



HAL
open science

“ Je m’agite, je construis mes limites ” : l’implication psychocorporelle et relationnelle du psychomotricien comme support dans l’expérience de la capacité d’être seul, chez l’enfant présentant une instabilité psychomotrice

Alexia Barel

► **To cite this version:**

Alexia Barel. “ Je m’agite, je construis mes limites ” : l’implication psychocorporelle et relationnelle du psychomotricien comme support dans l’expérience de la capacité d’être seul, chez l’enfant présentant une instabilité psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02932374

HAL Id: dumas-02932374

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02932374>

Submitted on 7 Sep 2020

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.



IFP de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



« JE M'AGITE, JE CONSTRUIS MES LIMITES »

L'implication psychocorporelle et relationnelle du psychomotricien comme support dans l'expérience de la capacité d'être seul, chez l'enfant présentant une instabilité psychomotrice.

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de Juin 2020

Référente de mémoire :

Anne VACHEZ-GATECEL

Présenté par :

Alexia BAREL

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Anne VACHEZ-GATECEL pour son soutien et la patience dont elle a fait preuve pour m'accompagner dans l'élaboration de ce mémoire. Son expérience et la justesse de ses remarques m'ont été d'une aide précieuse.

Je remercie ma maître de stage pour m'avoir fait confiance cette année en séance avec elle, pour sa présence, son implication et ses conseils précieux.

Merci à tous les membres de l'équipe du Centre Médico-Psychologique pour leur accueil chaleureux et les nombreux échanges à propos de la clinique et de l'institution.

Un grand merci aux enfants qui ont accepté de m'inviter dans leurs jeux cette année et, sans qui, ce travail n'aurait pas été possible !

Enfin, merci à l'ensemble du corps enseignant de l'IFP d'avoir participé, tout au long de cette formation, à mon évolution en tant que future professionnelle.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION	6
--------------------	---

PARTIE 1 : LE CADRE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	8
---	----------

1. PRESENTATION DE L'INSTITUTION	8
--	---

1.1. Le Centre Médico-Psychologique	8
---	---

1.2. La première consultation et la mise en place du projet thérapeutique	9
---	---

1.3. La place de la psychomotricité	10
---	----

1.4. Ma place de stagiaire au sein de l'équipe	11
--	----

2. LE CADRE THERAPEUTIQUE.....	11
--------------------------------	----

2.1. Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	11
---	----

2.2. Le cadre thérapeutique général des séances en psychomotricité au CMP	13
--	----

2.3. Les modifications survenues avec mon arrivée dans l'espace thérapeuti- que des enfants.....	14
---	----

3. L'INSTABILITE PSYCHOMOTRICE	15
--------------------------------------	----

3.1. Les nomenclatures actuelles : le DSM et la CIM.....	15
--	----

3.2. La classification proposée par Julian de Ajuriaguerra	17
--	----

3.3. La classification proposée par Jean Bergès.....	18
--	----

3.4. Instabilité psychomotrice et relations défectueuses à l'objet primaire	20
---	----

4. JEU ET PSYCHOMOTRICITE	21
---------------------------------	----

4.1. La place du jeu dans le processus de développement de l'enfant.....	21
--	----

4.2.	Le jeu comme médiation dans le cadre d'une thérapie psychomotrice.	22
4.2.1.	La médiation thérapeutique	22
4.2.2.	Le jeu comme médiation psychomotrice.....	23

PARTIE 2 : LE SUIVI THERAPEUTIQUE DE L'INSTABILITE PSYCHOMOTRICE CHEZ L'ENFANT 25

1.	PRESENTATION DES ENFANTS	27
1.1.	Cas clinique : Nour	27
1.1.1.	Anamnèse	27
1.1.2.	Indications de soin et évolution du suivi thérapeutique	28
1.1.3.	Le suivi thérapeutique en psychomotricité	30
1.1.4.	Première rencontre.....	34
1.2.	Cas clinique : Antonin.....	36
1.2.1.	Anamnèse	36
1.2.2.	Indications de soin et évolution du suivi thérapeutique	40
1.2.3.	Le suivi thérapeutique en psychomotricité	41
1.2.4.	Première rencontre.....	45
1.3.	L'instabilité psychomotrice chez Nour et Antonin : l'hypothèse d'un défaut de différenciation de l'enveloppe psychocorporelle	46
1.3.1.	Hypothèses concernant l'instabilité psychomotrice de Nour.....	46
1.3.2.	Hypothèses concernant l'instabilité psychomotrice d'Antonin	48
2.	LA PSYCHOMOTRICITE : SUPPORTER, ACCOMPAGNER ET CONSTRUIRE ENSEMBLE	49
2.1.	La structuration de l'enveloppe psychocorporelle	51
2.2.	L'instabilité psychomotrice comme témoin d'un manque de structuration des enveloppes psychocorporelles	55
2.3.	La place de la fonction contenante dans l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle	57
2.4.	L'instabilité pour pallier un défaut d'intégration de la fonction pare-excitatrice.....	61
2.5.	La narrativité.....	65

3. DE LA CONSTRUCTION DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES A L'ELABORATION DE LA CAPACITE D'ETRE SEUL	69
3.1. La capacité d'être seul	69
3.2. Le travail en psychomotricité soutient le développement psychoaffectif de l'enfant.....	71
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	I

INTRODUCTION

La rédaction de ce mémoire s'appuie sur les questionnements qui sont apparus lors de mon stage au Centre Médico-Psychologique. En particulier au moment de la rencontre avec Nour et Antonin, deux petits garçons présentant des troubles du comportement, notamment une grande agitation psychomotrice, qui les désorganisait massivement et pouvait aller jusqu'à la mise à danger.

C'est l'agitation psychomotrice qui motive la demande de soin de ces deux enfants en grande difficulté pour trouver leur place à l'école, se socialiser et entrer dans les apprentissages. La demande des parents et de l'école est la même : il s'agit de faire disparaître les troubles du comportement de ces enfants. Cependant, la prise en charge au sein du Centre Médico-Psychologique s'applique à mettre en place des projets thérapeutiques qui visent à comprendre ce que les symptômes viennent dire et cherchent à leur rendre leur place dans l'histoire de l'enfant. À mesure que les séances progressaient, j'ai été de plus en plus confrontée aux difficultés de Nour et Antonin qui étaient dans l'incapacité de se poser dans une activité, de gérer leur colère et leur frustration. Je me suis alors questionnée sur la fonction de cette agitation psychomotrice.

Au cours des prises en charge, il est apparu que Nour et Antonin manifestaient une plus forte instabilité psychomotrice au moment des séparations. Ils avaient alors besoin d'un adulte pour les accompagner et les contenir parfois même physiquement. Ces demandes font écho à la fonction de holding assurée par le parent dans la prime-enfance. Cette fonction permet l'établissement d'une base assez sécurisée pour permettre à l'enfant de construire ses enveloppes psychocorporelles.

Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'une instabilité psychomotrice pourrait apparaître en réponse à des interactions précoces trop peu contenantantes et serait le témoin du manque d'intégration et de représentations d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée pour l'enfant. Ainsi, j'ai choisi d'orienter les recherches théoriques concernant l'instabilité de Nour et Antonin, vers un défaut d'élaboration des enveloppes psychocorporelles qui serait mis en avant par l'incapacité d'être seul

manifestée par ces deux enfants.

Dans quelle mesure les expériences psychocorporelles, vécues dans la relation avec le psychomotricien, sont-elles un support dans l'expérience de la capacité d'être seul permettant à l'enfant, présentant une instabilité psychomotrice, de poursuivre son processus d'individuation et d'élaborer une enveloppe psychocorporelle contenant ?

Dans un premier temps, je présenterai le fonctionnement du Centre Médico-Psychologique, la manière dont sont proposés les projets thérapeutiques aux enfants et à leurs parents, ainsi que la place occupée par la psychomotricité dans les prises en charge. Je poursuivrai sur l'importance du cadre de prise en charge thérapeutique dans le soin des enfants.

Après avoir défini l'instabilité psychomotrice, j'introduirai le jeu, processus important dans le développement de l'enfant, puis j'ouvrirai sur la médiation privilégiée dans les prises en charge de Nour et Antonin : le jeu spontané. Ensuite, je présenterai Nour et Antonin à travers leurs histoires et les résultats du bilan psychomoteur. À partir des hypothèses formulées par la consultante des enfants nous verrons qu'il serait intéressant de faire l'hypothèse d'un défaut de structuration des enveloppes psychocorporelles. Enfin, j'approfondirai le travail thérapeutique en psychomotricité selon différents axes s'appuyant sur l'expérience en séance des fonctions contenant et pare-excitatrice ainsi que de la narrativité.

Je finirai par exposer le concept de *capacité d'être seul* décrit par D. W. Winnicott et discuterai dans quelle mesure il peut être le témoin de l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle suffisamment sécurisée et contenant pour permettre à l'enfant de s'ouvrir à la relation à l'autre.

PARTIE 1 : LE CADRE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1.1. Le Centre Médico-Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est une structure extrahospitalière dépendant de l'hôpital de son secteur. Il s'agit d'un service médical faisant partie du secteur de pédopsychiatrie qui comprend également :

- les CMP des communes alentours qui font partie du même secteur,
- l'hôpital de jour,
- le CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel,
- l'UPE : Unité Parent-Enfants,
- l'UTP : Unité du Tout-Petit aussi appelée Unité Parents-Bébé,
- l'UATA : Unité d'Accueil Thérapeutique pour Adolescents.

Le CMP est un lieu de consultations gratuites accueillant des enfants et adolescents en souffrance psychologique pour des soins en ambulatoire. Son équipe pluridisciplinaire se compose de deux médecins pédopsychiatres à temps partiel (dont l'une est également responsable du CMP), de trois psychologues, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Le CMP peut accueillir des enfants et adolescents de la naissance jusqu'à 18 ans, mais compte tenu de la diversité des services de soin et de leur spécialisation, les enfants et adolescents accueillis sur la structure ont en général entre 3 et 16 ans.

1.2. La première consultation et la mise en place du projet thérapeutique

Dans la majorité des cas, ce sont les parents qui prennent contact avec le CMP de leur secteur, ce que le service nomme « la première demande ». Cette demande peut être à l'initiative des parents qui constatent une difficulté chez leur enfant. Souvent, elle fait suite à une inquiétude de la part des partenaires (crèches, école, centres de PMI¹, ...) qui observent des difficultés dans le développement psychomoteur et/ou psychoaffectif de l'enfant, ou encore des difficultés d'ordre relationnel et d'intégration dans les lieux de socialisation. Il arrive également que les parents soient contraints d'adresser leur enfant au CMP, c'est notamment le cas si l'enfant a fait l'objet d'une Information Préoccupante (IP).

Les enfants sont reçus avec leurs parents lors d'un premier rendez-vous appelé « entretien d'accueil » par deux membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de recueillir les informations et les inquiétudes, vis-à-vis de l'enfant, qui sous-tendent la demande, et d'évaluer cette demande. Du fait d'une forte sollicitation auprès des CMP, et du manque de moyens humains et matériels pour y répondre, la liste d'attente est de plusieurs mois. Mensuellement, lors de la synthèse, les équipes traitent les nouvelles demandes, en évaluent l'urgence et proposent des rendez-vous aux familles pour accueillir les enfants en consultation.

Le consultant de la famille accueille en général l'enfant et ses parents en consultation. Mais il est possible d'accueillir l'enfant seul, ou le parent seul, en fonction des besoins et du cadre défini avec la famille. Ainsi, au cours d'un rendez-vous, le consultant peut voir l'enfant seul, puis inviter les parents à les rejoindre pour poursuivre la consultation en famille. Ces entretiens permettent de prendre la mesure des difficultés de l'enfant et de décider d'une prise en charge adaptée. Le projet thérapeutique peut faire intervenir différents professionnels. C'est le consultant qui crée ce projet thérapeutique pour l'enfant. Il est personnalisé en fonction des difficultés et des demandes de ce dernier. Ce projet thérapeutique est ensuite proposé aux différents membres de l'équipe. C'est après une décision

¹ Centres de Protection Maternelle et Infantile.

collégiale en synthèse que le consultant présente ce projet thérapeutique à l'enfant et ses parents. La psychomotricité, la psychothérapie, et les prises en charge groupales font partie des indications thérapeutiques.

Comment la psychomotricité s'inscrit dans le projet de soin pluridisciplinaire ? Dans quelle mesure vient-elle soutenir, au sein de l'équipe, l'élaboration autour de la prise en charge de l'enfant ?

1.3. La place de la psychomotricité

Il s'agit d'une petite équipe, ainsi, la majorité des consultations fonctionnent sans autre soin associé et il est rare que les enfants aient une prise en charge composée de plusieurs espaces de thérapie en dehors de la consultation. Le soin s'organise alors dans une continuité entre la prise en charge psychothérapeutique et la prise en charge en psychomotricité en fonction des besoins des enfants et adolescents et de l'évolution de leur projet thérapeutique.

La psychomotricité s'inscrit dans le projet thérapeutique de l'enfant aussi bien pour des difficultés psychomotrices, que pour d'autres, d'ordre plus relationnel et psychoaffectif. Elle peut aussi permettre de travailler le lien parent-enfant.

Le suivi en psychomotricité fait l'objet d'une indication par les consultants (pédopsychiatre ou psychologue). La psychomotricienne reçoit l'enfant pour un bilan psychomoteur à partir duquel elle propose différents axes de travail thérapeutique. Ces axes sont en lien avec ses observations (spontanées et issues du bilan psychomoteur) et des éléments relatifs à l'histoire de l'enfant, rapportés par les parents lors de l'entretien précédant le bilan. Son compte-rendu est intégré dans le dossier de l'enfant, restitué en présence de l'enfant et confié aux parents.

La prise en charge en psychomotricité s'intègre dans un travail pluridisciplinaire global qui tient compte des apports de chacun des acteurs dans le

soin de l'enfant dont lui-même fait partie intégrante.

1.4. Ma place de stagiaire au sein de l'équipe

J'ai été accueillie progressivement au sein de l'équipe du CMP. Ma maîtresse de stage a fixé un premier rendez-vous afin de me présenter les enfants que j'allais rencontrer en prise en charge au cours de l'année. Après cet échange avec elle, j'ai assisté à une première synthèse avec l'équipe du CMP. Cette rencontre leur a permis de prendre le temps de se présenter, de m'expliquer le fonctionnement du service et la place de chacun au sein de l'équipe.

Après cette première journée de stage centrée sur la présentation de l'institution et des patients, j'ai intégré les séances avec les enfants. Dans un premier temps, je suis restée en position d'observatrice, sauf quand l'enfant me sollicitait pendant la séance. C'est souvent le comportement des enfants face à ma présence qui a déterminé ma position au sein de la séance. Certains m'ont très vite intégrée dans leurs jeux quand d'autres ont eu besoin de plus de temps pour apprendre à me connaître et pour me faire confiance.

Par exemple, Nour a tout de suite voulu m'intégrer dans les activités proposées ce qui l'a, par la suite, mis en difficulté, alors qu'Antonin a pris le temps de m'observer, de nous poser des questions, à ma maîtresse de stage et moi-même, sur les raisons de ma présence, avant d'accepter que je devienne un troisième élément dans sa prise en charge.

2. LE CADRE THERAPEUTIQUE

2.1. Le cadre thérapeutique en psychomotricité

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans

un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. » (Potel, 2015, p.321). Pour permettre la mise en place d'un travail psychomoteur, le cadre thérapeutique doit répondre à un ensemble de critères, pensés en amont par le psychomotricien et qui lui confèrent ces fonctions : contenante, limitante, symboligène, transitionnelle, de pare-excitation, de repérage et de tiers (Monssu, 2014, p.23-25).

Selon C. Potel (2015), ces conditions concrètes impliquent un **espace**, à la fois physique et psychique, où accueillir l'enfant et ses décharges d'excitation et de plaisir vécues à travers les expériences corporelles, sensorielles et motrices, sur le corps propre. Cet espace doit être le garant de la contenance, des limites et de la sécurité de l'enfant.

Le **temps**, comme l'espace, vient structurer les séances et permet d'instaurer un rythme dans la rencontre avec l'enfant. A travers la régularité des séances, mais aussi dans l'enchaînement des différents temps, grâce aux rituels et à la continuité des médiations proposées, les conditions de temps au sein des séances viennent créer des repères pour l'enfant. La répétition de cette stabilité permet à l'enfant d'intégrer ces rythmes et l'espace qui l'accueille comme un socle sécurisant sur lequel s'appuyer en séance, car tous les repères que l'enfant intègre le font avancer dans la structuration et dans la construction de ses limites psychocorporelles.

Le cadre tient également compte du **matériel** qui n'est pas choisi par hasard et qui répond aux besoins exprimés par l'enfant à travers ses difficultés, ses envies. Le matériel vient soutenir les intégrations et l'imaginaire car le psychomotricien investit une part de sa propre sensibilité dans le choix des médiums qu'il propose à ses patients.

L'**encadrement** de la séance place le psychomotricien comme garant et porteur du cadre thérapeutique. Il repose également sur les règles établies afin d'assurer la sécurité de l'enfant ainsi que celle du professionnel.

Le psychomotricien n'est pas seul garant de ce cadre thérapeutique. Le cadre s'inscrit dans le **projet thérapeutique** de l'enfant et fait partie du projet institutionnel de l'établissement. La contenance du cadre thérapeutique, dont le psychomotricien fait fonction en séance pour garantir la sécurité physique et psychique de son patient, dépend de sa propre sécurité interne. Elle est, elle-même, contenue et soutenue, d'une part, par l'institution à travers les réunions de synthèse, les groupes de paroles ou les échanges informels entre collègues et d'autre part, par les temps de supervision engagé par le psychomotricien à l'extérieur du cadre institutionnel.

2.2. Le cadre thérapeutique général des séances en psychomotricité au CMP

Le cadre thérapeutique des séances avec les enfants reprend les conditions énoncées plus tôt. Les enfants sont accueillis au CMP chaque semaine le même jour à la même heure. Leur séance se déroule dans la salle de psychomotricité, où le matériel que les enfants utilisent est toujours rangé à la même place de façon à mettre en place des habitudes sécurisantes pour ces derniers. Les repères spatio-temporels deviennent peu à peu des supports sur lesquels les enfants peuvent prendre appui, tant sur le plan psychique, que dans la construction de leurs enveloppes psychocorporelles. En effet, créer un cadre thérapeutique stable et prévisible dans ses dimensions spatiales et temporelles soutient les possibilités d'intégration de limites contenantantes.

À ces premiers repères, facilement perçus et assimilés par les enfants, s'ajoutent les règles instaurées par la psychomotricienne : il est interdit de se blesser, il est interdit de blesser les autres et il est interdit de détériorer le matériel. Ces règles assurent la sécurité des différentes personnes présentes au cours de la séance de l'enfant, et s'appliquent aussi bien lors du bilan et des séances qu'au cours des entretiens et des restitutions de bilan avec la famille de l'enfant.

Cette limite claire, instaurée par les règles, permet également aux enfants d'intégrer, à travers ce qui leur est possible ou non de faire en séance, la question

des limites de soi et des limites de l'autre. Jusqu'où puis-je aller sans me blesser ou blesser les autres ? Les règles permettent aux enfants d'explorer et d'expérimenter en conservant une sécurité de base garantie par la présence de la psychomotricienne, qui se fait garante d'une fonction limitante et contenante.

2.3. Les modifications survenues avec mon arrivée dans l'espace thérapeutique des enfants

Ma maître de stage avait prévenu les enfants de mon arrivée au moment où j'ai débuté le stage au CMP. Il était nécessaire de pouvoir parler de la transformation du cadre qu'occasionnait mon arrivée en séance. En effet, l'accueil d'une nouvelle personne au sein de la prise en charge des enfants a fait passer les enfants d'une relation duelle, qui s'avérait parfois difficile à gérer avec Nour et Antonin, à la création d'un espace de partage à trois, qui a permis de transformer les échanges entre les enfants et l'adulte.

C'était la volonté de ma maître de stage d'accueillir une stagiaire, en séance avec Nour et Antonin, compte tenu de la problématique de ces enfants. Ils font encore face, l'un comme l'autre, à des difficultés d'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle qui leur serait propre. Ces petits garçons se confrontent, dans la relation à l'autre, à l'absence d'une frontière claire entre leur espace psychique interne et l'environnement. La relation duelle avec l'adulte peut être vécue en tout ou rien : soit les enfants sont fusionnés à l'autre dans l'indifférenciation la plus totale, soit la réaction qu'ils attendaient de l'adulte n'est pas exactement celle qui leur est donnée et ce décalage est insupportable à vivre, car il met en lumière l'absence de contenance et de limites personnelles auxquelles les enfants sont soumis (Berger, 2013).

L'arrivée d'une troisième personne en séance permet de trianguler les espaces et les échanges. Ce faisant, il s'ouvre un espace vers l'autre. Les enfants se trouvent dans une nouvelle situation où la relation duelle s'efface au profit d'un espace d'échange. Nous pouvons poser l'hypothèse que l'ouverture de cet espace tiercéisant permet de mettre au travail les expériences nécessaires à la structuration de

l'enveloppe de différenciation (Courberand, 2014).

3. L'INSTABILITE PSYCHOMOTRICE

Mes questionnements sont nés de l'observation du comportement en séance de Nour et Antonin. Dans leurs jeux, ils expriment tous deux une excitation qui ne trouve pas de résolution autre que la décharge motrice. Cette agitation psychomotrice peut aller jusqu'à leur mise en danger.

J'ai trouvé nécessaire de rechercher différentes étiologies de l'instabilité motrice afin de pouvoir émettre des hypothèses sur la fonction que l'agitation psychomotrice pourrait revêtir pour ces deux enfants.

3.1. Les nomenclatures actuelles : le DSM et la CIM

Au niveau international, deux classifications sont majoritairement utilisées en pédopsychiatrie à l'heure actuelle : le DSM-5² qui définit le *Trouble du Déficit de l'Attention/ Hyperactivité (TDAH)* et la CIM-10³ qui aboutit au diagnostic du *Trouble hyperkinétique*. Le DSM est une classification proposée par l'American Psychiatric Association (APA) et la CIM-10 une classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît les critères diagnostics présents dans les nomenclatures du DSM-5 et de la CIM-10 dans le diagnostic de ce trouble.

Le diagnostic repose sur un entretien clinique et sur l'identification des facteurs comportementaux entraînant une altération de la qualité de la vie au

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition.

³ *Classification Internationale des Maladies*, dixième édition.

quotidien pour l'enfant. En effet, il n'existe à ce jour aucune mesure biologique, d'imagerie ou neuropsychologique objective permettant le diagnostic du TDAH ou du trouble hyperkinétique (HAS, 2014).

- **Les critères diagnostics du DSM-5 : TDAH**

A : Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec les fonctionnements ou le développement, et caractérisé par (1) et/ ou (2) :

- A1 : Inattention
- A2 : Hyperactivité et impulsivité.

B : Certains des symptômes d'hyperactivité/ impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de douze ans.

C : Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/ impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents.

D : On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.

E : Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

Il existe quatre sous-types cliniques du TDAH : la condition mixte ou combinée, la condition « inattention » prédominante, la condition « inattention » restrictive et la condition « hyperactivité/ impulsivité » prédominante.

- **Les critères diagnostics de la CIM-10 : le trouble hyperkinétique**

La base du diagnostic repose sur l'existence à la fois de troubles de l'attention et de l'hyperactivité, présents dans plus d'une situation. Le début des troubles est antérieur à l'âge de six ans. Le diagnostic est subdivisé en fonction de la présence ou non des troubles des conduites.

F90 - Troubles hyperkinétiques

- Inattention
- Hyperactivité
- Impulsivité

D'autre part, il est nécessaire de justifier du caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation où l'enfant fait l'objet d'une observation. Ces observations doivent venir de plusieurs sources pour mettre en évidence la présence de critères dans des situations différentes.

Les symptômes cités sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative. Le trouble présenté par l'enfant ne répond pas aux critères du trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif, ou d'un trouble anxieux.

3.2. La classification proposée par Julian de Ajuriaguerra

C'est après de nombreuses années de recherches au sein d'une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, de psychologues et de rééducateurs, et en s'appuyant sur les travaux de ses maîtres et de ses pairs que J. de Ajuriaguerra (2015) décrit le *syndrome d'instabilité motrice* comme regroupant deux formes : une *forme dite sub-choréique* où les troubles moteurs sont prévalents et les troubles de

l'affectivité paraissent moins importants et une *forme dite caractérielle* avec arriération affective et modification de la motricité expressionnelle.

« *L'instabilité sub-choréique* était un mode d'être moteur, d'apparition précoce ou répondant à une absence d'inhibition d'une hyperactivité qui d'ordinaire disparaît avec l'âge. La forme d'*instabilité affectivo-caractérielle* est davantage en relation avec la situation du milieu dans lequel ces enfants vivent. Ces sujets, plus que les précédents, font preuve d'intentionnalité et de direction dans leur agressivité et leur impulsivité. Dans cette dernière forme, on trouve des désordres de l'organisation de la personnalité survenus à un âge précoce. » (De Ajuriaguerra, 2015, p. 315).

Il précise que si leur manifestation emprunte la même voie de résolution ; par la *décharge motrice*, il n'est pas possible d'y attribuer la même étiologie ou pathogénie pour lui donner une signification.

3.3. La classification proposée par Jean Bergès

J. Bergès (2004) considère les instabilités comme des manifestations de troubles psychomoteurs les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant. Il oppose l'instabilité posturale et l'instabilité motrice.

L'instabilité posturale constitue « un glissement d'une forme pronominal (se montrer) à une forme active de la posture, dont les oscillations sont centrées sur le corps propre » (Bergès, 2004, p.1574). Elle doit être considérée en lien avec la dimension relationnelle qui s'établit entre l'enfant et son interlocuteur. Cette instabilité a pour but de provoquer une réaction chez l'interlocuteur, tant au niveau visuel, qu'auditif ou tactile, et doit susciter en retour une réaction adressée à l'enfant par ce dernier. Elle prend ainsi l'allure d'un symptôme défensif pour l'enfant et peut s'aggraver ou s'apaiser au fil de la rencontre puisqu'il est impacté par le regard et la voix de son interlocuteur.

L'*instabilité motrice* est divisée en deux catégories : les états tensionnels et les états de déhiscence.

Dans les **états tensionnels**, « *l'agitation, parfois extrême, apparaît [...] comme une irruption dans un contexte de contention insupportable* » (Bergès, 2004, p. 1575). Ainsi, il est possible d'observer l'apparition de paratonies importantes impactant l'aisance motrice de l'enfant. Ses gestes sont limités par l'augmentation de sa tonicité qui s'accompagne de douleurs et parfois de difficultés respiratoires.

Au contraire, dans les **états de déhiscence**, l'agitation figure la recherche « *[d'une] quête incessante des limites, des frontières, la place du corps agissant étant très problématique ou impossible à intégrer comme telle.* » (Bergès, 2004, p. 1575). L'enfant semble alors habiter une enveloppe corporelle sans contenance, dont la frontière avec le dehors n'est pas intégrée. Ce manque de limitation conduit à l'apparition de gestes peu coordonnés. L'instabilité fait fonction d'étayage pour l'enfant qui se heurte à ce qu'il trouve comme limites extérieures (humaines et matérielles) pour faire exister son enveloppe corporelle.

L'agitation se présente comme le symptôme le plus massif et apparent de l'instabilité motrice. Mais la participation de la voix, de l'enveloppe cutanée et la provocation doivent être également considérées. Les modifications de la voix ; la recherche de contact, les heurts, voire les mutilations, qui apparaissent dans les rencontres entre l'enveloppe corporelle et les objets de l'environnement, et la provocation dont fait preuve l'enfant face à son interlocuteur sont autant de signes de son mal-être qu'il met en scène.

La *provocation* de l'enfant instable comprend deux aspects. Le premier aspect est lié au « pseudo-projet », qui met en avant la recherche par l'enfant des limites qu'il ne parvient pas à instaurer pour lui-même. Son agitation se manifeste alors dans la confrontation avec les limites physiques et organisationnelles de son environnement. En renversant l'ordre imposé par l'adulte, l'enfant tente maladroitement d'en intégrer les fondements. Le second aspect est davantage en lien avec une quête identificatoire à la puissance de l'adulte qui vient le contenir en

anticipant sur ses décharges motrices.

3.4. Instabilité psychomotrice et relations défectueuses à l'objet primaire

Adoptant une lecture psychodynamique, M. Berger (2013) propose une classification de l'instabilité psychomotrice en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant.

Ce travail repose sur une étude menée auprès d'enfants présentant une instabilité psychomotrice considérée comme une entité clinique. Il dégage une classification mettant en évidence que la plupart de ces enfants instables ont fait face à des relations défectueuses à l'objet primaire. Parmi lesquelles nous pouvons nommer de manière non-exhaustive : les interactions précoces violentes, l'instabilité, la dépression maternelle précoce, la nervosité chez le parent responsable des soins primaires ou une discontinuité d'investissement de la part de l'environnement maternel précoce. Il met en évidence les conséquences d'un *holding* défectueux comme un élément de compréhension de ce défaut dans la relation à l'objet primaire et les concentre autour du concept d'incapacité d'être seul en présence d'un autre.

Le *holding*, concept théorisé par D. W. Winnicott (1958b), se rapporte au portage, tant physique que psychique, dont l'enfant fait l'objet lors des soins maternels. Il a essentiellement un rôle protecteur contre les dangers physiologiques et les angoisses archaïques auxquels l'enfant est confronté du fait de son état de dépendance primaire. Il dépend donc des capacités adaptatives de l'environnement aux besoins physiques et psychiques de l'enfant. La qualité du *holding* maternel éprouvé lors des premiers temps de vie par le nourrisson, lui permet de passer d'un état de non-intégration à un état d'intégration de son unité psychocorporelle.

L'instabilité peut être une conséquence, une pathologie liée à un *holding* défectueux (Berger, 2013). Les comportements observables chez les enfants

instables ; comme le besoin d'être porté par l'adulte ou cette propension à lâcher leurs pensées, les objets, ou encore le besoin excessif de contrôle dans la relation ; pourraient être mis en lien avec ce manque d'intériorisation de la fonction du portage habituellement amenée par les soins maternels primaires.

4. JEU ET PSYCHOMOTRICITE

4.1. La place du jeu dans le processus de développement de l'enfant

Dans notre culture occidentale, le jeu est majoritairement associé à l'enfance. Chez l'adulte, au contraire, il est perçu comme une fixation à un état d'immaturité, une incapacité à évoluer et à devenir un individu productif. La psychomotricité remet en question cette idée, puisque nous considérons le jeu comme essentiel au développement harmonieux du sujet. En jouant, l'enfant fait des expériences sensorielles, émotionnelles et intellectuelles. C'est ainsi qu'il comprend et investit son environnement, dans un premier temps à travers différentes activités sensorimotrices, puis avec des jeux plus élaborés, faisant d'avantage appel à des capacités représentatives, l'amenant progressivement à la fonction symbolique. Les activités de jeu évoluent progressivement au cours du développement de l'enfant. On distingue trois grands types de jeu : sensoriel, fonctionnel et du faire-semblant. Ce dernier, réunissant à la fois le jeu fictionnel et le jeu symbolique, se fonde sur la distance par rapport à la réalité qui lui sert de point de départ et de cadre de référence. C'est un jeu symbolique et coopératif puisque l'on joue en relation avec les autres (Vachez-Gatecel, 2016).

La dimension relationnelle, qui apparaît dans le jeu entre l'enfant et son parent, est très importante et participe activement au développement de l'enfant. Au cours du jeu, il se crée une aire qui n'est pas totalement la réalité psychique interne de l'enfant sans pour autant lui être extérieure - donc n'appartenant pas à l'environnement. Cet *espace potentiel*, qui se crée entre la mère et son bébé, permet l'investissement d'une zone d'expérimentation par le corps et par l'imaginaire où l'enfant peut créer, modifier et intégrer ses représentations (Winnicott, 1971).

Le jeu participe au processus d'individuation de l'enfant. Il est une expérience créatrice qui s'inscrit dans le temps et l'espace et qui est intensément réelle pour l'enfant. D. W. Winnicott théorise le jeu comme une activité qui amène l'enfant - mais aussi l'adulte - à devenir créatif et à mobiliser tous les aspects de sa personnalité. C'est la créativité qui permet à l'individu la découverte de soi et la bonne santé car « *il ne faut jamais oublier que jouer c'est une thérapie en soi* » (Winnicott, 1971, p. 102).

4.2. Le jeu comme médiation dans le cadre d'une thérapie psychomotrice

4.2.1. La médiation thérapeutique

La médiation est ce qui fait lien entre soi et l'autre. Il s'agit de « *la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle.* » (Giromini, 2012, p. 254)

Dans le domaine thérapeutique, la médiation vient recréer cet espace potentiel et de transitionnalité qui existe dans les premiers temps du développement de l'individu, et qu'il partage avec sa mère, entre le patient et le professionnel. C. Potel (2015) définit l'utilisation d'une médiation comme ayant pour objectif de proposer un panel d'expériences motrices et sensorielles, d'inscrire le corps dans une dimension expressive et relationnelle dans le but d'amener l'enfant à transformer « *des éprouvés en représentations* » (Potel, 2015, p.367).

Mais au-delà de la médiation utilisée en elle-même, ce qui importe c'est l'investissement personnel dont le psychomotricien fait preuve dans la relation à l'enfant à travers son engagement psychique, corporel et émotionnel. En réalisant ce travail d'ajustement, en portant un intérêt aux expériences et aux ressentis de l'enfant, le psychomotricien le soutient dans le travail de symbolisation qui se fait

dans l'activité à deux et soutient, par là même, le sentiment d'être de ce dernier. Ainsi, « [...] *le jeu psychomoteur sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable sous une forme secondarisée.* » (Potel, 2015, p.364).

4.2.2. Le jeu comme médiation psychomotrice

Du fait de son implication dans le processus développemental de l'enfant, le jeu peut être considéré comme une activité psychomotrice. Sa place prépondérante dans les activités précoces que le jeune enfant met en place pour interagir et comprendre son environnement participe à son individuation et à son développement psychomoteur. F. Joly (2005) décrit le jeu comme un carrefour psychomoteur où l'enfant met en mouvement aussi bien les aspects cognitifs, sensorimoteurs, pulsionnels, affectifs que le plaisir éprouvé dans la relation à l'autre et les représentations qui en découlent.

En psychomotricité, le corps est un support de la relation et ce que l'on observe dans le travail thérapeutique c'est la manière dont le patient construit son jeu, avec son corps et les émotions qui le traversent, plutôt que le contenu en lui-même. Pour être thérapeutique le jeu suppose, pour le patient, de jouer avec le thérapeute et sous le regard de ce dernier. C'est en jouant ensemble que l'enfant et le psychomotricien construisent un espace d'expériences partagées où la pensée de l'enfant pourra advenir.

Le jeu est constitutif dans le processus de différenciation entre le bébé et sa mère. Lorsqu'il joue, l'enfant « *développe ses capacités psychocorporelles, sensorimotrices et cognitives. Il apprend à gérer ses émotions et sa vie relationnelle sans risque ni interdit (par définition même du jeu spontané).* » (Scialom, 2015, p.363). Le jeu de l'enfant, utilisé en tant que médiation, permet de créer un espace de partage où, à travers les interactions avec l'enfant, le psychomotricien vient soutenir le processus de développement. Il prête une part de lui-même, s'investit dans la relation et l'activité.

Le jeu figure la relation de confiance capable de se développer entre le bébé et son environnement. Le psychomotricien doit, en tant que thérapeute, avoir pour objectif de s'attacher au processus de développement de l'enfant et de limiter tout ce qui peut l'entraver. Il est garant du cadre qui se doit d'être contenant et sécure pour que l'enfant puisse venir s'y déposer et expérimenter. De fait, il occupe une place d'étayage, il est attentif à ce qui se joue pour son patient - dans son corps et au niveau émotionnel - et vient soutenir un travail de symbolisation dans la relation qu'il établit avec ce dernier.

Ainsi, le jeu met au travail le sujet dans sa globalité. Il permet de mettre en avant sa capacité créatrice et imaginaire et son investissement corporel ainsi que ses possibilités de symbolisation et d'accès au plaisir de jouer. Ce travail thérapeutique de « jouer-avec » repose sur l'espace transitionnel créé par la relation thérapeutique et soutenu par le cadre contenant dont le psychomotricien est garant.

PARTIE 2 : LE SUIVI THERAPEUTIQUE DE L'INSTABILITE PSYCHOMOTRICE CHEZ L'ENFANT

La demande adressée au CMP, pour Nour comme pour Antonin, par la famille et l'école était de faire disparaître les troubles du comportement. Le projet thérapeutique, proposé par la consultante des enfants, s'est orienté sur le soutien du développement psychoaffectif et psychomoteur des enfants. Leurs prises en charge visent l'apaisement des angoisses qui traversent ces petits garçons dans le but de limiter l'apparition des troubles du comportement.

Un suivi en psychomotricité a été envisagé rapidement pour Nour et Antonin du fait des comportements qu'ils mettaient en avant lors des consultations, notamment au moment de la séparation avec leurs mères et de leurs difficultés d'intégration à l'école au sein de leurs pairs. Ils sont tous deux adressés afin de réaliser une évaluation psychomotrice pour une forte agitation psychomotrice, de l'impulsivité, des difficultés attentionnelles, des troubles du comportement et, dans le cas d'Antonin, pour un retard du développement psychomoteur. Tous deux présentent des difficultés dans la gestion de leurs émotions et manifestent des angoisses importantes.

Au vu des résultats de leurs bilans et après une observation spontanée de leur comportement en séance, la détresse que les enfants manifestent dès le début de la prise en charge amène ma maître de stage à considérer la possibilité de carences dans l'élaboration des limites psychocorporelles pour Nour et Antonin.

Leur agitation psychomotrice est constamment présente en séance. De plus, ma maître de stage observe son augmentation ainsi que l'apparition des troubles du comportement lors des séparations et lorsque l'expression et la gestion des émotions deviennent impossibles. Il semble alors que les enfants soient dans l'incapacité d'accepter l'aide ou la réassurance venant de l'adulte.

Afin de s'inscrire dans le projet thérapeutique, il sera nécessaire d'aider les

enfants dans l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle. Il est essentiel de s'appuyer sur les différentes fonctions nécessaires à l'élaboration des bases du développement psychoaffectif et psychocorporel au sein de leurs suivis. Il apparaît que Nour et Antonin ont besoin d'être contenus psychiquement et physiquement pour faire face à ce défaut de structuration des enveloppes psychocorporelles qu'ils expérimentent dans leur quotidien.

Il est important de considérer l'instabilité psychomotrice des enfants comme s'inscrivant dans leurs histoires et faisant trace des fragilités qui ont pu exister dans les relations précoces. L'agitation psychomotrice vient pointer les difficultés du sujet en développement qu'est l'enfant. Par son agitation, il tente de créer une fonction pare-excitatrice, il se fabrique une carapace protectrice face aux angoisses archaïques qu'il ne peut correctement se représenter. En cherchant à aider l'enfant dans la construction de son enveloppe psychocorporelle, nous soutenons l'intégration des fonctions de contenance et de pare-excitation. En considérant, son agitation psychomotrice comme un indice de son mal-être et en essayant d'y mettre du sens pour nous-même en tant que thérapeute, nous prenons en compte l'identité narrative de l'enfant (Golse, 2019).

La capacité d'être seul, quand elle apparaît comme un élément intégré psychiquement par l'enfant, est l'un des signes qui permet de supposer que le processus de développement psychoaffectif a eu lieu (Winnicott, 1958c). C'est à partir de l'acquisition de cette capacité que la formation de l'identité psychique évolue. Cette période du processus d'individuation marque l'entrée dans la relation à l'autre puisque l'enfant en acquérant une sécurité psychoaffective suffisante peut sortir sereinement de la relation duelle à la mère.

Cette étape importante du processus de développement de l'enfant survient en parallèle et en lien avec la structuration des enveloppes corporelles. Il est alors possible d'envisager la capacité d'être seul comme le témoin d'une élaboration suffisante pour permettre à l'enfant d'entrer dans une phase de différenciation psychocorporelle avec son environnement.

Cela m'amène à poser l'hypothèse que l'élaboration des enveloppes psychocorporelles permet la mise en place d'une base assez sécurisée pour finaliser le développement psychoaffectif.

1. PRESENTATION DES ENFANTS

Comme je l'ai annoncé précédemment, ce sont les comportements de Nour et Antonin qui m'ont particulièrement interpellée durant nos rencontres. Dans un premier temps, je présenterai les enfants ainsi que les hypothèses proposées par leur consultante et le projet thérapeutique mis en place en psychomotricité. Puis, au regard des éléments à ma disposition je tenterai de comprendre leur problématique.

1.1. Cas clinique : Nour

1.1.1. Anamnèse

Nour est né en février 2015. Il vit avec sa maman et son demi-frère qui est scolarisé au collège. Ses parents se sont séparés suite à des violences conjugales. Leurs rapports sont conflictuels. Une décision de justice a été statuée pour protéger la mère de Nour grâce à une ordonnance d'éloignement. Nour peut voir son père lors de visites médiatisées par une éducatrice. Sa maman travaillait en tant que garde d'enfants mais a perdu son travail il y a environ trois ans, alors que Nour était à la crèche. Elle n'arrive pas à retrouver de travail depuis et explique cela par le refus de l'école d'accueillir Nour à temps complet. Il y a peu d'informations sur le père de Nour dans son dossier.

Nour est né à terme (et pesait cinq kilos) malgré une grossesse compliquée par une hypertension artérielle de la maman. Le sevrage de l'allaitement maternel s'est fait brutalement, à cause des violences que sa mère subissait. Elle raconte avoir été frappée par son conjoint alors qu'elle tenait Nour dans ses bras au moment de l'allaitement. Après cela, Nour a refusé de reprendre le sein.

Nour entre en crèche à un an et demi, mais il est renvoyé. Ce renvoi est expliqué par des difficultés d'intégration. Il est admis dans une nouvelle crèche où il fait, de nouveau, l'objet de beaucoup d'inquiétudes de la part des professionnels de la petite enfance notamment concernant ses mises en danger répétées et son agressivité qu'il dirige contre les adultes mais aussi les bébés, à qui il met les doigts dans les yeux. L'équipe de la crèche se sent dépassée et deux informations préoccupantes (IP) sont adressées : une par la PMI et l'autre par l'ASE⁴. Cependant, Nour grandit bien, il n'est d'ailleurs noté aucun retard dans son développement psychomoteur. Il dort et mange correctement. Il a du mal avec l'acquisition de la propreté qui viendra après son entrée en maternelle. Les auxiliaires de puériculture le décrivent comme un petit garçon éveillé qui est à l'aise dans la relation duelle mais qui a besoin de beaucoup d'attention. Il est vite dispersé et débordé dans les situations en groupe. Elles remarquent également un eczéma très lourd.

Il est scolarisé en maternelle depuis janvier 2019 où il est accueilli uniquement l'après-midi car il bénéficie d'un aménagement et d'une adaptation pédagogiques. Il a commencé par aller à l'école deux fois deux heures par semaine et est scolarisé tous les après-midis à l'heure actuelle. Une demande d'AVS⁵ a été faite à la MDPH⁶ pour le soutenir.

L'intégration en petite section a été très compliquée pour Nour. Son comportement hétéroagressif à l'école inquiète sa maîtresse.

1.1.2. Indications de soin et évolution du suivi thérapeutique

C'est à la suite d'une grande inquiétude vis-à-vis du comportement de Nour qu'une demande de soins est faite au CMP. Nous pouvons supposer que sa maman a reçu l'obligation de prendre contact suite aux différentes IP concernant Nour.

Il est suivi au CMP depuis décembre 2018. Suite aux premières consultations,

⁴ ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

⁵ AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

⁶ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

la consultante pose le diagnostic d'un **trouble mixte des conduites et des émotions**. Ce trouble est apparu dès son entrée en collectivité. Il se manifeste par des mises en danger sur soi et sur autrui. Nour présente une agitation psychomotrice et des troubles attentionnels avec des réactions inadaptées socialement, notamment de l'hétéro-agressivité, qui sont accompagnés ponctuellement de troubles oppositionnels avec provocation.

Ses difficultés se manifestent particulièrement lorsqu'il est confronté à un groupe d'enfants. Sa consultante pose l'hypothèse que ces conduites hétéroagressives apparaissent dès lors que Nour est submergé par des angoisses archaïques.

Le projet thérapeutique proposé par sa consultante est le suivant : il sera nécessaire de poursuivre les soins psychologiques avec une prise en charge individuelle en psychomotricité (séances hebdomadaires) et des consultations familiales hebdomadaires ou bimensuelles soutenues par un travail en partenariat avec l'Unité Parents-Enfants (UPE) de l'inter-secteur dans le but d'expérimenter des situations groupales (séances hebdomadaires).

Nour est également suivi en libéral par une orthophoniste pour un retard de langage de type expressif. Le bilan de son orthophoniste à la fin de la première année de prise en charge est positif. Elle décrit une bonne évolution de son retard de langage et de bonnes aptitudes cognitives et relationnelles en situation duelle. Elle remarque cependant une grande porosité aux stimuli extérieurs, qui concorde avec les observations de la psychomotricienne lors des séances de Nour au CMP. L'amélioration de ses compétences langagières constitue un étayage intéressant dans la gestion de son agressivité.

Depuis septembre 2019, la situation de son suivi est compliquée. Sa maman veut reprendre son activité professionnelle le matin et aimerait que Nour soit scolarisé à temps plein ce qui semble impossible, pour l'équipe, compte tenu des difficultés de ce petit garçon. En synthèse, l'équipe décrit une maman dont l'attitude varie souvent entre la séduction et la sensation d'être persécutée par le CMP. Elle

aurait peut-être du mal à adhérer à la prise en charge de son fils. Malgré les arguments en faveur d'un suivi régulier pour Nour, elle « menace » régulièrement la consultante de son fils de poursuivre les soins dans des cabinets libéraux, quand cette dernière n'accède pas à ses demandes, mais revient toujours en consultation après quelques semaines d'absence. Elle investit davantage le temps proposé à l'UPE où elle peut accompagner Nour. L'équipe note une amélioration dans la capacité de cette maman à gérer la séparation avec son petit garçon, ce qui était très dur pour elle l'année dernière, mais verbalise une fatigue vis-à-vis de la discontinuité de la prise en charge de Nour, due à ses absences répétées et qui est associée au manque d'adhésion au soin de la maman.

1.1.3. Le suivi thérapeutique en psychomotricité

Nour est adressé en psychomotricité pour une agitation psychomotrice et une opposition avec des comportements agressifs.

- **Sémiologie psychomotrice de Nour**

Le bilan réalisé en janvier 2019 met en avant, chez Nour, une agitation psychomotrice associée à une impulsivité et des difficultés attentionnelles. Nour a du mal à canaliser ses émotions, ce qui génère de l'excitation et provoque des débordements ou des comportements inappropriés, agressifs ou d'opposition. L'agitation psychomotrice et ses comportements d'opposition impactent sa motricité globale, notamment au niveau des coordinations et ses capacités de régulation tonique.

Nour présente des difficultés dans la **régulation tonico-émotionnelle**. Il semble osciller entre une baisse de son niveau tonique (qui dure peu de temps) et une hypertonie associée à beaucoup d'excitation qu'il manifeste par des cris et une agitation psychomotrice. Il a du mal à entrer dans une nuance de ces différents niveaux toniques et se laisse régulièrement emporter par son excitation. Il a notamment des décharges d'agressivité qu'il résout en détruisant le matériel autour

de lui.

Au niveau **moteur**, Nour ne présente pas de difficulté ni de retard pour son âge. La marche est fluide. Il est à l'aise au niveau des coordinations globales et des équilibres statique et dynamique. Cependant, il est moins à l'aise dans sa **motricité fine** qui est impactée par ses difficultés de régulation tonique (qu'on pourrait mettre en lien avec l'excitation), par exemple : il met beaucoup de force dans ses activités de modelage. Au niveau **graphomoteur**, Nour commence à investir le dessin.

Nour a une bonne connaissance de son **schéma corporel**. Les somatognosies ne sont pas impactées, il a une bonne connaissance des différentes parties de son corps qu'il situe bien sur lui et sur autrui, mais on ressent un manque d'investissement corporel et des difficultés au niveau de la conscience corporelle.

Concernant l'évaluation de la connaissance des **repères spatiaux**, Nour refuse de répondre à l'item proposé. La connaissance des **repères temporels** est en-deçà de ce qui est attendu pour son âge. Il ne connaît pas les notions de « vite/ doucement », « nuit/ jour », « vieux » et « hier/ demain ». Il a encore du mal à repérer la chronologie, la succession des évènements dans le passé ou le futur. Il intègre difficilement la durée des évènements vécus et sa perception du temps est liée à son état émotionnel ou affectif. Il peut ressentir une durée comme plus ou moins longue selon l'intérêt qu'il porte à l'activité qu'il effectue.

Concernant les **fonctions exécutives**, Nour présente un trouble de l'attention qui se répercute sur ses capacités de concentration.

Nour semble en difficulté sur le **plan psychoaffectif**. Il manifeste régulièrement des comportements agressifs face aux adultes et teste les limites comme pour en mesurer la solidité et la sécurité.

- **Hypothèses concernant le fonctionnement psychomoteur et psychoaffectif de Nour**

Nour est adressé en psychomotricité par sa consultante pour une agitation psychomotrice, des troubles attentionnels et une opposition avec des comportements agressifs. Il est décrit comme un enfant agité et facilement distractable par les professionnels qui le prennent en charge.

Le bilan psychomoteur met en évidence des difficultés au niveau de sa régulation tonico-émotionnelle. En effet, Nour semble exploser par moment au cours des exercices proposés, il fait preuve d'impulsivité. Ses difficultés attentionnelles se répercutent sur ses capacités de concentration, le moindre bruit le sort des activités proposées et déclenche de l'angoisse. Nour supporte peu l'échec et peut avoir des réactions de fuite ou de brutalité. D'autre part, son activité spontanée est très explosée et éparpillée.

Le travail thérapeutique portera d'abord sur la gestion de l'agitation psychomotrice, de l'impulsivité et sur les capacités de concentration de Nour.

Le suivi thérapeutique en psychomotricité se concentrera, dans un premier temps, sur un travail autour de l'enveloppe psychocorporelle où il s'agira de soutenir l'intégration de la limite dedans-dehors pour amener Nour à ressentir son enveloppe comme contenant et sécurisante. En parallèle, il sera nécessaire de travailler sur l'intégration du cadre et des limites en donnant des repères rassurants à Nour et en lui permettant d'expérimenter des situations de continuité.

- **Objectifs thérapeutiques et évolution du suivi thérapeutique avant mon arrivée**

La prise en charge se concentre sur la gestion de l'agitation psychomotrice, de l'impulsivité et des capacités de concentration de Nour par un travail sur le ressenti

des limites du corps. Elle vise à lui donner des repères rassurants en travaillant sur l'intégration du cadre et des limites et à soutenir Nour dans la construction de sa confiance en soi.

Nour est reçu pour des séances de quarante-cinq minutes chaque semaine, hors vacances scolaires.

Le suivi de Nour évolue positivement depuis un an, il s'améliore sur de nombreux aspects. Son comportement, notamment, s'est amélioré. Il semble plus apaisé en séance, mais peut encore avoir des difficultés à canaliser ses émotions. Il peut encore déborder et avoir des réactions inadaptées, des décharges d'excitation très vives. Ces comportements se manifestent particulièrement dans les moments d'inactivité ou de séparation qui sont difficiles pour lui. Il a encore besoin d'être rassuré au moment de se dire au revoir, pour retourner tranquillement rejoindre sa maman dans la salle d'attente, mais il arrive mieux à s'appuyer sur l'adulte pour cela. Par exemple : il aime regarder la psychomotricienne dessiner pour lui ce qu'il s'est passé en séance et raconte de mieux en mieux ce qu'il a vécu. Il a encore du mal à trouver un équilibre, à se reposer sur une sécurité interne pour surmonter seul les séparations.

Il fait preuve de moins d'agressivité et d'opposition qu'au début de la prise en charge et accepte plus volontiers les règles qui lui sont données. Il se maîtrise davantage et comprend mieux pourquoi certaines activités ou comportements lui sont interdits. Il arrive parfois à gérer sa frustration sans crier et s'agiter. Il peut plus facilement demander de l'aide à l'adulte, quand il est en difficulté ou qu'il en ressent le besoin, et verbalise mieux ce qui le met en colère ou en échec.

Il parvient à se concentrer sur une activité plus longtemps et présente moins d'impulsivité dans ses gestes. Il a encore des difficultés à intégrer l'adulte dans son jeu et aime garder le contrôle sur ce qui se passe dans les jeux qu'il propose. Sur le plan imaginaire, Nour aime raconter des histoires. Il apprécie énormément les jeux de faire-semblant qui lui permettent d'inventer et de jouer les histoires qu'il veut, même si elles sont encore peu structurées. Les événements de l'histoire ne

s'enchaînent pas toujours dans l'ordre chronologique et il fait régulièrement des retours en arrière dans son récit, qui donnent l'impression qu'il annule certains moments de la scène jouée précédemment. Il décharge une certaine agressivité dans ces jeux de faire-semblant. Le cadre proposé lui permet de créer un décalage entre réalité et fiction et d'accéder à un niveau plus représentatif des affects qu'il met en jeu. Il aime particulièrement se déguiser, ce qui appuie davantage le décalage entre l'espace réel et l'espace de jeu. Nour a un bon contact dans la relation lors de ces jeux.

Malheureusement, il est souvent absent aux séances de psychomotricité, malgré les changements d'horaires qui ont été décidés avec sa maman, ce qui limite les progrès dans sa prise en charge.

1.1.4. Première rencontre

Nour est âgé de quatre ans et huit mois quand je le rencontre, pour la première fois, dans la salle d'attente du CMP. Il joue assis à table avec des petites voitures. Sa mère est assise derrière lui et regarde son smartphone. Il n'y a aucun bruit dans la pièce. Nour est enroulé sur lui-même - comme prostré - ses longs cheveux ébouriffés lui tombent devant les yeux et il est emmitouflé dans son manteau, son écharpe et son bonnet, ce qui m'empêche de voir son visage. Cela me donne l'impression qu'un tas de vêtements tient tout seul sur la chaise.

Sa maman se lève pour nous serrer la main et interpelle Nour pour qu'il vienne nous dire bonjour. Il ne répond pas à sa demande et reste avachit devant ses petites voitures mais cesse cependant de jouer. Ma maître de stage s'approche de lui pour le saluer. Il esquisse un signe de la main à son encontre. Je m'avance pour lui dire bonjour et me présenter. Il refuse de serrer la main que je lui tends et détourne la tête comme pour fuir le contact. Je n'insiste pas et laisse ma maître de stage faire les présentations. Sa maman se lève alors et insiste auprès de Nour pour qu'il nous salue. Elle s'approche de lui, le prend dans ses bras et essaye de lui faire relever le visage en soulevant le menton de son fils avec sa main. Je vois Nour sourire, un sourire qui me fait l'effet d'une réaction de prestance, il n'a pas l'air à l'aise. Il

marmonne un bonjour puis s'extrait des bras de sa maman et court vers une malle de jeu. Il nous tourne le dos. Sa maman, quant à elle, donne l'impression qu'elle s'agace un peu. Elle retourne le chercher et prend sa main pour le ramener vers nous en lui demandant « d'être sage pendant la séance ».

Nour se laisse traîner par sa maman, son corps est complètement hypotonique, il me donne l'impression d'un pantin désarticulé qui coule sur le sol, cependant il rit et sourit. Je me demande s'il le fait pour provoquer la colère de sa mère, qui semble se retenir de craquer, ou s'il est gêné de ma présence et manifeste une crainte à aller en séance avec une nouvelle personne. Ma maître de stage propose à Nour d'y aller. Il se laisse pendre au bout de la main de sa maman encore quelques secondes, puis se ressaisit subitement et traverse la salle d'attente en courant pour se précipiter dans la salle de psychomotricité, sans nous attendre, alors que sa maman entame une discussion avec ma maître de stage. Nour est donc seul dans le couloir et ma maître de stage doit mettre fin à la discussion avec sa maman pour que nous le rejoignons.

Cette première rencontre avec Nour, m'a laissé une impression surprenante, pendant que nous traversions le couloir. Je me suis fait la réflexion qu'il ne correspondait pas au petit garçon que j'avais imaginé.

Ma maître de stage avait commencé à me parler de lui bien avant le début de mon stage. Elle est parfois fébrile quand elle décrit les séances difficiles qu'elle a pu vivre avec lui et les situations compliquées qu'elle a dû gérer pour assurer la sécurité de ce petit garçon qui déborde le cadre constamment. Lors de leur première rencontre, Nour est arrivé dans la salle de psychomotricité en hurlant et a renversé le pot à crayon qu'elle avait installé sur la table pour lui proposer de dessiner. Au début du suivi, il la provoquait en essayant d'avalier des billes et a déjà tenté à plusieurs reprises de la frapper au visage. Elle le décrit dans la provocation et violent et se sent contrainte à une posture d'éducatrice. Elle exprime sa crainte d'être destituée de sa spécificité de psychomotricienne et ainsi de passer à côté de la prise en charge, de ne pas pouvoir l'aider.

Lors de la première synthèse en équipe à laquelle j'ai assisté, la simple évocation du prénom de Nour a déclenché un rire nerveux chez plusieurs professionnels impliqués dans ses soins. Plus tard, en parcourant son dossier, j'ai pu lire ce qui, aujourd'hui, m'évoquerait presque un palmarès pour ce petit garçon : il a commencé à taper les adultes et les autres enfants dès son arrivée à la crèche, il a voulu jeter un copain par-dessus les escaliers en maternelle et a tenté d'étrangler une petite fille parce qu'elle n'a pas voulu lui donner le jouet qu'il désirait. La violence dont Nour a pu faire preuve au moment de sa sociabilisation contraste avec l'enfant que j'ai rencontré en salle d'attente et qui m'a semblé timide, voire plutôt dans la passivité. Il ne se présente pas comme le garçon violent, bruyant et dans un rapport de force avec l'adulte que je croyais rencontrer suite aux échanges avec ma maître de stage et l'équipe du CMP.

1.2. Cas clinique : Antonin

1.2.1. Anamnèse

Antonin est né en septembre 2014. Il vit avec sa maman et son grand-frère Florent. Ses parents sont tous les deux d'origine africaine et ont émigré en France quand le père d'Antonin a obtenu une promotion. Ils sont divorcés depuis 2014 et n'habitent plus dans la même ville. Leur séparation s'est officialisée un mois après la naissance d'Antonin. À cette période, le papa d'Antonin travaillait encore en Afrique, et n'était présent en France que deux semaines par mois. Il ne pouvait soutenir la maman de ses enfants au quotidien. Il a changé de travail en 2019, afin d'être plus présent pour ses enfants. Cela lui permet de les voir un week-end sur deux et pendant les vacances scolaires. Il est très investi dans le suivi thérapeutique d'Antonin. La maman d'Antonin a repris ses études et obtenu, en 2019, un Master 2 en commerce et relations internationales. Elle est polyglotte.

Antonin a un grand-frère, Florent, qui a huit ans et est scolarisé en CE2. Il est également suivi au CMP. Son frère est né en Afrique, contrairement à Antonin qui est né près de Paris. Il a des difficultés avec l'apprentissage du français. Antonin est très proche de son grand-frère Florent. La nuit il dort souvent avec lui.

La grossesse a été compliquée pour la maman d'Antonin. Ils habitaient encore en Afrique au début de cette grossesse mais ont déménagé en France, non loin de Paris, au début de son sixième mois de grossesse quand son mari a obtenu sa promotion. Elle a dû rester allongée dès lors à cause de complications. Elle a pris beaucoup de poids et souffrait de douleurs aux jambes. C'est une période qu'elle a mal vécu, elle qui était très active et qui adorait voyager. Au cours du dernier trimestre, elle a fait une dépression puerpérale qui m'a conduite à une hospitalisation de dix jours : elle sera prise en charge et suivra un traitement par anti-dépresseurs jusqu'à la fin de sa grossesse. La naissance d'Antonin se passe bien.

Les parents d'Antonin se sont séparés un mois après sa naissance. La maman vit difficilement le divorce avec son conjoint. Elle fait appel à des amis et des connaissances pour l'aider à s'occuper d'Antonin et de Florent. Antonin n'a pas eu d'allaitement et, tout petit, il dormait peu et pleurait beaucoup.

Lorsqu'il était âgé de sept mois, Antonin a subi une intervention chirurgicale⁷ pour soigner une hydrocéphalie à la suite de laquelle il a été hospitalisé pendant deux semaines à l'hôpital Necker. La découverte de cette hydrocéphalie fait suite à des difficultés rencontrées par Antonin dans ses déplacements, qui lui demandaient beaucoup d'efforts, et une réduction inquiétante du mouvement jusqu'à l'immobilité complète. C'est une voisine qui venait aider sa maman à s'occuper de lui qui a remarqué qu'il était en difficulté. Sa mère explique qu'il a souffert pendant l'hospitalisation. Elle en garde un grand traumatisme et confie à plusieurs reprises à la consultante qu'elle a beaucoup gardé Antonin contre elle après son opération et qu'elle a continué bien après la fin de sa convalescence, mais ne précise pas combien de temps.

À neuf mois, Antonin tient assis et acquiert la marche vers un an et demi. Il prononce ses premiers mots vers deux ans. Depuis son intervention chirurgicale, il n'y a rien à signaler sur le plan somatique excepté un épisode de forte fièvre survenue lorsqu'il avait trois ans. Cette fièvre était accompagnée d'une douleur au pied

⁷ L'intervention consistait à poser une valve qui permet de drainer le liquide céphalo-rachidien en excès qui s'accumule dans la boîte crânienne et provoque un gonflement ou une déformation du crâne de l'enfant.

gauche associée à une paralysie qui l'a empêché de marcher pendant trois jours. Après un examen à Necker, rien n'a été trouvé mais sa maman dit avoir eu très peur. C'était une période où elle travaillait beaucoup et se sentait coupable d'imposer un rythme peu adapté à ses enfants.

Les enfants ont été placés pendant neuf mois en pouponnière, dans deux unités différentes. Antonin a alors un an et demi et Florent presque quatre ans. Ce dernier en garde une très mauvaise expérience qu'il arrive à raconter lors de ses consultations, mais Antonin était plus petit et n'en parle jamais. Pourtant, il lui arrive de manifester, par son comportement, des angoisses d'abandon qui trouvent peut-être leur origine à cette période. Il y a peu d'informations sur les raisons du placement en pouponnière des enfants. Cela aurait été fait suite à une demande de leur maman qui faisait face à des difficultés dans sa vie professionnelle et personnelle à cette période et n'arrivait plus à gérer les enfants toute seule. Le placement chez le papa devait être impossible comme il devait se déplacer en Afrique régulièrement. La pouponnière constituait, peut-être, la meilleure solution pour les enfants à ce moment-là.

Le régime alimentaire d'Antonin est varié, même s'il lui est plus difficile d'accepter ce qui lui est servi à la cantine. Il dort bien la majeure partie du temps mais s'est déjà plaint de faire des cauchemars. En consultation, le papa d'Antonin évoque les difficultés de séparation de son fils et explique qu'il les maîtrise par un toucher contenant dans le dos. Ces angoisses apparaissent, notamment au moment du coucher, ce qui génère beaucoup d'agitation chez Antonin. Il crie, allume et éteint la lumière, court dans l'appartement et disperse ses affaires partout dans sa chambre. La nuit, il dort souvent avec son grand-frère, qui l'invite dans son lit. Florent a développé un grand attachement envers Antonin pendant le placement à la pouponnière. Il existe parfois une rivalité entre eux mais ils investissent, l'un comme l'autre, cette relation fraternelle. En séance, Antonin exprime particulièrement son admiration pour son grand-frère en disant qu'il « voudrait faire comme lui ».

Antonin est scolarisé en grande section de maternelle. Avant d'entrer à l'école maternelle, il a été à la crèche. Son entrée en crèche a déclenché une grande

angoisse et de nombreuses craintes pour sa maman. Elle avait peur qu'il se retrouve paralysé ou qu'il cesse de manger. Antonin a toujours été bien investi par ses institutrices, malgré ses troubles du comportement. Ce qui n'est pas étonnant car c'est un petit garçon très mignon et attachant.

À l'école, son institutrice doit répéter à plusieurs reprises les consignes, malgré tout, ses capacités de langage oral ont progressé de manière significative depuis son entrée en maternelle. Il investit beaucoup les apprentissages, malgré ses difficultés. Antonin est sociable avec les autres enfants. Il peut se montrer timide avec les adultes au premier abord, mais devient vite à l'aise dans la relation. Antonin aime bien l'école, il y va volontiers. Sa maman raconte qu'à la fin de la journée, il a besoin de dire au revoir à tous ses camarades de classe et aux enseignants avant d'accepter de s'en aller.

Au niveau émotionnel et affectif, Antonin reste fragile. Il pleure beaucoup le matin avant d'aller à l'école et refuse de s'habiller. Sa maman qualifie ces moments comme des moments compliqués, pour elle comme pour lui. Cependant, elle le décrit comme un enfant très souriant, qui sourit même quand il fait des bêtises. Il est alors très difficile pour elle d'être ferme avec lui, car il ne comprend pas toujours les règles qu'elle lui impose et peut se mettre rapidement à pleurer quand il n'obtient pas ce qu'il veut. Antonin peut d'ailleurs se montrer très opposant aux demandes faites par les adultes. À l'école, il refuse par exemple de faire la sieste et certaines activités. Il lui arrive d'avoir des crises de colère, à l'école ou à la maison. Pendant un temps, il jetait des objets pour manifester sa colère et/ou sa frustration, ce qu'il ne fait plus aujourd'hui. En consultation et en séance de psychomotricité, il rit ou répond « non » à toutes les questions ou aux demandes qui lui sont adressées. Les professionnels du CMP le considèrent défensif. Pour autant, Antonin est toujours très attentif à ce qui se dit autour de lui. Il porte une attention particulière au discours de l'adulte quand cela le concerne, et, peut rebondir de manière tout à fait adaptée sur ce qui est dit de lui.

1.2.2. Indications de soin et évolution du suivi thérapeutique

C'est sur conseil du pédiatre que les parents d'Antonin prennent rendez-vous avec le CMP. La demande fait suite à l'observation d'un retard global de développement accompagné de chutes à répétitions, d'une agitation et d'une excitabilité psychomotrices mais également à la présence de comportements d'opposition, et d'une attention labile.

Antonin est suivi au CMP depuis septembre 2018 pour un **retard global de développement**. Sa pédopsychiatre considère qu'il est également nécessaire d'interroger ses réactions face à la frustration et qu'Antonin peut avoir des tendances à un **trouble oppositionnel, avec provocation**. En effet, Antonin présente des comportements inadaptés, notamment en classe, avec des cris d'après ce que rapporte sa maîtresse. Le projet thérapeutique proposé par sa pédopsychiatre est constitué d'un temps de consultation, accompagné de sa mère ou de son père (rendez-vous mensuel). La consultante veille à alterner les rendez-vous entre les parents pour leur donner une place équivalente dans la prise en charge d'Antonin. Il est également pris en charge en psychomotricité en séances hebdomadaires.

Les comportements d'opposition d'Antonin se manifestent, d'après la maman, lors des moments de séparation, particulièrement quand il doit aller à l'école ou quitter l'école, mais également quand elle le dépose ou quand elle va le chercher chez son père le week-end. Cependant, d'après le père d'Antonin, l'entrée à l'école n'a pas posé de problème de séparation, il reconnaît cependant qu'il est difficile pour Antonin de supporter les déplacements entre leurs domiciles.

Il est intéressant de noter qu'Antonin exprime davantage ses difficultés de séparation quand il est avec sa maman plutôt qu'avec son papa. Nous pouvons supposer que c'est peut-être la séparation entre Antonin et sa mère qui est difficile. Elle avait pu exprimer à la consultante les angoisses qui l'ont traversée au moment de l'entrée à la crèche de son fils.

Antonin adopte la même attitude au CMP. Avant la séance en psychomotricité, la séparation en salle d'attente se fait généralement dans le calme même s'il a besoin d'un peu de temps pour rejoindre la salle et d'emmener quelque chose avec lui. Néanmoins, les fins de séances sont très compliquées, il exprime régulièrement son désir de ne pas partir et de rester au CMP. Il est arrivé que la séparation avec sa maman en salle d'attente soit aussi difficile, mais il s'agissait d'une période particulière où Antonin manifestait des angoisses par rapport au départ de sa maman pour l'Afrique. Il avait peur d'être séparé d'elle. La séance de psychomotricité constituait peut-être pour lui un temps de séparation trop long.

1.2.3. Le suivi thérapeutique en psychomotricité

Antonin est adressé en psychomotricité à la demande de la psychologue scolaire et de sa consultante pour un retard global de développement accompagné de chutes à répétitions, d'une agitation et d'une excitabilité psychomotrices mais également la présence de comportements d'opposition, et d'une attention labile occasionnant un retard dans les apprentissages.

Son suivi thérapeutique débute en juin 2019. Il y a une attente particulière à propos de cette prise en charge par les parents d'Antonin et l'école qui souhaitent voir changer son comportement.

• Sémiologie psychomotrice d'Antonin

Le bilan d'avril 2019 met en avant, chez Antonin, une agitation psychomotrice importante avec de l'impulsivité et des difficultés attentionnelles. Antonin montre une excitabilité ou une opposition face aux consignes qui lui sont données, il a du mal à canaliser les émotions qui le traversent. Sa régulation tonique, sa motricité globale et son équilibre s'en trouvent impactés. Il manque de confiance en lui et préfère éviter les situations qui le mettent en difficulté plutôt que de se confronter à l'échec.

Antonin présente des troubles de la **régulation tonique** qui influencent ses capacités d'ajustement postural. Sa tonicité musculaire est hétérogène, avec une hypertonie périphérique et une hypotonie axiale. Il est facilement déséquilibré lors de la marche, ce qui pourrait être mis en lien avec une intégration fragile de son axe corporel compensée par un tonus d'action élevé qui entraîne une certaine raideur lors de ses déplacements. Il montre un grand entrain dans les activités qui lui sont proposées mais est rapidement parasité par une excitation et une agitation motrice qui désorganisent ses mouvements dans l'espace et génèrent des chutes. L'inhibition du mouvement est difficile, ce qui impacte sa **motricité globale** et la réalisation des coordinations dynamiques globales. Même si les équilibres statiques sont globalement de bonne qualité pour son âge, les équilibres dynamiques mettent en avant un manque de tenue axiale et de contrôle moteur.

Au niveau de sa **motricité fine**, Antonin présente une dominance à gauche. Les coordinations bimanuelles sont présentes et efficaces, même si l'on observe une maladresse gestuelle qui peut être mise en lien avec un manque d'attention (il fait tomber les objets par terre mais ne semble pas s'en rendre compte). Au niveau **graphomoteur**, Antonin tient son outil scripteur avec une pince quadrigitale, plutôt satisfaisante pour son âge. Cependant, la main est hypertonique sur l'outil scripteur et le mouvement qui part du coude manque de contrôle. Cette hypertonie génère des tremblements rendant difficile la maîtrise du tracé. Son instabilité posturale amplifie la difficulté de l'activité de trace. Antonin montre beaucoup d'opposition durant ces exercices et préfère dessiner ce qui lui fait plaisir plutôt que répondre aux consignes.

Au niveau de l'**espace**, Antonin présente un retard dans la connaissance des repères spatiaux de base et dans les capacités visuoperceptives et constructives. Concernant le **repérage temporel**, il semble adapté pour son âge. Cependant, quand Antonin s'exprime, il est parfois compliqué de le suivre. Son discours est orienté dans le temps, dans la mesure où il associe au passé des événements passés et qu'il les différencie de l'instant présent et des événements futurs mais dans son discours « hier » peut être utilisé pour évoquer un événement qui s'est produit il y a parfois plusieurs mois.

Antonin présente quelques lacunes (talons, menton) concernant les somatognosies par rapport à sa tranche d'âge, mais sa structuration du **schéma corporel** et la représentation de son corps sont satisfaisantes pour son âge. Il dessine un bonhomme têtard pour l'épreuve du dessin du bonhomme.

Au niveau des **fonctions exécutives**, Antonin montre des difficultés attentionnelles qui sont à relier à une distractibilité avec un défaut d'inhibition. Ces troubles attentionnels pourraient également être mis en lien avec son agitation psychomotrice et son impulsivité.

- *Hypothèses concernant le fonctionnement psychomoteur et psychoaffectif d'Antonin*

Antonin est adressé en psychomotricité pour un retard global de développement, ses difficultés motrices conduisent à des chutes fréquentes. Il présente une agitation et une excitabilité psychomotrices ainsi qu'une attention labile. Il fait preuve d'opposition.

Son bilan psychomoteur met en évidence une agitation psychomotrice importante accompagnée d'une impulsivité et de difficultés attentionnelles. Son excitabilité psychomotrice impacte sa motricité globale et fine. Elle désorganise son geste et entraîne des déséquilibres. Les réactions d'opposition apparaissent particulièrement lorsqu'il se trouve en difficulté face à une tâche donnée.

Ses difficultés attentionnelles, son impulsivité et son agitation psychomotrice m'évoque la possibilité de la présence d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, bien qu'il ne s'agisse pas du diagnostic proposé par le CMP.

- *Objectifs thérapeutiques et évolution du suivi thérapeutique avant mon arrivée*

Le suivi thérapeutique d'Antonin se concentre en priorité sur la gestion de l'agitation psychomotrice, de l'impulsivité et de la labilité attentionnelle par le biais d'activités impliquant la conscience corporelle et la sensorimotricité. Il s'agit de le soutenir dans la construction d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée et contenante. Une attention particulière est portée à l'amélioration de la confiance en soi d'Antonin en veillant à lui proposer des activités adaptées compte tenu de ses difficultés.

Antonin est reçu pour des séances de trente-cinq minutes chaque semaine, hors vacances scolaires.

Antonin a fait beaucoup de progrès au cours de la première année de prise en charge en psychomotricité. Il a maintenant cinq ans. Il est grand pour son âge et pourrait paraître plus âgé. Cependant, il présente une grande immaturité affective qui lui fait adopter des comportements régressifs. Au niveau de son équilibre, il est maintenant capable de se rééquilibrer et fait beaucoup moins de chutes qu'au début du suivi. Sa motricité globale et ses capacités de coordination sont également plus fluides. Antonin a un meilleur contrôle de son geste. Son impulsivité et son défaut d'inhibition sont toujours présents, cependant, il arrive aujourd'hui à se concentrer plus longtemps sur une tâche donnée ce qui améliore ses compétences.

Antonin a encore très peu confiance en lui. Il est très énervé de ne pas « savoir bien faire » quand il s'agit d'écrire alors que son niveau est normal pour son âge. Il a des difficultés pour dessiner, bien que la prise de l'outil scripteur soit bonne (prise en pince tridigitale). En effet, ses difficultés de régulation tonique sont toujours présentes ; peut-être doivent-elles être mises en lien avec des troubles psychoaffectifs, et son hypertonie périphérique génère une crispation sur l'outil scripteur, qui l'empêche de faire glisser la pointe de son feutre sur la feuille sans à-coups. En conséquence, il a du mal à représenter ce qu'il imagine et cela le blesse, parfois au point d'en pleurer. Il abandonne immédiatement ce qu'il est en train de

faire en disant que « c'est nul ! » et refuse d'y revenir. Son papa, qui apporte une attention particulière aux apprentissages scolaires, profite des moments privilégiés qu'il passe avec Antonin pour lui proposer des jeux ludiques faisant appel à la motricité fine ou à la trace. Antonin apprécie ces moments avec son père et il en parle souvent en séance.

1.2.4. Première rencontre

Antonin est le premier enfant que j'ai rencontré au CMP. Les premiers éléments de son dossier que ma maîtresse de stage m'a présentés ont été la découverte tardive de son hydrocéphalie et son hospitalisation. Quand elle lui a expliqué qu'une troisième personne serait présente cette année en séance, Antonin a refusé catégoriquement. Il a ensuite pu exprimer qu'il ne voulait pas qu'elle s'en aille et qu'elle le laisse. Très rapidement, le lien avec les angoisses d'abandon a été évoqué. Les deux premières séances, je suis restée en retrait et j'ai observé leurs échanges et leurs jeux. Antonin m'a très peu regardée lors de la première séance et toujours avec ce que j'interprète comme un regard de méfiance. Je me sentais très mal à l'aise car j'avais l'impression de lui imposer ma présence et que c'était trop difficile pour lui. La séance de psychomotricité constitue un espace qui lui appartient et j'avais réellement la sensation d'être intrusive. Il a fallu plusieurs séances avant qu'il m'intègre dans ses échanges. Il l'a montré, en début de séance, en traçant trois colonnes au lieu de deux, pour noter les points du jeu de ballon. Il m'a ensuite demandé d'inscrire mon nom et a accepté dès lors que je participe à ses jeux.

Il a été opéré à neuf mois à cause d'une hydrocéphalie qui a été diagnostiquée tardivement, mais nous n'avons pas d'information sur le temps d'hospitalisation que l'on peut imaginer assez long. J'ai appris plus tard qu'Antonin et son grand-frère avaient été placés durant huit mois en foyer suite à une demande de leur maman qui « n'en pouvait plus », elle souhaitait repartir en Afrique pour retrouver sa propre mère là-bas et ne pouvait pas emmener les enfants avec elle. Antonin avait presque deux ans. Ces deux événements constituent des ruptures dans son histoire et dans le lien avec sa maman, auxquelles pourrait s'ajouter la séparation de ses parents qui est souvent accompagnée d'une grande culpabilité chez les enfants.

1.3. L'instabilité psychomotrice chez Nour et Antonin : l'hypothèse d'un défaut de différenciation de l'enveloppe psychocorporelle

Au cours des échanges, basés sur une lecture psychodynamique, que j'ai pu avoir avec l'équipe du CMP, une hypothèse semble se dégager quant à la survenue des difficultés de ces enfants. Bien que les causes d'apparition des troubles soient différentes, pour Nour et pour Antonin, on pourrait supposer qu'une fragilité était déjà présente, sur le plan psychoaffectif, et que les événements survenus dans leur environnement, dans leur histoire, ont pu faire s'exprimer leur trouble.

L'agitation motrice, les difficultés attentionnelles et l'impulsivité qui débordent les enfants, parfois jusqu'à devenir une opposition, voire de la provocation, peuvent, peut-être, être mises en lien avec certaines carences apparues dans les relations précoces vécues par Nour et Antonin dans la prime-enfance. Le manque de structuration de leur appareil psychique aurait pu entraîner un défaut de fonction pare-excitatrice et le besoin de chercher une limite avec l'environnement en dehors du corps propre. En effet, Nour et Antonin semblent présenter une instabilité psychomotrice qui s'exprime par la recherche de leurs limites psychocorporelles. Ils se reposent encore sur l'adulte pour trouver les fonctions de contenance et de pare-excitation nécessaires au développement normal du nourrisson.

Au regard de leurs histoires, il est possible d'envisager leur instabilité comme le témoin d'un défaut de structuration de leurs enveloppes psychocorporelles.

1.3.1. Hypothèses concernant l'instabilité psychomotrice de Nour

Compte tenu des informations présentes dans son dossier et des observations recueillies au cours du bilan psychomoteur, nous pourrions faire l'hypothèse de la présence d'une instabilité psychomotrice. En effet, Nour présente des difficultés sur le plan attentionnel, une impulsivité et une hyperactivité importantes. Cette hyperactivité qui se manifeste à travers son agitation psychomotrice pourrait être

mise en lien avec un manque d'intégration de ses limites psychocorporelles.

Au début de la prise en charge, Nour ne peut pas supporter la frustration, il se montre agressif et se met régulièrement en danger en séance lorsqu'il n'obtient pas ce qu'il veut. Il peut se mettre en colère et va même jusqu'à taper la psychomotricienne qui doit le contenir (parfois très fortement) dans ses bras pour l'aider à se calmer.

Il oscille entre des moments de disponibilité, où il est capable de montrer des capacités psychomotrices adaptées pour son âge, et des moments de décharge, où il semble submergé par ses émotions qu'il ne sait pas comment gérer. Il se met alors en danger en montant sur les meubles et en se jetant contre les murs. Les réactions de l'adulte peuvent également le désorganiser. Il est difficile pour lui de lâcher prise et il refuse de perdre le contrôle.

Les situations où Nour montre une instabilité psychomotrice particulièrement importante peuvent évoquer ce que J. Bergès définit comme une instabilité motrice avec état de déhiscence. En effet, Nour semble rechercher à l'extérieur, en se jetant contre les murs, la contenance qu'il n'a pas intégrée. Ses accès d'agressivité adressés à la psychomotricienne ou tournés sur lui-même peuvent évoquer le besoin de trouver une limite que son enveloppe psychocorporelle ne lui offre pas. La réaction des autres peut éventuellement le rassurer et lui servir de support, dans ces cas-là il peut montrer une facette calme. Il se permet alors des expériences nouvelles et se confronte plus sereinement à l'inconnu. Mais la relation à l'autre peut également le désorganiser et conduire à l'émergence d'une grande angoisse qu'il ne peut pas supporter. Ses réactions évoquent un manque de contenance au niveau de son enveloppe psychocorporelle.

Comme évoqué précédemment, Nour a assisté aux maltraitances que sa mère a subi lorsqu'il était bébé. La confrontation à cette violence au moment des relations précoces aurait pu créer un traumatisme précoce. Nous pouvons imaginer que sa mère n'a peut-être pas pu se montrer assez disponible lors de cette période importante dans la constitution d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée, sur

laquelle se base tout le développement psychoaffectif futur de l'enfant. En effet, elle a été elle-même impactée dans son intégrité psychocorporelle et ces violences sont sans doute venues ébranler sa sécurité interne et son enveloppe psychocorporelle.

L'instabilité motrice pourrait être une manifestation d'un manque de sécurité interne auquel Nour tenterait de pallier en s'agitant pour ressentir une limite psychocorporelle.

1.3.2. Hypothèses concernant l'instabilité psychomotrice d'Antonin

Au début de la prise en charge, Antonin chute énormément. Ses gestes sont incoordonnés et sa motricité s'en trouve très impactée. Il éprouve le besoin de bouger constamment. La confrontation à la difficulté et les situations de séparation le désorganisent et l'effrayent, entraînant systématiquement l'apparition de comportements d'opposition envers l'adulte.

Antonin anticipe les situations d'échec et refuse les activités qui pourraient le mettre en difficulté. Il a déjà pu passer des séances entières à refuser tout ce qui lui était proposé, y compris les activités qu'il apprécie et réussit. Lorsqu'il s'oppose à l'autre, son agitation augmente jusqu'à ce que l'angoisse générée soit trop difficile à tolérer pour lui. Antonin supporte très mal d'être touché, ce qui le prive de la possibilité de demander d'être contenu physiquement par l'adulte, à la manière d'un portage, ou consolé « dans les bras » de l'adulte quand il fait face à un trop plein d'émotions.

Antonin a mis en place une stratégie, il se cache dans une cabane de tissu quand il est débordé par ses émotions et une instabilité psychomotrice trop importante. Par la suite, la mise en place des bercements, proches d'une situation de *holding* et permettant une contenance au plus proche du corps, lui ont permis de pouvoir se recentrer et se calmer lorsqu'il était submergé par des angoisses trop importantes.

Comme Nour, Antonin ressemble dans sa manière d'agir aux instables avec états de déhiscence décrit par J. Bergès. Il pourrait chercher, à l'aide de ses mouvements incessants, à faire exister et à ressentir les limites corporelles qu'il ne parvient pas à intégrer. L'instabilité motrice viendrait pallier le manque de fonction contenante et de fonction pare-excitatrice de son enveloppe psychocorporelle, dû au défaut de structuration de cette dernière.

Il est possible d'envisager que la dépression post-partum de sa mère ait occasionné, pour cette dernière, une difficulté à apporter un environnement suffisamment contenant pour permettre à Antonin de structurer son *enveloppe d'appropriation corporelle* (Courberand, 2014). Ce manque de structuration entraîne une incapacité pour Antonin à percevoir les limites contenant de son unité corporelle.

2. LA PSYCHOMOTRICITE : SUPPORTER, ACCOMPAGNER ET CONSTRUIRE ENSEMBLE

Le verbe « supporter » est issu du latin *supportare*. Il renvoie à l'action de soutenir une personne ou une cause et de lui apporter son appui matériel ou moral, ses encouragements. Supporter quelqu'un, c'est lui servir d'appui et d'assise ou encore subvenir à ses besoins. Le verbe « supporter » peut aussi retranscrire le fait de subir quelque chose en résistant à son effet, en y faisant face sans en être endommagé. Supporter c'est résister à une épreuve, ou au contraire accepter une situation, la tolérer même si l'on en souffre (Dictionnaire Larousse).

En latin, *supportare* renvoie également à l'expression « apporter à pied d'œuvre ». Cette locution adverbiale signifie « se trouver près du bâtiment qui est en construction, prêt à commencer quelque chose, être sur le terrain ». Ici, le terme « œuvre » est à entendre comme un travail. L'œuvre des maçons était de construire des bâtiments et pour cela ils devaient amener leur matériel et leur savoir-faire au pied des murs qu'ils construisaient jour après jour. Devenue aujourd'hui une expression étendue à l'ensemble du monde du travail, « à pied d'œuvre » renvoie à la possibilité de se mettre au travail, d'être prêt à commencer une tâche

(Dictionnaire latin).

Ainsi, en tant que psychomotricien, supporter nos patients dans leur développement pourrait s'entendre comme les accompagner dans cette mise au travail pour construire un socle, des bases, des fondations sûres pour avancer.

Le verbe « accompagner », quant à lui, est issu du nom masculin *compagnon* (du latin populaire *companio*), celui qui accompagne, qui vit avec quelqu'un, ou encore, celui qui partage les occupations et le même idéal que quelqu'un d'autre. Accompagner c'est être avec quelqu'un, lui tenir compagnie ou lui servir de guide. C'est également mener, conduire quelque part ou simplement aller avec quelqu'un dans un lieu-dit. Cela signifie aussi associer, joindre les choses qui vont bien ensemble, les assortir. Quand on accompagne, on est associé à un acte, un état, on va de pair avec l'autre (Dictionnaire Larousse).

Nous servons de support à nos patients, d'étai sur lequel ils peuvent s'appuyer pour avancer, mais le travail thérapeutique doit s'effectuer à deux. En tant que psychomotricien, c'est notre engagement corporel, psychique et affectif qui est en jeu dans la relation avec notre patient. Nous partageons avec eux un espace psychocorporel et relationnel qui nous permet de construire ensemble. La qualité de présence, de disponibilité et d'adaptabilité dans la relation au patient est essentielle pour l'aspect thérapeutique de notre accompagnement. De même que la notion de partage, puisque la thérapie psychomotrice fait intervenir autant le patient que le psychomotricien. Tous deux sont acteurs dans cette prise en charge, il s'agirait même de parler d'avantage d'une co-construction que d'un accompagnement puisque le psychomotricien ne se contente pas d'avancer à côté de son patient, il participe activement au soin. « *La thérapie se déroule à travers une relation où le thérapeute lui-même est engagé, prenant tantôt le rôle de regard, de modèle, de conseiller, d'incitateur, ou de support. Le but est toujours l'accompagnement, la relance ou la préservation de la dynamique et sa réappropriation par le sujet.* » (Delaroche, 2018, p.110). À la manière d'un maillage, nous construisons ensemble, eux et nous, chacun plaçant son fil l'un après l'autre et c'est parce que nous travaillons ensemble que, peu à peu, quelque chose se construit.

Au cours de ces séances, j'ai été amenée à prêter une part de ma propre corporéité aux enfants. Comme la mère qui s'adapte parfaitement à son bébé dans les premiers temps de sa vie, nous cherchons la meilleure façon de répondre aux difficultés de nos patients, en jouant tour à tour le rôle de fonction pare-excitatrice, de fonction contenant ou de tiers limitant. En tant que thérapeute, nous venons jouer un rôle de soutien face aux angoisses auxquelles sont confrontés les patients. Nous les aidons dans la tentative de remodelage de ce qui n'est pas assimilable pour eux (Courberand, 2014).

Mais comment soutenir l'élaboration de ces enveloppes psychocorporelles au cours d'un travail thérapeutique en psychomotricité ? La réponse est venue des enfants eux-mêmes qui ont chacun proposé des jeux de cache-cache qui ont évolué, à leur demande, vers des constructions de cabanes. Le choix de ces jeux, nous a amenées, ma maître de stage et moi-même, à questionner le besoin de contenance pour ces deux enfants et, tout en respectant leurs choix, nous avons progressivement introduit un rituel de bercement dans un hamac en fin de séance. Ces trois jeux d'enfants ont en commun qu'ils permettent d'éprouver les limites psychiques et corporelles qui sont censées se développer et s'intégrer dès le début de la prime-enfance.

2.1. La structuration de l'enveloppe psychocorporelle

Il existe trois enveloppes psychocorporelles : l'enveloppe de construction de la corporéité, l'enveloppe d'appropriation corporelle et l'enveloppe de différenciation (Courberand, 2014).

La présence des soins maternels primaires permet la mise en place d'un premier contenant corporel qui devient le socle de la première organisation du soi corporel : le *sentiment continu d'exister* (Winnicott, 1958b). En tant que socle, **l'enveloppe de construction de la corporéité** assure à l'enfant de pouvoir grandir et changer corporellement sans que son *vrai self* ne disparaisse (Courberand, 2014). Les mécanismes de structuration de cette première enveloppe reposent sur les proto-représentations perçues par l'autre, l'adulte, et auxquels ce dernier donne un sens

qu'il renvoie à l'enfant dans leurs premiers échanges corporels, à travers un dialogue tonico-émotionnel. Cela établit les fondements des limites psychocorporelles en intégrant les limites claires du corps propre. Sans cette base l'enveloppe est vécue comme trop poreuse pour assurer sa fonction de contenant. Les limites entre soi et non-soi se mêlent et les angoisses primitives ne trouvent pas de frontière suffisamment nette pour être éprouvées de manière sécurisée. L'enfant est confronté à un trop plein qui se manifeste par des angoisses importantes qui l'envahissent.

Si, au contraire, il intègre cette première enveloppe, il trouve un socle suffisamment stable pour s'ouvrir à la relation à l'autre. C'est alors que se forme *l'enveloppe d'appropriation corporelle* (Courberand, 2014). Son corps est sien, différencié de l'autre. Il peut faire sien les comportements, les gestes et les attitudes qu'il observe chez l'adulte grâce à la mise en place d'une pensée primaire. Il en acquiert une image interne. Il intègre en lui, tout ce qu'il imite et promène cette part de l'adulte avec lui, quand bien même ce dernier ne serait pas présent. Grâce à l'intégration des images mentales, aux processus identificatoires et aux défenses qui commencent à s'établir, l'enfant fait face à l'angoisse de séparation. L'assurance de la stabilité de cette seconde enveloppe permet à l'enfant d'affronter la question angoissante de l'abandon. Dans le cas contraire, l'enfant emmagasine trop peu de l'autre pour accepter la séparation et son absence car, ne portant pas en lui cette part de l'autre, l'adulte par son absence pourrait disparaître pour de vrai et pour toujours.

La structuration de *l'enveloppe de différenciation* achève l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle (Courberand, 2014). Elle est alors stable, contenante et sécurisée. L'enfant, sur la base des deux premières enveloppes, a construit une frontière entre le dedans et le dehors, et intégré de l'autre ce qui était nécessaire pour se détacher sereinement de lui et apprivoiser la solitude, l'absence et la séparation. Il prend conscience de l'individualité de chacun et des différences qui existent avec autrui. Il doit composer psychiquement et corporellement son rapport à l'environnement. Il entre dans les processus de pensée secondaires qui lui permettent non plus simplement de supporter l'absence d'autrui, mais de se la représenter. L'autre est enfin toujours présent pour lui en pensée. Ce temps intéresse également la structuration temporelle de l'enveloppe psychocorporelle, c'est à cette période que l'enfant interroge la discontinuité de son existence, il

questionne son origine, mais aussi la mort. Il commence à structurer les espaces corporel, relationnel, de pensée et questionne ainsi sa place, dans son histoire familiale et plus tard dans les cercles de socialisation.

Selon D. Courberand (2014), la problématique de l'enfant présentant une instabilité psychomotrice se situe du côté d'un défaut de structuration de l'enveloppe corporelle qui perd sa fonction contenante et pare-excitatrice et laisse l'enfant avec des limites de son corps floues, où dedans et dehors se confondent. Ces qualités pare-excitatrice et contenante de l'enveloppe psychocorporelle se construisent au fil du développement de l'enfant. Pour pallier ce défaut de contenance et de pare-excitation, l'enfant manifeste ce besoin de limites à l'extérieur de lui dans son environnement physique et humain. L'autre, l'adulte doit continuer à filtrer les informations sensorielles, émotionnelles et pulsionnelles qui traversent l'enfant pour l'aider à les identifier, puis à les intégrer afin d'amener la stabilité qui lui manque.

La dernière séance avant les vacances de février, nous allons chercher Antonin en salle d'attente. Il est assis sur le sol et joue par terre à la manière d'un tout petit. Il s'allonge sur le sol lorsque nous le saluons et fait semblant de dormir. Antonin rit mais ne se relève pas immédiatement. Son papa le sollicite alors : « Antonin, allez, tu dois aller à la séance ». Les parents d'Antonin viennent toujours faire la fin de sa séance avec lui et c'est une part importante de la prise en charge. Ma maître de stage en profite pour rappeler au père d'Antonin qu'ils avaient rendez-vous ensemble après la séance d'Antonin pour discuter de la progression de son suivi. Il acquiesce et demande une nouvelle fois à Antonin de se relever ce que ce dernier fait immédiatement. Il embrasse son père et file dans le couloir seul. Il nous précède dans le couloir. Je trouve cela étonnant qu'il n'ait pas eu besoin de l'aide de son père pour aller jusqu'à la salle car habituellement, Antonin traîne longtemps en salle d'attente et il n'est pas rare qu'il demande un gâteau à sa maman juste avant d'aller en séance. J'ai l'impression qu'il a toujours besoin de ramener quelque chose avec lui dans la salle de psychomotricité pour se rassurer.

Cependant, il ne rentre pas dans la salle de psychomotricité et poursuit son chemin dans le couloir. Il jette des œillades derrière lui pour observer la réaction

de ma maître de stage. Elle lui dit amusée : « Mais ?! Où est-ce que tu vas ? Tu as dépassé la porte. ». Antonin rit et revient vers nous en sautant à pied joints puis rentre dans la salle. Il répète plusieurs fois qu'il doit revenir au CMP le lendemain pour le rendez-vous avec sa consultante et qu'il retourne chez sa maman dimanche.

Nous commençons un jeu et Antonin se sent mis en échec. Il se lève de table et court vers la porte pour quitter la salle. Ma maître de stage se place devant lui et tente de le rassurer. Elle lui propose de choisir un autre jeu. Antonin persiste à vouloir sortir de la salle et se pend par les bras à la poignée de porte. Pour éviter qu'il ne se fasse mal, ma maître de stage s'assoit par terre et le prend dans ses bras. Il remue et dit qu'il veut s'en aller. Je lui propose un drap pour l'envelopper. Elle demande à Antonin s'il aimerait se balancer dans le hamac car c'est un moment qu'il apprécie et qui l'aide à se calmer habituellement. Antonin accepte. Les bercements ne l'aident pas cette fois-ci, à se recentrer, il est très agité et manque plusieurs fois de tomber du hamac. Il crie et fixe son reflet dans le miroir. Il s'allonge dans le hamac très violemment et tape ses fesses sur le sol ce qui stoppe son agitation quelques secondes. Il fixe ma maître de stage puis commence à se déshabiller. Il se balade dans la salle sans son pantalon en riant. Nous tentons de lui expliquer : « Antonin, tu ne peux pas te promener sans tes vêtements ici devant nous. Ton corps c'est ton intimité, c'est à toi et nous ne pouvons pas nous mettre tout-nu les uns devant les autres ». Antonin commence alors à avoir un rire étrange. Il me donne l'impression d'être arrivé à un stade d'excitation qui le paralyse complètement dans sa réflexion et il ne sait plus comment mettre fin à ce qui, je pense, est un jeu pour lui. Il nous demande de « faire comme lui », ce que nous refusons mais ne se saisit pas des explications qu'on lui fournit.

Il entend un bruit dans le couloir et s'arrête inquiet. Il accepte alors de se rhabiller. Ce qui est très difficile pour lui. Il explose de nouveau et crie très fort. Il commence à pleurer. Ma maître de stage l'aide alors à remettre ses vêtements. Il recommence à s'agiter, se plaque au sol et hurle. Elle le reprend dans ses bras pour le contenir contre elle et je tente de poser mes mains pour faire des pressions sur le bas de ses jambes mais Antonin crie et se débat. Nous tentons de l'apaiser en lui parlant calmement. Ma maître de stage se balance de gauche à droite pour créer un bercement. Mais c'est en entendant les pas de son père dans le couloir qu'Antonin se tait subitement.

Afin d'acquérir la capacité de « *symboliser la mère absente et même la question de son absence, encore faut-il qu'au début de sa vie [l'enfant] ait pu bénéficier d'une grande quantité et d'une grande qualité de présence maternelle.* » (Diatkine, cité dans Golse, 2019, p.86). La continuité et la récurrence que l'enfant perçoit dans les échanges qu'il a avec sa mère lui permettent d'envisager son retour auprès de lui. Il emmagasine des parties d'elle qui lui permettent de supporter cette séparation. Il me semble que c'est ce qu'Antonin tente de faire pour se rassurer au moment de la séparation, il prend un peu de sa maman en emmenant son gâteau avec lui pour aller en séance. Puisque ses tentatives ne fonctionnent pas toujours et ne l'aident pas complètement à se rassurer quand il est séparé de ses parents, nous pourrions supposer que l'enveloppe d'appropriation corporelle n'est pas assez stable pour garantir une sécurité affective suffisamment importante pour faire face à l'angoisse de séparation. Cela pourrait signifier qu'Antonin n'a pas encore atteint un niveau de structuration des enveloppes psychocorporelles lui permettant d'assurer lui-même contenance et pare-excitation avec l'environnement. Il n'a pas de base assez solide pour pouvoir entamer le processus de différenciation entre son enveloppe psychocorporelle et l'environnement.

L'instabilité psychomotrice viendrait ainsi mettre en lumière un défaut de structuration de l'enveloppe d'appropriation corporelle du fait d'un manque d'intériorisation des fonctions contenante et pare-excitatrice.

2.2. L'instabilité psychomotrice comme témoin d'un manque de structuration des enveloppes psychocorporelles

La **préoccupation maternelle primaire** est cet état particulier adopté par la mère dès la naissance de son bébé qui lui permet de s'adapter totalement à lui et de comprendre ses besoins malgré l'absence de langage parlé chez le tout-petit. Elle repose sur les soins maternels à savoir : le *holding*, le *handling* et l'*object presenting* et permet à l'enfant de s'individualiser. C'est par les soins maternels que le bébé intègre la différenciation moi/non-moi et commence petit à petit la séparation avec l'autre en construisant sa propre enveloppe psychique (Winnicott, 1958b).

Il serait intéressant de questionner la disponibilité dont ont pu faire preuve les mamans de Nour et d'Antonin du fait des difficultés qu'elles ont elles-mêmes rencontrées après la naissance de leurs bébés. La maman de Nour, comme dit précédemment, a subi des violences conjugales par le père de Nour. Nous pouvons imaginer la détresse dans laquelle elle a pu se retrouver et il a fallu un certain temps avant qu'elle puisse se mettre à l'abri ainsi que Nour et son grand-frère. La maman d'Antonin a émigré d'Afrique pendant sa grossesse et a fait une dépression qui a nécessité un traitement par anti-dépresseurs qui s'est prolongé après la naissance d'Antonin. Elle se sent isolée en France car elle a dû quitter sa famille et souffre particulièrement de l'absence de sa propre mère.

Il est probable que malgré leurs efforts pour s'occuper de leurs petits garçons ces deux mamans aient eu des difficultés d'accordage avec ces derniers, du mal à se rendre complètement disponibles aux différents besoins de leurs bébés et peut-être n'ont-elles pas pu les sécuriser et les soigner avec autant d'attention qu'elles l'auraient voulu durant cette période charnière dans la construction d'une enveloppe psychocorporelle contenant et sûre.

Lorsque j'ai rencontré Nour, il réclamait à chaque séance les activités de modelage. Son jeu favori consistait à perforer une boule de pâte à modeler et à nous observer au travers, puis d'y cacher un petit objet pour sentir la solidité de cet objet au cœur de la boule refermée autour. Nour avait besoin de faire l'expérience de cette fonction de contenance de l'enveloppe psychocorporelle. Ses expérimentations sur la pâte à modeler, où il questionne la question de la frontière entre le dedans et le dehors, renvoient à la formation du socle de structuration de l'unité corporelle, l'enveloppe de construction de corporéité. C'est assez subitement que Nour est passé de ces jeux à table au jeu de cache-cache qui questionne la permanence de l'objet⁸, la disparition, l'absence. Il manifeste beaucoup d'angoisses au cours d'une partie de cache-cache car il ne parvient pas à sortir de sa cachette sous un drap et croit qu'il est perdu. En découvrant le nouveau matériel reçu dans la salle de psychomotricité Nour a commencé à construire des cabanes. Dans un premier temps, il construisait ses cabanes autour de ma maître de stage, refusant catégoriquement « d'être coincé dedans » mais progressivement il

⁸ La permanence de l'objet est un concept décrit par Jean Piaget.

propose de construire la maison des trois petits cochons et rejoue le conte avec beaucoup de détails et une grande montée d'excitation au moment où le loup cherche à souffler sur la maison des cochons.

Nous avons proposé un rituel de bercement à la fin chaque séance, permettant un retour au calme toujours en lien avec la contenance expérimentée en séance avec les cabanes. Plus tard dans la prise en charge, Nour découvre un hamac dans le coffre de la salle et réclame les bercements. Il explique qu'il est un marin dans son bateau et qu'il « attend la tempête ». Les côtés du hamac étant très grand il les tire au-dessus de lui pour fermer le hamac. Il nous demande de rajouter des draps par-dessus le haut du hamac « pour que ce soit bien fermé ». Caché ainsi, nous l'entendons chanter des comptines entendues à la télévision et rire « pour attendre si la tempête arrive ». Son excitation est encore présente quand nous le berçons plus rapidement mais il profite également des temps de calme qui lui sont proposés, qu'il occupe tout seul, caché dans son hamac.

Le suivi thérapeutique de Nour et d'Antonin s'est axé principalement sur un travail autour de l'enveloppe psychocorporelle et de sa qualité de contenance. Les jeux amenés par les enfants en séance sont devenus progressivement un fil conducteur dans les prises en charge et leur ont permis d'expérimenter un corps-contenant (Courberand, 2014). Les jeux de cache-cache et de construction de cabane ont fait écho à l'attention particulière apportée par la mère dans les premiers soins donnés à l'enfant, à travers les fonctions contenantantes et de pare-excitation, ainsi que de narration de l'histoire familiale.

2.3. La place de la fonction contenante dans l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle

Le développement de l'enfant part du corps et de sa sensorialité. La psyché et l'identité future de l'enfant se développent à partir des expériences psychomotrices qu'il fait au cours de son évolution.

Le moi-peau, « désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». (Anzieu, 1985, p.61). Le moi-peau reflète l'aller-retour entre les liens existant entre les espaces psychiques et corporels qui constitue tout l'intérêt du travail en psychomotricité.

Toute l'activité psychique du nourrisson s'étaie sur les fonctions biologiques, ces sensations ressenties et véhiculées par son corps, notamment par la peau. Lorsqu'il est touché, en mouvement l'enfant ressent ce que cela suscite dans son corps et à sa surface. Progressivement, il se représente ces ressentis. Ce travail élaboratif que fait l'enfant au cours de son développement vise à l'intégration de l'espace du dedans doté d'une limite qui contraste avec les espaces du dehors. Cette limite établie et représentée comme telle constitue une fonction de maintenance et une fonction contenant au niveau psychocorporel.

La fonction de maintenance assure le maintien du psychisme de l'enfant par la mère. Elle fait écho au holding décrit par D. W. Winnicott (1958). En intériorisant la fonction de maintien de sa peau et de son enveloppe psychique l'enfant constitue les bases d'une enveloppe psychocorporelle.

La fonction contenant offerte par la mère repose sur deux aspects. Elle est à la fois le « contenant » qui accueille les sensations et les émotions du bébé et le « conteneur ». Le « conteneur » correspond à la fonction alpha décrite par W. Bion (1962). À travers un processus dynamique, la mère accueille au sein de son appareil psychique les sensations, les émotions de son bébé et joue le rôle de contenant qu'il ne peut pas encore assurer. Elle joue ce rôle de barrière jusqu'à ce que son enfant soit capable de l'intérioriser et de jouer ce rôle pour lui-même.

Lors de la dernière séance avant les vacances de Noël, Antonin est revenu agité. Il avait un comportement étrange, se comportant comme un tout petit. La séance s'est plutôt bien passée, il a choisi de construire une cabane dans laquelle il s'est caché puis s'est totalement coupé de la relation. Au moment de finir la séance,

il a refusé catégoriquement de sortir de sa cabane. Malgré les propositions de ma maître de stage pour l'accompagner progressivement dans cette transition, il refuse de sortir et refuse de nous laisser rentrer. Il hurle qu'il veut montrer sa cabane à sa maman et pourtant la détruit avant de lui avoir laissé le temps de nous rejoindre dans la salle de psychomotricité. Il nous accuse d'avoir cassé la cabane et commence à détruire le matériel, ce qui ne ressemble pas à son comportement habituel.

À cette période, sa maman exprime le besoin de retourner en Afrique pour un temps car elle se sent submergée et bloquée dans l'avancement de sa vie personnelle et professionnelle. Elle décide d'y chercher un travail adapté à son niveau d'étude, ce qu'elle considère impossible sur Paris. Cette décision est prise en accord avec le papa des garçons, mais, contre l'avis des enfants qui expriment de nombreuses plaintes face à son départ. Cette décision entraîne des remaniements dans la vie quotidienne d'Antonin et de son frère puisqu'ils ont dû changer d'école et partir s'installer chez leur père pendant que leur maman préparait son départ. Finalement, elle n'aura pu rester que deux semaines en Afrique chez sa famille, faisant déménager les enfants de nouveau chez elle à son retour, et obligeant leur papa à les réinscrire d'urgence dans leur ancienne école. Antonin a très mal vécu tous ces changements, qui, peut-être, venaient accentuer une angoisse de séparation déjà présente pour lui.

À la rentrée des vacances, après cette longue coupure dans la prise en charge Antonin refuse d'aller en séance, il hurle et s'enfuit quand nous nous approchons de lui en salle d'attente. Quand sa maman le gronde à cause de son comportement, il fuit dans le couloir du CMP et s'assoit par terre, hurlant qu'il veut « rester tout seul ». Tout au long de la séance, il se cache, s'extrait de notre champ de vision en utilisant des cachettes ou en se couvrant d'un drap. Il s'allonge sous le tapis et nous tourne le dos. Il trouve des ressources pour se créer un cocon, en utilisant les draps que l'on utilise pour construire des cabanes, il s'isole malgré notre présence près de lui. À cet instant, il tente d'exister pour lui-même dans ce cocon, seul. Nous soutenons ce besoin d'être seul, nous signifions à Antonin que pour nous il existe et qu'on ne le « laissera pas complètement seul », car bien que nous le soulagions de notre regard, nous le soutenons par notre voix. Il apparaît cependant que notre présence seule ne suffit pas à le calmer et nous commençons à balancer une peluche dans le drap habituellement utilisé en fin de séance pour le rituel du bercement.

Cette médiation semblait la plus appropriée en cet instant pour aider Antonin à se recentrer et à retrouver le calme. Antonin décide de rentrer dans le drap et le bercement l'apaise. Nous chantons des comptines douces en essayant de soutenir son besoin de contenance par notre regard et notre voix.

La place du silence en psychomotricité, ne constitue pas que du vide. C'est aussi un moment d'élaboration. Le psychomotricien n'est pas que dans le mouvement mais aussi dans une écoute sensible. Il se rend disponible à ce qui se passe dans la relation au patient. En prêtant attention à la demande d'Antonin il a été possible de sentir, dans ce qu'il amenait en séance, son besoin d'être porté à la manière des tout-petits.

Il s'agissait ici de pouvoir recréer un espace maternant venant soutenir et supporter les angoisses vécues par Antonin. L'enveloppement du drap et la sensation de portage amenée par le bercement dans le hamac ont étayé le manque de fonction contenante qu'Antonin à lui-même du mal à intégrer.

« Au-delà de ces fonctions de contenant et de pare-excitation, je confère au holding une fonction intégrative grâce au dialogue tonique qui s'établit entre la mère et son bébé, et une fonction de support de communication grâce à la réciprocité de lecture des signaux émotionnels et moteurs de chacun des partenaires. » (Robert-Ouvray, 2017, p.114).

À travers le médiateur utilisé, il a été possible de diffuser la sensation d'avoir une enveloppe corporelle contenante et limitée qui a pu sécuriser Antonin. L'utilisation du drap comme objet de médiation a permis de répondre au besoin d'être soutenu, porté qu'Antonin exprimait et peut-être lui permettre une forme d'intégration des ressentis expérimentés au cours de ce bercement.

Le bébé construit ses enveloppes psychocorporelles en intégrant sa mère comme objet primaire. Il intègre avec elle toutes les fonctions associées au soin qu'il a reçu, notamment la peau de son corps. Par les soins répétés qu'elle fournit à son

bébé et à la manière dont elle l'investit, la mère vient mettre en lumière la peau de l'enfant, contenant et limitante, lui permettant à son tour de l'investir sensoriellement, corporellement mais également psychiquement. L'investissement de son enveloppe sur le plan physique mais également sur le plan psychique dans sa dimension contenant et limitante fait office de fonction de pare-excitation de l'enfant pour lui-même. (Golse, 2019).

2.4. L'instabilité pour pallier un défaut d'intégration de la fonction pare-excitatrice

Le bébé fait face à une affluence d'informations sensibles et sensorielles qui proviennent à la fois de son corps propre et de son environnement. Pour supporter toutes ces afférences sensorielles, il a besoin de protéger son psychisme encore en développement, c'est pourquoi intervient le système pare-exciteur. Il s'agit d'une protection assurée à la fois par l'enfant, la mère et leurs interactions.

Le développement psychoaffectif dépend de l'élaboration du *sentiment d'être* ou *sense of being* (Winnicott, 1965). L'enfant passe par un *sentiment d'être* avant d'éprouver le *sentiment d'exister*. *Se sentir être* pose les fondements du développement du psychisme. *Se sentir exister* ouvre le sujet sur l'extérieur, sur la recherche de la relation objectale. Le passage du *sentiment d'être* au *sentiment d'exister* suppose l'apport de soins précoces, par le holding et le handling, faisant fonction de pare-excitation pour le tout-petit, qui dans la prime-enfance, n'a pas encore acquis des capacités de représentations psychiques suffisantes pour mettre du sens sur ses vécus sensoriels, corporels et sur les informations fournies par l'environnement (Winnicott, 1958b).

La mère assure une fonction de filtrage des informations de l'environnement, la *fonction alpha*, afin de fournir de la contenance à son enfant (Bion, 1962). Elle prend les informations de l'environnement et les transforme avant de les restituer à son bébé sous une forme compréhensible pour lui et qui ne risquerait pas de le dépasser. En tant que thérapeute, nous avons la même démarche avec nos patients. La mère médiatise les rencontres entre son enfant et le monde extérieur en

partageant sa capacité de représentation psychique avec lui. Il se crée un espace tiers entre elle et son enfant.

S'appuyant sur les travaux de F. Jullien, B. Golse (2006) envisage qu'à partir de ces liens primitifs tissés grâce aux soins et aux interactions qui existent entre la mère et son enfant, la différenciation entre soi et l'autre maternel peut advenir. Il propose d'expliquer la mise en place de cette différenciation, non pas par la représentation de l'absence de la mère pour l'enfant mais, au travers des écarts et des différences qui paraissent dans leurs retrouvailles. L'enfant fait l'expérience d'être une entité psychique distincte de celle de sa mère mais dans le cadre sécurisant d'un espace physique partagé ensemble au même instant.

Antonin et Nour vivent en séance des situations qui les renvoient à des angoisses d'ordre archaïques entraînant une grande instabilité motrice et notre rôle est de mettre en forme ce qu'il se passe pour eux (Winnicott, 1989). Nous adaptons le cadre thérapeutique et nos réactions à leurs besoins afin de soutenir la différenciation des espaces psychocorporels. Cette adaptation fait écho à la fonction alpha (Bion, 1962).

La fonction pare-excitatrice se manifeste également dans l'interaction entre l'enfant et sa mère, et « *l'agitation motrice d'un enfant peut prendre la valeur d'une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale* » (Golse, 2001, p.53). En parallèle, le système de pare-icitation constitue une protection, élaborée par l'enfant, pour se soulager des afférences du corps propre ou du dedans de soi (Golse, 2001). Ainsi, faute de pouvoir trouver une intégration dans le psychisme, les carences dans les relations précoces trouvent un autre mode d'évacuation par la répétition corporelle ou psychique c'est-à-dire l'agitation et les angoisses.

L'instabilité motrice, quand elle est associée à la manifestation d'angoisses dites archaïques, comme cela peut être le cas chez Nour et Antonin, prend alors une valeur de défense contre le débordement pulsionnel (Berger, 2013).

Cette défense s'illustre par le besoin pour l'enfant de trouver à l'extérieur une fonction pare-excitatrice car il est débordé par des mouvements pulsionnels qui ne trouvent pas d'apaisement interne. Cette agitation « interne » provient généralement de l'absence ou du manque d'expériences de cette fonction pare-excitatrice normalement offerte par la mère. L'enfant instable a souvent expérimenté une fonction pare-excitatrice transformée par l'angoisse ou l'excitation de la figure maternelle, voire, dans les cas les plus graves, son absence. Cette carence primaire et la confrontation à un autre inadapté ne fait qu'augmenter la désorganisation pulsionnelle du sujet.

Sur une courte période, Nour se précipite dans la salle de psychomotricité et bloque la porte derrière lui pour ne pas nous laisser rentrer en séance. Ma maître de stage lui propose : « Et si on jouait à cache-cache comme tu te caches dans la salle ? ». De l'autre côté de la porte, Nour explose de rire et lui demande de compter jusqu'à 10. Quand nous entrons dans la pièce, il s'est caché sous le bureau. Nous arpentons la salle, en nommant les lieux où nous le cherchons. Nour est silencieux et concentré. Il trépigne quand nous approchons de sa cachette. Quand enfin nous le trouvons, il hurle et surgit de sous la table pour courir dans la salle. Il demande à recommencer, mais dit : « on fait une cabane pour se cacher ».

Nous commençons tous les trois la construction d'une cabane qui prend appui contre le mur de la salle. Il choisit de se mettre à l'intérieur de sa cabane et de construire autour de lui. Le temps de construction génère beaucoup d'agitation mais Nour arrive à se calmer en se mettant debout dans sa cabane. Une fois les murs assez hauts pour qu'il puisse se cacher à l'intérieur en étant assis, c'est lui qui propose l'idée de faire un toit. Il rit, caché dans sa cabane, et nous observe par une ouverture qu'il a tenu à garder. Il s'écrit : « On fait les petits cochons ! C'est toi le loup ! ». Je me place en retrait et observe ma maître de stage et Nour jouer aux trois petits cochons. (Afin de contenir les angoisses de Nour, elle a proposé d'instaurer depuis mon arrivée un rituel de début et de fin du jeu quand Nour décide de jouer à faire-semblant. En effet, il lui arrive d'avoir du mal à sortir des personnages qu'il incarne et cela génère de l'angoisse. Il est arrivé que Nour se jette contre les murs en fin de jeu car il n'arrivait plus à canaliser son excitation autrement. Lorsque nous sonnons trois coup de tambourin en début et un coup de tambourin en fin du jeu, le cadre proposé lui offre une contenance supplémentaire

car il permet de différencier par ce rituel les temps de jeu des temps de réalité.)

Ma maître de stage s'avance vers la cabane et toque à la porte du petit cochon. Nour s'écrit : « T'es qui ? AHHHHH ! C'est toi le méchant loup ! Non, laisse-moi ! Va-t'en ! ». Nour crie et s'excite sans laisser le temps à ma maître de stage de lui répondre. Elle s'adapte et lui répond : « Ah... Bon et bien alors je m'en vais petit cochon. Si je ne peux pas te manger, je n'ai plus rien à faire ici ». Elle me fait signe de taper le coup de tambour pour finir le jeu. Nour surgit alors de sa cabane en riant. Il dit : « C'est moi le loup maintenant ! ».

Ma maître de stage prend alors le rôle du petit cochon et Nour me demande de l'aider à construire la cabane autour d'elle. Une fois la maison du cochon finie, Nour n'attend pas le coup de tambour annonçant le début du jeu. Il court vers la maison du petit cochon en criant : « Je vais te MANGER ! Ouvre-moi ! » et mime une très grande bouche qu'il fait claquer devant la porte. Ma maître de stage refuse : « Ah... ben non Monsieur le méchant loup. Je ne veux pas que tu me manges. Va-t'en. ». Nour tape du pied et crie. Il lui répond : « Mais non, je suis pas le loup ! ». Elle lui demande de le prouver. Nour tape du pied dans la cabane qui s'écroule sur ma maître de stage puis s'approche en mimant toujours la bouche du loup. Il avance, puis recule, donnant l'impression qu'il hésite à attaquer. Il a l'air d'avoir peur. Il crie : « Je vais te manger ! » mais reste à distance. A cet instant il me paraît extrêmement démuni, il frémit, son corps est tendu, il paraît bloqué devant la cabane détruite. Il décide alors de changer complètement l'histoire et de devenir le petit-frère du cochon dont la maison est détruite et qui vendrait l'aider « à battre le loup ! ». Cependant, son excitation ne diminue pas pour autant. Ma maître de stage me fait signe de taper sur le tambour pour terminer le jeu.

Au cours des prises en charge, il a été intéressant de constater que la séance commence dès la salle d'attente. La manière dont Nour arrive à s'organiser pour rejoindre la salle de psychomotricité à cette période vient questionner son rapport à la séparation avec sa maman. Elle doit le prendre dans ses bras et le porter jusqu'à la salle de psychomotricité sans quoi il refuse de bouger. Nous avons précédemment parlé d'Antonin, et du fait qu'il était probablement à un moment de son développement où ses enveloppes psychocorporelles n'étaient pas assez structurées

pour lui permettre de vivre la séparation avec l'autre de manière sereine. Il me semble que nous pourrions faire la même observation ici, pour Nour. À travers ces jeux de cache-cache, il vient expérimenter dans le jeu la permanence de l'objet. Tout se passe comme s'il remettait en scène cette question de la séparation mais dans une situation où il a la possibilité de garder une forme de maîtrise. Pour les enfants, « *c'est une façon de remettre en scène la situation de séparation à laquelle ils ont été confrontés en revivant les émotions qui y sont liées, mais en étant acteurs de la situation alors que jusqu'à présent ils pouvaient s'en sentir prisonniers.* » (Vachez-Gatecel, 2016, p.28)

Ces histoires ont permis à Nour de ressentir de nombreuses émotions : il s'est énervé contre le loup qui voulait le manger, il a eu peur d'attaquer le cochon et il a également essayé de le consoler et de lui venir en aide. Cependant, il est vite submergé par l'excitation que ces différentes situations lui font vivre. Il était facilement observable que son tonus augmentait à mesure qu'il n'arrivait plus à canaliser ses émotions. Lorsqu'il ne trouve pas en lui cette ressource pare-excitatrice qui lui permettrait d'intégrer son ressenti, de contrôler son agitation « interne », alors il passe à l'acte dans le mouvement : il se lève, saute, tape dans la cabane. Il donne l'impression de décharger un trop plein d'émotions et de sensations qu'il ne peut contenir ou symboliser. Il s'agite, et cela lui permet de faire face à cette désorganisation.

Ainsi, l'instabilité psychomotrice prend fonction de pare-exciteur par rapport au corps de l'autre et aux stimulations provenant de l'environnement, et se transforme en processus auto-calmants vis-à-vis de l'excitation interne (Golse, 2001).

2.5. La narrativité

L'aspect culturel tient une place importante dans l'histoire familiale et donc agit nécessairement sur le développement d'un enfant. La place du nursing est centrale dans les interactions précoces entre un parent et son enfant. La culture nourrit la manière dont les enfants vont être soignés, portés et narrés. Elle change

la manière dont on les touche, la manière dont on les éduque et la manière dont on leur parle.

La narrativité, est ce qui inscrit le sujet dans son histoire familiale et culturelle (Golse, 2006). C'est un socle à partir duquel se développe l'enveloppe psychocorporelle. Elle inscrit le sujet dans la réalité, sa réalité, celle de son existence et de sa place au sein du cercle familial. Elle le replace dans son histoire, en narrant l'avant et en laissant la place à l'imaginaire pour projeter ce que sera la suite de son histoire.

Elle s'entremêle avec les soins maternels primaires. La mère apporte autre chose à son enfant en décrivant ce qu'elle fait et ce qu'elle observe de lui, de son corps, de son attitude et de ses réactions. Nous l'avons vu précédemment, elle intègre progressivement des discontinuités dans leurs échanges, elle habitue son enfant à attendre le soin. La narration de ce qu'elle fait est importante car elle permet de développer la capacité à décaler une satisfaction, ce qui est nécessaire pour accepter l'attente et le manque. Pour accepter qu'une satisfaction ne parvienne pas immédiatement quand le besoin est vécu corporellement, il faut que l'enfant puisse construire une représentation de tout ce qui le traverse à cet instant. La narration de la mère vient soutenir l'enfant dans ces expériences et leurs élaborations, jusqu'à ce qu'il soit capable de se représenter ce décalage.

Encore une fois, cette compétence qui se développe progressivement chez l'enfant est l'œuvre d'une co-construction entre lui et sa mère. Qu'arrive-t-il alors quand elle n'arrive pas à se décaler dans la relation ? Comment se déroule le développement de l'enfant quand la mère perd sa capacité à narrer son histoire à son bébé ?

Nour a eu besoin de recommencer à jouer « au docteur » après sa circoncision en décembre 2019. C'est un jeu qu'il avait délaissé un temps au profit de la construction de cabane et qu'il a fait évoluer après son opération. Nour a toujours fait preuve d'une grande agressivité à l'égard du bébé qu'il devait soigner : il lui crevait les yeux et lui coupait la langue, lui faisait beaucoup de piqûres et tapait sa

tête avec tous les instruments d'auscultation. Tous les actes médicaux qu'il pratique sur le bébé sont violents ou contés comme douloureux, il peut par exemple dire « Je vais appuyer fort pour lui faire mal ! ».

Après son opération, dès qu'il arrive en séance il se précipite sur la mallette de jeu avant même d'enlever ses chaussures. Pour installer un peu plus de distance, il est décidé qu'il y aura dorénavant un déguisement de docteur et un déguisement de maman du bébé malade. Nour accepte, il est content d'enfiler un costume. L'histoire se déroule toujours de la même manière, une fois les trois coups de tambour tapé le jeu commence. La maman appelle le docteur pour soigner son bébé qui tousse. Nour fait semblant d'arriver chez ses patients. Il demande qui est malade et s'installe sérieusement à côté du bébé. Ma maître de stage lui demande inquiète si son bébé est très malade. Nour répond : « Oui, mais je vais le soigner ».

Il commence par ausculter le bébé qu'il arrache des mains de la maman. Ma maître de stage rebondit : « Docteur, faites attention à mon bébé. Il est petit et malade ». Nour utilise tous les instruments de la mallette et fait de nombreuses piqûres au bébé. Ma maître de stage demande alors : « Mais docteur, pourquoi vous faites tout ça ? ça ne lui fait pas mal ? ». Nour rit mais ne répond pas. Il s'empare des ciseaux et dit : « Je lui coupe le bras. », alors ma maître de stage prend le poupon dans ses bras et secoue la tête : « Non docteur, moi je ne veux pas que vous coupiez le bras de mon bébé. Il tousse, il n'a pas mal au bras. Je ne veux pas que vous lui fassiez mal. Vous ne seriez pas content si je vous coupais le bras... ». Nour récupère le bébé en disant qu'il doit couper le bras du bébé. Il tape sur le bébé avec les ciseaux et rit. Cependant, une nouvelle composante émerge car il propose, après avoir fait mal au bébé de « réparer le bébé », de lui « recoller le bras », ce qu'il s'empresse de mimer. Il propose aussi de donner un médicament « pour ne plus avoir mal ».

Il demande ensuite ses honoraires à la maman du bébé et s'en va. Il veut immédiatement jouer à autre chose et refuse de parler de ce qu'il s'est passé dans le jeu avec le docteur. Cela a pris du temps avant qu'il arrive à se poser après le jeu pour en parler un peu avec nous.

Nour a été circoncis au début du mois de décembre 2019. En salle d'attente, il refusait de nous en parler malgré les tentatives de sa maman pour qu'il exprime quelque chose à ce propos. Il a fait une hémorragie après l'opération, suite à la réouverture de la cicatrice. Il a dû être transporté à l'hôpital. Sa maman décrit cet épisode comme quelque chose de très choquant pour elle. Elle s'est évanouie à l'hôpital quand elle a vu le peignoir « plein de sang » de son petit garçon, mais ne nous donne pas d'éléments concernant le vécu de Nour pendant cette expérience qu'elle vit elle-même comme traumatique. Nour, quant à lui, n'évoque rien directement, mais lors d'une séance proposée en dehors de mes jours de stage et à laquelle je n'ai pas pu assister, il a ressenti une douleur sur sa cicatrice en sautant sur le tapis de la salle de psychomotricité. Quand ma maîtresse de stage s'est approchée de lui pour s'assurer qu'il allait bien, il s'est mis à hurler : « Non ! Ne touche pas mon zizi ! ». Elle s'est empressée de le rassurer sur ses intentions et de souligner qu'elle ne le touchera jamais « au zizi » car c'est « son intimité, à lui seul ».

En jouant au jeu du docteur, Nour questionne la présence et la solidité de son enveloppe corporelle, ainsi que les possibilités d'y porter atteinte. Le récit, que ma maîtresse de stage amène à partir de ce que Nour fait dans son jeu avec le bébé, permet de faire du lien entre l'acte et les ressentis ou les sentiments associés. Le jeu a évolué au cours de l'année, puisque Nour est désormais capable d'entendre dans le récit de ma maîtresse de stage (qui joue la maman du bébé) qu'il ne peut porter atteinte à l'enveloppe d'autrui mais également qu'on ne portera pas atteinte à la sienne. C'est l'assurance que son unité corporelle est respectée qu'il était important de transmettre à Nour à travers le jeu qu'il a proposé. Le jeu a permis de mettre du sens sur son vécu corporel et de l'inscrire dans son histoire. Cela a permis à Nour de se représenter peu à peu ce qu'il avait vécu.

La narrativité semble une part essentielle dans les cadres thérapeutiques instaurés pour Nour et Antonin puisque les aider à raconter leur histoire, les aider à se raconter à travers leurs jeux, vient mettre du sens dans la construction de leur identité. Cette narration co-construite avec l'enfant à propos de son vécu au sein de la séance s'inscrit dans son processus de développement. Il peut raconter sa place au sein de sa famille, ou au sein du groupe que nous formons, et mettre du sens sur ses difficultés en s'appuyant sur les adultes, en s'appuyant sur ce qui est dit de ses

capacités et de ses difficultés à différents moments en séance.

3. DE LA CONSTRUCTION DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES A L'ELABORATION DE LA CAPACITE D'ETRE SEUL

3.1. La capacité d'être seul

Pour assurer son développement psychoaffectif, le jeune enfant doit quitter l'état primaire de dépendance absolue qui assure sa survie. Au cours de ce processus, visant son individuation et sa subjectivation, il sépare progressivement sa psyché de celle de son *caregiver*⁹ en traversant une période appelée de dépendance relative pour enfin accéder à l'indépendance (Winnicott, 1965).

Durant le développement de l'enfant, la maturation cérébrale permet la mise en place de la motricité volontaire. De ce fait, l'enfant voit augmenter ses possibilités d'actions et d'expérimentations à partir de son corps, sur son corps propre et dans son environnement. L'acquisition de ces nouvelles habiletés s'accompagne de la compréhension par l'enfant d'avoir un « dedans », à soi, séparé d'un dehors d'où proviendraient les objets qu'il manipule et avec lesquels il interagit. Il généralise cette idée à son *caregiver*. Ce dernier devient lui-même un objet différencié à la fois de l'enfant et de l'environnement et avec lequel l'enfant peut avoir des interactions (Winnicott, 1965). « *La tendance à intégrer reçoit l'assistance de deux séries d'expériences : la technique des soins infantiles [...], et aussi les expériences instinctuelles aiguës qui, de l'intérieur, rassemblent les éléments de la personnalité et en font un tout.* » (Winnicott, 1958a, p.47).

La *mère suffisamment bonne* assure les soins de son bébé, notamment par le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting* qui constituent les *soins maternels primaires* (Winnicott, 1958b). Dans les interactions et les soins qu'elle propose, elle donne de la signification à l'illusion d'omnipotence de son enfant. Elle représente un

⁹ Terme emprunté à John Bowlby qui désigne la personne qui prend soin de l'enfant au quotidien.

moi auxiliaire (Winnicott, 1989) qui assure non seulement une fonction d'étayage mais aussi une fonction protectrice. Elle permet à son enfant de prendre appui sur son appareil psychique, l'aide et le protège des stimulations provenant de l'extérieur qui pourraient être une menace pour cette enveloppe psychique immature. Le développement de l'enfant est une co-construction où l'implication des deux parties est nécessaire à la création d'une enveloppe psychique sécurisée.

Si cet accordage est suffisamment long et que les *soins maternels primaires* sont adaptés et continus, alors se crée une assise solide pour l'enfant qui pose les bases de l'édification du *sentiment continu d'exister* (Winnicott, 1958b). L'intériorisation de cet objet primaire permet à l'enfant d'acquiescer pour lui-même la capacité d'auto-contenance, qui supporte le reste de son développement psychoaffectif, le menant aux représentations mentales (Golse, 2019). Cette assise lui permettra de supporter l'éloignement progressif de sa mère et, plus tard, son absence. En effet, la *mère suffisamment bonne* qui s'adapte, dans un premier temps, parfaitement à son enfant doit également pouvoir s'en détacher pour réinvestir des objets extérieurs et des relations autres.

La *capacité d'être seul* est « l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif » (Winnicott, 1958c, p.45), et représente une situation paradoxale, où le très jeune enfant fait l'expérience de sa solitude tout en étant accompagné par l'adulte. L'enfant possède une aptitude à rendre sa mère absente de son esprit afin de se recentrer sur lui-même en toute sécurité. C'est la base à partir de laquelle s'élabore la solitude.

Quand la maturité affective n'est pas acquise, alors le développement en subit les conséquences, notamment par l'apparition de symptômes ou de pathologies. Quand l'environnement facilitant s'investit trop ou pas assez au moment de ces processus primaires, s'il est excessivement défaillant dans la durée comme dans l'intensité, alors le bébé ne peut pas élaborer son sentiment continu d'exister. L'obligation de se plier aux exigences d'un environnement non-facilitant amène à la fabrication d'un *faux-self*. Il constitue une mesure de protection du *vrai-self* mais il suppose que l'enfant ne fasse que réagir à l'environnement plutôt que d'exister réellement (Winnicott, 1965).

Si l'expérience de la solitude en présence de l'environnement permet à l'enfant de construire les bases de son développement psychoaffectif, il faut tout de même porter attention et différencier cet état de solitude, de celui de l'éprouvé de solitude qui correspond à une expérience dangereuse pour l'enfant. Il stagnerait alors dans un état d'immaturation et de dépendance ou de réactions face aux empiétements de l'environnement. Il court ainsi le risque de s'isoler pathologiquement. Cet éprouvé de solitude qui plonge l'enfant dans un état dangereux pour son développement et sa stabilité psychique peut émerger malgré la présence d'un autre et lui fait alors vivre son incapacité d'être seul (Winnicott, 1958c).

3.2. Le travail en psychomotricité soutient le développement psychoaffectif de l'enfant

L'intégration de la capacité d'être seul est un indice majeur qui signe la mise en place du développement psychoaffectif de l'enfant (Winnicott, 1958c). Il montre que ce dernier a acquis suffisamment de sécurité interne pour quitter la relation duelle et s'ouvrir sur son environnement. Il peut expérimenter la relation à l'autre sereinement.

Avant de se tourner vers la construction de cabanes, où il jouait au petit cochon attaqué par le grand méchant loup alors qu'il se cachait dans sa maison, Nour voulait jouer à cache-cache quasiment à chaque séance. On observe une progression au sein de ce qu'il se passe dans sa manière de jouer.

Dans les premiers temps, Nour se cachait et avait beaucoup de mal à attendre que nous le trouvions. Il est arrivé qu'il appelle, ou qu'il rigole, pour révéler sa cachette quand nous n'arrivions pas assez vite pour le trouver. Lors d'une partie, il a insisté pour que nous nous cachions, lui et moi, au même endroit, ce que j'avais dû refuser car il n'y avait pas assez de place dans sa cachette. Je m'étais donc cachée, près de lui, sous un drap et avait placé le drap de telle sorte que nous pouvions garder un contact visuel durant la partie. Ma maîtresse de stage, parcourait la salle en énumérant toutes les cachettes qu'elle vérifiait. Nour était très attentif quand elle approchait de sa cachette. Je le voyais s'immobiliser, parfois se tendre.

Il cherchait mon regard et semblait se détendre quand elle s'éloignait de lui. Il n'arrivait pas à se concentrer sur la narration des différents endroits que ma maître de stage vérifiait. Une grande excitation apparaissait au moment des retrouvailles et il avait besoin de courir ou de crier.

Au fil du temps, il a commencé à se saisir de ces informations que nous lui transmettions pendant que nous le cherchions. Il était plus détendu quand ce n'était pas sa cachette qui était nommée et pouvait rire du fait que l'on se trompe, que l'on ne le trouve pas tout de suite. Son excitation était plus contenue au moment des retrouvailles. Le fait de répéter le jeu de la même manière à chaque fois a créé un phénomène d'habituation. Nour a pu se saisir de la répétition, comme de quelque chose de stable dans le temps et l'espace. Il choisissait toujours la même cachette et nous le cherchions, chacune notre tour, dans le même ordre avant de le trouver. Grâce à cette répétition, le jeu est devenu prévisible et Nour qui expérimentait, à travers ce jeu du cache-cache, la question de la présence et de l'absence, a trouvé un moyen de le jouer de manière sécurisée.

Petit à petit, il nous a demandé de nous cacher toutes les deux pour nous chercher. Il mimait notre manière de faire. Nour ne sait pas encore compter, alors il énumérait des chiffres pendant quelques secondes, les yeux fermés en demandant : « C'est bon ? ». Malgré quelques tricheries, où il entrouvrait ses doigts pour regarder ce que nous faisons, il était davantage capable de supporter l'attente, ce qui n'était pas envisageable au début de l'année. Quand nous l'avertissions que c'était bon, il se retournait et observait la salle en disant : « Alors je vais chercher sous le bureau ! ». Il ne prenait pas le temps d'explorer différentes cachettes et venait nous chercher directement où il nous avait vues, mais le fait de prendre le temps de nommer la cachette avant de venir nous trouver était déjà une manière de faire durer le jeu plus longtemps que lors des premières parties.

On peut observer dans l'évolution des jeux de cache-cache avec Nour, que bien qu'il n'ait pas encore acquis cette capacité d'être seul en présence de l'autre, quelque chose se dessine dans sa manière de supporter l'absence. Il ne nous demande plus de nous cacher au même endroit que lui mais cherche encore à ce qu'on le soutienne du regard pendant le jeu. Aujourd'hui, Nour tente de reproduire

à son tour ces différentes étapes quand il nous cherche. L'excitation monte moins rapidement qu'en novembre, elle est plus contenue. Il semble un peu plus apaisé et montre des capacités à attendre et différer la fin du jeu.

Avec le jeu du cache-cache, et comme dit précédemment, il interroge les situations de séparation (Vachez-Gatecel, 2016). Grâce à la maîtrise, que le jeu lui permet de conserver, il arrive peu à peu à faire évoluer ses capacités d'autorégulation de l'agitation motrice et des émotions qui le traversent, peut-être même supporte-t-il mieux l'angoisse qui y était associée au début. Il semble que la répétition, exprimée à travers la narration des différentes étapes du jeu, a permis un phénomène d'habituation amenant progressivement l'intégration d'une d'enveloppe contenant au sein du cadre de jeu. En narrant toutes les étapes du jeu, dans le même ordre à chaque fois, ma maître de stage a créé un cadre contenant et stable dans lequel Nour peut, se détendre, et rejouer à son rythme, la question de la séparation.

Grâce à la thérapie psychomotrice, à partir d'un travail axé sur l'élaboration des enveloppes psychocorporelles, le psychomotricien soutient ce processus d'individuation de l'enfant. Dans les prises en charge de Nour et Antonin, le projet thérapeutique en psychomotricité s'est orienté sur un travail autour de l'élaboration des enveloppes psychocorporelles à travers les jeux que les enfants ont amenés en séance. En passant par des situations, qui ont permis aux enfants de faire des expériences psychocorporelles, faisant intervenir les fonctions contenant et pare-excitatrice, la thérapie psychomotrice permet de renforcer le sentiment d'une unité corporelle contenant et sécurisante qui permet l'établissement de la base nécessaire pour s'ouvrir sur le monde.

En effet, pour pouvoir finir l'élaboration de ses enveloppes psychocorporelles, l'enfant doit intégrer pour lui-même les fonctions qu'occupent sa mère dans les premiers temps de vie. Il vit et intègre ces fonctions de contenance et de pare-excitation dont sa mère était responsable jusqu'alors. Une fois cette unité corporelle assurée, il peut se séparer d'elle pour enfin se différencier complètement. Il possède alors une unité psychocorporelle sécurisante et la capacité de supporter seul les fonctions de contenance et de pare-excitation et peut s'ouvrir à la relation à l'autre.

CONCLUSION

La constitution des enveloppes psychocorporelles repose sur l'intégration des fonctions contenantantes et pare-excitatrices qui sont assurées dans un premier temps par la mère. Au travers des soins qu'elle prodigue à son enfant, la mère prête une part de sa corporéité et de sa psyché. Elle fait preuve d'une disponibilité à l'égard de son bébé qu'elle soutient, contient et raconte au fil des interactions et de la relation qui se créent entre eux. Elle permet au sentiment continu d'exister d'apparaître pour son enfant. En se sentant exister dans son corps et pour l'autre, l'enfant s'approprie ces fonctions contenantante et pare-excitatrice et peut les utiliser pour lui-même. Il les fait siennes, et différencie le dedans du dehors, et soi-même de l'autre. Il mentalise les expériences sensorielles, motrices et relationnelles qu'il vit.

Le manque d'expériences de cette continuité d'existence, entraîne l'instauration d'une enveloppe psychocorporelle poreuse, qui n'assure pas sa fonction limitante. L'enfant ne peut pas se différencier totalement de son environnement. Ainsi, les stimulations et les demandes venant de l'extérieur ne s'étant pas symbolisées, elles peuvent devenir anxiogènes. Il continue à avoir besoin d'un autre pour assurer cette frontière entre son unité psychocorporelle en construction et l'environnement. L'enfant rechercherait à travers le mouvement à ressentir les limites d'une enveloppe psychocorporelle qu'il ne vit pas comme sécurisée du fait d'un manque d'intégration et de représentations de ses fonctions contenantante et pare-excitatrice.

Dans ce travail, j'ai essayé de comprendre comment au travers de son implication psychocorporelle et relationnelle, dans les temps de jeu partagés avec l'enfant, le psychomotricien participe à la relance de l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle jusqu'à aider à l'acquisition d'une capacité d'être seul.

La prise en charge de Nour et Antonin s'est construite à partir de ce que les enfants ont amené en séance, de ce qu'ils ont pu nous transmettre à travers leurs jeux de leurs difficultés pour se reposer sur une enveloppe psychocorporelle

suffisamment contenante pour soutenir les angoisses auxquelles ils faisaient face. A travers les jeux de cache-cache et les constructions de cabanes, ils ont questionné ce rapport à la continuité d'existence et à la différenciation entre soi et l'autre. Ils ont pu créer et vivre les expériences nécessaires à la séparation et à la représentation de l'altérité et de leur identité propre.

Ce travail de réflexion autour de la problématique vécue par Nour et Antonin a été riche en enseignements. J'ai choisi ici d'orienter les recherches autour des causes possibles de l'instabilité psychomotrice de ces enfants. Les hypothèses que je propose sont tournées sur l'importance des soins maternels primaires dans la structuration des enveloppes psychocorporelles. Cependant, elles ne tiennent pas compte de l'environnement culturel dans lequel Nour et Antonin grandissent. Il serait intéressant de questionner la place de l'enveloppe culturelle dans leur suivi thérapeutique.

En effet, leurs familles ont émigré en France récemment. Leurs mères ont chacune à leur manière manifesté les difficultés qu'elles vivaient face à cet exil. Les tentatives qu'elles ont essayé de mettre en place pour inscrire leurs enfants dans une culture qui est celle avec laquelle elles ont grandi, qui ferait du lien entre leurs histoires, échouent. La mère d'Antonin exprime son désir de retourner en Afrique, pour y ramener ses enfants plus tard, mais ne peut pas accomplir son projet, ce qui est pénible pour elle. La mère de Nour tente d'inscrire son petit garçon dans la culture qui est la sienne au moment de la circoncision Nour, et cela se passe mal pour lui, ce qui génère un traumatisme pour elle.

Il existe un dispositif de consultations transculturelles accessible par l'inter-secteur pour les familles accueillies au CMP. L'objectif de ces consultations est de recréer une enveloppe culturelle dans le soin, et au sein de la famille. Il serait intéressant de questionner les difficultés ressenties par ses mamans sous le spectre de leurs cultures d'origines. Peut-être ne peuvent-elles pas prêter une enveloppe psychocorporelle assez contenante à leurs enfants car elles-mêmes vivent le manque de contenance dû à cet éloignement culturel. Quand on perd son ancrage, son accroche culturelle, peut-être perd-t-on également la possibilité de narrer son histoire et donc de faire du lien pour son enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-peau*. (Editions 1995) Dunod.

BERGER, M. (2013). Premières hypothèses théoriques. Dans M. Berger, *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique* (pp. 65 à 88). Dunod.

BERGES, J. (2004). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. Dans R. Diatkine, S. Lebovici, et M. Soulé (dirs.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1571 à 1590) PUF, Quadrige.

BION, W., R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. (Edition 1979). PUF.

DE AJURIAGUERRA, J. (2015). Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique. Dans F. Joly et G. Labes (dir.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* (Editions du Papyrus, volume 2, 305-324). Editions du Papyrus.

GIROMINI, F. (2012). La médiation en psychomotricité. Dans, B. Lesage éd., *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 253-264). Erès. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01.0253.

GOLSE, B. (2019). Les destins du développement chez l'enfant. Avenirs d'enfance. Nouvelle édition actualisée. Erès.

GOLSE, B. (2006). Les interactions précoces comme espace de récit (ou l'écriture d'une troisième histoire). Dans : *L'être-bébé* (pp. 289 à 297). PUF, Le fil rouge.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2014). Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS, 2014. N° ISBN : 978-2-11-139061-4

JOLY, F. (2005). Jouer seul... jouer en groupe: Interlocuteurs transitionnels et « travail du jouer ». Dans : Jean-Bernard Chapelier éd., *Excitation, jeu et groupe* (pp. 11-32). Erès. doi:10.3917/eres.ponce.2005.01.0011.

POTEL, C. (2015). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir.* Erès.

ROBERT-OUVRAY, S. (2017). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité.* Desclée De Brouwer.

SCIALOM, P. (2015). Utilisation du jeu. Réflexions sur le jeu spontané en psychomotricité. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 2. Méthodes et techniques.* (Deboeck, volume 2, 363-369). Deboeck.

VACHEZ-GATECEL, A. (2016). Le jeu. Dans A. Vachez-Gatecel, *L'enfant et l'imaginaire : Jouer, créer, rêver* (p. 21-46). Dunod.

WINNICOTT, D. W. (1958a). La relation parent-nourrisson. (Edition 2011) Payot.

WINNICOTT, D. W. (1958b). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* (Edition 1989) Payot.

WINNICOTT, D. W. (1958c). *La capacité d'être seul.* (Edition 2015) Payot.

WINNICOTT, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant.* (Edition 2000) Payot.

WINNICOTT, D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.

WINNICOTT, D. W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.

Articles

COURBERAND, D. (2014). De l'informe à la forme : le concept d'enveloppes psychocorporelles. *Thérapies psychomotrices*, 182, 12-24.

GOLSE, B. (2001). L'enfant excitable : Système pare-excitation, système pare-incitation. *Enfances & Psy*, 14(2), 49-56. doi : 10.3917/ep.014.0049.

Dictionnaires

Dictionnaire Larousse.

Dictionnaire latin : <http://www.dicolatin.com>

Mémoires

DELAROCHE, R. (2018). « *La psychomotricité par elle-même* » : contribution à l'auto-modélisation d'une discipline (Mémoire d'obtention du D.E de psychomotricien). Université Pierre et Marie Curie, Paris. dumas-02080161

MONSSU, M. (2014). *Le cadre thérapeutique en psychomotricité : expérience d'un groupe accueillant des enfants carencés* (Mémoire d'obtention du D.E de psychomotricien). Université Pierre et Marie Curie, Paris.

RESUME

L'instabilité psychomotrice se caractérise par la présence d'une triade symptomatique regroupant l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention. Selon les modèles théoriques, elle peut être mise en lien avec un défaut de structuration des enveloppes psychocorporelles. Il apparaît, pour l'enfant instable, l'impossibilité de se différencier de son environnement par manque d'intégration des fonctions contenantante et de pare-excitation. Ces fonctions permettent l'établissement de la *capacité d'être seul*, socle du développement psychoaffectif, et dépendent des soins maternels primaires et notamment du *holding*.

Grâce à son implication psychique, corporelle et relationnelle, dans les temps de jeu partagés avec l'enfant, le psychomotricien participe à la relance de l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle jusqu'à aider à l'acquisition d'une capacité d'être seul.

Mots clés : Instabilité psychomotrice, fonction pare-excitatrice, fonction contenantante, enveloppes psychocorporelles, jeu spontané, capacité d'être seul.

SUMMARY

Psychomotor instability is distinguished by the presence of a symptomatic triad composed of : hyperactivity, impulsiveness and inattention. According to theoretical models, a link can be established with a failing in psychobodily envelopes structuration. Unstable children show the inability to dissociate from their environment because of a lack of containing and excitatory functions integration. These functions allow the creation of the *ability to be alone*, which is the base of psycho-emotional development, and depend on the maternal primary care, particularly the *holding*.

Through his psychic, physical and relational involvement, during playtimes with children, psychomotor therapist participates in the relaunch of the development of the psychobodily envelopes to help in the acquisition of the ability to be alone.

Keywords : Psychomotor instability, excitatory function, containing function, psychobodily envelopes, spontaneous play, ability to be alone.