HAL
open science

Corps en construction, corps en relation : impact d'un environnement fragile et d'un suivi en psychomotricité sur l'évolution psychocorporelle du jeune enfant

Apolline Louis

To cite this version:

Apolline Louis. Corps en construction, corps en relation : impact d'un environnement fragile et d'un suivi en psychomotricité sur l'évolution psychocorporelle du jeune enfant. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939352

HAL Id: dumas-02939352

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939352v1

Submitted on 15 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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14

Corps en construction, corps en relation :
impact d'un environnement fragile et d'un suivi en psychomotricité sur l'évolution psychocorporelle du jeune enfant

Mémoire présenté par Apolline LOUIS

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

<u>Référentes de mémoire :</u>

– Aude BUIL

– Elsa BROCHARD

Session juin 2020

PRÉFACE

« *Le psychomotricien est un funambule créatif. Le propre du funambule est de rester debout sur son fil et de garder son équilibre, quitte à s'aider d'ombrelle, de parapluies, de bâtons »* (Potel, 2015, p.101).

« Le travail psychocorporel ne doit pas conduire à durcir les limites, à se couper de l'environnement en lui imposant son empreinte. Il s'agit aussi à apprendre à être affecté par les choses, à laisser le dedans résonner, ce qui implique de cultiver une disponibilité » (Lesage, 2017, p.122).

« *Le travail du psychomotricien est bien une création, un travail d'éprouvés, de mise en sens du sensoriel, de paroles posées sur et pour le corps afin de le rendre psychomoteur, c'est-à-dire signification, symbole, subjectivation, Identitaire* » (Courberand, 2005, p.95).

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier

Aude BUIL et *Elsa BROCHARD* qui m'ont accompagnée dans l'élaboration et la rédaction de ce mémoire, ainsi que dans mes interrogations tout au long de cette année.

Ariane PÉRILLAT qui a coloré ma façon de penser et de pratiquer la psychomotricité.

Mes maîtres de stages et les équipes de *Toute-Joie*, *La toupie magique*, la résidence *Camille Claudel*, la *maternité de Jules-Verne*, *La Passerelle*, l'*unité de psychiatrie de Nantes*, le *service de neurologie de Fernand Widal*, l'*orphelinat de Râmnicu-Valcea*. Merci pour nos discussions, votre transmission, votre accueil. Merci aux équipes du *CMP* et *CATTP*, de l'*école maternelle Buffon* et du *CAMSP* qui m'ont accueillie pour mes stages longs de deuxième et troisième année.

Tous les *enseignants* pour la transmission de vos savoirs. Merci aux membres de ma promotion, et particulièrement au groupe 5 pour ces moments partagés en TD, et nos temps d'échanges, de doutes, de rires.

Les patients que j'ai rencontrés, particulièrement Sara et Gaspard.

SOMMAIRE

PRÉFACE....3

REMERCIEMENTS....4

SOMMAIRE....5

AVANT-PROPOS....7

INTRODUCTION....8

JOURNAL DE BORD D'UNE STAGIAIRE....10

I SUIVI AU CAMSP....10

I.1. L'institution....10

I.1.a Le CAMSP....10

I.1.b L'équipe....11

I.1.c Présentation de l'institution....12

I.1.d Place de la psychomotricité dans l'institution....13

I.2. Le suivi de Sara....14

I.2.a Anamnèse....14

I.2.b Rencontre....17

I.2.c À l'heure du bilan....18

I.2.d La discontinuité des séances....22

I.2.e *À l'épreuve de la grève, et de la maladie*....25

I.2.f Évolution....26

II SUIVI AU CMP....27

II.1. L'institution....27

II.1.a Le CMP....27

II.1.b Présentation de l'institution....28

II.1.c L'équipe....29

II.1.d Place de la psychomotricité dans l'institution....29

II.2. Le suivi de Gaspard....30

II.2.a Anamnèse....30

II.2.b Rencontre....32

II.2.c Bilan d'observation psychomotrice....33

II.2.d Entre maîtrise et lâcher prise en séance de psychomotricité. .35

II.2.e Les chaussures, un carrefour dans la prise en charge....37

II.2.f Du corps plaisir aux représentations ?....39

CORPS ET ENVIRONNEMENT....43

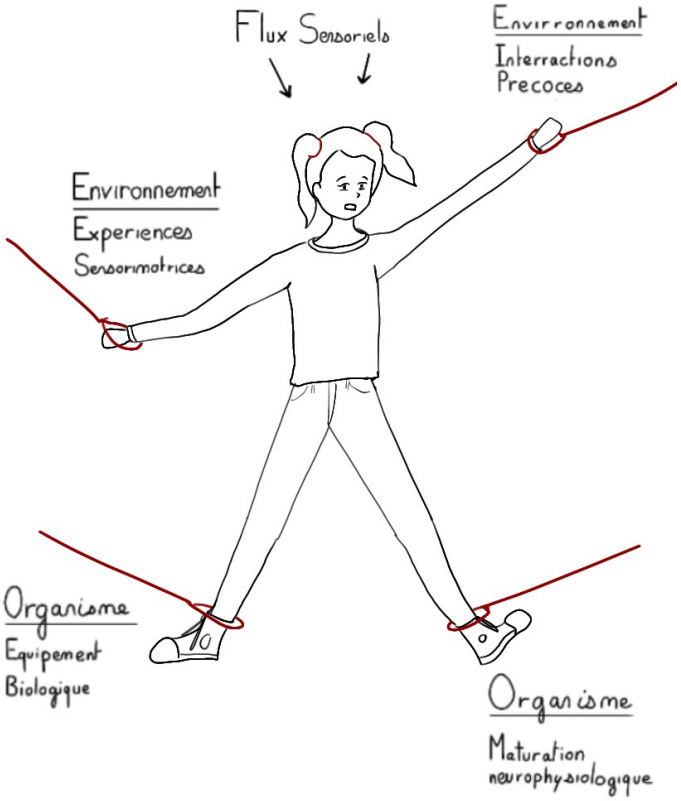
I LE CORPS BIOLOGIQUE....43

I.1. Corps et organisme....43
I.2. Impact de l'environnement sur le corps biologique....44
I.2.a Épigénétique....44
I.2.b Facteurs prénataux....46
I.3. Conclusion....47
II LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE....48
II.1. La fonction maternante....48
II.1.a Les interactions précoces....48
II.1.b La mère suffisamment bonne....49
II.2. La place du rythme dans les interactions précoces....50
II.2.a La surprise, chatouille de l'âme....51
II.2.b Dysrégularités....54
II.3. Le tonus....55
II.3.a Définitions....55
II.3.b L*es fonctions du tonus*....56
II.3.c Dysharmonies toniques....58
II.4. Représentation et structuration psychocorporelle....60
II.4.a Définitions....60
II.4.b Un processus développemental....60
II.4.c L'équilibre sensori-tonique....64
II.4.d L'axe corporel....64
II.5. Hypothèses sur la structuration psychocorporelle de Sara....65
II.6. Hypothèses sur la structuration psychocorporelle de Gaspard....66
II.7. Conclusion....68
LA SPÉCIFICITÉ D'UN SUIVI EN PSYCHOMOTRICITÉ....69
I LE CADRE THÉRAPEUTIQUE....69
I.1. Définition....69
I.2. Les fonctions du cadre thérapeutique....70
I.3. L'impact du cadre dans le suivi de Gaspard et de Sara....71
II LA RELATION THÉRAPEUTIQUE....73
II.1. Définition....73
II.2. La disposition psychocorporelle du psychomotricien....74
II.3. De l'imitation vers l'individuation....77
III LA PLACE DE LA FAMILLE DANS LE SUIVI....80
IV POUR CONCLURE....82
CONCLUSION....83
BIBLIOGRAPHIE....84
ANNEXE I – Le BILAN DE SARA....89

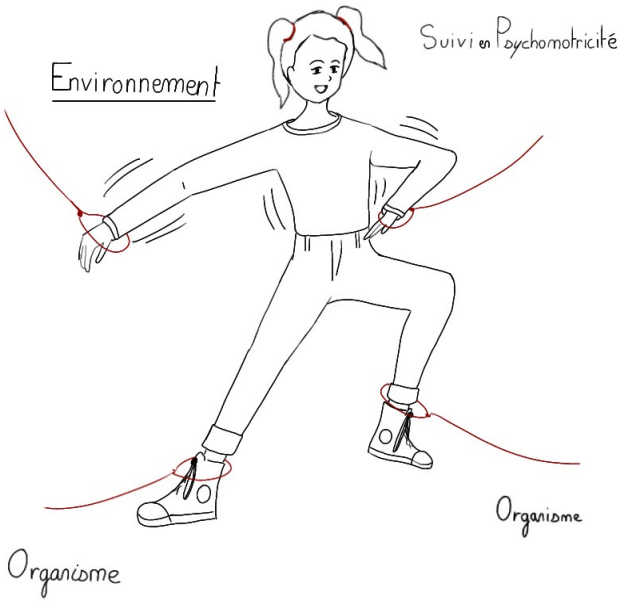
AVANT-PROPOS

Le corps est une construction s'édifiant à partir des interactions de l'organisme, de son milieu biologique, physique et social (Bullinger, 2015). Afin de mettre en forme ma pensée, j'ai imaginé un schéma. Notre corps serait modelé par un système d'élastiques plus ou moins souples reliés à nos membres. Ces élastiques (organisme, environnement, flux sensoriels) nous tiraillent plus ou moins. Ils impactent nos expériences sensorimotrices, notre développement affectif et cognitif. Ils nous donnent une forme unique. La plupart des individus arrivent à « organiser » leur corps. Tiraillés par un ou plusieurs élastiques, d'autres peuvent se retrouver écartelés. Je fais l'hypothèse qu'un suivi en psychomotricité permettrait de les aider à (re)prendre forme, par la spécificité du suivi, tout en conservant leur ancrage organique.

Enfant ayant besoin de psychomotricité



Enfant avec un suivi en psychomotricité



INTRODUCTION

Mes représentations de la psychomotricité ne cessent d'évoluer depuis le début de ma formation. Les expériences que j'ai vécues en TD, les cours magistraux et toutes les rencontres que j'ai effectuées lors de mes stages ont coloré ma façon d'être. La psychomotricité est un métier de la relation, qui tisse ou retisse des liens entre le corps et le psychisme du patient et l'accompagne dans son harmonisation psychocorporelle. Le rôle du psychomotricien consisterait entre autres à accompagner son patient à « *habiter son organisme pour en faire un corps* » (Bullinger, 2007, p.151).

Durant mes études, je me suis interrogée sur l'intérêt d'un suivi en psychomotricité pour certains patients, notamment en rencontrant deux enfants évoluant dans un environnement plus fragile. Lors de mon stage long de deuxième année en Centre Médico-psychologique (CMP), j'ai rencontré Gaspard. Après m'être demandée comment le suivi allait pouvoir l'aider compte tenu de son histoire et de sa singularité, j'ai été interpellée par l'évolution qu'il pouvait traverser d'une séance à l'autre, en fonction de ce qu'il avait vécu dans la semaine. Puis j'ai rencontré Sara lors de mon stage long de troisième année en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Là encore, je me suis demandée dans quelles mesures le suivi pouvait l'aider. Ces interrogations m'ont rappelé le suivi de Gaspard. Qu'est-ce qui permet l'évolution du jeune enfant au cours d'un suivi en psychomotricité ? Dans le cadre spécifique d'un environnement fragile, quelle est la place du développement psychomoteur et du suivi en psychomotricité dans l'évolution psychocorporelle du jeune enfant ?

Je fais l'hypothèse que le suivi en psychomotricité influence l'enfant dans son environnement et que l'environnement de l'enfant influence le suivi en psychomotricité. La disponibilité du psychomotricien permet à l'enfant de se saisir de quelque chose en séance, de l'intégrer dans son environnement et d'édifier sa structuration psychocorporelle.

Dans une partie clinique, je présenterai le suivi de Sara et celui de Gaspard, sous la forme d'un journal de bord. Puis, je parlerai du corps dans l'environnement et de la construction psychocorporelle du jeune enfant, afin d'essayer de comprendre l'évolution de Gaspard et celle de Sara. Dans une dernière partie, je présenterai la spécificité d'un suivi en psychomotricité.

J'appuierai mon propos grâce à des théories de neurosciences (génétique), de psychiatrie, de psychologie du développement, de psychanalyse et de psychomotricité. Ayant choisi un sujet large, j'aurai pu me référer au point de vue d'un auteur en particulier. Je ne souhaitais pas développer une théorique spécifique afin d'essayer d'adopter un regard global. J'ai traité ce questionnement en partant de mon point de vue, de mon ressenti au cours des séances, étayé par différentes approches théoriques. Aussi, j'ai ajouté ma réflexion, mes questionnements et mes hypothèses en italique tout au long de mon écrit afin de vous partager le fil de ma pensée. J'envisage ce mémoire comme le cheminement d'une réflexion qui ne fait que commencer, et qui évoluera au cours de ma carrière.

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

JOURNAL DE BORD D'UNE STAGIAIRE

Dans cette partie, je vous parlerai de ma rencontre, des suivis en psychomotricité et de l'évolution de Sara et de Gaspard.

I SUIVI AU CAMSP

I.1. L'institution

I.1.a Le CAMSP

Le CAMSP accueille des enfants entre 0 et 6 ans présentant un handicap (moteur, sensoriel et/ou mental), ou des singularités au niveau de leur développement psychomoteur. Situé au carrefour du secteur sanitaire et médico-social, le CAMSP est composé d'une équipe transdisciplinaire. Ses principales missions sont de suivre précocement les enfants, d'assurer un rôle de prévention (dépistage, suivi, etc.), de faire du lien avec les partenaires extérieurs présents dans le quotidien de l'enfant (professionnels libéraux, crèche, école, etc.) et d'orienter les enfants en fonction de leurs difficultés vers des structures plus spécialisées, ou de les accompagner lors de leur entrée à la crèche et/ou à l'école (Corbet, 2010).

Il existe des CAMSP hospitaliers et des CAMSP associatifs. Cette année, je suis présente tous les jeudis dans l'antenne d'un CAMSP associatif. Il accueille des enfants présentant des syndromes génétiques (trisomie 21, Prader-Willi, Angelman, etc.), des pathologies neurologiques, une déficience intellectuelle, un trouble du

neurodéveloppement, un retard de développement psychomoteur, des fragilités sociales et des carences affectives. Il assure également le suivi des enfants nés prématurément et/ou dans un contexte de vulnérabilité périnatale importante.

I.1.b L'équipe

Un CAMSP est composé d'une équipe transdisciplinaire. La transdisciplinarité signifie « *être au-delà* » de la discipline en elle-même. Portée par l'institution, la croisée des savoirs et des compétences des professionnels soutient l'enfant et sa famille (Huguet-Manoukian et Perrier-Genas, 2016*).* Les parents font partie intégrante du projet de soin, ils sont les acteurs essentiels dans le suivi de leur enfant (Korff-Sausse, 2011).

Gérant les deux autres CAMSP de l'association, la directrice de l'institution est présente une journée et demie par semaine. Le reste de l'équipe est composée d'une chef de service (0,8 Équivalent Temps Plein – ETP), une secrétaire (1 ETP), une assistante sociale (0,5 ETP), une pédiatre (0,4 ETP), une pédopsychiatre (0,1 ETP), un neuropsychologue (0,5 ETP), deux psychomotriciennes (1,5 ETP), une éducatrice de jeunes enfants (0,8 ETP), une ergothérapeute (0,5 ETP), une orthophoniste (0,5 ETP) et une orthoptiste (0,2 ETP). L'organisation au sein de l'équipe (échanges autour des enfants, mise en place de réunions, etc.) dépend de la présence des professionnels à temps partiel. Tous les professionnels travaillent au CAMSP le vendredi. Le jeudi, jour de mon stage, les professionnels présents sont la chef de service, la secrétaire, les psychomotriciennes, l'éducatrice, le neuropsychologue et la pédiatre une fois par mois. Le CAMSP travaille avec des libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.).

I.1.c Présentation de l'institution

Le CAMSP est ouvert du mardi matin au samedi midi. De plain-pied, il est composé d'une salle d'attente, de sanitaires, du bureau de la secrétaire, de la direction et de celui de la pédiatre. Deux couloirs partent de la salle d'attente : un premier mène aux salles d'ergothérapie, de psychomotricité et d'orthophonie, et un second mène au bureau de l'assistante sociale (partagé avec l'orthoptiste), de l'éducatrice, du neuropsychologue et à la pièce de vie composée d'une petite cuisine et de tables. Les professionnels y font leurs pauses ainsi que la réunion de synthèse, tous les vendredis après-midi. Sans être systématiques, des réunions de mini-synthèses ont lieu le vendredi midi pour réévaluer le projet de soins d'un enfant avec les professionnels qui le suivent avant sa consultation pédiatrique.

La salle de psychomotricité / La salle d'attente

Dans un premier temps, les familles contactent le CAMSP, adressées par leur médecin, un professionnel libéral, l'école, etc. La secrétaire remplit une fiche contact et ajoute l'enfant à la liste d'attente. Les familles envoient tous les comptes rendus médicaux et paramédicaux de leur enfant, puis sont contactés par la direction pour fixer une consultation avec la pédiatre. Celle-ci recueille l'anamnèse de l'enfant et de sa famille, puis elle procède à un examen médical et observe son développement. Elle présente l'enfant en synthèse et prescrit des bilans si un suivi est nécessaire. Puis la direction rencontre la famille pour présenter le CAMSP et valider le projet de soin avec elle. À la suite des bilans, la chef de service rédige un projet individuel pour l'enfant avant le début des soins.

I.1.d Place de la psychomotricité dans l'institution

Deux psychomotriciennes travaillent au CAMSP. À mi-temps, madame A partage sa salle avec l'ergothérapeute. À temps complet, madame E dispose d'une grande salle dans laquelle a lieu le suivi de Sara. Elle comprend un espace d'accueil avec un banc, un espace au sol avec des tapis, un espace pour des activités à table, et un espace avec les modules. La salle peut être modulée à l'aide de cloisons.

Les psychomotriciennes sont sollicitées pour des bilans (Brunet-Lézine Révisé, observation psychomotrice, etc.) auprès des jeunes enfants afin de mettre en place un suivi précocement (guidance parentale, accompagnement dans le développement psychomoteur, etc.) s'ils en ont besoin. Les plus grands bénéficient souvent de suivi groupal avec en co-thérapie.

I.2. Le suivi de Sara

I.2.a Anamnèse

Sara est une petite fille de 4 ans d'origine tunisienne. Elle vit dans un petit appartement avec ses parents – qui sont cousins germains – et son petit frère né en juin 2019. Sara est née en juillet 2015, à 37 semaines d'aménorrhées. À sa naissance, elle présente une dysplasie légère (instabilité) de la hanche gauche. Elle a été langée en abduction pendant 3 mois. Sara a souffert d'un reflux gastro-œsophagien et se réveillait souvent la nuit. Actuellement, elle garde un petit poids (−1,5 DS) et un sommeil difficile.

Concernant son développement psychomoteur, Sara tient assise seule, rampe et se met debout avec appuis à 11 mois. À 14 mois, elle marche à quatre-pattes. Elle présente des stéréotypies massives et se balance d'avant en arrière en permanence. La crèche informe la Protection Maternelle Infantile (PMI) que Sara fait peu d'activités à la maison et qu'elle a peu de jeux adaptés à son âge. Elle est surexposée aux écrans. A 21 mois, Sara marche en poussant un camion, et acquiert une marche libérée à 22 mois. Il est indiqué dans le dossier que son père a marché et parlé tard.

En septembre 2017, la PMI adresse Sara, âgée de 2 ans et 2 mois, au CAMSP pour un retard de développement psychomoteur. *Un retard de développement psychomoteur correspond aux enfants présentant un décalage significatif dans la motricité, et/ou la communication, et/ou la cognition, et/ou les compétences sociales et comportementales avant leurs 5 ans. Ces décalages ne*

doivent pas être causés par un diagnostic différentiel comme des Troubles du Spectre de l'Autisme, des troubles des apprentissages, etc. (Dutel, 2014).

Sara présente des troubles des interactions sociales et des stéréotypies massives. Inquiète, l'équipe s'interroge sur un éventuel Trouble du Spectre de l'Autisme. La pédiatre préconise aux parents de diminuer les temps d'écran. Elle prescrit à Sara une séance individuelle hebdomadaire de psychomotricité avec madame A, et une séance individuelle hebdomadaire avec l'Éducatrice de Jeunes Enfants (EJE) auxquelles les parents doivent assister. Sara bénéficie également de deux séances hebdomadaires de kinésithérapie (en libéral).

Sara et ses parents sont régulièrement absents. Son papa n'est jamais venu en séance de psychomotricité. Il a assisté à une séance avec l'EJE. En séance, la maman de Sara fait des propositions peu adaptées (propose plusieurs objets d'un coup, crie sur sa fille si elle échoue à la proposition demandée, etc.). Elle semble découvrir tous les jeux que l'EJE ou madame A présente à Sara. Sara se balance dès que madame A va chercher du matériel ou discute avec sa maman. Même lorsqu'ils sont présents, le travail avec les parents de Sara reste très difficile : ils peuvent donner des réponses contradictoires sur les activités et le comportement de Sara à la maison et à la crèche, ou ne pas répondre en esquivant les questions.

En 2018-2019, Sara, âgée de 3 ans, bénéficie d'une séance hebdomadaire d'orthophonie en libéral. Elle participe à un groupe animé par madame A et l'orthophoniste pour travailler sur les interactions. Elle continue à se balancer lorsqu'elle n'est pas sollicitée. Sa maman l'accompagne et l'attend dans la salle d'attente. Mais Sara est également beaucoup absente.

Sara entre à l'école en janvier 2019, à 3 ans et demi. Son papa refuse dans un premier temps la demande d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) impliquant de remplir un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Sa femme finit par envoyer une demande d'AVS en juin 2019 avec l'assistante sociale du CAMSP, qui est refusée. Une nouvelle procédure est en cours.

Suite à cette deuxième année de suivi irrégulier, les parents de Sara sont convoqués par la directrice qui leur annonce l'arrêt du suivi. Les parents insistent pour que leur fille continue à être suivie au CAMSP. La directrice leur demande de venir chaque semaine, sans quoi le suivi s'arrêtera. Madame A n'ayant plus de créneaux individuels, il est décidé que madame E prendrait le relai. L'orthophoniste refuse de poursuivre les séances en raison du nombre d'absences injustifiées. La maman trouve une nouvelle orthophoniste. Elle accouche d'un petit garçon en juin 2019.

Durant l'année 2019-2020, Sara est en moyenne section. Du fait de son retard dans les acquisitions motrices et ses difficultés de régulation tonico-émotionnelle, la pédiatre prescrit une séance individuelle hebdomadaire en psychomotricité et deux séances hebdomadaires d'orthophonie (en libéral). C'est dans ce contexte que je rencontrerai Sara, âgée de 4 ans et 2 mois, avec ma maître de stage, madame E, qui la rencontre également pour la première fois. Sara est accompagnée au CAMSP par sa maman, et par son papa à partir du mois de janvier. Pendant les séances, sa maman attend Sara dans la salle d'attente, tandis que son papa sort du CAMSP. Malgré leur présence assidue, ceux-ci se tiennent à distance de madame E et de moi. Mis à part nous parler de ses problèmes d'équilibre, ils nous parlent très peu de

leur fille et de leurs interrogations quant à ses difficultés relationnelles et comportementales. Il est toujours très difficile de savoir comment évolue Sara à la maison, à quoi elle joue, etc. Elle ne présente plus de stéréotypies.

I.2.b Rencontre

En arrivant dans la salle d'attente avec madame E, Sara joue près de sa maman et de son petit frère. Une fois que nous nous sommes présentées à elle et à sa maman, elle accepte facilement de venir en séance sans sa maman. Elle connaît le CAMSP depuis deux ans et avance dans le couloir en sautillant. Une fois arrivées dans la salle de psychomotricité, et après avoir retiré nos chaussures, Madame E propose un éveil corporel, que nous reprendrons à chaque séance. Sara a besoin d'un étayage physique et verbal important : je me mets en face d'elle pour lui proposer des mouvements, tandis que madame E la soutient au niveau du bassin. Sara a du mal à rester ancrée dans le sol. Elle sautille et gesticule. Fluette, elle peine à maintenir un équilibre statique et présente des difficultés à dissocier les parties de son corps et à se relâcher. Elle présente des syncinésies au niveau du visage. Puis Sara va chercher un ballon qu'elle lance arriver à le rattraper. Elle a besoin d'un soutien extérieur pour l'attraper (elle est en appui sur madame E). Pendant les échanges de ballon, j'observe des fragilités au niveau de sa régulation tonico-émotionnelle : Sara explose de rire, elle a des mouvements raides et tient difficilement debout.

Nous finissons la séance par un temps calme. Sara est allongée sur le dos à côté de madame E. Je réalise des pressions à l'aide d'une balle à picot, sur un fond musical, afin de lui apporter des sensations proprioceptives et qu'elle puisse se

relâcher. Sara observe mes mouvements et suit la balle avec ses yeux. Je sens ses muscles se relâcher et sa respiration s'amplifier. Puis nous la raccompagnons auprès de sa maman afin de lui faire un retour sur la séance. Celle-ci ne pose aucune question. Elle esquisse un sourire, remet le manteau de Sara et nous dit au-revoir.

Lors de la deuxième séance, Sara a des gestes saccadés et ne relâche pas ses membres supérieurs lors de l'éveil corporel. Nous lui proposons de marcher dans la salle. Elle ne déroule pas le pied (pas de distinction talon-pointe).

Au niveau de la régulation tonique, Sara est crispée et garde les bras en l'air. *Elle les utilise peut-être pour s'équilibrer ?* En le verbalisant, Sara peut les relâcher. Elle s'excite rapidement (rigole, tombe, etc.) lorsqu'une situation lui plaît. J'insiste alors durant le temps calme sur ses plantes de pieds et sa respiration, dans le but de l'aider à se relâcher. J'observe des paratonies au niveau de ses membres, et ressens peu de détente musculaire : Sara reste crispée et ne paraît pas apprécier le passage de la balle. Elle quitte la salle en sautillant et en souriant, les yeux pétillants.

I.2.c À l'heure du bilan

Lors de la troisième séance, nous décidons avec madame E de faire passer des épreuves de bilans standardisés (*Charlop-Atwell* d'Albaret et Noak, *latéralité gestuelle innée* de Bergès, et *dessin du bonhomme* de Goodenough) afin d'objectiver les compétences et les difficultés de Sara, âgée de 4 ans et 3 mois.

Lors de la passation du *Charlop-Atwell* (1980), Sara présente de fortes syncinésies. Elle échoue à 5 items sur 6. Elle a toujours essayé de réaliser l'item

proposé et a besoin d'un étayage verbal soutenu, ainsi que plusieurs démonstrations. Ses mouvements sont raides et disgracieux.

Sara réalise le mouvement attendu à l'item du tournoiement et obtient un score de 8/12. Elle tourne en arrière vers la droite et réalise des cercles complets, en marchant entre les tournoiements.

Lors de l'item du sauter-demi tour, je lui explique la consigne (elle me sourit), puis j'effectue le mouvement. Voyant qu'elle n'a pas bougé, je me baisse pour lui montrer où poser ses pieds. Elle se baisse alors exactement comme moi, reprenant ma posture et mes mouvements parasites. Sara essaye plusieurs fois de réaliser l'item, mais elle se trouve rapidement en difficulté pour organiser l'action à effectuer malgré mon étayage verbal et la démonstration. La double tâche semble impossible.

Sara n'a pas pu réaliser les items du saut à cloche pied et d'équilibre sur la pointe des pieds, sans doute à cause de ses difficultés de compréhension verbale et de ses difficultés motrices. Elle fournit un effort musculaire conséquent, engendrant une certaine fatigabilité. Sara essaye plusieurs fois de détourner le bilan en sollicitant madame E qui filme. J'essaye de l'accompagner davantage pour les items de l'animal préhistorique et du pantin. À nouveau en échec, Sara attrape la corde qui avait servi à l'item du tournoiement et attrape madame E en explosant de rire.

Le test de la *latéralité gestuelle innée* (1965) met en évidence une latéralisation majoritairement à droite. Sara peine à reproduire les mouvements. Puis elle va chercher une planche en bois pour refaire un parcours similaire à la semaine précédente. Nous en construisons un et elle organise un tour de rôle, qui manque de flexibilité. Les repères spatiaux (devant/derrière, gauche/droite) ne sont pas acquis.

Enfin, nous lui proposons le test du *dessin du bonhomme* de Goodenough (1926), qui entre dans la catégorie A (non reconnaissable)[1]. Elle gribouille un bonhomme, sa maman, le soleil et la lune (malgré les consignes initiales). Sara tient son crayon avec sa main droite et la feuille avec sa main gauche. Avant de commencer à dessiner, elle adopte une pince tridigitale adaptée et mature. Cependant, sa tenue du crayon et son tracé restent instables. Elle se tient très proche de la feuille (<15 cm). Cette observation est à mettre en lien avec ses difficultés de régulation tonique. Elle présente de fortes syncinésies en dessinant.

Lors du temps calme, Sara garde les yeux ouverts. Je ne ressens pas de relâchement musculaire au niveau de ses membres. Lorsque la musique s'arrête, elle se relève rapidement. Elle repart en sautillant, les bras en chandelier « inversé », crispés, et elle retrouve sa maman.

Au total, la passation de ces épreuves met en évidence la spontanéité de Sara à entrer en relation avec l'adulte. Tout au long des épreuves, elle s'est montrée très volontaire, joyeuse et participative. Elle se montre active dans les interactions et garde des yeux pétillants, et son sourire au coin des lèvres.

Au *Charlop-Atwell*, Sara obtient un score global de −3,6 DS (score objectif : −2,5 DS ; score subjectif : −5 DS). Ces scores mettent en évidence un décalage important dans ses acquisitions motrices. Sara a présenté des difficultés dans la passation des autres items (représentations corporelles, espace-temps, etc.).

Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec ses fragilités intellectuelles, attentionnelles et ses difficultés motrices (manque d'équilibre, fatigabilité musculaire, etc.), ainsi que des difficultés de régulation tonico-émotionnelle.

1 Cf. Infra. Annexe I

Le suivi de Sara s'articulera autour de deux axes thérapeutiques :

→ Soutenir les coordinations motrices globales de Sara afin de développer son aisance corporelle.

→ Travailler autour de la régulation tonico-émotionnelle à travers des expériences sensorimotrices.

L'objectif principal sera d'accompagner Sara dans son organisation psychocorporelle en lui proposant des expériences psychomotrices variées pour qu'elle puisse enrichir sa proprioception, réguler son tonus et ses émotions.

Les séances s'organiseront en quatre temps : le temps d'accueil au niveau des bancs, un temps d'éveil corporel sur les tapis, puis d'expressivité corporelle dans toute la salle et enfin un temps calme sur le tapis. Nous prenons un temps au début et à la fin de la séance pour discuter avec Sara de comment elle se sent. Nous faisons un point dans la salle d'attente avec ses parents en début de séance pour savoir comment s'est passé la semaine, et en fin de séance pour la leur restituer, et répondre à leurs questions ou inquiétudes éventuelles. S'ils ressentent le besoin d'en parler plus longuement, les parents peuvent en parler avec la pédiatre en consultation, ou bien prendre un temps pour en reparler avec madame E.

Suite à ce premier bilan, je me suis questionnée sur l'intérêt du suivi. Lors des deux premières séances, je n'avais pas réalisé l'ampleur des difficultés de Sara. *Est-ce que Sara a conscience de ses difficultés ? En souffre-t-elle au quotidien ?*

I.2.d La discontinuité des séances

La semaine suivante, Sara a un rendez-vous à la PMI. En arrivant dans la salle d'attente pour la quatrième séance, la maman de Sara nous fait part des difficultés de sa fille. Elle a rencontré la maîtresse et nous dit que : « Sara ne fait pas comme la maîtresse lui demande ». C'est la première fois qu'elle nous interpelle depuis le début du suivi. Elle l'a inscrite à des cours de multisports pour enfant, et s'interroge sur l'intérêt d'un suivi en kinésithérapie pour aider Sara dans la gestion de son équilibre. Il n'y a pas d'autres familles dans la salle d'attente. Madame E lui explique ce sur quoi nous travaillons en séance. Je m'approche de Sara pour l'aider à ranger des jeux. Elle me parle de son frère de 6 mois, qui est dans les bras de sa maman. Puis Sara fait un câlin à sa maman et nous partons en séance.

Sara présente des crispations lors de l'éveil corporel. Nous axons donc la suite de la séance sur la régulation tonique. Je lui demande si elle connaît des animaux dans le but de lui proposer une exploration autour des polarités toniques. Elle me cite spontanément le cochon, la vache et le crocodile. Dans une partie délimitée de la salle, nous imitons des animaux très toniques et dans l'autre des animaux peu toniques. Sara arrive successivement à se relâcher, puis à se tonifier. Lorsqu'elle commence à fatiguer, nous adaptons la proposition en organisant un tour de rôle. Nous changeons d'animaux afin d'explorer les différents plans de l'espace (le serpent au sol, la girafe debout, le lion à quatre-pattes, etc.).

Lorsque nous imitons le lion, je rugis. Sara recule vers madame E, mi-apeurée mi-amusée. Lorsque nous changeons d'animaux, elle semble ne pas comprendre pourquoi je ne rugis pas. Elle me demande de rugir, sans me nommer. Je lui

demande comment je m'appelle. Elle hausse les épaules. Avec madame E, nous répétons nos prénoms, en rythme et elle répète après nous en souriant. Nous lui redemandons, mais elle hausse à nouveau les épaules. Si nous disons « A poll… », elle répète sans compléter la fin de mon prénom. Au fil des séances, elle retiendra le prénom de madame E. *Pouvons-nous mettre en lien ces difficultés de mémorisation avec ses difficultés de compréhension et ses faibles capacités attentionnelles ? Suite à cette séance nous nous questionnons avec madame E de l'impact de l'effort musculaire qu'elle peut fournir sur ses capacités attentionnelles.*

Lors de la séance suivante, madame E est malade. La semaine d'après, sa maman croit que le CAMSP est fermé pour les vacances scolaires. La semaine encore d'après le CAMSP ferme pour les vacances scolaires. Nous retrouvons Sara, âgée de 4 ans et 4 mois, pour la cinquième séance après un mois d'intervalle. Sara parle plus spontanément. Lors de l'échauffement, elle a un polygone de sustentation très élargi qui lui permet de tenir seule. Elle dissocie mieux sa tête de son buste mais garde des difficultés pour effectuer les mouvements des membres inférieurs.

Je propose à Sara la passation du test des *Somatognosies* de Bergès dans le but de voir où elle en est dans la connaissance des parties de son corps. Elle obtient un score attendu à l'âge de trois ans. Ces scores sont en cohérence avec les scores qu'elle a obtenu en motricité globale lors de la passation du *Charlop-Atwel*. Elle nomme les bras, les cheveux, les mains, les pieds, la bouche, les oreilles, les yeux, le nez, le dos, le ventre et les dents. En lui donnant le nom et en lui montrant une partie du corps qu'elle ne sait pas nommer, Sara répète sans pouvoir le redire si nous lui redemandons. *L'épreuve graphique d'organisation perceptive* de Santucci

met en évidence des difficultés sur le plan visuo-spatial. Elle ne reproduit pas les formes simples (traits orientés, cercles[2], etc.).

Je lui fais passer un examen du tonus en fin de séance, mais elle garde un important recrutement tonique et je ne ressens pas de relâchement.

Lors de la sixième séance, nous proposons à Sara un parcours sollicitant ses coordinations motrices globales, c'est-à dire à la mise en mouvement du tronc et d'un ou de plusieurs segments corporels (Miermon, Benois-Marouani et Jover, 2015). Dans le tunnel, Sara rampe sans utiliser ses jambes. Ses sauts sont raides. Elle garde les genoux verrouillés. Nous lui proposons alors de faire des retournements sur le tapis, afin de l'aider à prendre conscience de son corps dans le mouvement. La sollicitation des coordinations motrices précédant la marche (retournements, rampé, quatre-pattes, etc.)*, devrait aider Sara à développer un meilleur ancrage corporel, et un équilibre plus stable.* Madame E, la guide dans les retournements par ses membres inférieurs. Sara finit par y arriver seule. Elle gagne en fluidité.

À la fin du temps calme, je souhaite savoir comment elle vit ce moment et je la questionne. Sara semble peiner à comprendre et ne parvient pas à répondre. Elle répète le dernier mot que j'ai prononcé, ou acquiesce. Il est difficile de savoir ce qu'elle en pense. Je reste attentive à sa communication non-verbale, et lui verbalise les mobilisations que je fais, ce que je ressens, afin de l'aider à les intégrer.

La séance suivante, madame E est en formation. Lors de la septième séance, nous retrouvons Sara très souriante. Après l'échauffement, nous reproduisons le parcours réalisé il y a deux semaines. Avec madame E, nous avons pour objectif de

2 Cf. Infra. Annexe I

l'aider à investir le bas de son corps. Le parcours débute par des cerceaux dans lesquels il faut sauter, puis par des bancs sous lesquels il faut ramper, et au-dessus desquels il faut passer ; et d'une planche en bois (environ 25 cm de hauteur) sur laquelle il faut marcher puis sauter dans un cerceau. Sara saute plus aisément qu'au test du *Charlop-Atwel*. Elle rampe sans utiliser ses jambes. Madame E ou moi passons une fois entre chacun de ses passages pour que Sara reprenne son souffle. Cela lui permet également d'observer nos stratégies pour réaliser le parcours, et de davantage nous intégrer dans la proposition. Madame E exagère ses flexions de genou dans les sauts, et dans le rampé, en le verbalisant Sara qui rigole de nous voir nous tortiller pour passer sous le banc. Nous l'accompagnons dans les sauts, le rampé, puis nous reprenons un temps au sol pour faire des retournements. Sara initie le mouvement par le haut du corps. Je positionne une main sur son bassin, et une autre sur son pied. Elle ne se laisse pas faire. Madame E, l'incite à ralentir, et l'accompagne dans le mouvement. Elle finit par utiliser activement ses jambes.

Lors du temps calme, Sara grimace. Je lui propose d'arrêter la balle à picot. Elle hoche la tête et je lui propose des mobilisations passives. À la fin de la séance, Sara verbalise qu'elle n'aime pas la balle. J'ai trouvé cela très positif.

I.2.e À l'épreuve de la grève, et de la maladie

En raison des grèves de décembre, je n'ai pas assisté à trois séances (autour des jeux de faire semblant). Sara interroge madame E au sujet de mon absence.

Lors d'un bilan, la pédiatre propose aux parents de Sara de rencontrer le neuropsychologue pour mettre en place une guidance. Ils acceptent que celui-ci

observe une séance de psychomotricité mais refusent la guidance. Pour eux, tout va bien à la maison, Sara n'est en difficulté qu'à l'école. Le lien avec eux reste fragile.

Lors de la onzième séance, cela fait sept semaines que je n'ai pas vu Sara en séance. Elle participe activement et fait évoluer les propositions. Nous retravaillons le rampé et les retournements. En s'allongeant pour le temps calme, Sara me dit qu'elle m'a attendue aux autres séances. Elle me demande où j'étais pendant tout ce temps.

Durant les deux jeudis suivants, Sara est malade. Elle est hospitalisée quelques jours et mise sous oxygène pour reprendre des forces.

I.2.f Évolution

De la douzième à la quinzième séance, nous continuons à travailler autour de la régulation tonico-émotionnelle et des coordinations motrices globales. Sara investit de mieux en mieux l'éveil corporel. Elle présente un équilibre plus stable, et une meilleure régulation tonique. Elle a besoin de notre étayage physique et verbal et se trouve toujours en difficulté au niveau de ses capacités cognitives (attention, double tâche, etc.). Lors des temps calmes, je lui propose des pressions profondes et des mobilisations passives, au cours desquelles elle se relâche.

En février, nous participons à une réunion école. Sara investit le coin dînette mais reste en difficultés dans les interactions et dans la réalisation des ateliers. Sa maman ne pose aucune question à l'équipe enseignante et reste très évasive dans ses réponses. Elle n'avait pas mentionné à la maîtresse que Sara bénéficie de deux séances hebdomadaires d'orthophonie. L'équipe insiste sur la nécessité d'une AVS

(la demande restant sans réponse) pour Sara. La maman espère qu'elle n'en aura pas besoin pendant toute sa scolarité, et que cette situation sera provisoire.

Sa maman n'accompagne plus Sara au CAMSP depuis décembre. J'aurais souhaité lui proposer un entretien avec madame E afin de lui parler de mon mémoire, du suivi, et de discuter du quotidien de Sara (maison, multisport, orthophonie, etc.). Cet entretien nous aurait permis de discuter plus longtemps, ailleurs que dans la salle d'attente. Du fait de la crise sanitaire liée au coronavirus, le CAMSP est fermé. Les professionnels restent disponibles par téléphone pour la continuité des soins. La maman de Sara écoute les conseils de madame E et participe plus ou moins à la conversation. Elle peine à aider Sara dans la réalisation de son travail scolaire. Sara semble passer beaucoup de temps devant les écrans.

II SUIVI AU CMP

Après vous avoir présenté Sara, je vais vous raconter le suivi de Gaspard. Il a fait l'objet de mon dossier théorico-clinique de deuxième année, mais je continue de m'interroger un an après.

II.1. L'institution

II.1.a Le CMP

Les CMP dépendent des centres hospitaliers de leur département. Ils ont pour objectif d'accompagner les enfants ayant des problèmes d'ordres psychologiques (psychoses infantiles, troubles anxieux, etc.), comportementaux (inhibition, troubles

oppositionnels avec provocation, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, etc.), affectifs, ou familiaux, et d'accompagner leurs familles.

Le CMP de psychiatrie infanto-juvénile, dans lequel j'ai effectué mon stage tous les lundis, accueille des enfants de 3 à 18 ans.

II.1.b Présentation de l'institution

Le CMP est ouvert du lundi au vendredi. Il partage ses locaux avec le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) qui accueille des enfants entre 6 et 12 ans. De plain-pied, il est composé d'une salle d'attente donnant sur le bureau de la secrétaire, des sanitaires et d'un très long couloir. On y trouve les bureaux des deux pédopsychiatres, celui du cadre, de l'éducatrice, de l'assistance sociale, de l'orthophoniste, une salle de réunion, une salle de repos, et tout au bout, la salle de groupe et la salle de psychomotricité. La traversée du couloir est très riche en termes d'observations psychomotrices : il peut susciter des accélérations chez les enfants, des chutes, l'effleurement des murs du bout des doigts, l'ouverture de toutes les portes, etc.

Les professionnels effectuent une réunion de synthèse tous les vendredis matin. Les enfants sont adressés par un médecin suite à des inquiétudes de l'école ou des parents. Un consultant (psychiatre ou psychologue) évalue dans un premier temps les besoins de l'enfant, puis oriente si besoin vers un bilan psychomoteur, orthophonique, ou social auprès d'un éducateur. Il sera systématiquement suivi par un consultant. Il peut également proposer à l'enfant, un groupe d'observation en CATTP, comme dans le cas de Gaspard.

II.1.c L'équipe

Au sein du CMP, le suivi est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'un cadre de santé (0,5 ETP), de deux pédopsychiatres (1ETP), de trois psychologues cliniciens (1,5 ETP), d'une éducatrice spécialisée (0,5 ETP), d'une orthophoniste (0,5 ETP), de trois psychomotriciens (1,5 ETP), d'une assistante sociale (0,5 ETP) et d'une secrétaire (0,5 ETP). Tous les professionnels sont présents le lundi, sauf les psychologues cliniciens et une des psychomotriciennes. Certains sont présents dans le cadre du CMP, et d'autres du CATTP.

II.1.d Place de la psychomotricité dans l'institution

Trois psychomotriciens travaillent à mi-temps au sein du CMP. Ma maître de stage, madame P, utilise principalement la salle de groupe. D'une douzaine de mètres carrés, la salle est composée d'un premier espace avec des placards, un évier et des bancs puis d'un espace avec des tapis et d'un espace avec une table. C'est une salle lumineuse mais sonore. Gaspard sera souvent perturbé par les bruits que nous entendons du *dehors* de la salle.

Je suis présente tous les lundis dans la structure. La secrétaire, les pédopsychiatres, l'assistante sociale, l'orthophoniste, l'éducatrice spécialisée et deux psychomotriciens dont madame P sont également présents. Le matin, nous avons un groupe du CATTP. L'après-midi, nous suivons des enfants du CMP, dans la même salle.

II.2. Le suivi de Gaspard

II.2.a Anamnèse

Gaspard est né en octobre 2014. Actuellement en grande section, Gaspard est âgé de 5 ans. Il n'a pas de frères et sœurs. Il est suivi depuis sa naissance par l'unité d'accueil parent-enfant. Sa maman souffre de troubles psychiatriques qui l'empêchent de travailler. Adolescente, elle a été violée par son frère. Elle garde des relations méfiantes avec ses pairs, notamment avec son fils. Le beau-père de Gaspard, que celui-ci appelle papa, souffre d'alcoolisme. Il a plus de 25 ans d'écart avec la maman de Gaspard. Il ne travaille pas non plus. Gaspard ne connaît pas son père biologique décrit comme un homme violent par sa maman. Il ignore que son beau-père n'est pas son papa biologique.

À sa naissance (césarienne en urgence à 39 semaines d'aménorrhées), une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) est mise en place. Gaspard reste hospitalisé pendant trois mois au sein d'une unité parent-bébé avec sa maman. C'est un bébé décrit comme inconfortable par les équipes de l'unité, qui pleure beaucoup. Il est emmailloté jours et nuits. Il présente des atteintes somatiques multiples : constipations, régurgitations, eczéma, infection au pied, etc. Peu de temps après sa naissance, il est opéré en urgence d'une sténose du pylore. Celle-ci se complique (infection de la cicatrice) et il doit être isolé. Sa maman ne peut alors le toucher qu'avec une blouse. Il reste à la pouponnière jusqu'à ses deux ans. Ses parents viennent le voir une à deux fois par semaine ainsi que les week-ends. Progressivement, l'OPP se transformera en Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)

et Gaspard peut rentrer chez lui. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) met en place un soutien à la parentalité. Sa maman est actuellement suivie par un de leurs membres.

Gaspard vit avec ses parents la semaine. Pendant les vacances et les week-ends, il va en famille d'accueil ou au centre de loisirs. Sa maman verbalise son incapacité à le contenir et à le calmer. Elle le menace régulièrement de le placer à l'ASE. Gaspard semble être angoissé par les problèmes de santé physiques et psychiques de ses parents (la maman en parle beaucoup devant lui).

En 2017-2018, Gaspard, âgé de 3 ans, entre en classe de petite section. Il va à l'école le matin. Son instituteur l'adresse au CMP. En avril 2018, Gaspard et ses parents rencontrent un pédopsychiatre du CMP pour parler des colères de leur fils qui s'accentuent. Celui-ci pose le diagnostic de Troubles Oppositionnels avec Provocation et prescrit un bilan en psychomotricité.

Selon le DSM-5 (2013), les Troubles Oppositionnels avec Provocation se définissent par un ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistants au moins six mois (colères, contestations, etc.). Ces perturbations altèrent le fonctionnement social, scolaire ou professionnel de l'individu. Ces troubles sont favorisés chez des individus dont l'histoire de vie est marquée par la succession de figures parentales, ainsi que des négligences.

L'année où je l'ai suivi, en 2018-2019, Gaspard, âgé de 4 ans, reste toute la journée en moyenne section. Sa maman vient le chercher le lundi midi pour venir en séance de psychomotricité, et ne le ramène pas en classe pour la fin de l'après-midi.

Parallèlement à la mise en place du suivi, Gaspard participe à un groupe d'observation au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, afin d'intégrer un groupe à médiation. Il bénéficie uniquement de séances individuelles en psychomotricité de 30 minutes, une fois par semaine. C'est dans ce cadre que je le rencontrerai avec madame P.

II.2.b Rencontre

Nous rencontrons Gaspard en novembre 2018 avec sa maman. Lors de l'entretien, celle-ci nous parle de ses propres problèmes de santé. Puis, elle nous rapporte un développement psychomoteur ordinaire pour Gaspard, insistant sur ses grosses colères. À la maison, il joue à l'ordinateur et aux petites voitures. Elle nous rapporte que Gaspard est très autonome : il s'habille seul, parle bien, sait compter et récite l'alphabet. Pendant que sa maman parle, Gaspard nous interpelle sans arrêt et ne tient pas en place. Madame P propose à sa maman d'aller dans la salle d'attente pour que nous puissions jouer avec Gaspard. Il utilise la dînette et une poupée, mais il a des difficultés à faire semblant. Il confond des mots tels que « couper », « coller », « souffler » lorsqu'il prépare un repas. Son regard s'absente régulièrement. Gaspard a besoin d'un carton de rendez-vous pour accepter de quitter la salle. Puis nous retrouvons sa maman qui s'accroupit et lui fait un câlin.

Au niveau corporel, Gaspard est petit et frêle pour son âge. C'est un garçon brun aux yeux marron, le visage cerné, présentant une forte odeur corporelle qui interroge sur la qualité des soins qu'il reçoit de ses parents. Nous le verrons en bilan encore deux fois avant de commencer le suivi.

II.2.c Bilan d'observation psychomotrice

Durant les deux temps de bilan, madame P n'utilise pas de bilans standardisés. Avant d'énumérer les observations du bilan de Gaspard, je présenterai une partie du développement psychomoteur ordinaire d'un enfant de 4 ans.

- **Développement psychomoteur ordinaire d'un enfant de 4 ans**

Au niveau de la motricité, un enfant de 4 ans, monte et descend les escaliers en alternant les pieds. Il tient en équilibre quelques instants sur un pied, saute à pieds joints, marche quelques secondes sur la pointe des pieds, fait du tricycle. Il peut lancer et attraper un ballon. Il commence à maîtriser la tenue des ciseaux, utilise sa fourchette correctement et peut s'habiller et se déshabiller seul.

Au niveau du graphisme, un enfant de 4 ans distingue le dessin de l'écriture et prend plaisir à utiliser l'outil scripteur. Il maîtrise les 9 formes de base (lignes verticales et horizontales, rond, croix, carré, diagonale, croix oblique, triangle) et ovoïdes. Il donne du sens à ce qu'il dessine et réalise un bonhomme têtard avec de plus en plus de détails (yeux, bouche, nez, nombril). Ses dominances oculaire et pédestre sont stables, la dominance manuelle n'est pas encore stabilisée.

Au niveau spatio-temporel, il commence à distinguer le passé, le présent et l'avenir proche, comprend les notions telles que avant/après, vite/lentement, devant/derrière, sur/sous, dedans/dehors, haut/bas, près/loin et connaît son âge.

Au niveau des somatognosies, en plus de la tête, des mains, des pieds, de la bouche, des oreilles, des yeux, du nez, du dos, du ventre de ses bras et de ses

jambes, l'enfant de 4 ans reconnaît ses genoux, ses dents, ses talons, son front, son cou, ses joues, son menton, son pouce et ses ongles (d'Ignazio et Martin, 2019).

- **Résultats du bilan d'observation psychomotricité de Gaspard**

Gaspard présente une tonicité élevée. Il a un équilibre dynamique fragile et du mal à courir. Il présente une bonne coordination bi-manuelle mais réalise difficilement des encastrements. L'étayage verbal de madame P l'aide à persévérer.

Au niveau du graphisme, Gaspard dessine des formes circulaires, trace des traits, les contours du tableau, gribouille. Il adopte une prise palmaire et change de main en fonction du côté où se trouve le stylo. On note une absence de préférence manuelle. Il semble prendre plaisir dans cette activité au tableau et rigole beaucoup.

Au niveau spatio-temporel, Gaspard passe d'une activité à une autre et refuse presque toutes nos propositions. Il investit peu l'espace de la salle et reste debout dans une posture figée, dans un coin. Il refuse d'enlever ses chaussures et d'aller au sol. Madame P fait rouler une balle vers lui. Il verbalise qu'il a « peur ». Cela lui permet de se relâcher et de jouer avec un téléphone qu'il a apporté de la salle d'attente. Gaspard a du mal à ranger puis à quitter la salle à la fin de la séance.

Au niveau de la communication non verbale, Gaspard évite ou fuit du regard. Il semble avoir du mal à réguler ses émotions qui le submergent, peut avoir un rire exagéré et un mauvais ajustement relationnel. Il refuse d'être touché.

Au niveau de la communication verbale, Gaspard fait des analogies et confond des syllabes. Son langage évolue progressivement tout au long du suivi.

Gaspard présente une grande rigidité psychocorporelle. Celle-ci l'entrave dans son développement psychomoteur. Madame P proposera un suivi afin de :

→ Soutenir la motricité globale de Gaspard par des jeux moteurs et relationnels, afin de l'accompagner dans la construction de son axe corporel.

→ Favoriser la régulation tonico-émotionnelle de Gaspard à travers des expériences sensorimotrices afin de l'accompagner à lâcher prise.

Les séances de Gaspard se déroulent chaque semaine pendant trente minutes au sein du CMP. Il est accompagné par sa maman qui l'attend dans la salle d'attente, ou qui sort boire un café le temps de la séance. Elle viendra dans la salle plusieurs fois dans l'année pour discuter en début de séance de l'évolution de Gaspard. Celui-ci apporte à chaque fois un objet transitionnel de la salle d'attente.

*Un objet transitionnel est un moyen pour l'enfant de lutter contre l'angoisse d'être séparé de sa mère. L'enfant peut choisir de le changer et d'en prendre soin, tout comme au contraire le mettre à mal. Progressivement, l'enfant commencera à s'en passe*r (Winnicott, 2016).

Gaspard apportera principalement un bac à légumes, dont il choisit le contenu avec sa maman. Il le fait beaucoup tomber dans le couloir.

II.2.d Entre maîtrise et lâcher prise en séance de psychomotricité

Lors des premières séances, Gaspard mobilise peu son corps. Il s'agite et parle beaucoup. Ses jeux s'organisent autour de thèmes stéréotypés comme le train et les travaux. Madame P l'accompagne dans ses jeux, en lui proposant quelques

variations qu'il accepte de temps en temps. Je prends part au jeu, en étant davantage en retrait. Pendant un temps moteur, nous construisons un train avec les modules de la salle (il jette beaucoup), puis Gaspard va spontanément au tableau sur lequel il dessine des « travaux » ou un « train ». Il trace des formes circulaires et dépasse du tableau. Il semble être dans la décharge : il appuie fort sur le stylo. Il nous regarde plus qu'en bilan.

Progressivement, nous l'accompagnons dans des parcours au sol. Il est davantage contenu par la parole de madame P, s'éparpille moins mais garde ses chaussures et se laisse peu toucher. Il longe le contour du tapis sur lequel il n'a pas le droit d'aller avec ses chaussures. La relation à l'autre l'excite beaucoup, il peut aller jusqu'à se cogner ; madame P intervient. Lorsqu'il rigole (ou plutôt explose de rire), il peut baver ou émettre des gaz. Il nous sollicite beaucoup par la parole.

Lors de la quatrième séance, Gaspard porte des vêtements sale et ne sent pas bon. Durant la séance, il dit « beurk » en parlant des modules : nous les lavons, les tapons et les frottons, avant de construire un train. Gaspard remplit la salle et déborde par ses mouvements, ses cris, etc. À la fin de cette séance, je ressens du « Trop ». Madame P le ressent également. Gaspard imprègne la salle de sa présence, par son odeur, sa voix, qui me restent en mémoire, toute l'après-midi.

Lors de la cinquième séance, la séparation avec sa maman prend plus de temps que d'habitude : elle lui fait ranger les légos de la salle d'attente par couleur. *C'est peut-être une manière pour elle de maîtriser la séparation, ou bien de partager un moment de complicité avec son fils ?* Gaspard lui dit alors d'un ton joueur : « tu t'appelles Gaspard ». Sa maman répond durement : « non je suis ta mère ». Puis, il

la nomme par son prénom. Celle-ci se dit surprise qu'il le connaisse. Elle lui dit alors qu'elle l'aime. Gaspard a besoin d'aller aux toilettes puis vient en séance. A peine entré, il ouvre les placards, déménage tous les modules. En 5 minutes, il a dérangé toute la salle de psychomotricité. Il semble se jouer quelque chose au niveau du dedans et du dehors : passage aux toilettes, vider les placards… Il était davantage dans le contrôle du jeu que les séances précédentes et a pu se mettre en danger en montant sur des modules instables. Il touche à tout sans rien utiliser. Il fait tomber les objets au sol, et s'effondre. À la fin de la séance, il allume et éteint les lumières plusieurs fois. *Qu'est-ce que le dialogue avec sa maman lui a fait ressentir ? A-t-il cherché à maîtriser la relation, tout comme sa maman lui ordonnait de ranger les légos par couleur ?* Lors de la sixième séance, nous avons retiré avec lui les modules qu'il ne pourrait plus utiliser avec ses chaussures.

II.2.e Les chaussures, un carrefour dans la prise en charge

Lors de la huitième séance, Madame P installe un rituel dans un espace de la salle fermé par un banc. Désormais nous chanterons la comptine « Par la fenêtre ouverte » pour nous dire bonjour. Puis madame P et moi retirons nos chaussures et ouvrons l'espace. Nous avons beaucoup joué à allumer-éteindre la lumière, ouvrir et fermer le banc. Gaspard expérimente à nouveau le dedans et le dehors. Nous initions alors un jeu de coucou-caché à partir du miroir. Lorsqu'il me voit par l'intermédiaire du miroir, celui-ci dit « oh c'est Apolline », et il tape dedans. Lorsque je cache mon visage derrière mes mains et que madame P dit « elle est où Apolline », il verbalise que ça lui fait peur. Machinalement, je lui propose de retirer ses

chaussures. Et d'un coup, Gaspard dit qu'il enlèvera ses chaussures après la construction du parcours. Puis il hésite, mais je l'accompagne et il finit par les retirer. Cela fait alors quatre mois que Gaspard nous a rencontrées avec sa maman, et deux mois qu'il nous voit chaque semaine. *On peut supposer que Gaspard a besoin de connaître les personnes pour se sentir sécurisé, faire confiance et lâcher prise. Je me questionne alors si la continuité des séances et le cadre instauré par madame P a permis à Gaspard d'accepter de retirer ses chaussures.*

Les séances suivantes, Gaspard retire ses chaussures avec nous et ajoute le matériel qu'il peut désormais utiliser. Dans des parcours, il teste son équilibre, saute, se hisse, expérimente la chute en sécurité, roule et prend plaisir dans le jeu. Il peut tendre la main à madame P pour prendre appui sur elle et accepte d'être touché. Il semble être plus attentif et en confiance vis-à-vis de nous, gère mieux ses émotions. Il est moins dans l'opposition et le contrôle de la séance. Il commence à s'autoriser à nous punir, à extérioriser sa colère en tapant. Il est également plus actif lors de l'installation et du rangement de la salle. Son regard s'ancre davantage. Jusqu'ici, Gaspard m'appelle régulièrement par mon prénom. Mais il me confond avec madame P qu'il ne nomme pas ou appelle Apolline. *A-t-il vraiment conscience que nous sommes deux personnes distinctes ?* Dans le couloir, il fait régulièrement tomber le bac à légumes dans le couloir qui sépare les deux salles. Il explose de rire avant de ramasser les fruits et légumes qui ont roulé. On peut penser que cet espace transitionnel l'angoisse. Il a encore besoin d'un carton de rendez-vous pour acter le temps de séparation. Dans la salle d'attente, sa maman annonce à madame P qu'elle ne l'amènera pas la semaine prochaine (vacances de février) car elle ne peut

pas le désinscrire du centre de loisirs. Elle demande un rendez-vous pour faire un point sur le suivi.

II.2.f Du corps plaisir aux représentations ?

Au retour des vacances de février (séance 9), Gaspard nous sollicite beaucoup pendant l'entretien avec sa maman. Celle-ci rapporte que Gaspard se réveille la nuit, car il a peur d'être placé à l'ASE. Il est inquiet de la santé de ses parents. Lorsque sa maman retourne dans la salle d'attente, il ne veut pas chanter pour dire bonjour, mais participe quand même. Lors de cette séance, Gaspard veut que nous fassions comme lui. Il est dans la maîtrise. Il introduit le jeu du loup. Nous commençons un tour de rôle. Il crie « j'ai peur » à plusieurs reprises. *Est-il en train d'extérioriser certaines de ses peurs ?*

Lors de la dixième séance, Gaspard apporte un bac à légume de la salle d'attente dans lequel il a mis deux pâquerettes. Il en offre une à madame P et une à moi. Il s'assied pour écouter les bruits venant du CMP et de l'extérieur, puis il joue avec la lumière et dit « écoute » au lieu de « regarde ». À un moment, il ouvre la porte et sort de la salle sans ses chaussures et constate qu'un psychomotricien ouvre la porte de sa salle de psychomotricité. Madame P lui explique que d'autres professionnels travaillent à côté. Il rentre alors dans la salle et recherche des contacts physiques, mais il manque d'ajustement vis-à-vis de nous. Il expérimente les polarités extrêmes : haut-bas (il se hisse sur des modules et saute), dur-mou, allumé-éteint, gentil-méchant, etc. Il nous appelle toutes les deux Apolline.

Lors de la onzième séance, Gaspard a un bleu sur la joue droite. Il ne nous en dit pas l'origine, mais que sa maman lui a mis de la crème. Le jeu est difficile à organiser. Il mélange plusieurs imaginaires en passant de l'école, aux dinosaures. Madame P a du mal à organiser son jeu. Il passe d'une idée à une autre et verbalise qu'il a peur. Il vérifie alors dans le tunnel qu'il n'y a pas de dinosaures. Lors du temps moteur, Gaspard est tendu. Au moment de ranger, il ne veut pas partir et me demande de le porter. Je le traîne avec un tapis jusqu'au banc, mais il nous redit qu'il ne veut pas partir. Il lance ses chaussures dans la salle. Sa maman ayant prévenu qu'elle serait en retard, madame P lui verbalise que nous attendrons avec lui. Cela semble le rassurer. Il accepte de mettre ses chaussures et nous le raccompagnons dans la salle d'attente. Sa maman semble énervée, elle lui ferme son manteau au ras du cou, Gaspard se met en hyperextension. Elle passe par Gaspard pour nous dire que bientôt elle ne viendra plus, car elle se fera opérer en juillet. *Est-elle énervée de quelque chose en rapport avec les séances ou bien préoccupée par ses soucis personnels ? Elle est actuellement en recherche d'emploi, et dans l'attente d'une éventuelle opération.*

Lors de la douzième séance, Gaspard apporte un livre de la salle d'attente. Il explore la salle, puis il se met dans la toupie avec un plaid et un coussin. Nous chantons bateau sur l'eau. Il introduit alors le jeu du papa et de la maman. Madame P joue le bébé et pleure. Il (dans le rôle du papa) ne sait pas comment faire et bouge beaucoup. Je lui dis qu'elle a sans doute faim, et je fais semblant de lui apporter un biberon. Il se détache des objets et fait semblant de lui donner à manger des carottes. Elle lui demande un doudou, mais il veut en prendre un dans le placard et

abandonne. Nous reprenons le jeu du coucou caché par le biais du miroir et lorsqu'il me voit, je verbalise que je suis derrière lui. Plus tard, alors qu'il nous lit une histoire, il ne voit pas madame P qui est assise derrière lui, et il la punit car « elle n'écoute pas ». Pourtant, il la fait exister en se levant pour lui montrer les images. Il a nommé madame P : est-il en train de nous différencier ? Lors de cette séance, j'étais plus en retrait que d'habitude, afin que nos places soient bien différenciées. C*ela a-t-il permis à Gaspard de percevoir madame P et moi séparément ? Il a apporté un livre et nous demande de jouer au papa et à la maman. On pourrait imaginer que Gaspard commence à se saisir du cadre pour extérioriser ses interrogations, ou son propre vécu. On pourrait aussi imaginer qu'il avait besoin d'une séance plus calme aujourd'hui.*

Lors de la quatorzième séance, Gaspard est très agité dès la salle d'attente. Il veut cracher sur madame P, me mordre et semble vouloir nous faire peur. Il crie. Alors nous crions, mais cela lui fait peur. Il cherche à sauter et à s'accrocher. Il dit « tu es punie » à madame P au début de la séance, et à moi à la fin (sa maman a expliqué à madame P qu'il s'est cogné dans un poteau à l'école). Lors des retrouvailles, sa maman ne lève pas le nez de son téléphone, ce qui n'est pas à son habitude. Elle l'attrape violemment et lui met son manteau. Elle semble fatiguée. Gaspard se débat et veut la taper. Elle le tape, lui met son manteau, ferme sa fermeture éclair, puis le boutonne et lui met sa capuche (il fait beau dehors). *Je me questionne sur ces derniers événements. Dans la séance, Gaspard a-t-il testé le cadre pour voir s'il tenait et pour nous tester ? Il semble avoir été totalement débordé par les émotions de sa maman.*

Lors des prochaines séances, Gaspard n'apporte pas d'objet de la salle d'attente. Il initie des jeux que nous reprenons : il se décharge, jette, crie et accepte de plus en plus des enroulements et le toucher de madame P. À la fin d'une séance il lui prend la main pour aller dans la salle d'attente, et veut lui faire un bisou. *Est-ce une nouvelle forme d'objet transitionnel ?* La fois suivante, alors que nous jouons au papa et à la maman, Gaspard saute dans les bras de madame P et se détend.

Nous commençons la dernière séance de Gaspard par un entretien avec sa maman où madame P lui fait part de son évolution. Celle-ci nous raconte qu'à la maison, il joue plus posément. Je verbalise que c'est mon dernier jour de stage et madame P explique à Gaspard que le suivi continuera en septembre. La maman me remercie, me souhaite une bonne continuation et me dit au-revoir.

CORPS ET ENVIRONNEMENT

La maturation du système nerveux central permet à l'enfant d'évoluer en passant par des stades développementaux prédéterminés génétiquement. Le développement psychomoteur de l'enfant résulte de l'interaction entre son système biologique (intégrité sensorielle, patrimoine génétique, etc.), son environnement et ses expériences sensorimotrices (Miermon, Benois-Marouani, Jover, 2011).

I LE CORPS BIOLOGIQUE

On appelle organisme l' « *ensemble des organes qui constituent un être vivant* » (Larousse, 1979, p.1018). Contrairement aux primates, le nouveau-né n'est pas mature à sa naissance : « *Il finit sa gestation dans les premiers mois de sa vie* » (Montagu, 1979, page 42). La moindre problématique impactera son devenir.

I.1. Corps et organisme

Bullinger considère l'organisme comme « *un objet matériel du milieu. Les interactions que cet organisme entretient avec son milieu permettent d'élaborer un ensemble de représentations dont le corps fait partie. Ces représentations sont déterminées par des propriétés biologiques, émotionnelles, cognitives et sociales du milieu* » (2015, page 15). Ainsi, le corps désigne la représentation psychique qu'a l'enfant de son organisme. L'organisme est le soubassement du corps. La

construction psychocorporelle de l'enfant dépend des interactions entre son organisme et son environnement. Notre milieu fait de nous un être unique. Par conséquent, il peut engendrer des handicaps, ou en empêcher leur survenue.

I.2. Impact de l'environnement sur le corps biologique

La sélection naturelle élimine les gènes dont l'homéostasie n'est pas « *la plus innovante et la plus efficace. Le développement de l'appareil génétique qui contribue à la régulation optimale de la vie et qui la transmet aux descendants, ne serait pas concevable sans homéostasie* ». Elle « *génère la survie* » des êtres-vivants (Damasio, 2017, p.42). Cependant, l'environnement, désignant « *l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui constituent le cadre de vie d'un individu* » (Larousse, 1979, p. 498) impacte notre génome.

I.2.a Épigénétique

La génétique étudie la transmission des caractères de générations en générations grâce à l'ADN (Larousse, 1979).

En 2018, les codirecteurs du Programme de développement de l'enfant et du cerveau de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (ICRA) publie un chapitre sur l'épigénétique. Ils étudient la relation entre le génome, l'environnement et les conséquences sur l'Homme. Certains processus modifient le génome en se superposant à l'ADN. L'épigénétique comportementale et sociale permet d'étudier en quoi ces « *marques épigénétiques peuvent modifier l'expression des gènes »* et

avoir un impact sur *« les comportements physiques, sociaux et émotionnels, les démarches d'apprentissage et de réflexion, la communication et le langage* » (Sokolowski et Boyce, 2018, p. 4).

Ces modifications ont des effets positifs, ou négatifs. Les expériences du tout petit dans son environnement (adapté, fragile, négligeant, etc.) peuvent contribuer à « *l'ajout ou au retrait de marques épigénétiques, ce qui régulerait le neurodéveloppement responsable de l'apprentissage, du comportement et des risques de troubles de santé mentale* » (*ibid*, p.10).

Les modifications génétiques dues à un environnement hostile seraient « *hautement spécifiques* », et liées à la période d'« *apparition de l'adversité* ». Il faudrait vérifier par la suite si ces modifications sont dues à des fragilités génétiques, ou véritablement en « *conséquence de conditions environnementales pendant l'enfance* ». Ainsi, des expériences néfastes pour le tout-petit peuvent marquer leur génome « *impliqué dans les réponses aux stress, les réactions immunitaires et la santé mentale, ce qui souligne l'importance de créer un environnement optimal pour les jeunes enfants, ce pour chacun d'entre eux* ». D'autres études concluent que certains enfants sont plus vulnérables faces aux facteurs environnementaux. L'épigénétique cherche à comprendre comment la vulnérabilité et les conditions environnementales influencent davantage certains génomes (*ibid*, p. 21).

Selon le DSM-5 (2013), les Troubles Oppositionnels avec Provocation résultent de facteurs à la fois génétiques et familiaux. À la pouponière, Gaspard présente de l'eczéma et tombe régulièrement malade. Il est inquiet lors de situations

qu'il ne connaît ni ne maîtrise. Dans quelles mesures l'environnement de Gaspard a impacté son génome ? Dans quelles mesures était-il vulnérable ?

I.2.b Facteurs prénataux

Outre l'épigénétique, certains facteurs environnementaux agissent sur le devenir de l'enfant. Des facteurs prénataux tels que la consommation de substances toxiques (alcool, tabac, drogues, etc.), un choc émotionnel, un environnement stressant pendant la grossesse peuvent impacter le patrimoine génétique du fœtus, voire déclencher une naissance prématurée. La maturation cérébrale « *procède par réorganisations successives en fonctions de l'environnement humain et matériel dans lequel les fœtus, les prématurés et les nouveau-nés sont placés, de la conception jusqu'au domicile durant les deux premières années de vie. Période durant laquelle la plasticité cérébrale est maximale* » (Buil, 2019, page 5).

Gaspard a passé les deux premières années de sa vie en pouponnière. Outre le traumatisme psychologique, quelles sont les conséquences d'une telle séparation mère-bébé sur son développement psychomoteur ? Dans quelle mesure Gaspard peut-il se construire face à la pathologie psychique de sa maman, sans recourir à des mécanismes défensifs trop coûteux ?

Les parents de Sara sont cousins germains. En 2019, le journal européen d'obstétrique et de gynécologie publie une étude sur les effets de la consanguinité pour le couple et sa descendance. La majorité des unions consanguines ont lieu

entre cousins germains. Si les couples consanguins ont une vie reproductive plus longue et une meilleure fécondité, la consanguinité augmente l'incidence de certaines pathologies multifactorielles comme le diabète, des troubles cardiovasculaires, etc. La consanguinité est impliquée dans d'autres troubles tels que l'asthme, les troubles mentaux, l'épilepsie et la schizophrénie (Oniya, Neves, Ahmed et Konje, 2019). Par ailleurs, Stoppa-Lyonnet et Lyonnet (2017) mettent en évidence que la consanguinité multiplie par deux le « risque d'anomalies ou de malformations congénitales : de 2 à 3 % pour un couple non apparenté à 4 à 5 % pour un couple de cousins germains ». *Qu'en est-il pour Sara ? Dans quelles mesures ce moindre brassage génétique a-t-il pu avoir un impact sur le génome de Sara et son expression dans ses difficultés actuelles ?*

I.3. Conclusion

Ainsi, « *Aucun bébé n'apprend ni ne marche de la même manière, ni au même moment. En fonction de l'apport originel, des expériences réalisées dans les rapports relationnels avec les parents, les autres, du type d'environnement, chacun développe un système neuro-moteur, une façon d'être corporelle, une façon d'aborder le monde qui sera la marque de son style individuel et avec lequel il devra composer l'ensemble de sa vie* » (Coeman, 2004, p.19). Le développement neurophysiologique de l'enfant n'explique pas à lui seul l'évolution de sa construction psychocorporelle. L'enfant évolue grâce à l'interaction de son organisme avec l'environnement, et à ses expériences sensorimotrices. L'organisme est le point de

départ de la construction psychocorporelle de l'enfant. Mais qu'est-ce qui permet de passer d'un corps organique à un corps habité et acteur ? (Bullinger, 2015).

II LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE

Les « *structures anatomo-fonctionnelles du corps »* participent à la mise en forme du *« psychisme, en colorant et orientant les expériences qui sont vécues à travers lui* » (Lesage, 2017, p.29). Ainsi la construction psychocorporelle de l'enfant dépend de ses expériences corporelles, et de son environnement familial.

II.1. La fonction maternante

II.1.a Les interactions précoces

Les interactions précoces représentent « *l'influence réciproque* » et « *l'interdépendance* » d'une mère et de son tout-petit (Békier et Guinot, 2015, p. 102). Par mère, il faut entendre la personne maternante (mère, père, nourrice, etc.).

> « *En interprétant les signaux moteurs et émotionnels de son bébé, la mère […] peut lire sur son visage et dans le rythme de ses mouvements l'affect qui envahit l'enfant. Elle répond en fonction de son histoire personnelle, en fonction de ce qu'on lui a transmis, en fonction de ses capacités psychiques. Elle cherche l'ajustement émotionnel avec son bébé. Elle répond aux mouvements de l'enfant par ses propres mouvements, aux gazouillis par ses propres mots, et un dialogue corporel s'instaure. La mère ne sait pas vraiment si son interprétation est cohérente et adéquate avec ce*

que ressent son enfant. […] Un bébé a des compétences pour communiquer : par ses signaux, il oriente, dirige et aide sa mère à se rapprocher de ce qu'il vit. Plus elle se rapprochera de ce qu'éprouve l'enfant, plus celui-ci aura le sentiment d'être compris, accepté et aimé » (Robert-Ouvray, 2007, p.147).

Ainsi, la propre construction psychocorporelle de la mère influence sa posture, ses gestes, son comportement et le développement psychomoteur de son enfant. La construction psychocorporelle de l'enfant dépendrait à la fois de son équipement sensorimoteur, de son « *héritage biologique* », mais également de l'attention et de la qualité des soins qu'il a reçus (*ibid*, p.96).

II.1.b La mère suffisamment bonne

À sa naissance, la mère perçoit les besoins de son bébé presque avant que celui-ci ne le ressente. Elle s'accorde parfaitement à lui et à ses besoins. « *C'est une véritable maladie physiologique* » (Marcelli, 2006, p.69). Winnicott (1969) nomme cette phase la *préoccupation maternelle primaire.* Elle deviendra par la suite une *mère suffisamment bonne*, où elle ne répondra pas aussi rapidement aux besoins de son bébé. Il devra attendre un peu plus avant de boire son biberon, avant de prendre son bain, etc. La mère suffisamment bonne est une mère « *qui permet que s'installe entre elle et son enfant, une alternance rythmée des moments de tension et des moments de détente* » (Robert-Ouvray, 2007, p.124). Si ces temps d'attente sont excessivement longs, le bébé risque de se désorganiser psychocorporellement.

Afin que l'enfant ait un développement psychomoteur harmonieux, l'environnement doit assurer 3 fonctions : *le Holding,* le *Handling* et l'O*bject*

Presanting (Winnicott, 2016). Le *Holding* désigne la façon dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement par sa mère (comment le berce-t-elle, comment le console-t-elle, etc.). Le *Handling* désigne la façon dont la mère s'en occupe, le touche, etc. L*'Object-Presanting* désigne « *le mode de présentation de l'objet* », le moment ou la mère choisit de lui montrer des choses du monde extérieur sans risquer de le surstimuler : « *le bébé est alors capable d'utiliser l'objet et d'avoir le sentiment que cet objet est un objet subjectif que lui-même a crée* » (Winnicott, 2016, p.204). Ce qui est essentiel, « *c'est la continuité (dans le temps) de l'environnement extérieur et d'éléments particuliers dans l'environnement physique* » (*ibid*, p.48).

Ainsi, un bon environnement « *s'adapte activement aux besoins du psyché-soma nouvellement constitué* ». De temps en temps, le nouveau-né peut « *pallier les déficiences de la mère* ». Les capacités de compréhension du bébé permettent à la mère d'être suffisamment bonne sans être parfaite. Elle cherche à ce que « *le monde du nourrisson [soit] aussi simple que possible* ». Un environnement ayant du mal à s'adapter, « *défectueux* » demandera à l'enfant d'agir : « *il y a perturbation de la continuité d'existence du nouvel individu* » (Winnicott, 1969, p.68-69).

Les soins suffisamment bons prodigués par la mère, dans un environnement sécurisant permettent à l'enfant de se développer sur une base sécurisante.

II.2. La place du rythme dans les interactions précoces

D'un point de vue psychomoteur, l'espace et le temps offrent un *« cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvements et nos gestes. » (Galliano, Pavot et Potel, 2015 p.247).* Du latin *spatium*, l'espace représente une

distance séparant le Moi du non-Moi. La perception de l'espace chez l'enfant est liée à la maturation de ses systèmes sensoriels, à ses expériences sensorimotrices, ainsi qu'à « *la qualité de son développement psycho-affectif. Elle se construit en parallèle du schéma corporel* ». (*ibid*, p.248). Le temps est une structure comprenant un ordre, une durée et une succession qui « *vont être progressivement appréhendées par l'enfant et constituer la base de sa structuration temporelle* » (*ibid*, p.254). *« La structuration spatio-temporelle est un élément clef de l'adaptation de l'individu à son environnement. » (*ibid*, p.248).*

II.2.a La surprise, chatouille de l'âme

Dans son livre *La Surprise, chatouille de L'âme,* le pédopsychiatre Marcelli (2006) traite de la surprise, comme fondement de la psyché humaine.

La plupart des mères jouent à des jeux de surprise (coucou/caché, la petite bête qui monte, etc.) avec leur enfant. Ces jeux disposent d'invariants : l'« *engagement relationnel* » de la mère et de son bébé, la mise en place du jeu répété plusieurs fois, « *puis l'introduction de subtiles variations soit dans le rythme […], soit dans la localisation […] ; enfin un final où la mère provoque une rupture du rythme attendu, une sorte de tromperie aboutissant à un rire partagé entre les deux partenaires* » qui se terminera par un moment de tendresse qui leur permettra de s'apaiser. Les propositions de la mère doivent garder une certaine continuité, tout en étant légèrement différentes de temps en temps. Si les propositions sont dystimulantes, il y a un risque de rupture dans la continuité d'existence de l'enfant (*ibid*, p.40).

La surprise résulte de la différence entre ce à quoi l'enfant s'imaginait, et la réalité, l'instant du doute. Ces jeux montrent l'influence de la mère sur son petit. Ils permettent à l'enfant de le réaliser, et de mieux s'en séparer.

Dans ces moments de partage, le bébé se livre comme un « *médium malléable* » que sa mère prend plaisir à pétrir, moduler, chatouiller, etc. Tel un miroir, celle-ci amplifie et donne du sens aux expressions de son bébé. La relation mère-bébé relève presque de la symbiose. Les deux partenaires s'oublient et ne font plus qu'un, « *la mère ressent le corps de son bébé comme le sien, les besoins de son bébé comme les siens* » (*ibid*, p. 85).

Pour Marcelli, le rythme est un flux. Il relie la continuité et la discontinuité. Sa temporalité est faite « *non seulement de répétitions mais aussi de surprises, d'inattendus, de cadence et de rupture de cadence. L'essence du rythme est faite de cette tension indéfinissable entre un besoin de régularité/répétition est une attente de surprise/étonnement* » (*ibid*, p. 129). Aussi, ces « *jeux interactifs précoces entre mère et bébé* » leur permettent d'explorer une « *temporalité* » « où alternent répétition et *surprise* ». Ils sont la toile de fond du rythme, tandis que la surprise est l'outil permettant de passer d'un temps circulaire (rythme des saisons, etc) à un temps linéaire marqué « *d'un début, d'un instant et d'une fin* » (*ibid*, p.128).

Dans un environnement structurant/soutenant, l'enfant vit, et répète des expériences rythmant ses journées. Chaque jour, sa mère lui prodigue les mêmes soins. Progressivement, le bébé les intègre, jusqu'à croire qu'il les maîtrise. Cette « *illusion* » lui permet d'éprouver un sentiment de sécurité interne. Pour que le bébé ne s'enferme pas dans une monotonie répétitive, la mère doit introduire des

éléments de surprise, pour que celui-ci s'individualise, et étaye sa construction psychocorporelle.

Le macrorythme correspond aux « *interactions de soins* » prévisibles pour l'enfant : les repas, les changes, le bain, le lever, le coucher, etc. L'enfant peut anticiper ces temps grâce à des « *indices de qualité* », autrement dit ce qu'il perçoit « *comme identique à ce qui a été perçu dans le passé* ». Cela donne « *peu à peu au bébé le sentiment qu'il est le créateur de son environnement d'où un sentiment de toute puissance et l'illusion de créer le monde* ». Le microrythme correspond aux « *petits moments de surprises et tromperies* » prodigués par la mère dans ces temps de soin. S'ils ne sont pas vitaux, ces temps de partage permettent à l'enfant et à sa mère de partager un bon moment à deux (*ibid*, p.156).

Ainsi, ancré dans un macrotythme régulier et sécurisant, le bébé édifie sa construction psychocorporelle, « *où l'attente confirmée calme et apaise* ». Grâce aux microrythmes imprévisible, il peut éprouver et expérimenter « *l'incertitude où ce qui est attendu n'est jamais sûr, où l'attente est excitante* ». Il vit des « *indices de divergence* », ce moment qu'il vit diffère légèrement d'un moment passé semblable (*ibid*, p.157-158). En percevant et en décodant les signaux que lui renvoie son bébé, la mère « *favorise l'intégration psychocorporelle de son enfant. […] L'ajustement des rythmes biologiques et relationnels fait naître une sécurité émotionnelle sur laquelle l'enfant se construit* » (Robert-Ouvray, 2007, p.130).

Le rythme naît « *lorsque l'intervalle entre deux évènements cesse d'être un arrêt pour devenir un jeu actif de tensions* » (Lesage, 20, p.90). Dans le rythme, le

dialogue tonique modulte l'espace-temps. « *Rythmer, c'est aussi échapper à la monotonie du temps qui ne fait plus « que » passer, de l'espace qui se polarise, par une modulation tonique qui développe notamment la capacité de rétention, la constitution d'un objet interne dont on gère l'expulsion* » (*ibid*, p.91).

II.2.b Dysrégularités

Certaines mères ressassent les épisodes douloureux de leur enfance et de leur petite enfance. Elles ne sont pas disponibles mentalement et émotionnellement pour partager des moments de complicité avec leurs bébés. Il n'est pas naturel pour une mère fatiguée et sans énergie de s'occuper de son enfant. Cette indisponibilité psychique impactera les interactions avec son bébé, et ne lui permettront pas forcément de réussir à jouer avec lui : « *jouer n'a de sens que si, et uniquement, si la maman y prend plaisir : le jeu ne se commande pas, contrairement aux soins* ». Généralement, la mère culpabilise de ne pas être à la hauteur. Pour elle, si son enfant pleure, ce n'est pas parce qu'il a faim, mais c'est parce qu'elle est incapable d'être une bonne mère. Les interactions mère-bébés sont modifiées (Marcelli, 2006 p.252). Avant de pouvoir surprendre son bébé, la mère doit pouvoir « *accepter de laisser ses affects courir librement dans sa psyché* » (*ibid*, p. 271).

Les troubles du développement ne sont pas à comprendre comme « *l'effet direct de spécificités génétiques ou lésionnelles, mais comme la conséquence du fonctionnement de l'organisme et de son usage dans un milieu donné* » (Livoir-Petersen*, 2011*, p.62). D'autres modalités physiologiques, telles que le tonus impacteront la structuration psychocorporelle du jeune enfant.

II.3. Le tonus

II.3.a Définitions

Du grec *tonos* qui signifie tension, le tonus représente l'état de légère tension isométrique, permanente et involontaire des muscles au repos. Il est lié à la proprioception qui informe le corps de la position de ses membres dans l'espace. Cela permet un ajustement permanent du corps dans son environnement. La motricité s'édifie sur le tonus et la posture qui témoignent de la « *maturation neurologique du bébé* ». À sa naissance, le nouveau-né présente une tonicité importante au niveau de ses ceintures et ses membres, et un manque de tonicité au niveau de sa musculature profonde (Miermon, Benois-Marouani et Jover, 2015, p.36). Sans tonicité axiale, le bébé est dans une posture d'enroulement. « *La qualité de son développement psychomoteur se joue dans une ouverture sensorielle et motrice, qui suppose une disponibilité tonique* » (Lesage, 2017, p.41)

La maturation neuromotrice dépend des lois céphalo-caudale (du haut vers le bas) et proximo-distale (du centre vers la périphérie). Au niveau céphalo-caudal, le bébé contrôle les muscles de son visage, puis progressivement ceux de sa colonne vertébrale. Au niveau proximo-distal, il contrôle progressivement ses membres supérieurs et inférieurs. Au fil de son développement psychomoteur, le jeune enfant se redresse, passe de la station assise à debout, puis il développe son équilibre statique et dynamique jusqu'à son adolescence (*ibid*).

II.3.b Les fonctions du tonus

Le tonus « *participe à la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi* » différenciée de l'environnement extérieur, la conscience d'appartenir à un cadre spatio-temporel, la conscience de nos mouvements, de nos relations, etc. (Robert-Ouvray, 2007, p.172).

On distingue 3 formes de tonus. Le tonus de fond assure le « *sentiment d'unité corporelle* » en maintenant les segments grâce aux fascias. C'est la toile de fond de nos émotions. Il forme une « *véritable « enveloppe tonique* » *en support de l'enveloppe peau* ». Le tonus postural assure « *le maintien des « mises en formes corporelles* », de nos postures. Influencé par l'état d'éveil et de vigilance, le tonus postural « *permet au sujet de s'orienter corporellement vers son environnement et de s'y ajuster dans sa qualité de présence* » (*ibid*, p.173). Enfin, le tonus d'action soutient le mouvement. S'appuyant sur la proprioception, le cerveau crée des représentations corporelles de notre corps, de sa taille, de la longueur de chacun de nos segments corporels, et de la position que nous adoptons à un instant « t » dans l'espace. « *C'est la coopération des capteurs ou récepteurs qui est nécessaire au cerveau pour qu'il reconstruise le mouvement du corps et de l'environnement de façon cohérente à chaque nouvelle stimulation* » (*ibid*, p.165).

Le tonus « *assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres* » (*ibid*, p.175).

Le dialogue tonique désigne un mode « *privilégié* » de communication conscient et inconscient entre la mère et son bébé : des échanges de regard, de sourire, la tonalité de la voix s'accordant aux gazouillis, de caresse, le *Holding* et le *Handling,* etc. (*ibid*, p.178). « *Quand les deux corps se parlent, l'échange est vivant, fluide et créateur d'un espace-temps relationnel* » (*ibid*, p.179). Ce dialogue tonique permet à l'enfant d'acquérir une sécurité émotionnelle et d'intégrer des sensations.

S'inspirant des travaux de Wallon sur le dialogue tonique (1930), Ajuriaguerra décrit le dialogue tonico-émotionnel (1977), comme « l*e reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires* » (Bachollet et Marcelli, 2010, p.14). Lorsque la mère porte son bébé, celui-ci ressent les moindres « v*ariations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent […] : tonus des bras, rythme du portage, mimique du visage, musique de la voix (prosodie) formant ce que l'on pourrait appeler de façon plus précise le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel* ». Lorsque ce dialogue est harmonieux, « *une signification peut en émerger. Inversement, si ces éléments apparaissent discordants, survenant de façon plutôt chaotique, le sens pris par ce moment interactif risque d'être confus, émergeant difficilement* » (*ibid*, p.15).

Ainsi une bonne régulation tonique permet à l'enfant de vivre un développement psychomoteur harmonieux et de développer une motricité fluide et libérée. C'est un facteur essentiel de la construction psychocorporelle.

II.3.c Dysharmonies toniques

Le tonus varie selon l'état émotionnel des individus. L'enveloppe tonique se constitue suite à la rythmicité des interactions entre l'enfant et son milieu. La répétition d'expériences néfastes peut conduire l'enfant dans des postures hypertoniques. Les comportements « *incohérents* » de la mère (le cajole puis le repousse aussitôt, etc.) inscrits dans une rythmicité discontinue conduisent l'enfant à transformer son enveloppe tonique en paroi tonique (Robert-Ouvray, 2007**,** p.181). Au moindre mouvement qui lui est adressé, l'enfant adopte une « *réaction défensive immédiate, la communication n'est plus possible et l'enfant s'isole* » (*ibid*, p.178).

En dehors de troubles neurologiques, « *le bébé hypertonique est un bébé inquiet. Il est en surtension corporelle, ses gestes sont saccadés. Il manque de moelleux dans ses mouvements. Il est légèrement rigide et très attentif à tout ce qui se passe autour de lui* » (*ibid*, p.183). Il cherche à palier son manque d'interaction par un autre sens : agrippement par la vue, etc. Il peut chercher à communiquer à n'importe quel prix en hurlant, ou en essayant de montrer qu'il existe.

Les enfants élevés par ces « *mères paradoxales* » restent « *en attitude de crainte, car il ne sait jamais ce qui va se passer pour lui. Il est désorienté ».* Dans sa paroi tonique, l'enfant continuera à ressentir des émotions mais *« il ne sera jamais sûr de ce qu'il ressent, car il n'est pas confirmé dans ses émotions* » (ibid, p.187).

Ainsi l'excès de tonicité « *tétanise le corps et la psyché* » de l'enfant. Il aura un comportement psychocorporel rigide, qui manquera de flexibilité. Les aléas communicationnels et interactionnels « *génèrent chez l'enfant des affects de peur – il ne sait pas s'il peut compter sur autrui – il a des difficultés à se situer au niveau*

affectif et au niveau de l'identité par rapport à sa mère ». Cet excès de tonicité impactera également ses coordinations (*ibid*, p.192).

On peut mettre en lien la description ci-dessus de l'enfant hypertonique à celle de Gaspard. Au début du suivi, Gaspard était dans une hypervigilance excessive qui l'entravait dans sa psychomotricité. Il avait peur de tout, refusait d'être touché et ne faisait rien, pas même retirer ses chaussures. En le mettant progressivement en confiance, il a pu se détendre, jusqu'à aller dans les bras de madame P à la fin de l'année. Du fait de ses troubles psychiatriques, sa mère a certainement eu des comportements incohérents dans sa petite enfance. Son séjour en pouponnière a probablement amplifié son inquiétude, et son impossibilité à se relâcher. Parfois au CMP, elle pouvait passer d'un état d'affection en lui disant qu'elle l'aimait à un état de colère, ainsi qu'avec nous. Plusieurs fois elle a dit à madame P que Gaspard ne viendrait plus en séance, elle ne pourrait plus l'amener, etc. Se sentait-elle menacée par nous ? Elle demandait régulièrement à avoir un entretien pour parler du suivi de son fils. Elle avait peut-être besoin de savoir ce que nous faisions en séance. Cela pourrait aussi être sa manière de s'intéresser à Gaspard et lui montrer qu'elle l'aime.

Sara présente des difficultés de régulations toniques certainement pour des raisons à la fois neurophysiologiques et environnementales. Au niveau moteur ses mouvements sont raides. Elle présente des syncinésies et paratonies et compense ses faiblesses musculaires en se rigidifiant. Elle a besoin d'un soutien extérieur pour se relâcher. Il est nécessaire d'adapter les propositions en séance.

II.4. Représentation et structuration psychocorporelle

II.4.a Définitions

Les représentations corporelles illustrent la façon dont le sujet intègre ses « *expériences corporelles* », ses « *perceptions sensorielles* » et les inclut « *dans une résonance affective*. » Elles sont le fruit d'une « *construction progressive, tenant compte en même temps des facteurs cognitifs, moteurs, affectifs au sein d'une relation sociale et humaine* » (Reinalter Ponsin, 2015, p.227). Les représentations corporelles se construisent à partir de deux modalités :

– le schéma corporel « Édifié *sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur significatio*n » (Ajuriaguerra, 1980, p.286).

– l'image du corps : construction inconsciente et synthèse vivante de notre propre histoire, de nos expériences émotionnelles et relationnelles (Pireyre, 2015).

II.4.b Un processus développemental

Selon Bullinger, les représentations du milieu humain du bébé influencent son développement. Il doit « *composer avec ces contraintes pour assurer un développement harmonieux* » (2015, p.40). *Dans le cas de Sara et celui de Gaspard, on peut émettre l'hypothèse qu'ils n'ont pas pu composer avec les différentes contraintes de leur milieu.* « *D'un point de vue psychomoteur, l'enfant ressent, vit,*

explore son corps que progressivement il s'approprie, nomme, se représente » (Reinalter Ponsin, 2015, p.227).

Selon Bullinger, le psychisme extrait « *des invariants des régularités produites par les interactions de l'organisme avec son milieu* ». Ils permettent à l'individu de créer des objets de connaissance et de s'adapter d'une manière ajustée. Quand il y a peu ou pas d'interaction, l'enfant n'a pas d'objet de connaissance. En cas d'hypertonicité, l'organisme sera raide. À l'inverse, il n'aura pas de forme. Dans ces deux extrêmes, l'organisme reste difficilement mobilisable et dispose de peu de ressources pour s'adapter, et pour développer son activité psychique (2015 p.16). Progressivement, grâce à ses expériences sensorimotrices, l'enfant sera en capacité de se représenter mentalement ses gestes au cours du mouvement. Puis, il pourra se représenter une action indépendamment de la réalisation de celle-ci (*ibid*, p.17).

Selon Bullinger, « *Les représentations de l'organisme se comprennent […] comme un ensemble d'espaces emboîtés et dépendants de coordinations sensori-motrices. […] Des situations locales peuvent amener un retour à une étape antérieure* » (2015, p.19). La construction psychocorporelle du jeune enfant s'édifie sur l'espace utérin, l'espace de la pesanteur, l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace du corps.

Dans l'espace utérin, le fœtus est contenu par la paroi qui le rassemble quand celui-ci se met en extension : c'est un véritable dialogue tonique et tactile.

L'espace de la pesanteur est le fruit de la coordination entre les signaux vestibulaires et la proprioception donnant accès à la verticale. Cela permet au bébé de trouver des appuis. La proprioception désigne la coordination de la sensibilité

profonde avec les signaux tactiles (*ibid*, p.22). Il faudra veiller à fournir suffisamment d'informations sensorielles, tout en contenant l'enfant, afin de diminuer « l*'instabilité posturale* » (*ibid*, p.24). L'espace de la pesanteur permettra à l'enfant de s'ériger, d'acquérir « *la station assise, la station debout et la marche* » (*ibid*, p.25).

In utéro, le bébé est nourri en continu. À sa naissance, il fait l'expérience de l'alternance entre la faim et la satiété, « *qui se reflète dans ses états toniques* » (*ibid*, p.26). Le rythme crée par cette alternance impacte les interactions de l'enfant avec son environnement. L'espace oral est la résultante de la coordination capture-exploration et permettra la création d'une contenance.

L'espace du buste est le fruit d'un équilibre tonique entre flexions et extension et des coordinations avant/arrière. Coeman distingue le redressement de l'extension. Le redressement donne accès à une verticalité stable et harmonieuse prenant en compte la pesanteur. Cela permet à l'enfant de se construire une sécurité de base. L'extension engendre une verticalité acquise en force, rigide n'intégrant pas la pesanteur. Cela peut engendrer un sentiment d'insécurité chez l'enfant (Coeman et Frahan, 2004).

L'espace du torse se construit grâce au passage d'une posture asymétrique à une autre, par la coordination entre l'espace droit, la zone orale et l'espace gauche. Cette coordination amène à l'espace de la préhension et à la construction de l'axe corporel (Bullinger, 2015, p.31).

L'espace du corps, permet à l'enfant de maîtriser les redressements de son buste. Il dissocie progressivement ses ceintures scapulaires et pelviennes ce qui favorise l'enroulement de son bassin. L'enfant différenciera la régulation tonique du haut et du bas de son corps. La coordination du *pied explorateur* et du *pied porteur*

du poids du corps permettra à l'enfant d'acquérir une marche adaptée au sol et à « *la finalité de l'action »*. Si cette coordination échoue, « *les jambes sont raides, il n'y a pas de déroulement du pas, l'enfant trébuche souvent, la trajectoire est incertaine, et les pieds ne peuvent s'adapter à la nature du terrain rencontré* » (*ibid*, p.34).

Au début du suivi, si Gaspard voyait un crayon à gauche, il se servait de sa main gauche, et vice versa. Son espace de préhension (espace du torse) ne semblait pas unifié. En fin d'année, il arrivait à croiser l'axe médian pour attraper un crayon et le prendre avec son membre supérieur droit. Gaspard a certainement construit sa verticalité sur un mode d'extension. Il ne s'est pas construit un arrière-fond sécurisant.

En séance, *Sara ne dissocie pas le haut et le bas de son corps. Sa marche est raide et saccadée. Elle présente des réactions d'équilibration avec ses bras. Elle sautille et manque de tomber régulièrement. Elle ne semble pas beaucoup avoir investi le bas de son corps. Nous avons fait plusieurs séances au sol autour du rampé, en mobilisant sa ceinture pelvienne et ses genoux. Avant, pour ramper, elle se tractait avec ses bras, sans utiliser ses jambes. Sara a été langée trois mois à cause de sa dyspalgie de hanche. Cela a très certainement joué sur l'investissement du bas de son corps. Pendant un temps, celle-ci n'a pas pu s'enrouler. Par la suite, elle n'a peut-être pas beaucoup ramené ses pieds vers sa bouche ? Si elle n'a pas par la suite été suffisamment sollicitée, on peut imaginer l'impact au niveau moteur.*

II.4.c L'équilibre sensori-tonique

Selon Bullinger, l'équilibre sensori-tonique est une surface dépendant de trois modalités : l'organisme, les « *stimulations sensori-motrices* », souvent intégrées et anticipées par l'enfant, et le milieu humain, englobant les soins et la participation du bébé « *à son milieu à travers le dialogue tonique qui lui permet de retrouver un équilibre […] pour construire des représentations socialement adaptées* ». Elles dépendent du développement de l'enfant et des circonstances extérieures. Si une modalité dysfonctionne, elle impactera la surface d'équilibre et le développement de l'enfant (*ibid*, p.46). Par exemple, si l'enfant ressent un trop plein de flux sensoriels, il se tendra, pleurera, etc. L'environnement peut engendrer ces réactions chez le bébé, du fait d'un manque d'appui « *cohérent pour l'activité* » (*ibid*, p.58).

II.4.d L'axe corporel

L'axe corporel représente une « *ligne virtuelle* » traversant le crâne jusqu'au centre du périnée : « *sa verticalité est garante d'un équilibre musculaire optimal, ce qui se traduit en termes de disponibilité au mouvement et d'économie d'énergie. Une posture […] qui ne fait plus coïncider l'axe du corps avec la verticale induite des tensions chroniques excessives, et surtout limite la disponibilité au mouvement* » (Lesage, 2017 p.149). Pour Bullinger, l'axe se construit grâce à « *un ajustement tonique permanent, qui suppose une possibilité de régulation* » (*ibid*, p. 158). L'axe « *n'est pas* un *des éléments de l'édifice corporel, il est la condition de son unification et de son orientation* ».

II.5. Hypothèses sur la structuration psychocorporelle de Sara

Suite à ces différents éclairages théoriques, je formulerai différentes hypothèses qui pourraient expliquer la construction psychocorporelle de Sara.

Sara a présenté un reflux gastro-œsophagien à la naissance. En séance elle se fatigue vite physiquement, certainement du fait de sa faiblesse musculaire. Elle présente de nombreuses paratonies et syncinésies. On peut se demander si son petit poids joue sur son organisation (sa désorganisation) tonique ? Dispose-t-elle de moins de tonicité pour se réguler ? Cela l'a certainement entravée dans son aisance corporelle, en plus de sa dysplasie de hanche.

Sara passait la majeure partie de sa journée devant un écran. Si elle regardait la télévision, a-t-elle pu jouer à des jeux de surprise avec ses parents ? A-t-elle pu éprouver son corps dans l'espace ? En arrivant au CAMSP, Sara présente des stéréotypies majeures et un trouble des interactions sociales, inquiétant fortement les professionnels. En séance (2017-2018), sa maman n'était pas toujours adaptée. Elle était attentive aux conseils de madame A. Au fil de l'année, son comportement a évolué et elle pouvait aider Sara à se réguler. Aujourd'hui, Sara parle davantage et ne présente plus de stéréotypies. On peut cependant se questionner sur une éventuelle déficience intellectuelle ? Aurait-elle développé des Troubles du Spectre de l'Autisme si elle n'avait pas été étayée et accompagnée dans son développement ? Sara n'a passé aucun examen neurologique à ce jour. La prescription d'examens complémentaires telle qu'une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pourrait permettre de répondre à un certain nombre d'hypothèses.

Sara a-t-elle pu éprouver une continuité des soins ? A-t-elle bénéficié d'un Holding, d'un Handling et d'un Object Presanting continu, régulier et sécurisant ? Si la télévision faisait parfois office de mère auxiliaire, Sara a certainement perçu de nombreuses stimulations sensorielles variées précocement.

Un environnement soutenant aurait-il suffi pour que Sara présente un développement psychomoteur harmonieux compte tenu des fragilités de son équipement de base, ou ses fragilités sont-elles dues à l'environnement ? Aurait-elle eu systématiquement besoin d'un suivi ?

Toutes ces stimulations environnementales ont probablement diminué son équilibre sensori-tonique. Si un enfant « réalise peu d'expériences sensori-motrices, il aura des difficultés à maîtriser son corps propre et à s'adapter à son environnement. Il sera entravé dans son développement psychomoteur et sa construction psychocorporelle » (Sage et Galliano 2015, p.134). *Aussi, Sara a certainement peu exploré son corps. Aujourd'hui, on peut se demander en quoi le confinement influence la structuration psychocorporelle de Sara.*

II.6. Hypothèses sur la structuration psychocorporelle de Gaspard

À la naissance de Gaspard, sa mère n'était pas en capacité de s'en occuper. Elle quitte l'unité mère-bébé et Gaspard intègre une pouponnière. Il présentait des manifestations anxieuses (eczéma, pleurs, etc.). Gaspard était un bébé douloureux, très contracté, certainement dur à porter. Il s'est construit une carapace tonique qui a très probablement fragilisé son équilibre sensori-tonique.

Concernant les macrorythmes (soins prévisibles par l'enfant lui permettant de se sentir en sécurité) et microrythmes (petits changement dans les soins), Gaspard n'a pas reçu beaucoup de soins par sa mère, mais par des mères de substitution. Même si celles-ci lui prodiguaient de bons soins physiques (change, bain, etc), qu'en était-il de leur disponibilité psychique ? Il a certainement vécu davantage de microrythmes, de rupture, de discontinuité, de changement dans les nourrices, et dans la manière de le faire, que de macrorythmes. La rupture dans les macrorythmes, la discontinuité des soins a pu entraver ses possibilités d'intégrations, et la construction d'une sécurité émotionnelle. Son beau-père et sa mère se sont évanouis plusieurs fois sous ses yeux, ce qui a pu majorer ses peurs, son insécurité et pourrait expliquer son comportement agité.

L'histoire néonatale de Gaspard s'accorde à son état psychocorporel lors du suivi. Lors des entretiens avec sa maman, il nous sollicitait énormément, semblant vouloir nous montrer qu'il existe. Il manquait de repères spatio-temporels, et la moindre proposition inattendue faisait resurgir ses peurs. Dans les premières séances, il était difficile à contenir. Il refusait de s'asseoir, de retirer ses chaussures, il passait d'une activité à une autre, etc. Il a progressivement extériorisé son vécu, en lançant des coussins, en criant, en se déchargeant. Il a pu expérimenter des enroulements, des galipettes, etc. En fin d'année, il s'est appuyé sur du jeu symbolique pour vivre la peur dans un cadre qu'il avait éprouvé et sur lequel il pouvait s'appuyer. En séances, il y a eu des hauts et des bas, qui était dû à ce qu'il avait vécu dans la semaine, à l'école où chez lui. Lors du suivi, madame P n'a pas cessé de faire le lien avec sa maman, que nous avons rencontrée plusieurs fois pour discuter des difficultés et des progrès de Gaspard en séance comme à la maison.

Serait-ce finalement une forme de macrorythme entre Gaspard et sa maman ? C'est également grâce à sa maturation neurophysiologique qu'il a pu progresser. Les séances de psychomotricité et les liens tissés entre sa maman et madame P lui ont permis d'élargir la surface de son équilibre sensori-tonique.

II.7. Conclusion

Le tissage entre l'environnement de l'enfant, son équipement neurophysiologique de base et l'adaptation du psychomotricien permet à l'enfant d'évoluer. Parfois, les trois conditions réunies ne suffisent pas pour aider l'enfant.

> Notre « cerveau fabrique donc sans cesse des images du corps et des images de ce qui affecte le corps. Tout événement corporel module les images qui à leur tour sont opérationnelles et ouvrent à des cascades de réponses biologiques. […] L'activité physique en elle-même modifie l'équilibre biologique, et la représentation du corps en est forcément affectée, amenant dans bien des cas à une modulation de l'état émotionnel d'arrière-plan » (Lesage, 2017, p. 27).

LA SPÉCIFICITÉ D'UN SUIVI EN PSYCHOMOTRICITÉ

Actuellement confinée depuis deux mois, je ne retournerai pas en stage au CAMSP. En plus des grèves et des séances annulées, le suivi de Sara a duré 4,5 mois. Je n'avais pas envisagé toutes ces ruptures au début de la rédaction de ce mémoire. Malgré ces circonstances extérieures, je fais l'hypothèse que si le jeune enfant évolue au cours du suivi c'est grâce à ce qu'il a vécu dans son environnement et à la spécificité du cadre et de la relation thérapeutique en psychomotricité.

I LE CADRE THÉRAPEUTIQUE

La singularité du cadre thérapeutique en psychomotricité se distingue de celui des autres professions par l'implication psychocorporelle du psychomotricien, au travers de ses gestes, de ses sens, de son expressivité corporelle et communicationnelle. « *Ces attributs sont utilisés dans différentes médiations ou techniques* » (Scialom, 2015, p.7).

I.1. Définition

De l'italien qu*adro*, qui signifie carré, le cadre désigne ce qui entoure « *un objet, un espace, une scène, une personne* », ou encore « *ce qui borne l'action de quelque chose* » (Larousse, 1979, p.244). Du grec *therapeuein* qui signifie soigner, le thérapeute prodigue des soins à son patient « *quelles que soient les techniques*

utilisées » (*ibid*, p.1391). Le cadre thérapeutique « c*ontient 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). Le cadre thérapeutique comprend une dimension physique et psychique. Le cadre externe comprend un espace dédié et sécurisant contenant les expériences psychocorporelles de l'enfant et du psychomotricien, inscrit dans une temporalité (un créneau d'une durée déterminée). Le psychomotricien s'appuie également sur son cadre interne (sa personnalité, son bagage théorique, sa pratique corporelle, ses stages, etc.). L'institution se porte garant du cadre.

I.2. Les fonctions du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique apporte des repères réguliers sécurisants (heure, salle, etc.) au patient qui lui permettent de s'appuyer dessus et de développer toutes ses potententialités. Il doit être suffisament souple et suffisament ferme pour apporter une cohérence à l'enfant. En séance, l'enfant vit des expériences psychomotrices parfois très fortes qui doivent pouvoir être contenues par la salle et par le psychomotricien. Si le cadre est fragile, il explosera. S'il est trop rigide, l'enfant n'intégrera pas les propositions. Le psychomotricien doit adopter « *des comportements, des attitudes, qui vont permettre que le cadre externe soit respecté, « « que le cadre tienne », que la sécurité ne soit pas mise en péril, etc.* » Il doit également « *pouvoir s'appuyer [...] sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant, et puisse calmer, tranquilliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. En d'autres termes : contenir !* » (Potel, 2015, p.327).

I.3. L'impact du cadre dans le suivi de Gaspard et de Sara

Les séances de psychomotricité de Gaspard ont lieu tous les lundis de 14 h à 14h30. Lors des premières séances, tout est destructuré : son langage, ses mouvements, sa pensée, son jeu, etc. Gaspard s'excite, et décharge en lançant des objets, en criant. Il refuse de quitter la salle à 14h30. *Il demande un carton de rendez-vous sans-doute pour « matérialiser » et mieux anticiper la séance suivante.*

Au fil des mois, madame P divise l'espace dans la salle. Elle rajoute un rituel, pour apporter un maximum de repères à Gaspard: chanter une chanson pour se dire bonjour dans un espace fermé. A la fin de la comptine, nous retirons nos chaussures, puis nous ouvrons l'espace de la salle et préparons l'espace de motricité. Tant que Gaspard refuse de retirer ses chaussures, Madame P lui interdit certains modules et matérialise le changement en retournant les tapis sur le côté jaune pour ne pas salir le côté bleu. *Gaspard a du sentir que nous ne lâcherions pas.* Dans un premier temps, les séances continuent à s'orienter autour des thèmes de travaux et de trains construits avec les modules. Le jour où il a retiré ses chaussures, Gaspard change les côtés du tapis. Ces repères sécurisants, l'ont certainement rassuré. A partir de là, ses jeux évoluent vers des thèmes sur la famille, les trois petits cochons, des dinosaures où il fallait construire des espaces parfois communs, parfois différenciés. *Il extériorise ses peurs et ses préoccupations. Gaspard a pu se saisir du cadre proposé, pour lâcher prise et expérimenter.*

Gaspard a testé le cadre par de nombreuses tentatives. Il a constaté que nous étions présentes chaque semaine. Progressivement, il a arrêté d'utiliser un objet médiateur pour passer de la salle d'attente à la salle de psychomotricité. Le cadre nous a permis de respecter son rythme d'évolution.

Sara vient en séance de psychomotricité tous les jeudis de 17 h à 17h45. Dès le début du suivi, chaque séance se découpe en 4 temps, comme décrit dans ma première partie : un temps d'accueil, l'échauffement dont Sara se saisit de plus en plus, une ou plusieurs propositions psychomotrices, et un temps calme afin de permettre à Sara d'intégrer ses sensations.

Je ne sais pas si Sara a pu se saisir du cadre: lorsque nous lui demandions: « après avoir retiré les chaussures, que fait-on? », Sara ne savait pas forcément quoi répondre. Peut-être aurions-nous davantage pu nous adapter en fonction de ses capacités mnésiques, en lui proposant des supports visuels? Et pourtant, lorsque le cadre changeait à cause des circonstances extérieures (séance annulée, mes absences lors des grèves, etc.), Sara percevait les différences, et pouvait nous en dire quelque chose. Elle nous interrogeait et constatait un changement.

Au fil des séances, nous répétons des enchaînements et des propositions dans le but que Sara les intègre. En raison du confinement et des contraintes qui en découlent (école à la maison, petit appartement, disponibilité des parents, etc.) on peut imaginer que Sara fait actuellement moins d'expériences corporelles. On peut aussi imaginer que Sara et ses parents ont déployé des ressources pour que ce temps lui soit profitable au niveau relationnel, sensorimoteur, etc.

Si nous avions continué le suivi jusqu'au mois de juin, aurions-nous vu une évolution plus significative? Comment Sara comprend-elle ce temps de confinement ? Selon sa maman, que madame E appelle chaque semaine, le comportement de Sara n'a pas spécialement changé.

II LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

II.1. Définition

Du latin *relatio*, la relation désigne le rapport liant deux « *grandeurs, deux phénomènes* » (Larousse, 1789, p.1196). La relation thérapeutique implique l'engagement de deux personnes dans un cadre donné. Pris dans le « *système relationnel de son patient »,* le psychomotricien s'adapte et reste disponible. Grâce à son engagement psychocorporel, le psychomotricien offre à l'enfant la possibilité de s'appuyer sur lui, de l'imiter, de le tester, d'expérimenter ses capactités psychomotrices, « *non encore symbolique, mais sûrement « symboligène* » » (Gatecel, 2009, p.73).

L'enfant construit des représentations à « *travers la relation psychomotrice* ». Ce n'est pas l'objet médiateur qui compte mais « l*a possibilité de servir de support à l'activité représentative* » si ces « *expériences de symbolisation nouvelles* » coïncide avec « *les capacités intrapsychiques du sujet et qu'elles ne répondent pas seulement aux seuls critères personnels du thérapeute* » (Gatecel, 2012, p.55).

L'intersubjectivité des sujets nourrit la relation. Le psychomotricien use de son corps, dans ses composantes verbales et non-verbales, tonico-émotionnelles, pour multiplier la diversité des expériences psychomotrices. Il accompagne le jeune enfant à faire du lien, à intégrer toutes ses sensations, pour se les représenter. Sans cette qualité relationnelle, le suivi n'avancerait pas, malgré les meilleures médiations possibles. La psychomotricité demande l'implication des deux sujets (3 avec le

stagiaire). *En séance, Sara s'appuie sur moi et sur madame E. L'avantage d'être à deux permet de trianguler la relation et de l'étayer dans les propositions.*

Ainsi, l'enfant évoluerait au cours de son suivi en fonction de la qualité de la relation thérapeutique. Si celle-ci est malléable et soutenante, ses expériences psychomotrices étayeront ses représentations psychocorporelles.

II.2. La disposition psychocorporelle du psychomotricien

> « En travaillant non seulement son corps mais ses qualités d'expression corporelle, le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme – toutes ces choses qu'il a commencé à travailler dans le cadre de ses études et qui vont lui servir de repères – pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients » (Potel, 2015, p.329).

Par le développement de ses compétences théoriques et techniques, mais également par ses stages, sa personnalité et son rapport au corps, le psychomotricien apprend tout au long de ses études et de sa vie professionnelle à se rendre disponible pour son patient. Il s'adapte à ses observations, et fait des propositions ajustées. Il peut prendre des photos à un instant « t » de l'évolution de son patient, en réalisant des bilans. Il « *va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives* ». Tout comme la mère apaise et stimule son enfant dans un rythme donné, permettant à l'enfant d'intégrer ses sensations, le psychomotricien « *va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (rôle de pare-excitation)* » (*ibid*, p.330).Il

l'accompagnera dans la transformation de ses « *sensations en perceptions, ses émotions en vécu émotionnel et ses mouvements en gestes afin d'accéder à la meilleure représentation possible de lui-même dans sa globalité* » (Pireyre, 2015, p.83). Il contient son patient par son implication corporelle, sa verbalisation, des propositions psychomotrices. « *Par ses interventions psychiques et corporelles, le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable et angoissant en éléments assimilables, base de sécurité corporel et psychique* » (*ibid*, p.139). En séance, le psychomotricien s'appuie sur le dialogue tonique. Il est « *dans un échange de tensions avec l'enfant. Le but de ce dialogue tonique comme outil thérapeutique sera de renouer un dialogue fructueux avec l'enfant, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis* » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p.181).

Pourquoi le psychomotricien agit-il comme cela ? *Pourquoi ai-je proposé à Gaspard de retirer ses chaussures et pourquoi l'a-t-il fait après de nombreux refus ?* Lebovici (1991) théorise le concept d'énaction comme « *la mise en corps de l'émotion* », un véritable accordage émotionnel entre le psychomotricien et son patient qui lui permet de prendre une initiative qui n'était pas prévue. Il désigne un instant dans la séance pendant lequel « *une action devient possible dans l'instant, car elle a été préparée par toute une maturation émotionnelle […], un petit peu comme si l'action motrice qui s'impose alors avait valeur de processus métaphorisant de toute l'élaboration interne et des associations qui la sous-tendent* ». Par la suite, le psychomotricien pourra réfléchir à ce qui l'a poussé à agir de telle ou telle manière, à tel instant (Golse, 2013, p.163).

Je fais l'hypothèse que pour que ce concept d'énaction se réalise en séance, le psychomotricien ne doit pas avoir d'attentes spécifiques de son patient. Je me souviens de mon désarroi à la fin de certaines séances en constatant que parfois les propositions ne marchaient pas. À ce moment-là, je ne voyais que le versant concret de la proposition. Par exemple, à la fin d'une séance avec Gaspard, celui-ci avait dérangé toute la salle, il n'y avait rien d'organisé. Et pourtant, cela a certainement eu du sens pour lui, même si ça n'en avait pas pour moi. Peut-être que les patients ressentent lorsque nous avons trop d'attentes envers eux ?

Dès le mois de septembre, j'ai su que je travaillerai sur le suivi de Sara dans mon mémoire. À quel point cela a-t-il impacté la relation thérapeutique ? En me questionnant sur l'intérêt d'un suivi en psychomotricité, j'avais forcément des attentes pour elle, qu'elle a dû percevoir. Je me souviens que lors du bilan, ma communication non-verbale, et notamment ma voix avait changé. Et Sara s'est davantage tourné vers madame E. Est-ce lié ? Je pense qu'elle a ressenti ma « déception ». En en ayant pris conscience, j'ai essayé de faire attention par la suite. Il en a été de même avec les chaussures de Gaspard. Pendant plusieurs séances, nous avons insisté dessus. Progressivement, madame P a durci le cadre et ses possibilités. Et un jour, alors que je n'y croyais plus vraiment, je lui ai demandé de les retirer. Et il l'a fait. Est-ce parce que justement je n'avais ce jour-là aucune attente particulière ? Gaspard a-t-il ressenti un changement dans ma demande ?

II.3. De l'imitation vers l'individuation

Du latin *imitari*, l'imitation désigne l'action de réaliser la même chose qu'autrui (Larousse, 1979). Cela permet à deux ou plusieurs personnes de partager un même vécu. *En TD, lorsqu'un professeur propose un nouvel échauffement, tous les regards convergent vers lui. Après un temps d'observation pour me représenter et m'approprier son mouvement, j'imite strictement ses gestes, sa posture, etc. Tant que je ne maîtrise pas sa proposition, je garde un contrôle visuel pour m'appuyer sur les autres, je suis dans une imitation brute. En prenant le temps et en répétant progressivement l'enchaînement, je peux m'en saisir et me l'approprier : changer quelques mouvements, y mettre une tonalité émotionnelle, etc.* Il en va de même en séance, les patients ont besoin de prendre appui sur nous, pour plus tard savoir s'approprier les propositions.

L'enfant peut imiter le psychomotricien, mais le psychomotricien peut également imiter l'enfant : ils partagent alors un dialogue tonico-émotionnel. L'un et l'autre se donnent des repères sur l'organisation d'un geste, un enchaînement, etc. Lors du suivi, l'enfant peut s'appuyer sur le psychomotricien. Il aura besoin de l'imiter et de vivre plusieurs fois certaines expériences pour qu'elles prennent sens. La capacité de reconnaître une action dépend des possibilités de l'enfant « *à concevoir et à exécuter cette même action. Dans le développement psychomoteur et le travail clinique du psychomotricien, ce modèle des représentations partagées constitue bien le fondement de l'intersubjectivité. Il s'agit, de la part du sujet soigné, non pas de faire preuve d'empathie envers son thérapeute (!), mais d'acquérir la capacité à*

imiter et intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation. L'enfant apprendra en regardant le psychomotricien faire ce qu'il ne sait pas encore réaliser. Ceci montre à quel point l'implication corporelle et motrice du psychomotricien est précieuse. Sans elle, point de salut » (Moyano, 1975, p.23).

Par la répétition de l'organisation des séances, Sara commençait à intégrer le réveil corporel. Soit madame E lui offrait des appuis et je lui montrais des enchaînements qu'elle imitait, soit madame E et moi proposions les enchaînements. Lors des parcours psychomoteurs, ou des enchaînements de retournements, nous instaurions des tours de rôle, dans le but que Sara se repose et qu'elle puisse observer, nous imiter, et le reproduire. À ce stade-là du suivi, nous étions encore beaucoup dans l'imitation. Elle pouvait difficilement initier une proposition spontanément. Sara aurait-elle pu finir par réaliser des propositions par elle-même, sans prendre appui sur nous ? Du fait de son âge, de sa maturation psychomotrice, de ses expériences à l'école et chez elle, Sara continue de grandir. Cependant, elle n'a pas bénéficié de suffisamment de séances de psychomotricité régulières pour que celles-ci impactent fortement sa structuration psychocorporelle. J'aurais souhaité lui refaire passer un bilan pour objectiver davantage mes observations. La répétition des expériences, leur cohérence, permet à l'enfant d'évoluer en psychomotricité. Le psychomotricien assure le cadre propice aux besoins de l'enfant et lui permet d'intégrer ses sensations, par l'imitation, la répétition, la verbalisation, etc.

En séance, un enfant peut nous faire vivre dans notre corps « s*es propres tensions psychocorporelles […], puis parler d'un vécu archaïque de son corps, traumatisant pour lui, pour qu'il puisse se le réapproprier dans un second temps de séance.* » Si Gaspard demande à madame P de jouer le bébé et lui le papa ou la maman, c'est pour que madame P « *puisse crier la haine, la douleur du corps à sa place (**le « souffrir avec »**, le **moi algique**) et pour qu'il accepte dans une séance suivante* » d'être le bébé. Alors, le psychomotricien (madame P) pourra prendre soin de lui physiquement (Courberand, 2005, p.92-93).

De même, le jeu du *lancé de coussins de Gaspard en début de suivi,* « *pourrait passer inaperçu s'il n'était pas interprété seulement au premier degré […]. Ce jeu, en fait, va accompagner la maturation psychique d'un enfant en état de débordement et d'excitation*. » *Il permet à Gaspard d'extérioriser une agressivité dans un cadre contenant qui peut accueillir tout cela. En criant « berk » ou encore « caca » en même temps que Gaspard lance son coussin, et le tape au sol, il peut s'autoriser à lâcher quelque chose. Par la suite, il acceptera d'être porté ou touché par madame P* (Potel, 2015, p.337). La continuité cohérente d'une séance à une autre permet à l'enfant d'extérioriser un thème sur la durée (par le jeu), mettant au travail son psychisme. L'extériorisation diffère de la décharge motrice, consistant à pallier à un manque de représentation. Le psychomotricien doit accompagner le patient à transformer ses extériorisations en pensées (paroles, représentations).

En tant que stagiaire, je suis beaucoup passée par l'imitation, reprenant parfois inconsciement la prosodie et les expressions de mes maîtres de stages.

Nous apprenons et nous nous construisons en imitant. L'imitation de mes maîtres de stage a contribué à la construction de mon identité professionnelle.

III LA PLACE DE LA FAMILLE DANS LE SUIVI

On pourrait se demander pourquoi je m'interroge sur l'évolution de l'enfant sans intégrer les parents en séance. J'aurais pu m'intéresser à des patients du CAMSP dont les parents assistent aux séances, dont l'environnement familial les portent. Pourtant, j'ai choisi de me requestionner sur Gaspard et de mettre son suivi en parallèle à celui de Sara, qui m'interrogeait également. Outre leur âge au moment du suivi, leur point commun reste l'influence de leur environnement familial plus fragile sur leur développement. Finalement, j'ai voulu constater si oui ou non un suivi en psychomotricité pouvait soutenir les enfant évoluant environnement plus fragile.

Pour aucun de ces deux suivis, il n'a été envisagé de faire les séances avec un parent. Dans le cadre du CMP, les parents entrent dans la salle lors de la rencontre, du retour de bilan, et lorsqu'ils le souhaitent pour faire un point. Autrement, la salle reste l'espace de leur enfant et du thérapeute.

Dans le cadre du CAMSP, beaucoup de séances sont effectuées avec les parents, notamment pour des guidances. Le suivi de Sara n'en est pas une. Nous lui proposons d'explorer son corps dans le but d'étayer son ancrage et son axe corporel. L'année dernière, Sara participait à un groupe. Ses parents attendaient dans la salle d'attente. Aurait-il été pertinent de les intégrer aux séances ? Nous leur faisons toujours un retour détaillé, pour que Sara puisse rapporter un peu de la séance chez elle. Il aurait peut-être été judicieux de leur proposer d'assister

ponctuellement au début, ou à la fin de la séance. Cependant, ils n'ont jamais formulé de demande spécifique pour nous rencontrer ou pour assister à une séance. Lorsque son papa l'accompagne, il sort du CAMSP. Sa maman s'occupe du petit frère dans la salle d'attente et part rapidement à la fin retrouver le papa garé dehors.

Dès la première rencontre, un simple sourire, la qualité de la poignée de main peut aider le parent à se sentir en confiance. Il est primordial de construire une alliance thérapeutique avec eux, d'autant plus qu'ils peuvent se sentir en rivalité avec le thérapeute. *Plusieurs fois, la maman de Gaspard pouvait être aggressive verbalement à l'égard de madame P. Concernant les parents de Sara, ils ne parlent que de son manque d'équilibre moteur. Ils semblent peu intéressés par nos retours, sauf quand nous évoquons que telle proposition fait travailler son équilibre. Là, le papa sourit, et nous dit « c'est bien ». Cependant, les parents de Sara refusent la guidance avec le neuropsychologue. Ils restent dans une demande de « rééducation technique »*.

> « *Il faut tenir compte du rôle que présente le symptôme par rapport à la dynamique familiale, c'est-à-dire apprendre à gérer le symptôme par rapport à la demande de la famille. L'enfant est pris dans une relation à trois dès le départ et l'écueil à éviter est d'établir une séparation entre l'enfant et sa famille (ce qui revient à ne pas tenir compte de ce qu'elle est). L'approche des parents est très importante et va gérer notre travail sur le plan thérapeutique. Faire le point de temps en temps avec eux, les conseiller pour que notre travail thérapeutique puisse avoir des répercussions dans la vie quotidienne de l'enfant est primordial* » (Gatecel, 2009, p.24).

IV POUR CONCLURE

Pour conclure cette troisième partie, je confirme mon hypothèse de départ comme quoi le suivi en psychomotricité influence l'enfant dans son environnement et l'environnement de l'enfant influence le suivi en psychomotricité. Si l'enfant évolue en séance, c'est d'abord grâce à lui-même, à ses capacités psychomotrices. Le psychomotricien assure un soutien pour que l'enfant déploie au mieux ses capacités.

L'arrêt brutal des séances de Sara ne permet pas de confirmer que le suivi l'a soutenu dans sa construction psychocorporelle. Elle a bénéficié de quinze séances où nous avons répété des expériences sensorimotrices, sollicité sa proprioception, etc. Est-ce que ça l'aidera dans sa construction psychocorporelle? Sara commençait à évoluer dans certains domaines (dissociation du rampé, ancrage, etc.) que le confinement ne permet pas d'approfondir. Si les séances avaient été régulières, nous aurions peut-être remarqué une évolution plus significative chez Sara. Il faudrait réaliser des études davantage quantifiées pour affiner ces hypothèses.

Le suivi en psychomotricité a soutenu Gaspard dans sa construction psychocorporelle. J'ai eu madame P au téléphone, qui m'a témoigné de ses progrès. Désormais, ils travaillent autour de la figuration par la trace en utilisant des histoires et le jeu symbolique dans lequel Gaspard engage tout son corps. Il commence à verbaliser ses peurs.

En mobilisant ses capacités relationnelles, son implication psychocorporelle et en faisant du lien avec l'environnement familial, le psychomotricien « *devient un acteur extérieur pouvant agir comme pilier pour permettre à l'enfant de se structurer comme sujet, comme être psychomoteur doué de potentialités* » (de Monval, 2019, p.129).

CONCLUSION

Finalement qu'est ce qui permet l'évolution du jeune enfant au cours de son suivi en psychomotricité ? Pour reprendre mon hypothèse du corps modelé par un système d'élastiques, le jeune enfant édifie sa structuration psychocorporelle en fonction de son organisme et de son environnement dans lequel il expérimente, teste, échoue, tombe, se relève, observe, grandit, etc. Le psychomotricien accompagne les enfants freinés, tiraillés par une composante environnementale et/ou génétique. Il s'appuie sur son cadre théorique et spatial pour construire une relation thérapeutique et fait des propositions spécifiquement pensées pour l'enfant à cet instant présent. Peut-être que la proposition n'aurait pas marchée un peu plus tôt, ou dans un autre contexte, et encore moins avec un autre enfant. Si certains thérapeutes pensent proposer un jeu « au hasard », peut-être qu'ils ne savent plus qu'ils savent. Leurs appuis théoriques, leurs expériences personnelles et clinique leur permettent de percevoir quand proposer quelque chose à l'enfant.

Certains enfants ont des fragilités qu'ils ne réussiront pas forcément à compenser seul, malgré un environnement soutenant. Un suivi en psychomotricité et un travail avec leur environnement leur permettrait de pallier à leurs difficultés, pour s'épanouir et se construire. Le psychomotricien ne cherche pas à transformer l'environnement de l'enfant, mais à faire en sorte qu'il puisse grandir dedans.

Il n'existe pas de réponse universelle expliquant ce qui permet à l'enfant d'évoluer au cours du suivi : c'est un processus développemental multifactoriel. *Au-delà du mémoire, j'aurai toute ma carrière pour approfondir cette facette de mon métier, observer, expérimenter, échouer, reproposer, grandir…*

BIBLIOGRAPHIE

– Ajuriaguerra (de), J. (1980), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson.

– *American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.). Arlington, VA.*

– Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. doi:10.3917/ep.049.0014.

– Bekier, S., & Guinot, M. (2015). *Équipement et compétences du nourrisson*. In J. M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (Eds), Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 – Concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur.

– Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse : Erès.

– Buil, A. (2018). *Manifestations psychomotrices du prématuré*. In J. M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (Eds), Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4- Sémiologie et nosographies psychomotrices. De Boeck Supérieur.

– Cadre (1979). In *Dictionnaire encyclopédique Larousse*. Paris, France : Librairie Larousse.

– Coeman, A., & de Frahan M. (2004), *De la naissance à la marche*, Bruxelles, ASBL Étoile de l'herbe.

– Corbet, É. & Roux, C. (2010). *Étude sur l'activité des CAMSP* (2008-2010). Contraste, 33(2), 41-60. doi:10.3917/cont.033.0041.

– Courberand, D. (2005). Le concept de résonance corporelle. *Thérapie Psychomotrice*, 141, 45-56. SNUP/Edition.

– Damasio, A. (2017). *L'ordre étrange des choses : La vie, les sentiments et la fabrique de la culture*. Condé-sur-Noireau : O. Jacob.

– Dutel, E. (2014). Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez.

– Environnement. (1979). In *Dictionnaire encyclopédique Larousse*. Paris, France : Librairie Larousse.

– Galliano, A.-M., Pavot, C. & Potel, C. (2015). *L'espace et le temps*. In J. M. Albaret, F. Giromini et P. Scialom (Eds), Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1-Concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur.

– Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Paris : Heures de France.

– *Gatecel, A. (2012). La psychomotricité relationnelle (pp. 25-36). Les Ulis, France : EDK, Groupe EDP Sciences.*

– *Golse, B. (2013). L'empathie comme fondement de l'observation et du soin dans le travail avec les bébés. Journal de la psychanalyse de l'enfant, vol. 3(2), 151-167.*

– Huguet-Manoukian, J., & Perrier-Genas, M. (2016). *Une pratique de soins précoces pour les enfants en situation de handicap*. Mercuès : Érès.

– Ignazio (d'), A. et Martin, J. (2019). *Quelques axes détaillés du développement psychomoteur de l'enfant*. In Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A., Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche. Malakoff : DUNOD.

– *Imitation. (1979).* In *Dictionnaire encyclopédique Larousse. Paris, France : Librairie Larousse.*

– Korff-Sausse, S. (2011). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (PLURIEL). Domont : Hachette Pluriel Editions.

– Lesage, B. (2017). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse : Erès.

– *Livoir-Petersen, M. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. Contraste, 34-35(1), 93-132. doi:10.3917/cont.034.0093.*

– Marcelli, D. (2006). *La Surprise, chatouille de L'âme*. Paris, France : Albin Michel.

– Miermon, A., Benois-Marouani, C., et Jover, M. (2015). Le développement psychomoteur. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1: Concepts fondamentaux*. Berchem, Belgique : De Boeck.

– Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*. Paris : Seuil.

– Monval (de), A. (2019). *La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé.* In Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A., Le grand livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche. Malakoff : DUNOD.

– *Moyano, O. (1975). La relation d'implication, un miroir structurant. Psychanalyse, 2, 35-44.*

– *Oniya, O., Neves, K., Ahmed, B., & Konje, J. (2019). A review of the reproductive consequences of consanguinity. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 232, 87–96. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.042*

– *Organisme. (1979). Dans Dictionnaire encyclopédique Larousse. Paris, France : Librairie Larousse.*

– Pireyre, E. (2015). *Cas pratiques en psychomotricité*. Domont : DUNOD.

– Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu aux concepts*. Domont : DUNOD.

– Potel, C. (2015). *Être psychomotricien :* u*n métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès.

– Reinalter Ponsin, F. (2015). Le corps et ses représentations : Le corps en psychomotricité. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1: Concepts fondamentaux*. Berchem, Belgique : De Boeck.

– Robert-Ouvray, S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.

– Robert-Ouvray, S., et Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1: Concepts fondamentaux*. Berchem, Belgique : De Boeck.

– Sage, I., et Galliano, A-C. (2015). Préhension, adresse, gnosies, praxies. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1: Concepts fondamentaux*. Berchem, Belgique : De Boeck.

– Scialom, P. (2015). Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 2 : Méthodes et techniques*. Belgique : De Boeck.

– Sokolowski, M., & Boyce, W. (2018). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Consulté en 2020, à l'adresse http://www.enfant-encyclopedie.com/epigenetique/synthese

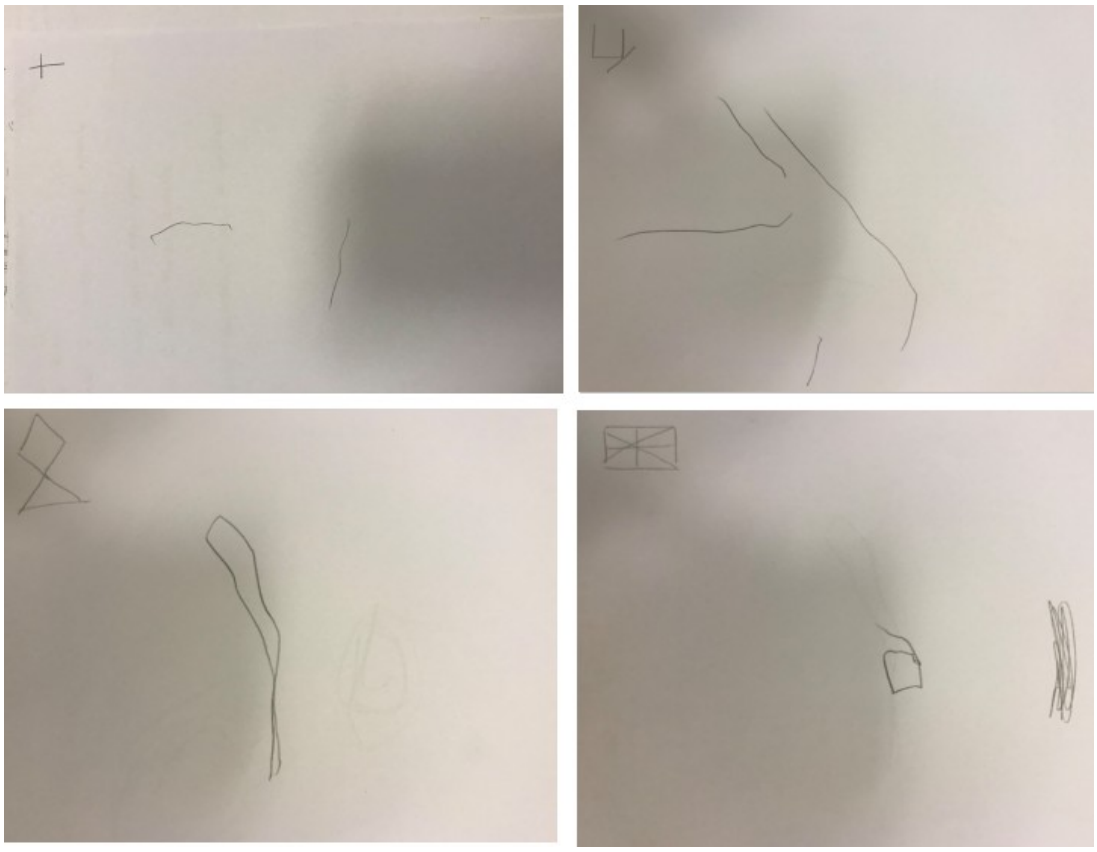
– Stoppa-Lyonnet, D. & Lyonnet, S. (2017). Chapitre VII – Génétique, évolution, population. Dans : Dominique Stoppa-Lyonnet éd., *Les 100 mots de la génétique* (pp. 91-104). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

– Thérapeute. (1979). Dans *Dictionnaire encyclopédique Larousse*. Paris, France : Librairie Larousse.

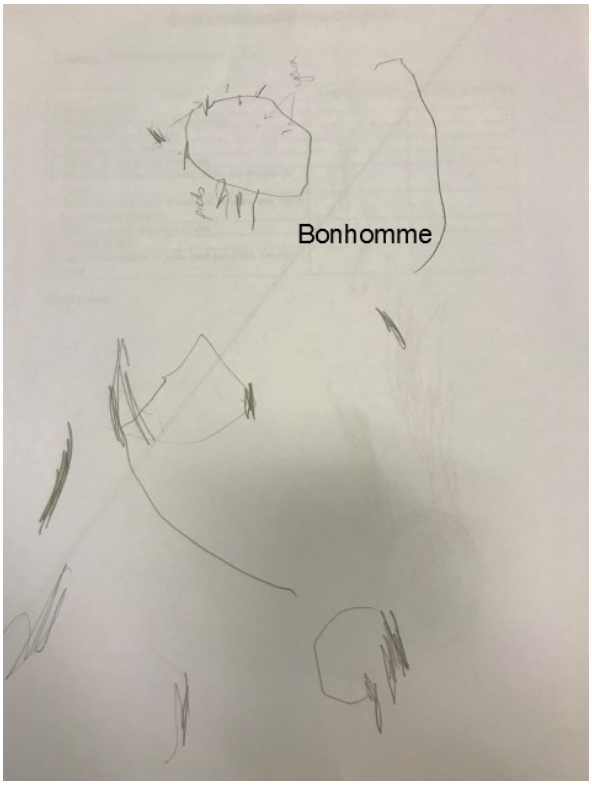
– *Winnicott, D. W. (1969). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. De la pédiatrie à la psychanalyse, 135-49.*

– *Winnicott, D. (2016), Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris : Gallimard*

ANNEXE I – Le BILAN DE SARA



4 items de l'épreuve d'organisation perceptive (Santucci)



Le dessin du Bonhomme (Goodenough)

RÉSUMÉ

Le développement psychomoteur du jeune l'enfant dépend de sa maturation neurophysiologique, des soins procurés par son environnement et des expériences sensorimotrices qu'il réalise. Cela fait de lui un être unique et singulier. Un dysfonctionnement au niveau de son organisme (anomalie génétique, neurologique, etc.) ou de son environnement (interactions précoces, etc.) impactera sa structuration psychocorporelle. Au cours d'un suivi en psychomotricité, le psychomotricien contribue à enrichir les expériences sensorimotrices du jeune enfant, dans un cadre adapté. En articulant clinique et théorie, je présenterai des éléments participant au développement psychomoteur du jeune enfant évoluant dans un environnement plus fragile, en développant en particulier le suivi en psychomotricité de deux patients en Centre d'Action Médico-social Précoce et en Centre Médico-psychologique.

Mots clés : psychomotricité, construction psychocorporelle, environnement, enfant, dispositif thérapeutique

ABSTRACT

The infant developement depends on him neurophysiological maturation, their maternal cares and their sensorimotor experiences. This make him unique and singular. A dysfunction in his organism or his environment (genetic or neurologic disease, early interactions…) will impact his psychocorporal construction. During a psychomotor therapy, the psychomotor therapist contributes to enriching the sensorimotor experiences of the infant, in an adapted framework. By articulating clinical and theorical aspects, I will present some elements involded in the psychomotor developement of infant evolving in a more fragile environment, particulary by developing the psychomotricity tracking of two children in centres for early medicosocial action and medicopsychological centres.

Key words : psychomotor therapy, psychocorporal construction, environment, child, therapeutic measures