès, 2015
- **PIREYRE E**, *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Dunod, 2ème édition, 2015
- **PONTON G**, *Entretien avec Geneviève Ponton, propos recueillis par Marie Glon, Le principe du vivant*, Repères, cahier de danse, 2015
- **POTEL C**, *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, 2015
- **PRESME N, DELION P et MISSONNIER S**, *Les professionnels de la périnatalité accueillent le handicap*, Erès, 2009
- **RAMOS M**, *Du corps à corps à sa propre verticalité, accompagner l'enfant polyhandicapé dans son individuation*, *Mémoire de psychomotricité*, 2013

- **RAPOPORT D**, *Bébé a mal, parents et professionnels aussi... : le « sentiment continu d'exister » en souffrance*, in Cohen-Salmon D, *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*, ERES « 1001 bébés », 2007
- **ROBERT OUVRAY S**, *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, 2ème édition, Desclée de Brouwer, 2004
- **ROBERT OUVRAY S**, *Le corps étai de la psyché*, <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-corps-etai-de-la-psyche/>, 2015
- **ROBERT OUVRAY S**, *Le holding psychomoteur*, <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>, 2015
- **SANDREZ P**, *Un être en développement, un sujet en devenir : réflexions autour de la pertinence d'un regard psychomoteur sur l'accompagnement d'enfants Infirmes Moteurs Cérébraux*, Mémoire de psychomotricité, 2013
- **SCIALOM P, GIROMINI F et ALBARET J.M**, *Manuel d'enseignement de la psychomotricité 1. Concepts fondamentaux*, De Boeck-Solal, 2015
- **TARDOS A et DAVID M**, *De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self, Autonomie et activités du bébé. Recueil d'articles de l'institut Pikler*, Erès, 2017
- **VASSEUR R**, *Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel*, *Enfance*, n°3, 2000
- **VIDEAU J**, *Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur*, Mémoire de psychomotricité, 2013
- **WALLON H**, *Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant*, *Enfance*, tome 9, n°2, 1956
- **WEINBERG A**, *Comment on devient unique*, *Sciences humaines*, vol 256, n°2, 2014
- **WINNICOTT D**, *La capacité d'être seul*, Payot & Rivages, 2015

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	1
Avant propos	2
Sommaire	3
Introduction	4
PARTIE 1 : De la symbiose à la séparation : l'importance du mouvement dans le processus d'individuation	7
I. Le processus d'individuation.....	7
1. Phase de fusion objet maternant / enfant.....	7
2. Construction du Moi de l'enfant.....	9
3. Séparation.....	11
II. Place du mouvement dans le processus d'individuation.....	15
1. Ontogenèse du mouvement.....	15
2. Rôle de l'expérimentation dans la construction des processus psychiques.....	18
3. Sensations et sentiment d'exister.....	20
4. Développement postural et construction psychique.....	22
a. Enroulement.....	23
b. Torsion.....	24
c. Redressement.....	25

PARTIE 2 : Le handicap moteur comme entrave au processus d'individuation.....28

- I. Le handicap comme entrave aux relations précoces.....28
 - 1. Annonce du handicap et traumatisme parental.....28
 - 2. Trouver sa place de parent.....30
 - 3. Laisser grandir son enfant.....32

- II. Conséquences des limitations motrices sur le processus d'individuation.....34
 - 1. Schéma corporel et image du corps.....34
 - 2. Défaut de construction des représentations corporelles.....36
 - a. Trouble de la régulation tonique.....37
 - b. Investigations du corps.....39
 - c. Douleur.....39
 - d. Explorations et motricité de base perturbées.....41
 - 3. Angoisses corporelles.....41
 - 4. Compensations pathologiques.....44
 - a. Hypertonie.....44
 - b. Stéréotypies.....46

PARTIE 3 : Rôle de la psychomotricité dans l'accompagnement de l'individuation des enfants atteints de handicap moteur.....48

- I. Psychomotricité et individuation.....48
 - 1. La psychomotricité : une prise en charge globale du sujet.....48
 - 2. Accompagnement des parents.....49
 - 3. Fonction de contenance.....51
 - a. Le cadre.....51
 - b. Le toucher.....52
 - c. La voix.....53
 - d. Le regard.....53
 - 4. L'expérimentation : base de l'individuation.....54

II. Rencontre avec Jules.....	57
1. Présentation de la structure.....	57
2. Présentation et anamnèse.....	58
3. Prise en charge.....	59
4. Prise en charge en psychomotricité.....	60
a. Bilan psychomoteur.....	60
b. Déroulement des séances.....	62
c. Conclusion et objectifs futurs.....	65
III. Rencontre avec Tom.....	67
1. Présentation et anamnèse.....	67
2. Prise en charge.....	68
3. Prise en charge en psychomotricité.....	69
a. Bilan psychomoteur.....	69
b. Déroulement des séances.....	70
c. Conclusion et objectifs futurs.....	74
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	79
Table des matières.....	82