

**“ Non c’est toi ... ” : une réflexion autour de la clinique
de l’image du corps à travers un accompagnement en
psychomotricité**

Alix Poidevin

► **To cite this version:**

Alix Poidevin. “ Non c’est toi ... ” : une réflexion autour de la clinique de l’image du corps à travers un accompagnement en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297083

HAL Id: dumas-03297083

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297083>

Submitted on 23 Jul 2021

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 Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



« Non c'est toi ... »

**Une réflexion autour de la clinique de l'image du corps
à travers un accompagnement en psychomotricité**

Mémoire présenté par Alix POIDEVIN
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent de mémoire :
Héloïse BOUTEILLE

Session Juin 2021

Remerciements

Merci à mes maîtres de stage, Lara et Manon, qui m'ont offert des terrains de stage riches, propices aux questionnements. Avec bienveillance et une écoute attentive, elles m'ont permis de me questionner et de me former pour mon futur métier. Chacune à leur manière, elles m'ont transmis une partie de leur expérience et de leur savoir.

Merci à ma maître de mémoire, Héroïse, avec son intérêt pour le sujet que je souhaite développer, elle m'a proposé son accompagnement. Une personne ressource, disponible qui m'a partagé son savoir, son expérience, ses conseils et surtout ses encouragements tout au long de ce travail.

Merci à mes camarades de promotion, pour leur présence unique. Leur soutien à travers ces trois années et face à ce travail final qui demande des moments pour se détacher. Notre formation demeure riche de sa pratique partagée avec les autres.

Une pensée à ma famille et mes amis qui m'ont accompagnée dans ce travail, par leur relecture assidue et qui m'ont permis de me construire en tant que personne et future professionnelle.

Enfin, un merci particulier à l'équipe professorale de l'IFP Pitié-Salpêtrière pour nous avoir transmis leurs savoirs, leur pratique et leur spécialité. Des enseignements riches et des mises en situation corporelles diversifiées qui nous offrent la possibilité de nous trouver en tant que professionnel en construction.

Table des matières

Introduction.....	6
I. Une rencontre en petite enfance	8
1) Un cadre de rencontre.....	8
2) Une anamnèse dans un parcours de soin précoce	9
3) Dans la rencontre, un profil psychomoteur se dessine.....	13
4) De l'observation clinique vers l'accompagnement en psychomotricité	16
5) L'émergence d'un questionnement	28
II. Vers une compréhension de l'image du corps	29
1) Le schéma corporel, un fondement de l'image du corps	29
2) Entre schéma corporel et image du corps, l'apport de P. Schilder	31
3) Quelques apports de la psychanalyse	32
a) Des concepts spécifiques	32
b) Une conception psychanalytique contemporaine de l'image du corps.....	34
4) Le dialogue tonique, un soutien indispensable.....	38
5) La psychomotricité, une construction du sujet dans son corps	38
III. Un regard sur la clinique.....	41
1) L'absence de continuité.....	41
2) La présence des angoisses corporelles	44
3) Une forme d'inhibition.....	46
4) Le besoin de l'autre ou un manque d'individuation.....	47

IV. Vers une construction de l'image du corps sous-tendue par la relation thérapeutique dans le jeu	49
1) Une « mêmeté » nécessaire	50
a) L'invariance du cadre de la prise en charge	50
b) La répétition dans les jeux d'O.....	50
c) Une présence en continu	51
2) Amener la variation	52
a) La dimension relationnelle du jeu	52
b) ... permet la transformation	55
3) Le jeu en psychomotricité, un soutien à la construction de l'image du corps	57
4) L'évolution de la construction de l'image du corps dans le jeu	58
5) Prendre sa place dans le jeu, un travail d'écoute	61
Conclusion	63
Bibliographie.....	66

Introduction

« Ton mémoire c'est l'image du corps ! ». Au détour d'un échange clinique à partir de mes observations, ma maître de stage me dit qu'il est évident que ce mémoire se tourne vers la question de l'image du corps. C'est avec ce conseil que débute ma réflexion.

L'image du corps, un concept psychomoteur, psychologique, psychanalytique, neurobiologique, un item évalué mais surtout, selon moi, un vaste champ de questionnement. L'image du corps m'est apparue souvent abstraite et c'est sûrement la raison pour laquelle je ne voyais pas au départ le thème général de mon questionnement. Avec ce mémoire, je me dirige vers une compréhension de la construction et de la clinique de cette image du corps en prenant le support d'un cas clinique qui a soulevé mon attention.

L'effet de primauté ayant son importance, je me questionne rapidement sur les différentes manifestations corporelles d'un des premiers cas clinique que je rencontre en petite enfance. Pourquoi est-elle comme ça ? Quelle est son histoire ? A quel moment peut-on parler de difficultés sur le plan de l'image du corps ?

Mais comment convoquer cette image du corps dans une prise en soin en psychomotricité. Souvent représentée, la question du jeu est primordiale dans l'intervention auprès du jeune enfant. C'est un lieu d'échange privilégié, une médiation. Nous observons l'enfant en train de jouer tout autant que le choix du jeu en lui-même.

Le jeu est un lieu d'expression pour le jeune enfant, au-delà de sa dimension ludique et éducative communément admise. En psychomotricité, il intègre le projet thérapeutique et se veut être le support du développement tant corporel que psychologique.

Plusieurs questions en tête, et des observations choisies au fur et à mesure de l'année et de l'évolution de la clinique.

Je reformule ces interrogations sous la forme que prend la problématique suivante :

Dans quelles mesures la clinique psychomotrice peut-elle mettre en évidence des failles dans la construction précoce de l'image du corps ?

Et

De quelle manière la prise en soin peut-elle accompagner cette construction ?

Ce mémoire se donne l'enjeu de croiser les regards portés sur le concept d'image du corps et sa construction dans le cadre de la pratique psychomotrice. Dans une approche clinico-théorique, j'élabore ma réflexion autour de descriptions et observations cliniques de stage. Puis je propose un éclairage en choisissant une partie de la littérature autour de l'image du corps. Enfin, je propose de montrer comment le jeu permet de convoquer cette image du corps et d'en assurer la construction, dans le développement du jeune enfant.

I. Une rencontre en petite enfance

1) Un cadre de rencontre

Nouvellement arrivé dans les locaux, le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) polyvalent accueille de jeunes enfants entre zéro et six ans et leur famille autour de cinq missions principales que sont :

- Le dépistage et la prévention (en partenariat avec le service de réanimation néonatale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU))
- Le diagnostic précoce des déficits et des troubles
- Le traitement et le soin
- L'accompagnement et le soutien aux familles
- L'aide et l'adaptation sociale et éducative.

Ces jeunes enfants sont adressés par les partenaires hospitaliers, médico-sociaux et éducatifs. Historiquement, l'équipe du CAMSP existe depuis 2007, ce nouvel environnement est issu de la fusion du 1er janvier 2020 de deux services médico-sociaux de la petite enfance. Aujourd'hui, plus proche géographiquement, ces deux établissements s'organisent en deux pôles de prestations afin de répartir les problématiques développementales rencontrées chez les jeunes patients en étroite collaboration avec les services hospitaliers voisins. Ce sont ainsi près de 760 jeunes patients qui sont pris en soin suite à l'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Mon stage d'apprentissage thérapeutique a lieu sur le pôle accueillant tous les enfants présentant des difficultés de développement, de zéro à six ans : du retard global de développement, en passant par les suspicions de Troubles du Spectre Autistique (TSA) ainsi que les problématiques neurologiques, jusqu'au polyhandicap.

Humainement, l'équipe du CAMSP est pluridisciplinaire et réunit des professionnels du secteur médical, paramédical, éducatif, social et administratif. Initialement, l'entrée au CAMSP est organisée au niveau administratif avec l'accueil téléphonique des parents. La validation de la fiche de contact par le médecin directeur technique

et la cheffe de service donne lieu à une consultation auprès d'un neuro-pédiatre. Avec cette consultation, le tableau clinique est posé, le souhait des parents est recueilli et une orientation devient possible selon trois parcours de soin :

- Le suivi de consultation pédiatrique, en binôme avec un autre professionnel pour une durée de deux ans
- L'accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire, avec deux prises en charge possibles en individuel ou groupe thérapeutique
- Le parcours précoce des troubles de la relation, pour les enfants de moins de deux ans qui présentent un risque de TSA en consultation conjointe en pédiatrie, psychomotricité et pédopsychiatrie.

Matériellement, situé au premier étage d'un immeuble accueillant plusieurs professions, nous entrons au CAMSP, seul à cet étage. En face de l'entrée, nous saluons la secrétaire médico-sociale, à droite un couloir mène vers la salle d'attente ouverte, toutefois isolée, comme un îlot central au milieu des bureaux ; à gauche un autre couloir qui dessert autant de lieux de soin que de professionnels ainsi que la salle de réunion. La salle de psychomotricité est située au bout de ce long couloir de gauche, à l'opposé de la salle d'attente. Poussons la porte du bureau marquée d'un nom et d'une profession, celle de psychomotricienne. C'est un espace lumineux, un bureau est contre la grande fenêtre, sur le mur en face de la porte. D'un côté, se trouvent deux petits placards de jeux, un miroir, quelques modules, une petite table. De l'autre côté, un banc en bois longe le mur vers l'espalier. Tout est à portée de vue et de main d'enfant, les parents ont leur place sur des fauteuils dont la position dans l'espace est adaptée en fonction des propositions qui rythmeront la séance.

2) Une anamnèse dans un parcours de soin précoce

Notre première rencontre a lieu au téléphone à cause d'un jour de grève des transports. Une maman parle de sa fille, nous l'appellerons O., accueillie au CAMSP depuis deux ans dans le cadre d'un suivi de soins et du développement en lien avec le contexte de naissance complexe.

Et si nous reprenions depuis le début ... commençons avant l'arrivée de O.. Première enfant du couple, la grossesse est compliquée, Madame a un utérus contractile¹ et subit une hémorragie digestive à cinq mois de grossesse. Elle est hospitalisée en service de chirurgie digestive. Le retour au domicile se fait sous surveillance hebdomadaire mais sera marqué de plusieurs malaises hypotensifs. Le médecin de réanimation néonatale évoque plus tard l'hypothèse d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) anténatal en lien avec cette hémorragie, cependant celui-ci ne sera pas objectivé à la naissance. Dans le cadre de cette grossesse à risque hémorragique, une césarienne est programmée à 38 Semaines d'Aménorrhée (SA) et 6 jours pendant laquelle les deux parents rencontrent leur petite fille.

Commence alors un parcours de prise en soin néonatal pour O. qui présente une détresse respiratoire transitoire à son arrivée. Elle est dirigée en soins intensifs de réanimation néonatale sous couveuse pour mettre en place un dispositif CPAP². Lors de la première mise au sein, des difficultés autour de l'oralité se présentent : l'ouverture de la bouche est limitée, O. a des difficultés de succion, elle fait des fausses routes silencieuses. Les examens mettent en avant la présence d'un trismus³. Cette complication d'origine neurologique contraint de poser une sonde naso-gastrique pour l'alimentation, impossible par voie orale. Un suivi génétique et en kinésithérapie autour des difficultés d'oralité se met en place. Après deux mois d'assistance néonatale, l'ouverture de la bouche reste limitée et nécessite de poser une gastrostomie⁴ qu'O. gardera pendant les deux premières années de sa vie. O. reste hospitalisée trois mois en réanimation néonatale, le séjour est ponctué par un passage en Unité Kangourou d'une dizaine de jour. Cette unité soutient la relation parent-enfant, notamment dans le cadre de difficultés autour de la naissance et des premiers mois. Avec O., une aide pour l'alimentation et les interactions précoces permet de préparer la sortie d'hôpital donc le retour à la maison. À sa sortie, à trois mois, O. ouvre les yeux pour la première fois depuis sa naissance.

¹ Un utérus contractile signifie, pendant la grossesse, un allongement de la fréquence et de la durée des contractions avant terme pouvant mener à un accouchement prématuré. C'est une complication souvent retrouvée chez les femmes de corpulence assez mince.

² CPAP : Continuous Positive Airway Pressure, est un dispositif de support à la ventilation.

³ Le trismus est une difficulté d'ordre neurologique qui entraîne une contraction constante et involontaire des muscles mandibulaires pouvant limiter voire empêcher l'ouverture de la bouche.

⁴ Création par voie chirurgicale ou endoscopique, à titre provisoire ou permanente, d'une ouverture de la paroi gastrique.

De retour de l'hôpital, un relais de prise en soin est assuré par un hôpital pédiatrique spécialisé en rééducation. Les professionnels remarquent chez O. la présence d'une raideur dans le membre inférieur gauche. Elle est alors régulièrement suivie, dès quatre mois, dans le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) pédiatrique. Dans son projet de soin de rééducation, il y a deux accompagnements en psychomotricité et kinésithérapie autour d'une spasticité⁵ du membre inférieur gauche avec dystonies⁶ et du trismus, source des difficultés concernant l'oralité alimentaire (notons qu'elle est toujours alimentée via sa gastrostomie) et a fortiori pour prévenir des difficultés de l'oralité langagière.

Pendant les premiers mois de vie, O. montre quelques difficultés dans le contact et la relation, ce qui devient une source d'inquiétude pour ses parents. En effet, les interactions sociales sont pauvres, le contact est fluctuant et les professionnels rééducateurs notent une fausse tenue de tête précoce en lien avec une hypertonie du plan postérieur. Du service de MPR pédiatrique, O. est dirigée vers le CAMSP pour une première consultation pédiatrique à un an et deux mois afin d'évaluer son développement global. Avec cette première consultation, le neuro-pédiatre réalise un bilan neuro-moteur et psychomoteur complet. Nous détaillerons les éléments de développement psychomoteur plus loin. Néanmoins, cet entretien met en avant des capacités d'interaction meilleures que dans les premiers mois, un retard dans l'acquisition du langage et surtout une nette amélioration de la spasticité dans le membre inférieur gauche. La prise en soin en MPR évolue, le kinésithérapeute arrête le suivi et ce sont la psychomotricité et l'orthophonie en soutien au développement du langage avec l'apport de la Langue des Signes Française (LSF) qui sont mis en place.

O. entre au CAMSP dans un parcours « Suivi en consultation pédiatrique » pour suivre un léger retard de développement et les difficultés persistantes autour de l'oralité et du développement du langage. Le relais entre l'hôpital pédiatrique et le CAMSP est en cours mais la prise en soin se poursuit en MPR. Ensuite, O. est revue à vingt mois pour une seconde consultation pédiatrique et la persistance des

⁵ Contraction d'un muscle ayant tous les caractères d'un spasme. Forme la plus fréquente d'hypertonie.

⁶ Il s'agit de contractions toniques involontaires.

difficultés d'oralité questionnent, O. commence à manger à la cuillère mais présente des réflexes nauséux à l'approche des morceaux. Elle est orientée vers un centre de référence pour une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale et des masséters⁷. Il est évoqué une possible injection de toxine botulique temporo-mandibulaire, qui ne sera finalement pas réalisée. Elle y passera également un bilan psychomoteur qui confirme le retard de développement global et le retard de langage. A deux ans, le relais vers le CAMSP est finalisé, le suivi en MPR se termine et une prise en soin orthophonique en libéral commence.

A deux ans et sept mois, l'ouverture de la bouche est meilleure et l'autonomie pendant les repas permettent un retrait de la gastrostomie. O. est maintenant intégrée dans un parcours de soin de type « Accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire ». La prise en soin débute par une période d'observation en binôme de professionnel. Le compte rendu d'observation est réalisé par une orthophoniste et une éducatrice de jeunes enfants. Il met en avant un retard global de développement sur le plan moteur, en lien avec une hypotonie globale et un manque de fluidité associé à une lenteur d'exécution. Sur le plan communicationnel et langagier, un retard persiste bien que les interactions soient adressées et l'attention de qualité. Le bilan confirme les troubles de l'oralité et le besoin de sécurité autour des temps de repas ainsi qu'une hypotonie bucco-faciale qui rend difficile l'intelligibilité d'O. pourtant en pleine explosion langagière.

Enfin, une inhibition psychomotrice est repérée dans le besoin de sécurité et de confiance pour soutenir les activités et une tendance à se figer devant la nouveauté ou le regard de l'autre sur son activité. Il est décidé pour O. de poursuivre l'accompagnement en orthophonie et de demander un accompagnement en psychomotricité. Devant la liste d'attente, la psychomotricité ne commence qu'en Septembre 2020, quand je la rencontre, elle a trois ans et deux mois.

Depuis qu'elle a un an, O. est gardée en crèche trois puis quatre jours par semaine et ce jusqu'à notre rencontre en Septembre 2020. Ayant eu trois ans cette année, l'entrée à l'école arrive. Cependant, du fait de l'accompagnement au CAMSP et

⁷ Muscle masticateur court.

devant l'inhibition psychomotrice et les difficultés d'alimentation qui ne lui permettent pas de participer seule au repas à la cantine, la scolarité est aménagée selon une entrée progressive au rythme de son développement. Ainsi, en Septembre, O. passe deux matinées à l'école avec un Accompagnement Elève en Situation du Handicap (AESH) et le reste de ses journées ont lieu à la crèche. Les séances en orthophonie et psychomotricité ont permis de montrer à Madame les compétences que présentaient O. chaque semaine. Allant dans le sens d'une non contre-indication à l'augmentation du temps scolaire, les concertations entre professionnels du CAMSP et de la crèche, l'équipe éducative à l'école et les discussions avec les parents permettent d'intégrer davantage O. dans la dynamique scolaire. En Janvier, O. passe trois journées complètes à l'école, elle est accompagnée sur le repas du midi par l'aide humaine et elle est propre depuis ce début d'année.

3) Dans la rencontre, un profil psychomoteur se dessine

Avec l'entrée au CAMSP, les consultations pédiatriques mettent en évidence le tableau des acquisitions psychomotrices et notamment quelques retards d'acquisitions : la station assise est maîtrisée à douze mois, la marche autonome à vingt-trois mois ; ainsi que des difficultés dans le développement du langage avec l'absence de mots à quinze mois, seulement des babillages canoniques et peu de demandes bien que le stock lexical se soit développé dans la troisième année de vie.

Elle réalise les acquisitions de motricité fine de son âge, elle est sensible aux activités tactiles et cherche à toucher les cheveux, des sensations douces ainsi qu'à manipuler la nourriture. Les somatognosies sont également évaluées, elles représentent la capacité à nommer les parties de son corps et à les reconnaître, sur soi et les autres. Elles sont efficaces, O. peut les nommer sur elle-même et les montrer sur une poupée, nous pouvons penser qu'elle a une bonne connaissance de son schéma corporel.

L'exploration génétique et neurologique en centre de référence est complétée par une échelle de développement psychomoteur du Brunet-Lézine Révisé, pour cet examen O. a 26 mois, c'est-à-dire 2 ans et 2 mois. N'ayant pas accès à la grille de l'échelle en elle-même, je m'intéresse au compte-rendu écrit. Il met en évidence des

quotients de développements partiels en-dessous du niveau d'âge (le niveau d'âge correspondant à un score de 85 et la moyenne à un score de 100) sur le plan langagier et postural avec des quotients de développement respectivement de 77 et 60.

Sur le plan des coordinations, O. se situe dans son niveau d'âge avec un score de 87. Enfin, O. montre de belles qualités relationnelles et attentionnelles avec un quotient de développement de sociabilité de 104.

En accord avec les conclusions des consultations pédiatriques du CAMSP, O. présente un retard de développement global sur le plan moteur et du langage essentiellement. En revanche, le quotient de développement de sociabilité nous laisse penser que les compétences communicationnelles et relationnelles sont de qualité.

Ensuite, la période d'observation en binôme professionnel au CAMSP a posé le tableau des compétences et difficultés d'O. avant sa prise en soin en psychomotricité. Sur le compte-rendu d'observation, nous retrouvons une inhibition dans le comportement exploratoire et les coordinations devant une hypotonie globale. Un manque d'aisance et un besoin de sécurité et d'étayage pour l'organisation et le déroulement des activités, surtout nouvelles. Pourtant, des qualités cognitives et dans le jeu se présentent comme des leviers pour l'accompagnement. En effet, O. est présente dans la relation, avec une bonne poursuite visuelle et une attention conjointe de qualité qui soutient les apprentissages par imitation immédiate et différée. Le jeu symbolique et le jeu de faire-semblant sont bien investis au domicile, O. se saisit de la poupée.

Enfin, dans la rencontre avec O., j'essaie à mon tour de dresser l'état des lieux de son développement psychomoteur. Lors de notre première séance, O. nous attend dans la salle d'attente, assise sur une chaise d'enfant, la tête collée contre la paroi qui laisse entrevoir le couloir. Elle a le regard rivé sur celui-ci dans l'attente de notre arrivée. O. nous aperçoit, elle se lève et patiente à l'entrée de l'espace d'attente. Une petite fille avec un regard vif et grand nous suit vers la salle de psychomotricité. Elle a une marche bien ancrée dans le sol, lourde et peu fluide comme retenue.

Dans son organisation corporelle générale, O. présente une répartition tonique dysharmonique avec un agrippement à la tonicité musculaire et au tonus pneumatique dans le haut du corps. Elle semble avoir des difficultés dans la mobilisation du bas du corps et dans les actions de repoussé. L'organisation gestuelle est soutenue par le croisement de l'axe, une bonne poursuite visuelle ainsi que des coordinations efficaces, bien que centrées autour de l'axe corporel. O. a les capacités motrices pour réaliser les acquisitions mais elle reste prudente face à la nouveauté.

Sur le plan de l'image du corps, O. semble avoir une bonne représentation de son schéma corporel. Cependant, l'image du corps est marquée par des angoisses corporelles envahissantes et sources de désorganisation. En effet, O. semble retenue dans les activités motrices, ce qui témoigne une certaine prudence voire une tendance à se figer. De plus, O. montre une adhésivité, souvent vis-à-vis de l'adulte, dont elle a besoin pour faire à sa place. De belles capacités, retenues parfois, évitées pour d'autres et le besoin d'étayage de l'adulte révèle une inhibition psychomotrice de fond que la mise en mouvement soulève au fur et à mesure.

Dans la relation, O. est collée à l'adulte dont elle reproduit les gestes, répète les mots parfois même jusqu'aux intonations. De prime abord, la relation n'est pas partagée, l'adulte assure la sécurité du cadre et permet de réaliser les actions ou de soutenir O. dans le déroulement de celles-ci, que ce soit pour faire avec ou à sa place. Sur son visage, peu d'expressions se dessinent, la motricité faciale est souvent figée, la mobilité des sourcils, des joues et des lèvres est réduite, notons que son trismus néonatal est toujours existant. Malgré des difficultés phono-articulatoires, en plus du tableau de troubles de l'oralité que nous avons évoqué, qui rendent son élocution parfois difficilement compréhensible, O. a un bon stock lexical et fait de belles associations d'idées entre le jeu et la réalité. Elle peut s'opposer et présenter ses souhaits pour formuler une demande. Nous remarquons d'emblée qu'elle a une très bonne mémoire, elle retient immédiatement les mots, les lieux et les situations avec beaucoup de détails et de précisions. Ces capacités sont soutenues par une belle qualité attentionnelle.

À travers le cadre médico-social et une histoire de vie débutée tôt dans le soin, nous rencontrons O. dans son parcours en psychomotricité. Je vous emmène avec moi dans le déroulement de cette année et de cette rencontre. Une source de questionnements. Pour certains, j'essaierai de trouver des réponses, pour d'autres peut-être les réponses viendront plus tard.

4) De l'observation clinique vers l'accompagnement en psychomotricité

Dès le début de mon stage je suis orientée vers un travail d'observation, la méthode d'observation des bébés d'Esther Bick est évoquée par ma maître de stage. Mais qu'est-ce-que l'observation ?

Observer, dans la clinique, ce n'est pas seulement voir, en effet la méthode d'observation des bébés selon Esther Bick met notamment en avant plusieurs principes : la réceptivité, la non-interférence et le respect des habitudes et des rythmes familiaux (Bick, 2006).

La réceptivité concerne la posture de l'observateur, c'est une posture d'écoute des émotions et des relations qui se jouent devant nous.

La non-interférence consiste à rester en posture d'observateur et donc de ne pas intervenir dans la relation pour ne pas la modifier, ni l'influencer.

Enfin, le respect des rythmes demande de prendre en compte l'espace et le lieu d'intervention en lien avec les rythmes biologiques de l'enfant, ses besoins ainsi que ceux de la famille. Dans le cadre du CAMSP, le rythme est imposé par le cadre de la séance avec un horaire et un lieu fixe d'une semaine à l'autre intégré dans le rythme de la semaine d'école d'O. et de travail de ses parents.

Avec ses principes en tête, je suis les étapes de la méthode d'observation. Je commence à observer, je prends le temps d'écrire puis, comme une forme de supervision, j'échange mes réflexions avec la psychomotricienne. Ainsi, je me laisse guider par la scène que j'observe, j'essaie de saisir les éléments psychomoteurs bruts, les transitions, les expressions symptomatiques et surtout j'observe de quelle façon tous ces éléments se déroulent dans le jeu. Ensuite, je prends le temps d'écrire, de détailler avec le moins d'interprétation possible une ou plusieurs scènes que je viens d'observer.

Pour préciser, je parle parfois d'échanges avec la maman. Sa présence ne s'inscrit pas dans une prise en charge mère-enfant mais bien dans un choix institutionnel qui permet aux parents d'accompagner la séance de leur enfant au CAMSP. Ainsi, pour certaines raisons, la maman ne pouvant plus accompagner O. à un moment de l'année, le choix est fait de poursuivre les séances pour O. seule, la nouvelle accompagnatrice n'étant pas un parent.

Je me propose alors de vous présenter ces scènes cliniques sous la forme de vignettes en suivant leur ordre chronologique.

Première vignette, 3 ans et 2 mois

« Dès son arrivée, O. saisit le bébé et refuse de retirer son manteau. Elle demande à jouer au bébé qui ne veut pas manger. La psychomotricienne met en place des morceaux de pâte à modeler dans une assiette, elle demande à O. de tenir le bébé, O. répond "non c'est toi". La psychomotricienne approche une cuillère de la bouche du bébé, elle prend le bras du bébé et fait tomber les morceaux en disant "non !" et le bébé jette la cuillère. O. retient sa respiration puis rigole quand la cuillère tombe et ses bras se tendent vers l'extérieur. La psychomotricienne demande alors à O. : "qu'est ce qu'il fait le bébé ?", O. répond "il a jeté, il ne veut pas manger". »

Deuxième vignette, même séance

« La psychomotricienne fait glisser le petit chat en peluche sur le toboggan. Avec les descentes qui se succèdent, la psychomotricienne accompagne de sa voix : "attention, attention, il arriive !". Spectatrice, O. serre les dents, elle s'enserme avec ses bras jusqu'à trembler, quand le petit chat arrive au sol, elle souffle fort, rigole, ses bras tombent de chaque côté de son corps. Elle dit "il a peur du toboggan petit chat". La psychomotricienne demande à O. si elle veut monter sur le toboggan, elle répond "non" et recule de quelques pas. Elle propose à O. de tirer la ficelle à laquelle est attaché le petit chat pour le faire glisser sur le toboggan, O. dit "non c'est toi". »

Avec ces observations, je note que la mise en situation des émotions et de l'excitation, avec le rejet de la nourriture et la descente du toboggan, suscite des réactions toniques importantes. O. se recrute toniquement et s'accroche à la respiration. Par l'expression de la peur liée à la descente du toboggan, dans ses refus et dans son langage, j'émet l'hypothèse d'une angoisse de chute. Avec la répétition de ce jeu, je remarque également qu'O. reste spectatrice et refuse d'essayer de prendre une place à l'intérieur de cette expérience, elle exprime sa volonté de laisser l'autre faire avec le "non c'est toi".

De plus, je note que la tonalité de son rire se transforme avec la répétition, il devient forcé, se mêle au relâchement de la tension. Ce rire me donne l'impression d'une décharge tonique. La régulation tonique est en tout ou rien : hypertonie et accrochage au tonus et à la respiration, puis décharge respiratoire et tonique accompagné du rire.

Avec ces deux premières vignettes, j'introduis l'utilisation du bébé et du petit chat. Ces deux objets présents dans la salle de psychomotricité seront plusieurs fois réutilisés et je décrirai leur utilisation dans quelques vignettes à suivre.

Troisième vignette, 3 ans et 3 mois :

« O. retrouve le bébé et demande à jouer au toboggan et réclame le petit chat. Cette fois-ci, le petit chat n'a plus peur du toboggan, mais le bébé a peur et O. demande à faire le toboggan et à grimper à l'espalier. Son premier pas est résistant, elle montre des difficultés pour pousser sur ses pieds. La psychomotricienne l'encourage verbalement et la soutient physiquement sous le bassin pour grimper à l'espalier. La psychomotricienne s'installe sur le toboggan, aide O. à se positionner devant elle. O. demande alors à prendre le petit chat et le bébé qu'elle tient devant elle dans ses bras. "Attention, on descend, on descend !", O. se tend sur son axe, ses bras serrent de plus en plus fort le bébé et le petit chat. Ils arrivent sur le tapis, O. arrive jambes tendues et résiste à s'allonger et rouler au sol, arrivée en bas, elle souffle fort et rit. »

Cette expérience sera répétée plusieurs fois, dans le même ordre. La décharge tonique observée dans cette première expérience cède dès la deuxième descente mais la tension des membres et de l'axe reste visible. Avec cette vignette, je note l'appréhension de la chute et du laisser-aller sur le sol. En effet, O. résiste, repousse, reste à quatre pattes et se relève, même si elle est accompagnée jusqu'à s'allonger. Peut-être cette conduite est-elle à mettre en lien avec les intrusions autour de l'estomac avec la présence de la gastrostomie. La présence d'un tube, corps étranger pendant les deux premières années de vie a pu être à l'origine d'un évitement de la station ventrale. Je note également que dans ses verbalisations ultérieures, seul le bébé a peur de la descente. O. demandera à recommencer plusieurs fois pendant cette séance et les séances suivantes. Chaque fois, la tension se fera moins importante.

Quatrième vignette, 3 ans et 3 mois

« O. demande à jouer "au bébé qui tape et le petit chat il est pas content". Le petit chat est posé sur une étagère à hauteur du regard d'O., donc la psychomotricienne lui propose de le chercher. Cette recherche s'éternise car O. fixe son attention sur les mains de la psychomotricienne qui fait semblant de chercher à sa place. O. se colle à elle, se met devant elle et cherche au niveau de ses mains, elle regarde là où la psychomotricienne regarde et répète ses paroles "oh bah il est où ce petit chat ?". O. finit par le trouver fortuitement. Elle positionne le petit chat sur les genoux de la psychomotricienne et prend le bébé à deux mains, d'un coup elle se tape la tête avec le bébé. La psychomotricienne, qui parle pour le petit chat, montre son mécontentement. Elle prend le bébé des mains d'O. et joue la colère du petit chat qui gronde le bébé et le punit. O. regarde attentivement ce qui se passe puis elle s'éloigne de cette proposition et demande de jouer à autre chose. »

Je note qu'O. présente une certaine difficulté à faire par elle-même, notamment dans la recherche de l'objet. Elle se colle à l'adulte, répète ses paroles de manière écholalique, c'est-à-dire qu'elle répète à l'identique ce qu'elle vient d'entendre. De plus, elle adhère à son regard avant de chercher dans la même direction. Elle a tendance à se coller physiquement également, comportement que j'observerai à

plusieurs reprises au fil des semaines notamment dans les moments de transition entre deux propositions. Je note également que, devant l'excitation et les émotions fortes jouées par l'autre, O. se referme et évite de poursuivre la proposition. Avec l'agressivité du bébé, je fais plusieurs hypothèses :

- O. cherche-t-elle à mettre en jeu une forme d'agressivité qui pourrait témoigner de mouvements internes difficiles à appréhender ?
- Avec l'action de taper, O. manifeste-t-elle la recherche des limites corporelles de son corps ?

Cinquième vignette, 3 ans et 4 mois

Avec cette vignette, j'ajoute quelques précisions. Afin de mettre en jeu le bain du bébé, nous avons introduit l'utilisation de lentilles dont la sensation reproduit fidèlement celle de l'eau sur la peau. O. redemande les lentilles sur plusieurs séances et avec la dinette leur utilisation a été détournée pour remettre en scène le repas. Comme je l'avais évoqué dans l'anamnèse, la question de l'oralité alimentaire est source de difficulté depuis la naissance chez O., elle amène souvent ce jeu pendant les séances.

« Installée dans le plancher avec des rebords, O. s'assoit en écartant les jambes et déverse le contenu de la boîte qui se trouve devant elle, les lentilles tombent sur le plancher. La psychomotricienne se positionne en face d'elle et tient le bébé qui ne veut pas manger, à la demande d'O. Elle saisit une cuillère en prise palmaire avec sa main droite, elle passe la cuillère dans les lentilles, relève son bras, la cuillère est vide. Elle replonge la cuillère, la relève pleine. Elle approche la cuillère de la bouche du bébé dans un mouvement complet du buste qui progresse vers l'avant, son bassin reste stable. Au moment de mettre les lentilles dans la bouche du bébé, O. se tend sur son axe, ses bras se rigidifient ce qui entraîne un léger tremblement. Le bébé tape sur la cuillère et fait tomber les lentilles. O. est prise d'un fou rire, ses mains s'agitent, ses bras se tendent, elle se tourne et croise mon regard, puis elle se retourne vers le bébé, place ses mains sur ses hanches et dit "non mais bébé, c'est pas possible !". »

Dans la suite de cette proposition, O. ira plus loin dans la conduite de forçage dans la bouche du bébé. Je note ici la rigidité dans le corps d'O. et dans ses appuis, très symétriques. Cette tension se perçoit même de l'extérieur, elle s'associe avec l'appréhension à chaque approche de la cuillère au niveau de la bouche du bébé. Au fur et à mesure, elle se relâche et la motricité s'organise, la tonicité cède. Je note également, une forme de jubilation motrice dans la répétition de cette expérience et le partage de celle-ci avec toutes les personnes qui se trouvent dans la pièce. Quand elle vient contacter le regard de chacun, elle semble vouloir communiquer son plaisir dans le jeu.

Une conversation avec l'orthophoniste nous révélera qu'O. a vécu quelques jours plus tôt une visite chez le dentiste. Elle a manifesté une certaine agitation nécessitant l'intervention de plusieurs personnes pour la maintenir en place sur la table d'examen afin d'examiner l'état de sa dentition. Nous pouvons penser qu'O. se sent suffisamment sécurisée dans l'espace de la psychomotricité pour projeter et mettre en jeu des scènes de vie quotidienne qui génèrent une certaine appréhension.

Sixième vignette, 3 ans et 4 mois

« Assise en écart, O. prend une poignée de lentilles qu'elle verse sur le ventre et le visage du bébé. Puis elle prend une grosse poignée et lève son bras au-dessus de sa tête dans un mouvement d'extension rapide, qui semble peu contrôlé. Toutes les lentilles tombent sur le visage d'O. ainsi que dans sa bouche. Ses bras se tendent et se crispent, elle commence à délicatement brosser son visage avec sa main pour retirer les lentilles, elle vient avec une pince fine retirer celles qui sont dans sa bouche. Elle s'arrête, regarde autour d'elle, prend le bébé et reverse délicatement les lentilles sur le ventre du bébé. »

J'observe ici que le plaisir du jeu a dépassé le contrôle habituel sur l'activité. Emportée par son mouvement, O. s'est retrouvée avec la sensation d'apparence désagréable des lentilles sur son visage et dans sa bouche. Nous pensions qu'elle

serait désemparée, peut-être même angoissée et figée ne sachant pas comment réagir. Bien que sa réaction immédiate et instinctive fut exprimée par une tension importante dans le corps, sorte de syncinésies⁸ à diffusion tonique au départ des muscles faciaux, O. s'adapte rapidement à la situation pour s'en sortir par ses propres moyens. Puis elle reprend son activité initiale.

Notons également que dans cette scène, c'est O. qui tient elle-même le bébé, s'organisant alors dans une activité de coopération bimanuelle là où avant elle sollicitait la psychomotricienne pour tenir le bébé. En effet, lors de cette scène, la psychomotricienne pose quelques questions à la maman d'O., profitant également de ce moment pour observer le jeu spontané d'O. et sa capacité à jouer seule sous le regard bienveillant des adultes dans la pièce.

Je formule ici l'hypothèse que la répétition de ce jeu autour de la nourriture, de la douche avec les lentilles et d'autres supports a pu permettre une certaine anticipation de l'expérience lui permettant ainsi de faire seule et d'abaisser le niveau d'appréhension pour laisser place au plaisir de l'expérience. Ici, O. est actrice de son activité et fait face seule à une situation qui pouvait lui être désagréable voire angoissante. A la fin de cette séance, O. ne répondra pas à notre "au revoir", elle sortira avant sa maman de la salle de psychomotricité, pressée d'aller voir les décorations de Noël dans la rue. O. montre ici un réel détachement de la situation, elle est embarquée par ses envies d'enfant et dans sa volonté de faire autre chose. Je perçois ici une forme de subjectivation par l'expression de ses désirs et d'individuation dans sa capacité à faire et être seule.

⁸ Mouvement involontaire souvent inconscient, survenant dans un groupe musculaire inapproprié à l'occasion d'un mouvement volontaire homolatéral ou controlatéral.

Septième vignette, 3 ans et 6 mois

« Elle s'installe dans le plancher, saisit la boîte pour tout vider, nous l'aidons en versant les lentilles comme une fontaine. Elle se relève rapidement pour sortir du plancher et observer la chute des lentilles en s'assurant de ne pas être en contact avec celles-ci. Puis elle revient dans le plancher et veut jouer "au bébé qui ne veut pas manger". C'est la psychomotricienne qui doit tenir le bébé, O. avance une cuillère remplie de lentilles, elle rigole et dit "oh bébé, c'est pas possible, il faut manger !". Nous introduisons un crocodile qui dévore tout, il a très faim tout le temps et engloutit de grosses quantités de nourriture. O. regarde la scène, elle penche la tête sur le côté, curieuse semble-t'il, intéressée tout du moins. Elle s'étonne avec des "oh mais, il mange tout !". Elle le saisit pour voir les lentilles qui restent coincées dans sa gueule. »

S'ensuit un jeu où le crocodile n'a plus accès à la nourriture et doit contenir son envie de tout dévorer. Il ne reste alors que les orteils d'O. qu'elle retire rapidement quand nous approchons le crocodile de ses pieds. Ensuite, la psychomotricienne prête son doigt au crocodile pour le dévorer. O. s'en amuse, elle approche alors elle-même le crocodile de la main de la psychomotricienne et utilise son autre main pour maintenir le doigt dans la gueule du crocodile. Puis nous empêchons cette dévoration en fermant la gueule du crocodile avec du scotch, O. est très intriguée, elle observe longtemps le scotch mais n'essaie pas de le retirer.

Je précise que cette séance se passe après plusieurs semaines sans voir O.. De plus, un changement dans sa routine s'est mis en place, ce n'est plus sa maman qui la conduit et l'accompagne au CAMSP mais une amie des parents. Elle se trouve maintenant seule avec nous en séance. Cette transition a été préparée et se passe bien, cependant avec cette séance, je note qu'O. a besoin de repasser par des jeux qu'elle réalisait il y a quelques temps avec le bébé et qu'elle avait délaissé les séances passées. Toutefois, O. y est devenue plus actrice et propose une alternance des rôles entre nous trois.

Ici, devant la demande d'une activité mainte fois répétée, nous introduisons un nouvel élément. Un crocodile en plastique qui vient représenter l'opposé du bébé. Là où le bébé refuse toujours de manger et jette la nourriture, le crocodile vient tout dévorer. Ce crocodile représente une variation dans une activité répétitive, il suscite de nouvelles réactions.

Cette séance est la première où je me détache de mon rôle d'observatrice pour devenir une personne intégrée à la séance et aux propositions. Ce changement ne semble pas modifier le cours de la séance pour O., elle me sollicite peu et se tourne de manière privilégiée vers la psychomotricienne pour formuler une demande. Je note alors qu'il existe une relation bien installée et que l'autre n'est pas interchangeable, ce qui m'amène à formuler l'hypothèse qu'O. a intégré des invariants de son environnement qui lui permette à la fois de supporter une modification de sa routine, comme l'absence de sa mère en séance, et la présence au sein du jeu d'une nouvelle personne. De mon côté, cette séance me fait réfléchir sur ma présence, celle d'un tiers dans la relation qu'entretient O. avec la psychomotricienne. Je peux ainsi amener une variation sans imposer mes envies ce qui pourraient modifier les besoins qu'O. amène d'elle-même dans son jeu spontané.

Huitième vignette, 3 ans et 7 mois

« La psychomotricienne propose de mettre le bébé dans une boîte en carton qui se trouve à côté d'elle. Ayant une idée, elle propose que le chat poste une lettre au bébé :

- "Pourquoi ?"
- "Comme ça il sera content !"

Nous demandons à O. de poster l'enveloppe, elle s'organise pour orienter l'enveloppe dans le bon sens afin qu'elle passe dans la fente. Puis, mimant l'impatience et l'excitation du bébé content de recevoir sa lettre, nous ouvrons la boîte, c'est le bébé qui ouvre l'enveloppe. O. partage notre excitation, quand l'enveloppe est ouverte elle dit :

- "Mais il n'y a rien dans l'enveloppe"
- "Alors on va écrire quelque chose"

O. ne souhaite pas écrire elle-même, afin qu'elle participe autrement, nous demandons :

- "Qu'est ce qu'on peut écrire ?"
- "Bébé", répond O.
- "Quoi d'autre ?"

Elle ne répond pas, nous proposons d'écrire : "Pour Bébé, avec un petit cœur". O. ne dessine pas, elle participe au choix des couleurs. Une fois remplie, O. s'en va poster l'enveloppe à nouveau. Nous rejouons la scène, l'excitation du bébé qui va ouvrir la lettre. O. regarde la scène, observatrice, elle sourit et agite un peu les bras, elle fait osciller son regard entre la scène et nos regards expressifs. A présent, nous mettons le bébé et le petit chat de côté, la psychomotricienne annonce qu'elle va écrire une lettre pour O., elle n'a pas le droit de regarder. A ce moment, O. se fige dans le dos de la psychomotricienne, je lui demande ce qu'on pourrait faire en attendant. O. s'assoit, attend, ne répondant pas à mes sollicitations, alors je patiente avec elle. La psychomotricienne poste la lettre dans la boîte, O. la suit du regard sans bouger, elle se lève ensuite pour aller ouvrir la boîte. Elle sort le papier de l'enveloppe et reste perplexe puis elle devine le dessin.

- "Maintenant, on fait une lettre pour qui ?", je demande à O.
- "Pour L. (la psychomotricienne)", répond O.
- "C'est toi qui fais O. ?"
- "Non, c'est toi"

Me voilà partie faire la lettre. Une fois postée, la psychomotricienne s'empresse d'ouvrir son courrier, elle manifeste de la joie, O. sourit et se réjouit à son tour.

- "Maintenant c'est à qui ?", demande la psychomotricienne à O.
- "Pour A. !"
- "Tu veux le faire O. ?"
- "Non c'est toi", désignant cette fois la psychomotricienne

Elle sollicite O. pour l'aider, O. ne prend pas les crayons mais elle observe. Je manifeste mon impatience et ma difficulté à supporter l'attente de ce cadeau. Cette fois, la psychomotricienne fait semblant d'avoir des difficultés à poster la lettre, O. lui explique comment faire, puis la voyant toujours embarrasser, elle prend la lettre et lui montre comment faire. »

A partir du choix d'O. de prendre le bébé et le petit chat, une nouvelle proposition est introduite dans le jeu. Un jeu d'échange avec la lettre, un cadeau à offrir, une surprise à préparer. Comme nous l'avons vu dans les vignettes précédentes, face à la nouveauté, O. a tendance à se montrer prudente, elle demande à l'autre de faire. Pourtant, elle prend sa place dans cette proposition, avec notre soutien, pour désigner ce que chacun doit faire, elle partage la surprise de la découverte du courrier. Par ailleurs, devant la difficulté que l'autre communique, O. peut tout à fait se montrer adaptée et venir en aide à l'autre.

Bien qu'elle n'aie pas voulu dessiner, "écrire", elle s'est intégrée à la proposition en allant poster la lettre, en attendant son tour et en partageant le plaisir de l'autre.

De plus, cette proposition a permis de faire circuler les interactions. Chacune notre tour nous avons fait pour l'autre, reçu de l'autre, partager l'attente avec l'autre. Cette circulation des rôles offre une certaine variation à l'expérience, tout le monde à sa place, la relation n'est plus binaire mais dans une triangulation relationnelle.

Neuvième vignette, 3 ans et 10 mois

« O. arrive avec l'orthophoniste, elle a oublié Olaf (son doudou), elle rigole et retourne le chercher. De retour dans la salle de psychomotricité, elle cherche le bébé et dit "qu'est ce qu'il veut faire le bébé ?", nous répétons sa question. Elle répond alors "il veut faire le bateau". Nous allons chercher la bascule rouge en plastique, O. y positionne le bébé, elle ne veut pas le faire. La psychomotricienne initie le balancement et l'accompagne d'un "on va de plus en plus vite, attention, attention !" avant de faire chavirer la bascule. Le bébé tombe. La psychomotricienne prend alors une expression de surprise, les sourcils rehaussés et porte ses mains à son visage. O. la regarde et l'imité. Je regarde O. et l'imité à mon tour. Alors O. s'approche de moi, elle vient presque se coller à mon visage et fixe mon regard. Je me fige quelques instants, nouvelle de cette proximité puis je dis "oh ! il est tombé le bébé mais il s'est bien amusé". Nous rions, O. aussi mais d'un rire saccadé "ah ... ah ... ah" comme on lirait dans un livre. Nous répétons plusieurs fois cette expérience. »

« O. veut changer d'activité : "qu'est ce qu'il veut faire le bébé maintenant ?" et tourne sur elle-même pour scanner la pièce en recherche d'une idée. Nous lui proposons d'ouvrir les placards, elle y retrouve le petit chat qu'elle sort puis met de côté, elle ne le reprendra pas. Elle trouve une boîte qui contient plusieurs petits objets, dont une petite boîte avec un tiroir coulissant. Elle y cache un objet et veut offrir la boîte au bébé, posé sur les genoux de la psychomotricienne. Elle me tend cette boîte et m'indique que c'est moi qui doit l'ouvrir. Cherchant à susciter une réaction, j'ouvre très lentement la boîte, O. se tend et agite ses bras. La psychomotricienne qui tient le bébé utilise son bras pour ouvrir plus vite la boîte, interprétant l'impatience grandissante. Alors je dis : "Bébé, si tu ne peux pas attendre, tant pis, je la referme !" et éloigne la boîte. Il y a un moment d'arrêt, la psychomotricienne le rompt et met en scène la frustration et la colère du bébé en le remuant dans tous les sens. O. a un rire de décharge, elle se tend et hausse les sourcils puis prend la boîte pour l'approcher et l'éloigner encore, tout en observant les réactions du bébé. »

Avec cette vignette, je met en évidence une nouveauté dans mon expérience de stagiaire cette année, la proximité avec cette patiente. Contrairement à d'habitude, cette fois-ci, O. est venue plusieurs fois se coller contre moi que ce soit avec son regard ou pour s'appuyer sur moi sur un passage de la séance que je ne décris pas. J'observe alors ici le recours à une certaine forme de collage, d'adhésivité et un comportement plaqué. Celui-ci se retrouve lors de phases de transition dans les activités. Souvent utilisé par la psychomotricienne au début de l'année, O. reprend cette phrase : "qu'est ce qu'il veut faire le bébé maintenant ?".

Comme d'habitude également, ces vignettes représentent des propositions dans la séance qui se sont répétées plusieurs fois. C'est O. qui initie ces répétitions, observant finement nos réactions et celles que nous attribuons au bébé. Nous essayons ici de mettre en figuration des mouvements pulsionnels internes : pousser, contraindre, empêcher d'ouvrir la boîte, accélérer, ... la réaction d'O. est instinctivement la même, un état de tension interne, le blocage de la respiration puis une décharge tonique et respiratoire parfois accompagnée d'un rire. Pourtant, contrairement au début de l'année, O. semble mieux se réguler et plus rapidement

avec la répétition. Elle demande plusieurs fois à faire autre chose en passant par les envies du bébé.

Avec ces quelques vignettes cliniques d'observation puis d'intervention, je propose un regard sur une partie de la prise en soin d'O. Je reprends et questionne ces observations au fur et à mesure de ce mémoire afin d'apporter des éléments d'éclairage de la clinique psychomotrice.

5) L'émergence d'un questionnement

C'est à partir de ces observations cliniques qui témoignent du suivi en psychomotricité sur plusieurs mois que je construis mon questionnement. Je note alors trois signes importants dans la construction psychocorporelle d'O. :

- Le comportement adhésif à l'autre
- La place des angoisses corporelles
- Le besoin de l'autre

Je note également, à mesure des semaines, que la mise en forme du matériel qu'O. apporte dans le jeu spontané, la répétition et la transformation de ces propositions entraîne une évolution dans le jeu et dans la relation. Ainsi, je formule la problématique suivante :

Dans quelles mesures la clinique psychomotrice peut-elle mettre en évidence des failles dans la construction précoce de l'image du corps et de quelle manière la prise en soin peut-elle accompagner cette construction ?

II. Vers une compréhension de la construction de l'image du corps

Nombreux sont les auteurs qui ont tenté de décrire la construction de l'image du corps. Depuis les apports de la phénoménologie en philosophie, en passant par ceux de la psychanalyse et de la neurophysiologie vers une conceptualisation dans le domaine de la psychomotricité. Les concepts de schéma corporel et d'image du corps trouvent de nombreuses définitions. Celles-ci intègrent plusieurs dimensions, plus ou moins articulées en fonction du champ de compétence de leur théoricien.

1) Le schéma corporel, un fondement de l'image du corps

Le schéma corporel constitue un fondement de l'image du corps. Le concept de schéma corporel se développe à partir des découvertes de la neurologie en lien avec le fonctionnement des zones cérébrales. La notion de schéma corporel englobe une connaissance des différentes parties du corps, nous parlons de somatognosies. De plus, la conscience des volumes et la conscience de leur emplacement dans l'espace, nous amène à parler de proprioception.

Pierre Bonnier (1861 - 1918), neurologue français, est le premier à introduire la notion de schéma du corps en 1883. Suite à des travaux sur la fonction vestibulaire et le vertige, il précise que l'attitude d'un segment du corps représente « *le lieu qu'il occupe dans l'espace, par rapport à celui des autres segments* » (Bonnier, 1904, p.39). Sa définition implique une représentation topographique du corps permettant de le situer dans l'espace et de percevoir les limites du corps. À partir d'une conception neurologique, il définit ce modèle postural comme une référence dans le temps et l'espace du corps lui permettant de reconnaître les stimulations, de les localiser sur ce modèle (Descamps, 1986).

Henry Head (1861 - 1940), neurologue anglais, introduit en 1911 la notion de schéma postural du corps et « *considère les données posturales comme la base du modèle postural du corps [...] auquel sont confrontées toutes les perceptions nouvelles* » (P. Schilder, 2009, p.41). Ainsi, H. Head confirme l'idée selon laquelle le schéma postural du corps sert de référence spatiale pour la conscience des modifications posturales qui le traverse, ce à quoi il ajoute une dimension temporelle qui intègre l'influence de nouvelles perceptions.

Les apports de P. Bonnier et H. Head ont permis d'établir un premier consensus qui consiste à dire que le schéma corporel est une représentation du corps qui permet de reconnaître la position des segments corporels dans l'espace afin de s'y ajuster en permanence, de manière non consciente. (Morin, 2013). Ainsi peut-on dire que le schéma corporel correspond à une image tridimensionnelle du corps construit à partir des expériences corporelles et qui permet une adaptation dans l'espace.

Julian de Ajuriaguerra (1911 - 1993), médecin espagnol, propose une vision intégrative du corps en relation. Il intègre la dimension neurologique du corps, comme base de la mise en mouvement et d'expression des variations du tonus, qu'il articule avec la dimension relationnelle de l'expérimentation. Le corps est le support et l'objet du mouvement exploratoire et de la relation au monde et aux autres. Le corps permet une action sur le monde et ce mouvement d'aller-vers participe en retour de sa construction.

André Bullinger (1941 - 2015), ingénieur de formation et psychologue, intègre la construction du schéma corporel aux expériences sensori-motrices du jeune enfant. Cependant il distingue deux notions que sont l'organisme et le corps. La sensori-motricité correspond alors à la liaison entre les sensations et les mouvements. Il s'inscrit dans une perspective développementale qui intègre la réalité biologique de l'organisme, l'influence du milieu dans le remaniement des représentations psychiques du corps qui lui est soumis et s'y adapte ainsi que l'apport des relations humaines qui permettent une inscription affective des expériences sensori-motrices.

Actuellement, la définition de schéma corporel intègre la dimension biologique, en cela qu'il constitue le cadre de référence de nos actions, et la dimension environnementale. Donc le schéma corporel est un concept bio-psycho-social qui se construit à partir des perceptions et impressions corporelles. Il est le cadre de référence spatial de l'action et de la relation au monde et aux autres (Bullinger, 2004).

2) Entre schéma corporel et image du corps, l'apport de P. Schilder

Paul Schilder (1886 - 1940), neurologue autrichien, dans son ouvrage publié en 1935, essaye de théoriser et de définir la notion d'image du corps dans sa réalité biologique, sa construction libidinale et sa dimension sociale. Il tente alors de proposer une vision globale de la représentation du corps.

Selon P. Schilder, « *le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même.* » (Schilder, 2009, p.35), à partir du matériel biologiquement déterminé et en lien avec une dimension topographique du corps qui n'est pas immuable, il va au contraire subir des changements. Il s'inspire du concept de schéma corporel tel que l'a décrit H. Head auquel il apporte une précision du point de vue de la psychanalyse, avec l'impact de la libido. La libido est un concept psychanalytique introduit par S. Freud qui représente l'expression d'une pulsion, à l'origine sexuelle, qui vient à portée du psychisme (Pireyre, 2011). Autrement dit, une manifestation inconsciente amenée au seuil de la conscience. Cette définition intègre donc une influence inconsciente de la vie psychique sur le corps en lien avec le désir.

Ainsi, « *il y a une "base neurologique" de l'image du corps, qui en fournit les matériaux ; c'est la libido qui confère à ces matériaux une structure et une signification ; enfin il existe une interaction sociale des images du corps, qui les informe en retour.* » (Schilder, 2009, p.9). P. Schilder propose alors une représentation bio-psycho-sociale de l'image du corps, la base biologique et neurologique étant le schéma corporel qui, intégré dans une dimension

psychologique, relationnelle et émotionnelle participe de la construction de la représentation de l'image du corps. Ainsi, le matériel neurologique et les afférences sensorielles représentent un matériel biologique de base, support des expériences. Nous précisons que, d'un point de vue psychomoteur, cette représentation neurologique est liée au modèle postural du corps et donc aux influences du tonus.

Puis, c'est la libido et le désir qui permettent la reconnaissance de l'intérêt dans l'expérience. Enfin, l'intersubjectivité dans l'expérience, apporte une variation et une triangulation de l'expérience au service d'une transformation dans le psychisme qui prend sens et construit une représentation du corps intégrée à l'appareil psychique. C'est cette intégration qui permet le remaniement permanent et ajusté aux nouvelles expériences de l'image du corps.

Cette image semble provenir de nombreux facteurs internes et externes, dépendant de la relation aux autres. L'image du corps est donc amenée à être constamment remaniée comme la synthèse de notre existence qui porte la trace émotionnelle des événements de notre vie.

3) Quelques apports de la psychanalyse

a) Des concepts spécifiques

Nous avons vu avec P. Schilder que l'image du corps comporte une dimension psychologique en lien avec le désir et la pulsion qui pourrait orienter l'expérience et son intérêt pour la représentation de l'image du corps, de manière inconsciente.

La psychanalyse, particulièrement développée avec les travaux de Sigmund Freud (1856 - 1939), psychanalyste allemand, introduit la notion de pulsion et place le corps à l'origine de celles-ci. La pulsion peut être définie comme une force biologique inconsciente qui suscite une certaine conduite (Pireyre, 2011), ce qui rejoint l'idée selon laquelle la pulsion peut donner une forme au corps au service de l'expérience sensorielle et motrice.

La mise en jeu des pulsions sur les différentes parties du corps permet de construire des expériences de plaisir et de déplaisir, lié au concept de libido. Selon S. Freud, « *la libido qui est l'expression d'une tendance à obtenir une satisfaction par le moyen des objets* » (Freud, 1961, p. 382). Ainsi le corps devient le lieu d'inscription des expériences libidinales sous forme de zones érogènes qui sont à relier au narcissisme primaire. D'après S. Freud, il correspond à « *la surestimation de la puissance de leurs souhaits et de leurs actes psychiques, la toute-puissance de leurs pensées* » (Cité par Penot, 2009). Le narcissisme correspond à la mise en sens de cette libido, et à son déplacement, d'abord par une personne extérieure, puis par soi-même. Le narcissisme primaire désigne une construction psychique de l'enfant, celle-ci correspond à l'illusion d'auto-satisfaction des pulsions (ou toute-puissance infantile) que l'enfant, encore non distingué de l'autre, porte sur son propre corps. A ce moment, il pense que l'action de l'autre pour satisfaire l'expression libidinale de la pulsion provient de lui. Pendant cette période de construction, la libido et les pulsions vont investir le corps propre et l'autre. Cet investissement corporel prend chez l'enfant un caractère relationnel et partagé qui évolue vers une perception unifiée du corps. C'est la dimension intersubjective de ces expériences qui permet une perception différenciée (de l'autre) du corps propre.

Dans la continuité des travaux de la psychanalyse, Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, différencie bien le schéma corporel de l'image du corps et elle définit les différents stades de développement de celle-ci. Ainsi, elle écrit « *L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes élictives, archaïques ou actuelles* » (Dolto, 2014, p.22). Cette image du corps intègre trois images : « *l'image de base* », « *l'image fonctionnelle* » et « *l'image érogène* » et c'est la liaison de ces trois composantes qui en fait une image du corps dynamique qui se construit à travers les relations (Dolto, 2014). L'image du corps est propre à chacun, elle dépend de ses expériences, de son histoire émotionnelle et relationnelle.

Ainsi, l'apport de la psychanalyse amène la dimension pulsionnelle qui donne forme au corps et la dimension émotionnelle de la relation qui lui donne sens et participe de l'individuation.

b) Une conception psychanalytique contemporaine de l'image du corps

Avec l'élaboration d'une grille de suivi du développement précoce de l'enfant, Geneviève Haag, psychanalyste et pédopsychiatre, définit plusieurs étapes de la formation de l'image du corps. Je définis les suivantes : l'adhésivité normale, les identifications intracorporelles, la contenance et les boucles de retours, la projection vers une séparation et l'individuation.

A la naissance, le bébé est dans une relation de dépendance totale à son environnement. A ce moment, son image du corps n'est pas structurante, il en a une perception morcelée. Confronté à une multitude de stimulations sensorielles (visuelle, auditive, olfactive, gustative, tactile, labyrinthique et celles de la gravité), le bébé a recours à deux modes de régulation : l'agrippement ou le retrait (Haag, 1992). Ces états sont à mettre en lien avec la bipolarité tonique initiale. En effet, au début de la vie, le bébé s'organise selon deux extrêmes toniques : l'hypertonie périphérique et de besoin qui amène une sensation de dur, de solidité avec un agrippement à la tonicité voire à la respiration et se manifeste par des cris et des pleurs ; face à la l'hypotonie axiale ou de satisfaction qui amène des sensations de mou, plus agréables, propices à l'endormissement.

Ces états primitifs de régulation témoignent du manque d'unité de la représentation corporelle et de la présence d'angoisses corporelles archaïques (par exemple angoisse de chute, angoisse de liquéfaction). En effet, « *Dans les étapes précoces, le sentiment de continuité d'exister n'est pas établi dans une organisation tridimensionnelle de contenance stable [...], mais sur des perçus rythmiques de régularités de communications sensorielles/émotionnelles* » (Haag, 2006, p.40). La rythmicité des alternances toniques et la relation d'attachement précoce sont le

garant d'une répétitivité de l'environnement dans laquelle le bébé trouve une première image du corps, dépendante du monde extérieure.

Dans cette relation de dépendance, le Moi n'est pas encore constitué indépendamment de l'autre, il y est en partie fusionné. C'est ce que G. Haag appelle l'adhésivité normale. Pour rappel, le Moi est une instance psychique décrite par S. Freud, c'est le siège de la personnalité en interaction avec le monde extérieur (Freud, 1961). Ainsi, le bébé indifférencié de son environnement, fait l'expérience d'une continuité. Cette continuité permet l'identification à son propre corps et aux éléments de son environnement « *dans une certaine forme de "collage", le sujet est dans l'illusion qu'il forme un seul corps avec l'objet d'amour.* » (Haag, 1992, p.43).

A partir de cette adhésivité primaire, le bébé fait l'expérience de la relation. Progressivement, il intègre des parties de son corps en appui sur celles de l'autre. G. Haag parle d'identifications intracorporelles. Elle définit un ordre d'intégration à partir du visage, puis du dos et d'une moitié du corps. Cette intériorisation progressive participe de la construction de l'axe corporel ou axe vertical du corps. « *L'axe vertical serait l'un des héritiers de la présence d'arrière-plan, c'est-à-dire le contact tactile du dos intégré par la pénétration du regard, et participerait, dans l'image du corps, au sentiment de l'axe vertébral.* » (Haag, 2008, p.18).

Autrement dit, « *la relation surface à surface que nous suspectons avoir précédé et accompagné avec des alternances pendant quelques temps, la construction en trois dimensions de l'image du corps et de l'espace* » (Haag, 2004, p.25). Dans les interactions précoces, par le portage, dans une relation de peau-à-peau, surface contre surface, le bébé construit la sensation de l'appui du dos. C'est dans et par l'interaction et surtout avec la comodalité sensorielle entre flux tactiles, sonores et retour proprioceptif et kinesthésique que le bébé peut construire cette surface, limite du corps. Le lien entre le regard et la sensation appui-dos établit le contour du corps. La relation de surface à surface, par son alternance et sa rythmicité construit l'image tridimensionnelle du corps et de l'espace. Le corps s'organise selon deux moitiés du corps au service de la construction de l'axe médian, lieu de réunion anatomique et psychique du corps. Un côté est lieu des manifestations internes, l'autre côté

représente la fonction maternelle, c'est-à-dire une forme de continuité au service de la sécurité de base. (Haag, 1992).

Avec l'apport des identifications intracorporelles, je souhaite préciser l'importance de deux éléments : le rôle de l'interpénétration du regard et l'expérience de la zone orale. En effet, l'expérience du nourrissage permet notamment de faire un lien entre la bouche du bébé qui tète le mamelon et le regard des deux partenaires. « *Si le premier regard du nourrisson normal est un regard très suspendu, [...] le regard, entre six semaines et quatre/cinq mois est, en même temps que la réponse au sourire, un regard d'interpénétration très intense, accompagné d'un état jubilatoire* » (Haag, 1992, p.53). Nous voyons bien ici la transition de l'état d'adhésivité primaire marqué par un agrippement, une suspension à l'autre dans la situation de dépendance vers l'intégration progressive qui permet au bébé de devenir un partenaire de l'échange.

Avec l'intégration des appuis corporels, et à partir d'une sécurité relationnelle bien installée et des rythmes intégrés, le bébé peut se différencier de l'autre. C'est dans la relation et surtout dans les interactions que cette image du corps propre se construit autour de son axe. Afin de soutenir ces interactions, l'imitation et le dialogue tonique sont des moyens de communication privilégiés. Le partage des sensations à travers les échanges toniques, le regard et la mise en mot d'images partagées avec le langage participent d'une circulation des interactions : G. Haag parle de boucles de retours et Bernard Golse d'intersubjectivité primaire. Aussi, « *le bébé aurait accès au vécu ponctuel qu'il y a, bel et bien, une ébauche d'un autre à l'extérieur de lui, véritable pré-objet signant déjà l'existence d'un temps d'intersubjectivité primaire.* » (Golse, 2014, p.31). Un premier temps d'échange peut se jouer et c'est le dialogue tonique fait le lien entre le tonus et les émotions.

Cette circulation en boucle qui traduit la construction d'une contenance, comme décrite selon G. Haag, semble correspondre à ce qu'Ajuriaguerra intitule « *réciprocité de l'échange* » (Ajuriaguerra, 1970). Cela souligne la différenciation des deux acteurs du dialogue tonique et leurs influences réciproques, les vécus corporels et émotionnels se confrontent et se correspondent. Cette circulation émotionnelle, entre

projection des sensations désorganisées et boucles de retour, permet le passage d'une surface vers une enveloppe, un contenant. L'enveloppe ou plutôt la fonction enveloppe représente la distinction entre le dedans et le dehors au service d'une représentation du corps du bébé et de celui de l'objet comme différent de lui-même (Ciccone, 2001). Le bébé accède à cette distinction entre soi et l'autre dans l'espace de la rencontre.

Ensuite, nous avons vu que le bébé se construit à partir de sensations extrêmes qu'il ne peut réguler seul dans les premiers temps de la vie. Face à ces vécus corporels primitifs et aux angoisses corporelles archaïques qui menacent l'intégrité et la continuité d'existence, le bébé manifeste des cris et pleurs vers l'autre : c'est la projection. Ces sensations vives et désorganisées sont accueillies par le contenant, par exemple la mère, qui communique et s'occupe de son bébé. Celle-ci les accueille sans se désorganiser. Elle adopte une certaine tonalité dans l'échange verbal, répond à la demande de son bébé, le prend dans ses bras, lui parle et le rassure. Avec ce dialogue tonico-émotionnel, les sensations sont mises en relief et transformées, elles peuvent ainsi être intégrées.

La différenciation se poursuit avec le processus d'individuation permis par la séparation. La séparation suppose qu'il y ait eu un attachement initial. C'est l'intégration du bas du corps et le redressement vers la marche qui participe du processus d'individuation, c'est-à-dire être un individu distinct des autres. Cette intégration du bas du corps correspond à l'élaboration instrumentale de l'espace du corps, telle que l'a décrit A. Bullinger. En développant ses capacités de déplacement, l'enfant ouvre son champ d'expérience. Le jeune enfant peut maintenant faire l'expérience de son corps dans toutes les dimensions de l'espace, l'image du corps peut s'unifier autour de coordinations plus complexes qui font intervenir toutes les parties du corps.

4) Le dialogue tonique, un soutien indispensable

Pour servir cette construction, D.W. Winnicott souligne l'importance du portage, il en définit deux éléments que sont le « *Holding* » et le « *Handling* » (Winnicott, 1969). Le *Holding* se rapporte au portage physique et psychique du bébé. La mère répond aux besoins de son bébé, en cela elle le protège des angoisses qui le traversent et se manifestent par une élévation ou une diminution du tonus. Enfin elle assure le sentiment de continuité d'existence. Le *Handling* se rapporte à la façon de prendre soin du bébé, par exemple lors du repas ou du change.

En effet, par les soins et le portage, le bébé s'appuie sur la fonction contenant de l'objet, c'est-à-dire de l'autre, du parent, de l'extérieur. La fonction contenant de l'objet est notamment décrite par W. Bion sur le modèle du contenant et du contenu, ainsi, la fonction contenant représente la capacité de l'objet contenant à accueillir l'expérience de l'objet contenu afin qu'il puisse l'intégrer dans son propre corps et le penser (Cité par Ciccone, 2001). Une des premières expériences de contenant-contenu est celle du nourrissage. Dans cette expérience sensorielle multiple le bébé vient à sentir le passage d'une hypertonie de besoin vers une hypotonie de satisfaction, l'appui dans son dos par l'objet contenant, l'échange des regards, ainsi que des sensations gustatives et olfactives. Avec cette expérience, le bébé intègre les échanges du regard et distingue les mimiques ce qui participe de l'intériorisation de son visage. Il intègre également l'appui dos qui permet la construction de l'axe et avec l'alternance des postures, il intègre les deux moitiés du corps autour de cet axe.

5) La psychomotricité, une construction du sujet dans son corps

Avec la reconnaissance des notions de *Handling* et *Holding* décrites par D.W. Winnicott, H. Wallon intègre la dimension corporelle de la communication qui se joue à travers le dialogue tonique qu'il introduit en 1930 ou dialogue tonico-affectif, qui se place comme une réponse aux manifestations toniques et émotionnelles du bébé afin de leur donner un sens.

Dans la continuité des travaux d'H. Wallon, Julian de Ajuriaguerra (1970) décrit les modifications tonico-posturales qui participent de la communication. En effet, chacun renvoie à l'autre des informations sur son état corporel et émotionnel. Les deux acteurs de l'échange se ressentent et s'influencent l'un l'autre, nous parlons de dialogue tonico-émotionnel, selon J. de Ajuriaguerra. Ces échanges permettent, chez le bébé, l'intériorisation de la contenance maternelle et permet de construire un dedans et un dehors. Le bébé peut se sentir comme différencié de l'autre. J. de Ajuriaguerra intègre la notion de corps en relation, c'est-à-dire que le sujet ressent son corps à partir des expériences motrices et sensibles qu'il déroule dans le temps et dans l'espace mais aussi au niveau de la relation. Ainsi, le corps prend la forme de l'expérience qui lui donne sens. Le tonus fait le lien entre les émotions et l'environnement, en cela il représente un lieu d'échange privilégié entre les deux acteurs, par l'intermédiaire de leurs corps.

Ensuite, A. Bullinger (2004) définit l'organisme comme la réalité matérielle biologique qui permet l'interaction dans le monde. Le corps devient la représentation psychique de l'organisme, celui-ci se transforme avec les interactions dans le milieu. Ainsi, la notion de corps serait à rapprocher du concept de schéma corporel, en cela qu'il est une représentation tridimensionnelle du corps en constant remaniement en fonction des interactions auquel il est soumis.

A. Bullinger comprend la construction psychocorporelle selon un axe de développement où le corps, initialement morcelé est représenté par plusieurs espaces. A chaque espace correspond une fonction instrumentale qui met le corps en action et un niveau de construction psychique en lien avec la construction de l'image du corps (Bullinger, 2004). La construction de l'unité psychocorporelle repose sur le développement des compétences instrumentales, c'est-à-dire de la capacité du jeune enfant à agir sur son milieu. Afin de développer ces compétences, le jeune enfant a besoin d'appuis corporel-psychiques solides : les appuis corporels permettent de dérouler le mouvement et les appuis psychiques assurent une sécurité de base au service du développement affectif.

Nous parlions précédemment de l'importance de la rythmicité des échanges. Cette rythmicité de la journée, des échanges et de certaines activités participe à construire ce qu'A. Bullinger appelle des « *invariants* » (Bullinger, 2004, p.37). Ces habitudes permettent à l'enfant d'appréhender son environnement et son propre corps. Avec ces expériences et leur répétition, l'anticipation de la situation se met au service d'une construction du schéma corporel et de l'image du corps.

Prenons par exemple, l'expérience de la zone orale, outre le nourrissage, se produit également avec l'apport des objets à la bouche. Ces expérimentations participent de l'élaboration du processus instrumental décrit par A. Bullinger, c'est-à-dire de l'action sur l'extérieur. La bouche est un point central de la construction corporelle et constitue un relais entre les hémicorps, ou pour reprendre G. Haag les deux moitiés du corps, avant leur unification. C'est le processus qui permet d'intégrer le corps comme un élément du Moi, vecteur de la relation et élément d'action sur le monde. Cette intégration, d'abord de l'espace oral puis du reste du corps permet une sphinctérisation, la fermeture des espaces autour de l'axe du corps. Autrement dit, l'expérience des différentes parties du corps, isolément au départ puis conjointement au fur et à mesure des expériences, permet la réunion des espaces au service d'une construction de l'image du corps unifiée. Ainsi, « *en même temps que l'enfant a accès à la préhension des objets, ce qui suppose un tonus axial suffisant, il accède à la notion d'un Moi global et d'un objet global* » (Robert-Ouvray, 2019, p.12.)

G. Haag définit les jambes comme étant le dernier lieu d'intégration du corps, le dernier lieu d'indifférenciation de l'image du corps par rapport à celle de l'autre. Cette étape participe notamment de l'éloignement et de l'intégration de la totalité de l'espace, au service du processus d'individuation et de la séparation. Cette intégration du bas du corps correspond à l'élaboration instrumentale de l'espace du corps, telle que l'a décrit A. Bullinger.

De même, à chaque espace, nous pouvons identifier des difficultés de construction et d'intégration du corps, nous parlons alors de troubles instrumentaux.

Ainsi, l'agrippement à la respiration pourrait être défini autrement sous le nom de tonus pneumatique (Bullinger, 2004). Soit, un mode de régulation où l'extension pour le redressement est soutenu par une apnée respiratoire. Initialement, il soutient le redressement et l'équilibration entre les extenseurs et fléchisseurs du buste. Puis « *la respiration est libérée de sa fonction tonique d'appui. L'axe corporel, point d'appui pour des fonctions instrumentales, est constitué.* » (Bullinger, 1998, p.32). S'il persiste, il devient une expression pathologique de la maîtrise de la tonicité du buste.

III. Un regard sur la clinique

La construction d'une image du corps sécurisante et étayante pour les expériences corporelles est multiple, singulière et intégrée à la dimension relationnelle. Nous pouvons alors nous demander à partir de quel moment est-il juste de parler d'image du corps défaillante.

1) L'absence de continuité

La construction de l'image du corps repose sur un sentiment d'unité corporelle et sur la sécurité de cette unité dans le temps. En effet, au début de la vie, le bébé expérimente les sensations de manière isolée sur différentes parties du corps. Puis par la relation à l'autre, à l'environnement, par la mise en mots et par l'expérimentation des coordinations, le bébé ressent son corps comme unifié autour de l'axe puis dans sa globalité avec l'expérience coordonnée de l'action des membres. De plus, la continuité des limites du corps est assurée par la fonction de contenance de la peau. Une enveloppe corporelle sécurisante suppose une intégration du corps et de ses limites, elle n'a pas besoin d'être testée en permanence.

Dans ses écrits, D.W. Winnicott (1956) définit le sentiment continu d'exister en lien avec la préoccupation maternelle primaire. Expliquons ces termes. La préoccupation maternelle primaire renvoie à l'état normal de la mère, juste après la naissance de son bébé, dans lequel sa sensibilité et sa disponibilité sont orientées vers le bébé qui

manifeste des besoins. La mère répond à ses besoins au service d'une régulation tonique du bébé et elle dialogue avec lui, physiquement avec le portage et les soins ; psychiquement avec le langage et les manifestations émotionnelles. Par sa présence et sa disponibilité, la mère permet une intégration de ces états corporels, toniques et émotionnels au service du sentiment d'être, de la continuité d'existence. De plus, la présence de la mère accueillant les différents états du bébé fait fonction de pare-excitation, elle contient les besoins projetés du bébé et les lui renvoie par les soins, le portage et le dialogue tonique, ce qui leur donne un sens.

Dans la clinique d'O., à commencer par son anamnèse, nous retrouvons une atteinte précoce autour de la sphère orale ayant impacté la fonction alimentaire. Rapidement, O. est alimentée par sonde, une alimentation régulière, directement dans l'estomac. Or, nous savons que le bébé s'appuie sur le rythme de la journée et des échanges pour construire une sécurité de base. Les repas, surtout chez le bébé, représentent une grande partie des événements récurrents de la journée. O. n'a pas bénéficié de ce rythme précoce des repas, ainsi les aspects de contacts tactiles, visuels et la contenance associée à ce soin est impactée. Rappelons que, selon G. Haag, le visage (avec le regard et la bouche) est le premier lieu d'identification corporelle du bébé. De même, A. Bullinger décrit l'espace oral comme un des premiers espaces investis par le bébé dans sa fonction instrumentale. Ainsi, je fais l'hypothèse que cette atteinte à l'oralité alimentaire a pu impacter la construction de l'image du corps dans son sentiment de continuité d'existence.

Avec les descriptions cliniques, je relève le recours à la tonicité élevée et au tonus pneumatique dans les situations qui génèrent une émotion forte. Par exemple la descente du toboggan. L'élévation de la tonicité et l'agrippement à la respiration créent de la rigidité, dans la posture et dans le déroulement du mouvement. Ce recrutement tonique intense, transitoire, confère une densité interne au corps qui permet de le faire tenir et de le sentir. E. Bick évoque la tendance de certains enfants à se raccrocher à une sensation, un objet pour maintenir l'illusion d'un rassemblement. Ainsi, par le maintien de la respiration et par l'élévation du tonus, ainsi que par le recours à des percussions pour fabriquer du dur, l'enfant peut

construire ce qu'E. Bick (1968) définit comme une seconde peau. Cette seconde peau se manifeste par « *un type de carapace musculaire partielle ou totale* » (Bick, 1968, p. 125). Elle confère un sentiment de continuité d'existence et une sécurité de l'intégrité du corps qui permet le déroulement des expériences motrices. Or, cette attitude posturale rigide et ce comportement de collage empêche le détachement. L'enfant reste accroché à sa tonicité, à l'autre, à l'objet pour exister, il est alors limité dans son comportement exploratoire et dans la relation.

Donc l'hypertonie, au sens pathologique, c'est-à-dire le manque de régulation tonique vers des niveaux intermédiaires permettant l'élaboration instrumentale pourrait traduire une forme de « *contention de Soi* » (Haag, 1992, p.53) en l'absence d'un squelette interne, d'un axe corporel suffisamment construit et solide. En effet, en majorant la muscularité autour de l'axe ou dans la périphérie du corps et le recours au tonus pneumatique entraîne une sensation permanente de tenue de l'axe du corps donc l'illusion d'un sentiment de continuité d'existence. Telle une seconde peau, pathologique, la sensation d'élévation du tonus et d'extension permet de sentir l'arrière-fond, le dos, ce qui permet également une stabilisation du regard.

Ainsi, chez O. cela semble se manifester par une difficulté de régulation tonique, une adhésivité dans la relation. En effet, nous retrouvons dans l'expérience du toboggan une rigidité tonique, une respiration coupée et un rire de décharge. La régulation tonique semble se faire en tout ou rien : de l'hypertonie vers la décharge. Avec les deux premières vignettes cliniques, je questionne également l'utilisation du bébé et du petit chat, je formule alors l'hypothèse que ces objets permettent :

- De se tenir et de faire tenir le corps tout entier en devenant un objet d'agrippement, par exemple lors de la descente du toboggan
- De tester les limites du corps, permettant une autostimulation par la dureté de l'objet lorsqu'O. se tape avec le bébé

2) La présence des angoisses corporelles

Les angoisses corporelles archaïques sont un élément normal du développement du bébé. Elles sont inconscientes et peuvent se manifester à tous les âges de la vie et dans plusieurs contextes pathologiques. En lien avec l'immatunité physiologique du début de la vie qui place le bébé entre des extrêmes toniques, des angoisses corporelles dites archaïques existent et renvoient à une construction primaire de l'individu.

Avec la naissance, le bébé passe d'un environnement utérin liquidien, où ses besoins sont sustentés en permanence, à un milieu aérien où il est traversé par des besoins physiologiques qu'il doit exprimer. « *L'arrivée en milieu aérien va provoquer d'un seul coup de nouvelles sensations tactiles et gravitaires à l'origine d'angoisses corporelles* » (Pireyre, 2011, p. 138). Quelques unes de ces angoisses normales et représentatives de la petite enfance sont décrites dans la littérature :

L'angoisse de liquéfaction concerne une atteinte de l'enveloppe, elle renvoie au manque d'unité corporelle et de contenance (Pireyre, 2011). Au début de la vie, le bébé ayant un système neurologique immature, il ne perçoit pas encore les limites de son corps, ce qui rappelle l'état d'adhésivité primaire de G. Haag. C'est dans les relations précoces avec les pairs, par les expériences extéroceptives sur l'interface externe de l'enveloppe corporelle et par les expériences proprioceptives et intéroceptives sur l'interface interne que le bébé peut construire une subjectivité. C'est-à-dire une représentation de son corps comme distinct de l'autre. Cette distinction passe en partie par la mise en mots des sensations qui peuvent se produire à l'intérieur du corps du bébé.

L'angoisse de morcellement concerne également une atteinte de l'enveloppe mais elle renvoie à la possibilité de pouvoir perdre une partie de son corps (Pireyre, 2011). Elle renvoie également au manque d'unité corporelle. Là encore, l'immatunité neurologique confère dans les premiers temps de vie une conception morcelée, non unifiée de l'image du corps. Par l'expérience des alternances toniques, le bébé peut accéder à des états toniques intermédiaires. L'utilisation des deux hémicorps et du relais oral permet au bébé d'unifier ses coordinations autour de son axe corporel.

Enfin l'échange avec les pairs et les liens précoces permet au bébé d'expérimenter l'enveloppe de son corps comme différente de celle de l'autre. C'est l'ensemble de ces expériences qui permettent de construire une globalité, une unité du corps en tant que tous les éléments corporels soient liés et contenus dans une enveloppe représentée par la peau.

L'angoisse de chute ou d'effondrement est liée à la pesanteur (Pireyre, 2011), elle se manifeste des réactions toniques brutales pour lutter contre une sensation de chute en lien avec la perte des appuis corporels. Elle renvoie à un manque de construction de l'équilibre et peut se manifester par des agrippements.

Ainsi, O. se montre envahie par de nombreuses angoisses corporelles, face aux émotions fortes telles que l'excitation, la surprise, la peur, la chute. Elle manifeste une tension corporelle et psychique qui la suspend à son propre corps. En réaction, elle se tient, se contient parfois, retient sa respiration et se fige jusqu'à ce que l'émotion soit levée ou que la tension trop forte se relâche d'un coup. Ces tensions peuvent, par exemple, être représentées par la mise en scène de l'appréhension de la chute avec le toboggan, de la peur du conflit ou de la punition lorsqu'elle se tape avec le bébé mais s'éloigne si la punition entre en jeu.

De même, l'apport récurrent dans le jeu de la scène du repas, de la dévoration, du forçage de la nourriture peut évoquer des angoisses corporelles autour de la bouche. En effet, rappelons-nous les difficultés au début de la vie d'O. autour de l'espace oral nécessitant l'apport de dispositifs externes pour l'alimentation. Tous ces dispositifs entraînent une atteinte de l'espace oral dans sa fonction d'alimentation mais aussi d'exploration des objets et du reste du corps.

L'organisme se construit à partir de l'immaturité neurologique, donc physique et psychologique. Ainsi, l'intégration des angoisses corporelles archaïques et la maturation neurologique progressive permettent de construire une enveloppe corporelle et une image du corps. La psychomotricité s'offre alors comme un espace de jeu, d'expression pour la réalisation et la mise en forme des angoisses, des peurs et des appréhensions qui habitent le patient, psychiquement, corporellement,

toniquement. Par le jeu, dans cet espace, avec l'étayage de l'adulte, O. peut vivre, mettre en corps et figurer ses angoisses afin de les surpasser et de les transformer.

3) Une forme d'inhibition

La notion d'inhibition a une origine neurophysiologique, elle représente une limitation normale ou un processus de régulation d'une fonction. Elle est représentée à plusieurs niveaux : moteur, physiologique, cognitif et psychique ; ce qui explique que la littérature lui attribue différentes significations.

« L'inhibition est définie comme une restriction ou une interruption de l'activité d'un organe par stimulation d'une partie éloignée par voie nerveuse ou hormonale. L'autre définition étant un état caractérisé par un ralentissement ou une diminution d'une activité physique ou psychique. » (Fanget, 2007, p.24). Cette définition réunit les quatre niveaux de l'inhibition énoncés ci-dessus avec :

- Une composante neurophysiologique de base liée à l'activité électrique et hormonale du corps
- Une composante psychologique et psychomotrice en lien avec une activité physique, ou motrice, et psychique, qui peut également être cognitive ou émotionnelle.

Cela en fait un mécanisme adaptatif physiologique.

L'inhibition est un mécanisme adaptatif qui fait partie du développement normal, pourtant l'excès d'inhibition constitue un biais pathologique. En effet, si l'inhibition est limitante voire annihilante, elle devient problématique. Elle peut être visible, nous parlons d'inhibition comportementale ou moins évidente, car internalisée, et liée à de l'angoisse et des phénomènes émotionnels. Dans sa composante psychique, sociale et émotionnelle, l'inhibition fait fonction de bouclier devant une situation qui pourrait créer de l'angoisse. Ainsi, elle implique deux éléments particuliers : l'image du corps et l'image que le sujet pense que les autres ont de lui. Dans sa composante motrice, nous parlons parfois d'inhibition psychomotrice. Elle renvoie à une impossibilité de réalisation en lien avec une tension interne.

Dans la clinique d'O., l'inhibition se manifeste par le refus d'exécuter seule les propositions et le renvoi presque systématique de l'action à l'autre qui pourrait être une difficulté d'initiation du mouvement. De plus, nous retrouvons l'état de tension, le manque de fluidité dans l'organisation motrice qui traduit à la fois de l'hypercontrôle et qui s'associe à la décharge de ces éléments contenus. Sur le plan psychique, nous retenons les angoisses autour des situations de chute, d'émotions intenses et la difficulté dans leur gestion. Pourtant, il existe une amélioration de ces comportements et une levée de l'inhibition avec la répétition et la présence de l'autre. Ainsi, l'inhibition ne semble pas être liée à la peur des mouvements extérieurs mais à la peur suscitée par les mouvements internes et les conséquences néfastes voire destructrices que ceux-ci pourraient avoir sur cet environnement. Cela traduit une insécurité corporelle dans la construction de l'image du corps.

Alors nous pouvons nous demander de quelle manière la psychomotricité peut travailler sur cette inhibition. Je pense qu'en psychomotricité, accompagner l'inhibition revient à accompagner l'expression du besoin, afin de sortir de la passivité, en tenant compte de l'autre. En effet, l'inhibition place en retrait et fait taire les mouvements internes qui traversent le sujet. Un objectif serait alors de permettre leur expression afin que le sujet trouve une place et devienne acteur de la situation. Chez le jeune enfant, la verbalisation n'est pas toujours un canal privilégié d'expression, ainsi pouvons nous passer par le jeu afin de mettre en figuration et de mettre en corps une angoisse, une émotion, un besoin ... un mouvement interne afin de le transformer. Cette transformation corporelle vise l'accès à la représentation.

Finalement, l'inhibition serait-elle une des manifestations du besoin de l'autre ?

4) Le besoin de l'autre ou un manque d'individuation

L'image du corps est un élément de construction psychocorporelle qui dépend de l'histoire de chaque individu tel que l'a décrit F. Dolto, nous savons également qu'elle est soumise aux influences de l'environnement physique et relationnel. Le dialogue

tonique participe de cette influence réciproque, apportant à la fois un étayage tonique et émotionnel, il permet également au bébé de se subjectiver dans cet échange relationnel réciproque.

En effet, « *L'entourage joue un rôle fondamental d'aide à la baisse tonique du bébé par des actions de satisfaction des besoins, et d'aide à l'éveil tonique de l'enfant par des conduites d'accompagnement.* » (Robert-Ouvray, 2019, p.12). Ainsi, la bipolarité tonique initiale confrontée aux réponses de l'environnement permet d'accéder à une unité corporelle : un équilibre. L'acquisition de cette unité est à mettre en lien avec la construction de l'axe, ou du corps autour de l'axe corporel comme l'a décrit G. Haag. L'axe étant un lieu de construction narcissique donc d'individuation.

Rétrospectivement, dans l'anamnèse d'O., nous retrouvons un passage de plusieurs semaines en réanimation, sous couveuse. Cette expérience déstabilisante pour les nouveaux parents et le bébé a pu impacter les interactions et les soins précoces. Nous retrouvons d'ailleurs des difficultés d'interactions précoces pendant les premiers mois du développement ayant soulevé la vigilance des professionnels de santé qu'O. a rencontré. Plus tard, en psychomotricité, je montre qu'O. a souvent recours à l'autre pour faire l'expérience d'une nouvelle proposition : "non c'est toi". De plus, je note un comportement adhésif dans le regard, dans l'écholalie, par le corps et une apparente passivité. Pour O. l'exploration d'une proposition doit souvent passer par l'autre en lien avec des angoisses corporelles qui fragilisent l'image du corps. Je fais l'hypothèse que, dans un premier temps, l'adhésivité à l'autre, garant de la sécurité, permet l'appréhension de l'expérience. Dans la prochaine partie, je m'attache à développer dans quelles mesures la mise en forme des angoisses corporelles permet une construction de l'image du corps. Nous savons déjà que la présence de l'autre joue un rôle capital de cette construction.

IV. Vers une construction de l'image du corps sous-tendue par la relation thérapeutique dans le jeu

En psychomotricité, le jeu représente un moyen d'entrer en relation, un outil pour observer le déroulement de la motricité et de l'activité psychique et parfois une médiation à part entière intégrée dans un projet thérapeutique.

Nous lui trouvons plusieurs définitions. Dans le Larousse, nous pouvons lire que le jeu peut être défini comme une « *activité d'ordre physique ou mentale, non imposée, [...], et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir* ». Nous lisons également, « *ensemble de règles qui régissent un divertissement organisé* », ainsi que « *espace délimité où la partie doit avoir lieu* ».

Ainsi, l'activité ludique participe du développement de l'enfant et de la construction de son psychisme. Dans la perspective développementale, nous pouvons définir plusieurs types de jeu (Joly, 2015) :

- Le jeu moteur, essentiellement lié aux afférences sensorielles qui place l'enfant acteur de son jeu, il peut modifier l'environnement et celui-ci le construit en retour.
- Le jeu au sens du jouet, il amène la notion de différenciation identitaire sexuée. Il est plus largement lié au jeu de faire-semblant, ainsi il participe d'un échange relationnel et d'une construction subjective.
- Le jeu vidéo ou le jeu de société, délecté de la notion de sexualité au profit des règles sociales, de la coopération, de l'inclusion dans le groupe. Il permet la compréhension du monde adulte et place l'enfant comme un des acteurs de ces changements, par l'intermédiaire du jeu.

Dans la clinique que je développe avec le cas d'O., nous nous intéressons davantage au jeu moteur, au sens de moyen de construction des représentations corporelles ; et au jeu au sens de jouet dans sa fonction de jeu symbolique et jeu de faire-semblant, au sens où ce jeu est un médiateur de la relation au service de l'appropriation subjective.

1) Une « mêmété » nécessaire

a) L'invariance du cadre de la prise en charge

Le cadre de la psychomotricité et l'invariance des éléments relationnels permet d'accéder à la continuité. La régularité est incarnée par tous les éléments de la prise en soin : le lieu, l'horaire, l'accompagnateur, la psychomotricienne, la présence de la stagiaire, la répétition du jeu qu'O. amène, la sécurité de la répétition de cette expérience.

b) La répétition dans les jeux d'O.

Avec O., la répétition des expériences est un élément important de la prise en soin. Les scènes décrites autour du repas du bébé, de la descente du toboggan, le bébé qui tape ... ces propositions se sont répétées sur plusieurs séances, pendant plusieurs semaines. Pour exemple, avec la première vignette clinique, O. demande "le bébé qui ne veut pas manger", cette proposition où la psychomotricienne tient le bébé sur ses genoux et jette la cuillère s'est répétée systématiquement d'une séance à l'autre pendant près de deux mois. Ensuite, elle est reprise au moment de l'introduction du jeu sensori-moteur. En effet, avec l'utilisation des lentilles, le jeu connaît alors quelques modifications mais c'est toujours la scène du repas qui est investie. Or, nous savons que « *Les mécanismes de répétition se mettront alors au service de la maîtrise de l'angoisse.* » (Candilis-Huisman, 2015, p. 117), ici l'angoisse c'est la nouveauté.

L'invariance crée du lien d'une séance sur l'autre, O. se rassure en retrouvant un espace inchangé et un espace de jeu qu'elle peut identifier par les objets qu'il contient. Ensuite, la répétition de l'expérience assure une anticipation de ce qui se produit dans l'espace du jeu. Je pense que la répétition de cette expérience précisément est à mettre en lien avec les difficultés que rencontre O. autour de la question de l'oralité alimentaire. Mettre en scène ce bébé qui refuse de manger le contenu de son assiette, qui montre de l'opposition devant l'adulte qui le nourrit, ce n'est pas une expérience anodine. Dès lors, nous pouvons supposer que le bébé peut-être un écran de projection des difficultés et angoisses d'O., ce qui suscite de la

curiosité. En effet, la tension suscitée par l'excitation que provoque l'expérience cède au fur et à mesure que le jeu se répète, une certaine habitude s'installe. Ce sentiment rassurant est également permis par la présence du psychomotricien, à condition que celui-ci accepte de rejouer autant de fois qu'O. en montre le besoin. Au décours de l'année, cette proposition refait parfois surface, cependant elle n'occupe plus une moitié voire la totalité de la séance, elle n'est qu'une proposition rassurante en début de séance ou dans un moment de transition.

Sans cette répétition, en vue d'une intégration psychique, ces expériences sont fréquemment répétées à l'identique. Ainsi, autant que de fois demandée, le repas du bébé qui ne veut pas manger et la chute du toboggan ont été reproduites. Chaque proposition s'est superposée à la précédente de telle sorte que chacune étaye la suivante. L'expérience se transmet, comme nous pouvons le voir dans la deuxième vignette, le petit chat descend le toboggan, puis c'est la psychomotricienne, puis c'est O. avec la psychomotricienne, puis O. avec le petit chat, le bébé et la psychomotricienne, ... jusqu'à ce qu'une dialectique se forme sur le plan tonique et émotionnel. En effet, la répétition de cette expérience pour la symboliser et les variations successives apportées par la psychomotricienne ou O. elle-même, participe de sa mise en sens. La chute du toboggan n'est plus une expérience extérieure vers laquelle il faut accompagner O., elle devient une expérience vécue, représentée dans le corps et symbolisée dans le psychisme. L'expérience de la chute ne suscite plus tension interne, coupure de la respiration et accrochage intense aux objets, elle devient une expérience jubilatoire, le simple plaisir du jeu.

O. dans ce besoin de répétitions, cherche-t-elle peut-être non seulement à extraire l'invariance au service d'une construction de la sécurité, mais aussi la variation qu'elle peut apporter pour se saisir de la scène ?

c) Une présence en continu

Corporellement, les limites et le sentiment de continuité sont assurés par la répétition et la relation. Sur le plan psychique et imaginaire, un moyen d'assurer la continuité

des espaces et des échanges, c'est « *l'objet transitionnel* » (Winnicott, 2018, p. 28), c'est-à-dire une possession (même illusoire) non corporelle, un symbole qui permet de faire du lien et de séparer les espaces (Winnicott, 2018).

Avec O., le bébé semble être un outil de continuité, un objet transitionnel qui fait le lien entre l'espace de la psychomotricité où se déroule le jeu et l'espace extérieur. En effet, elle le demande presque systématiquement à chaque début de séance et c'est lui qui annonce l'activité. Le bébé est un invariant de l'espace, un jouet, un objet de transition et un objet de séparation. Nous voyons d'ailleurs toute l'importance qu'il porte dans la neuvième vignette clinique. Le choix des activités du bébé et sa réplique associée, "qu'est ce qu'il veut faire le bébé ?" permettent à O. de provoquer les transitions par l'intermédiaire du bébé.

Pour conclure, le cadre régulier et le jeu dans sa fonction de répétition permettent au jeune enfant de construire des appuis corporels et psychiques à partir d'une sécurité relationnelle et de l'intégration de régularités. Au départ, la répétition assure l'invariance du milieu, elle garantit sa stabilité, « *une suffisante mêmeté (point adhésif, fusionnel de l'identification)* » (Haag, 2002, p.1783). Dans cet état de dépendance à la répétitivité, à mettre en lien avec la dépendance adhésive normale du bébé dans les premiers temps de la vie, l'enfant construit une continuité. Il peut s'identifier aux éléments stables, ici ceux de la salle de psychomotricité et de la relation aux adultes, gage d'une continuité, qui participent de la construction de cet espace d'échanges.

2) Amener la variation

a) La dimension relationnelle du jeu ...

Nous l'avons détaillé plus en amont, l'autre participe de la construction des appuis et de la contenance via le dialogue tonique et les échanges. C'est notamment le tonus qui est le vecteur de cette relation. Il est un moyen d'échange privilégié dans les premiers temps de la vie, il devient un outil thérapeutique en psychomotricité face à l'expression des difficultés.

S. Robert-Ouvray nous dit, « *C'est un élément limite [le tonus] entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain.* » (S. Robert-Ouvray, 2019, p. 43). C'est-à-dire que le tonus permet de faire le pont entre les manifestations corporelles et les manifestations de l'activité psychique, qu'elles soient pulsionnelles, émotionnelles, conscientes ou inconscientes.

Reprenons les niveaux d'étayage psychomoteur décrits par S. Robert-Ouvray : tonique, sensoriel, affectif et représentatif (S. Robert-Ouvray, 1996). Le fait de traverser l'expérience motrice, en présence de l'autre, permet d'expérimenter une tonicité différente. Au niveau sensoriel, l'enfant ressent la détente du corps, la respiration est plus fluide. Ainsi sur le plan affectif, cela s'associe à une sensation agréable, jusqu'à obtenir la jubilation motrice et le rire de plaisir. Le plaisir du jeu entraîne la compulsion de répétition de l'expérience agréable. Cette expérience permet une édification à plusieurs niveaux au service de la construction d'une image du corps. Ensuite, « *pour que les deux premiers paliers tonique et sensoriel puissent étayer le palier de l'affectif, la présence d'autrui est impérative.* » (S. Robert-Ouvray, 2019, p.82), à cela nous pourrions ajouter que la présence d'autrui participe de la représentation et de l'émergence de l'individuation dans la relation.

Ainsi, O. nous montre en psychomotricité qu'elle a besoin de passer par le jeu, l'utilisation du bébé, mais surtout qu'elle a besoin du soutien de l'adulte. Cette autre personne, ici le psychomotricien, peut à tout moment reprendre la place d'acteur. Il fait fonction de pare-excitation à l'émergence d'une peur, d'une angoisse, d'un mouvement interne qui provoque un trop-plein émotionnel.

Ensuite, nous savons que dans la construction de l'image du corps décrite par G. Haag, une partie de celle-ci repose sur ce qu'elle nomme *les boucles de retours*. La boucle amène l'idée de renvoi et de correspondance des sensations.

Ainsi, à partir d'un jeu symbolique de correspondance autour de l'échange et de la surprise, nous créons le point de départ d'une rencontre. De même, l'état de tension

interne des premiers mois qui entraîne l'expression d'un besoin par la décharge, les pleurs souvent, crée également le point de départ d'une rencontre, entre le bébé et sa mère par exemple. Ensuite, les regards se rejoignent. Dans la clinique qui nous intéresse, les regards traduisent les émotions qui se mêlent aux échanges que suscite la situation ludique, pour soi, pour l'autre, pour l'objet-bébé. L'expression de l'émotion est envoyée à l'autre, et renvoyée par l'autre. Elle revient transformée et empreinte de la subjectivité du destinataire. Ainsi, O. reçoit l'expression modifiée de ce qu'elle a donné. Dans cette expérience, il y a à la fois une répétitivité qui assure l'ancrage et la sécurité des appuis relationnels. Et, il y a suffisamment de différence assurant une modulation de l'expression de la subjectivation dans l'influence réciproque des échanges. Chacun renvoie à l'autre une réaction marquée de sa sensibilité propre.

Dans le jeu, nous pouvons assimiler ce processus à ce que D.W. Winnicott a décrit comme tel, « *le fondement de la capacité d'être seul est donc paradoxal puisque c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre* » (Winnicott, 1969, p.383). En effet, je fais l'hypothèse que dans un premier temps, l'adhésivité à l'autre, au corps, aux paroles, permet l'appréhension de l'expérience et de la relation. Puis l'expérience partagée et la présence de l'autre pour réguler les états et les symboliser apporte le soutien nécessaire à l'appropriation subjective de l'action. Le jeune enfant fait l'expérience d'être seul en présence de l'autre, il s'approprie sa subjectivité et se construit dans son corps.

Finalement, « *Les relations intersubjectives sont transformées en relation intrasubjectives.* » (Gaussot, 2012, p.37). Par l'intermédiaire du dialogue tonique, au début de la construction des relations intersubjectives, les vécus se correspondent et s'influencent permettant d'intégrer progressivement les différentes parties du corps. Ensuite, les boucles de retours permettent, à partir de l'expérimentation propre, un retour de la réponse transformée qui conforte l'enfant dans son vécu. Au sein des relations intersubjectives, l'enfant construit sa propre subjectivité. Il intègre la réciprocité de l'expérience relationnelle à partir de sa régularité et des différences qu'elle contient.

b) ... permet la transformation

La transformation est un concept présent dans l'œuvre freudienne en lien avec l'interprétation des rêves : « *une différence entre le rêve latent et le rêve manifeste, une déformation de la pensée latente du rêve : c'est la transformation de la pensée en événement vécu.* » (Freud, 1961, p. 114). La transformation consiste en un travail d'élaboration, à partir du vécu corporel. En effet, la pensée difficilement compréhensible peut être amenée dans l'éprouvé corporel, cette réalisation physique permet de construire des représentations sous forme d'image. Ces images peuvent ensuite être intégrées pour servir la construction du langage et la pensée. Ainsi, la transformation correspond à une métabolisation de l'expérience subjective dans un travail de figuration, de représentation et de mise en sens. Nous pourrions également dire que la transformation est un mécanisme qui, à partir d'un mouvement interne de l'ordre de la pulsion, permet d'exprimer ces expériences à travers le corps.

« *L'expérience vécue n'a pas de sens immédiatement donné, celui-ci résulte d'un travail psychique qui est à la fois un travail d'appropriation subjective et un travail de symbolisation.* » (Roussillon, 2012, p.219). Cela implique plusieurs choses, tout d'abord la nécessité de l'expérience sensori-motrice comme point de départ de la représentation. Je prends avec O., l'exemple de la mise en forme dans le jeu de manifestations corporelles à type d'angoisses corporelles. Cette première expérience vécue et éprouvée corporellement, si elle est répétée, c'est-à-dire confrontée soit aux souvenirs soit à l'expérience précédente, constitue une représentation que l'individu peut intégrer. Ensuite, une fois introjectée, appropriée, le sujet n'a pas besoin de la revivre pour s'en saisir. Elle fait maintenant partie de sa construction corporelle et psychique. Egalement, le travail d'appropriation subjective peut être secondaire, par exemple avec l'imitation. Contrairement à l'expérience spontanée, l'imitation suppose d'avoir vu quelqu'un faire quelque chose et de le reproduire soi-même dans un second temps. Là encore, l'expérience corporelle est au premier plan, elle doit être vécue dans le corps pour avoir du sens dans le psychisme.

Or la représentation repose également sur la variation de l'expérience, « *en répétant l'expérience d'une déformation d'une remise en forme, que le sujet commence à pouvoir réfléchir sa propre activité de symbolisation par le jeu, qu'il en prend conscience, et ainsi qu'il commence à pouvoir se l'approprier.* » (Roussillon, 2015, p.31). En effet la répétition présente une limite si elle se répète identique à elle-même. Ce sont les variations au sein de l'expérience répétée qui permettent sa transformation et sa symbolisation actualisée. Tout comme dans l'expérience de l'imitation, l'écart entre les expériences répétées offre un lieu d'appropriation et de mise en œuvre de l'agentivité.

Dans le jeu d'O., une expérience récurrente souvent amenée par O. est celle du "bébé qui ne veut pas manger". Souvent répétée presque à l'identique, au bout d'un moment, nous avons cherché à introduire de la variation dans cette expérience nécessaire. Je décris alors, dans la septième vignette clinique, l'utilisation du crocodile. Ce crocodile introduit deux choses : une variation dans l'expérience répétitive du repas du bébé et une dialectique car il incarne le comportement opposé au bébé, celui qui veut tout manger. Le crocodile devient le support de nouvelles réactions.

Cette expérience met en évidence que la répétition de la proposition autour du repas du bébé est suffisamment intégrée chez O. pour que l'apport d'un nouvel objet ne soit pas déstabilisant. Non seulement O. s'organise autour de ce nouvel objet, mais surtout elle s'en saisit, l'observe, lui propose à manger, s'étonne de son comportement, s'y adapte. Lors d'une autre séance que je ne décris pas, O. demande le crocodile et tout un jeu s'organise autour de la quantité de nourriture autorisée puis interdite, un jeu de tentation et d'interdiction. Je pense que la répétition de l'expérience du repas s'est placée comme un support permettant l'introduction de la nouveauté. L'expérience initiale a été intégrée, O. se l'est appropriée, ce qui permet d'introduire la variation, une nouvelle expérience à saisir.

Pour résumer, l'expérience première spontanée et la répétition assure une invariance de l'environnement, garant de la sécurité. L'apport de variations successives permet de symboliser l'expérience, chaque répétition étaye la représentation et permet une appropriation et le détachement. Acceptant que la réalisation ne soit pas identique, elle peut être symbolisée, représentée et intégrée, support de l'activité psychique et des expériences futures sans avoir besoin de la reproduire à chaque fois. C'est le jeu qui permet une transformation des expériences, grâce à la relation thérapeutique en psychomotricité.

3) Le jeu en psychomotricité, un soutien à la construction de l'image du corps

Je prends ici appui sur la huitième vignette clinique et la proposition autour de l'envoi d'une lettre. Avec cette observation, je mets en évidence l'idée d'une circulation dans la proposition, le rapport à l'altérité et aux relations intersubjectives.

En effet, avec cette proposition, O. expérimente d'abord en tant qu'observatrice : la lettre est reçue par le bébé, les émotions sont représentées à l'extérieur et nous les mettons en scène. Ensuite, elle prend la place de l'expéditeur, celui qui offre à l'autre, là encore les émotions proviennent de l'extérieur mais elle se les approprie par imitation. Finalement, O. trouve sa place dans la proposition, elle décide qui reçoit et qui écrit. Elle peut même s'organiser pour aider la psychomotricienne à poster la lettre lorsque celle-ci manifeste difficulté, impatience et frustration.

La répétition de l'expérience en assure l'issue, souvent favorable, et permet une identification aux événements. Ensuite, la correspondance des vécus et la circulation des échanges permet d'en moduler les expressions. Ainsi, pour O., l'autre ou plutôt l'expression tonique, émotionnelle voire affective de l'autre fait écho à sa propre expérience émotionnelle. A partir de l'intersubjectivité relationnelle, O. peut internaliser son expérience propre au service d'une singularité, elle construit sa subjectivité. Par cette correspondance et cette distinction, O. se construit corporellement à partir de vécus propres. L'intersubjectivité permet d'appréhender

l'autre afin de se construire et la subjectivité donne accès à son propre corps. Séparé de l'autre, l'enfant peut le découvrir comme un être différent (Golse, 2014).

Dans le cadre de la psychomotricité, le jeu est sécurisé dans la relation à l'autre car celui-ci accepte de se laisser mettre en forme en fonction des besoins de l'enfant et de ce qu'il projette dans l'espace de la séance. Le psychomotricien propose une mise en corps, il l'accompagne et la sécurise. Ainsi, en psychomotricité via la relation, l'établissement progressif d'une subjectivité dans le corps est rendu possible. En effet, par le jeu partagé et en présence du psychomotricien, l'enfant construit quelque chose de l'attention conjointe, de l'intersubjectivité et de la symbolisation. Puis quand le psychomotricien s'écarte, l'enfant peut conserver le souvenir de l'expérience partagée et construire seul de nouvelles images et représentations de l'expérience. En prenant appui sur l'autre, dans la relation intersubjective, l'enfant construit son image du corps car le psychomotricien lui renvoie l'image de sa propre expérience. Entre projection, échange, retour et appropriation, l'enfant se représente son corps. Son image du corps en construction intègre les influences que la relation partage.

J'émetts l'hypothèse que le travail autour du jeu déroulé sur l'ensemble de l'année se place au service d'une sécurité d'élaboration de l'image du corps. En effet, la posture d'O. évolue et s'étoffe. Elle prend sa place dans l'expérience, ainsi devant la difficulté de la psychomotricienne pour poster l'enveloppe, celle-ci a projeté vers l'extérieur une difficulté de résolution interne sur le plan tonique (élévation de la tension interne) et psychique (frustration). O. se saisit de cette difficulté sans se déstabiliser. Sécurisée dans son expérimentation, elle a pu accueillir les manifestations et la tension interne de l'autre et s'organiser pour y répondre de manière adaptée. Elle transforme l'expérience de l'autre, subjectivée dans son action et individualisée dans son corps.

4) L'évolution de la construction de l'image du corps dans le jeu

Le projet psychomoteur s'est organisé autour des difficultés corporelles mise en évidence pendant la période d'observation. D'abord autour des angoisses de chute,

nous avons observé la régulation des états toniques et le recul de l'appréhension face au toboggan. De plus, cela a permis de faire un travail de repoussé du sol avec le passage par l'échelle et l'espalier pour monter sur le toboggan. Le toboggan engage un travail de tomber, peser et repousser qui me fait penser au schéma du cycle du mouvement de C. Musitelli (cité par T. Courtalon, 2020). L'idée de cycle intègre une succession d'étapes qui, comme pour la construction du corps et de l'image du corps, intègre une dimension corporelle et une représentation psychique associée au mouvement.

- Le temps du tomber renvoie à la question de la chute, c'est une expérience de lâcher-prise. En psychomotricité, face aux angoisses corporelles que semble manifester O., l'objectif est de l'accompagner dans cette chute. La contenance proposée par la présence de l'autre soutient le vécu de cette expérience.
- Le temps du peser renvoie à l'élaboration des appuis corporels, toniques et psychiques, c'est-à-dire aux notions de *holding* et *handling* décrits par D.W. Winnicott. Nous pouvons penser que des appuis sécurisés pendant la prime enfance, notamment autour des qualités de portage et d'enroulement, se placent comme des prémices de l'amener au sol.

Observé dans la troisième vignette clinique, O. refuse cet accompagnement au sol. Sa réaction parachute est immédiate, elle se relève dès qu'elle rencontre la position ventrale. Je mets ça en lien avec un possible évitement de la station ventrale suite à la pose de la gastrostomie pendant les deux premières années de vie. Cette difficulté d'ancrage au sol renvoie aux troubles instrumentaux repérés au niveau de l'axe corporel. En effet, comme nous l'avons observé le recours au tonus pneumatique était fréquent en début d'année, ce recrutement tonique permet de faire tenir l'axe mais aussi de faire exister l'espace avant. La prise d'appuis solides au sol permet la transition vers la dernière étape du cycle du mouvement : le repousser.

- Le temps du repousser est à mettre en lien avec le redressement, la dynamique d'être au monde. L'individu peut se relever, s'affirmer et se différencier avec l'accès à la locomotion au niveau du bas du corps. Sur le plan des représentations, c'est l'image du bondir, de l'aller-vers et du rebondir.

Ces trois temps du mouvement alternent entre la sensation des limites corporelles et d'un intérieur solide avec le temps du tomber. Puis un temps d'introjection de l'expérience, le peser, qui permet de contacter les appuis donc la sécurité des différents niveaux construction de l'image du corps. Enfin, le temps du repousser est symboliquement représentatif de l'intégration de l'extérieur, et du corps dans cet extérieur.

Le projet thérapeutique met alors en lien ces trois temps du mouvement sur le plan corporel et sur le plan psychique. Je pense qu'il est important de le garder en tête, même s'il n'est pas systématiquement remis en jeu au cours des séances. Ce schéma du mouvement sous-tend une partie du travail en psychomotricité avec O. tant dans l'utilisation de son corps dans l'espace et dans son rapport au sol que dans son rapport à l'autre dans le jeu. Nous cherchons à susciter chez O. du repoussé, sur le sol avec la chute du toboggan, à travers des danses ou le fait de faire le chemin du retour en sautillant parfois pour manifester de façon extériorisée la joie, le rebondir vers l'extérieur, l'ouverture au monde.

De même, sur le plan psychique, nous cherchons cette action de repousser et de rebondir, par opposition à l'apparente inhibition et adhésivité d'O. qui la place parfois dans une position passive. Nous accueillons ses envies et cherchons à les mettre en jeu tout en intégrant progressivement la variation de ce jeu, au service de réactions nouvelles davantage extériorisées. Il est envisagé dans la suite de l'accompagnement de faire revenir la proposition du dessin, initié dans la huitième vignette autour de l'enveloppe. A ce moment, O. refuse la tenue du crayon, elle peut interagir dans le choix des couleurs sans pour autant chercher à laisser sa trace sur le papier. Nous essayons d'apporter à nouveau cette proposition à hauteur d'O. depuis. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'avec l'élargissement du processus créatif du jeu autour de la trace, du dessin, cela permettrait un nouveau travail autour de la construction de l'image du corps. Déposer sa trace est un processus qui fait partie du développement du jeune enfant, le dessin permet notamment d'appréhender la représentation de soi. Tout comme le jeu, il témoigne du niveau de développement et permet de repérer les étapes de la construction de l'image du corps.

Nous progressons dans l'année au fur et à mesure du développement d'O. Nous avons vu que le jeu, bien que répétitif parfois, évolue et se transforme plus rapidement. Nous pouvons notamment développer de plus en plus le jeu dans sa dimension de faire-semblant. O. amène maintenant la possibilité de jouer des scènes de la vie scolaire, le repas du bébé s'intègre dans une journée d'école. Depuis peu, O. prend une fois le rôle de la maîtresse pendant quelques minutes, nous observons qu'elle peut diviser l'espace en fonction des étapes de la journée. Cette forme de jeu permet de convoquer l'imagination et le processus créatif dans un théâtre d'improvisation. Cette nouveauté qui la sollicite dans un rôle demande de s'affirmer et d'être actrice de son jeu qui est moins palpable mais plutôt incarné. Cette nouveauté suscite le recours au « non c'est toi qui fait » mais nous observons déjà qu'elle peut séquencer la scène, organiser l'espace et s'y intégrer progressivement pendant que nous jouons nos rôles : celui de la maman qui dépose son enfant à l'école (l'enfant étant le bébé qu'elle reprend encore systématiquement), la maîtresse, etc.

5) Prendre sa place dans le jeu, un travail d'écoute

Dans mon expérience de stagiaire, j'ai appris à m'intégrer dans l'espace et la temporalité des séances d'O. Je ne me suis pas imposée dans les propositions pour changer le jeu d'O., j'ai adopté une approche plus active à l'intérieur de son jeu pour l'accompagner sans le modifier au départ. Puis, c'est en restant à l'écoute d'O. que j'ai eu le sentiment que je pouvais maintenant proposer des variations dans son jeu. Par des regards adressés, des sourires partagés et sa sollicitation pour porter le bébé, tenir un objet, adopter un rôle dans les nouveaux jeux qui commencent à prendre place dans l'espace de la psychomotricité. Je souhaite alors décrire une dernière vignette clinique qui évoque ma position et la manière dont nos projections peuvent influencer le cours d'une séance.

Dixième vignette, 8 mois de stage au CAMSP

« Alors que nous étions en train de dessiner sur une boîte en carton restée dans la salle depuis les vacances. O. ne prend pas part à cette création artistique alors je la sollicite en l'invitant à regarder ce qu'il y a dans la boîte, pensant qu'elle serait vide. Elle ouvre la boîte, elle y trouve une bouteille avec des lentilles. C'est tout naturellement, comme nous l'avions joué plusieurs fois auparavant, qu'elle demande à donner à manger au bébé. Cette fois, elle me demande de le tenir et c'est elle qui donne à manger. Elle remplit l'assiette et commence à donner la cuillère au bébé, encore et encore mais le repas n'en finit pas. Devant cette ininterruption, mon premier réflexe est de dire à la place du bébé "oh mais je ne vais pas tout manger, c'est trop, je vais avoir mal au ventre". Alors la psychomotricienne prend à son tour la voix du bébé pour dire "c'est trop bon, j'en veux d'autre, j'ai très faim, je veux tout manger !". Je reprends cette dynamique, dans la suite du jeu, O. se laisse embarquer par la faim insatiable du bébé. Elle lui donne à manger encore, puis commence à le limiter, le faire attendre, remplit de nouveau la bouteille pour le resservir et le jeu continue. »

Dans ma vision du jeu, si le bébé mange trop, il faut l'arrêter. Inconsciemment, j'ai projeté mon intégration des règles sociales pour réfréner le jeu d'O. devant la pulsionnalité du repas et l'apport continu de nourriture. J'ai compris avec l'intervention de la psychomotricienne que j'avais modifié le jeu d'O. pour le contenir. Pourtant, avec O. nous cherchons à soutenir sa pulsionnalité pour lui donner la possibilité d'exprimer ce qui la traverse afin de le transformer et de lui donner sens. A ce moment, je comprends ce qu'implique le fait de se laisser mettre en forme. Accompagner le travail d'individuation en psychomotricité ne signifie pas interrompre le jeu avec nos propres projections, il s'agit d'accueillir le matériel thérapeutique qu'amène l'enfant pour le prolonger, l'accompagner et lui donner du sens. La psychomotricité représente un savoir-faire adapté au public et aux besoins qu'il manifeste mais c'est avant tout un travail d'écoute de l'autre aussi bien que de soi-même.

Conclusion

A partir d'un exemple clinique concret et singulier, j'observe que la champ de la pathologie n'est pas toujours clairement défini. Une inhibition comportementale, une inhibition sociale, des angoisses corporelles, des difficultés de réalisation motrice, sont autant de difficultés qui peuvent renvoyer à des failles de l'image du corps. La pathologie peut s'exprimer de différentes manières et les manifestations ne sont pas toujours l'histoire d'un cadre nosologique clairement défini. En cela, l'image du corps est un bon exemple. C'est un vaste concept si nous nous rapportons aux champs qui l'étudient. C'est un item psychomoteur évalué lors des premiers temps de la prise en charge, à travers le jeu, le langage, les comportements, la connaissance du schéma corporel, les postures, le dessin, etc. L'image du corps est impactée par les expériences des premiers mois, elle est liée au développement du jeune enfant comme sujet puis comme acteur de son développement et dans son environnement. L'image du corps se construit à partir d'un schéma corporel connu, intégré, puis elle s'étoffe avec le déploiement des compétences corporelles dans un premier temps, par leur inscription dans l'espace du psychisme dans un second temps enfin par leur inscription dans le langage. Elle est empreinte des expériences à toutes les étapes de la vie. Elle est constamment remaniée avec l'acquisition de nouvelles compétences, de nouvelles représentations, de nouveaux souvenirs.

La construction de l'image du corps implique le tonus. Aux deux extrêmes au début de la vie, il est le premier canal relationnel partagé et compris entre un bébé et son parent. Mis à mal dans les premiers temps de la vie d'O. avec les difficultés de résolution tonique du bas du corps, l'hypotonie des premiers temps de la vie, la mise à distance de l'entourage pendant le séjour en couveuse, les difficultés alimentaires entre autre. L'accès à une équilibration de la dialectique entre hypotonie et hypertonie est impactée et représente une partie des difficultés repérées aujourd'hui : agrippement à la tonicité, recours au tonus pneumatique, expression faciale restreinte, difficultés phono-articulatoires. Le jeu, la relation et le dialogue tonico-émotionnel sont des moyens d'approche qui implique la régulation tonique. Le travail de mise en corps de ce qui se manifeste dans l'élévation tonique permet d'assouplir

cette rigidité, de travailler sur la représentation et l'intégration d'un équilibre tonique et d'une image du corps qui comprend une détente dans laquelle le corps conserve son intégrité.

Le jeu est un lieu d'échange relationnel. Que ce soit pour accompagner la mise en forme d'une difficulté, pour aider à symboliser une expérience abstraite ou l'expérience du plaisir partagé. En effet, par le jeu partagé et en présence du psychomotricien, l'enfant construit quelque chose de l'attention conjointe, de l'intersubjectivité et de la symbolisation. Puis quand le psychomotricien s'écarte, l'enfant peut conserver le souvenir de l'expérience partagée et construire seul de nouvelles images et représentations de l'expérience. Progressivement le jeune enfant s'approprie les expériences, qui laissent une trace en lui. Il peut maintenant se différencier, devenir un individu distinct des autres, il a intégré son corps en présence de l'autre, pour finalement intégrer son corps seul.

La psychomotricité offre un espace de jeu, d'expression pour la réalisation des angoisses, des peurs et des appréhensions qui nous habitent psychiquement, corporellement, toniquement. Par le jeu, dans cet espace, l'enfant peut mettre en corps, vivre, jouer et figurer ces angoisses afin de les transformer et de les surpasser. En cela l'enfant trouve un espace d'affirmation de son Moi, des tensions et pulsions qui le traverse. Notamment avec le jeu symbolique et le jeu de faire-semblant, il peut symboliser l'expression corporelle de ses vécus, les peurs peuvent passer du côté de l'imaginaire.

« *Un peu toi, un peu moi, tu avances un trait, une idée, je la transforme et me l'approprie tout en te laissant l'espace de la prolonger encore ... et ainsi de suite* » (Joly, 2015, p.16). L'idée à l'origine du jeu, qu'elle soit amenée par l'enfant ou le psychomotricien engage un travail de tissage à deux ou plusieurs. Le psychomotricien se laisse mettre en forme, il étend la proposition de l'enfant, en cela il lui renvoie un jeu transformé de sa sensibilité. L'enfant amène, dans le jeu, une part de ses mouvements internes avec son corps et son psychisme en construction, le

psychomotricien accueille ses mouvements, se les approprie, les transforme et leur donne du sens, à partir de ses représentations corporelles et psychiques matures. L'enfant donne, le psychomotricien reçoit et renvoie, l'enfant récupère et se l'approprie pour rebondir à son tour. C'est cette adaptation réciproque qui permet une construction de l'image du corps, en interaction au service d'une individualisation.

Bibliographie

de Ajuriaguerra, J. (1970). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris, France : Masson.

Bick, E. (2006). L'observation du bébé selon la méthode Esther Bick. Erès.

Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans D. Meltzer, Explorations dans le monde de l'autisme. Payot.

Bonnier, P. (1904). Le sens des attitudes. Paris : Masson et Cie.

Bullinger, A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Erès.

Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. Enfance, n°1, p. 27 à 35.

Candilis-Huisman, D. (2015). Tendresse et passion dans les jeux corporels mère-enfant. Dans F. Joly, Jouer ... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Editions In Press.

Ciccone, A. (2012). La pratique de l'observation. Dans Contraste, n°36, p.55-77.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Dans Cahiers de psychologie clinique, n°17, p.81-102.

Courtalon, T. (2020). Une je(u) désorganisé, l'importance du jeu et de l'imaginaire chez l'enfant violenté (mémoire de maîtrise, Sorbonne Université). Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933422>

Descamps, M.A. (1986). L'invention du corps. Paris : Presses Universitaires de France.

Dolto, F. (2014). L'image inconsciente du corps. Seuil.

Fanget, F. (2007). De l'inhibition sociale à l'anxiété sociale. Dans Le Journal des Psychologues, n°244, p.24-28.

Freud, S. (1961). Introduction à la psychanalyse. La Petite Bibliothèque Payot.

Gaussoit, L. (2015). Approche socio-développementale des conduites ludiques chez l'enfant et le préadolescent. Dans F. Joly, Jouer ... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Editions In Press.

Toutes les définitions en note de bas de page dans la première partie proviennent du site suivant :

Giudicelli, C-P., Hureau, J. (2018). Le vocabulaire médical du XXIème siècle. Dictionnaire de l'académie de médecine. <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

Golse, B. (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation, un exemple de passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique. *Enfances et Psy*, n°62, p. 29 à 38.

Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. *Enfance*, n°1, p.121-132.

Haag, G. (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances et Psy*, n°41, p. 14 à 22.

Haag, G. (2006). Clivage dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. *Le Carnet PSY*, n°112, p. 40 à 42.

Haag, G. (2004). Sexualité orale et moi corporel. *Topique*, n°87, p. 23 à 45.

Haag, G. (2004). L'acte création/représentation de formes dans le jeu de la transformation. *Revue française de psychanalyse*, vol. 66, p. 1779 à 1787.

Haag, G. (1992). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Anpase émergences*, n°4, p. 41 à 58.

Joly, F. (2015). Jouer ... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Editions In Press.

Morin, C (2013). Le schéma corporel. Dans C. Morin, Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. Erès.

Penot, B. (2009). De l'idée freudienne de narcissisme primaire à celle de subjectivation, deux approches complémentaires en psychanalyse. Revue française de psychanalyse, vol. 73, p. 487 à 503.

Pireyre, E. (2011). Clinique de l'image du corps. Dunod.

Robert-Ouvray, S. (2007). L'enfant tonique et sa mère. Desclée De Brouwer.

Robert-Ouvray, S. (2019). Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité. Desclée De Brouwer.

Roussillon, R. (2015). Le jeu et la fonction symbolisation. Dans F. Joly, Jouer ... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique. Editions In Press.

Roussillon, R. (2012). Symbolisation primaire et identité. Dans Agonie, clivage et symbolisation. Presses Universitaires de France.

Schilder, P. (2009). L'image du corps, étude des forces constructives de la psyché. Tel Gallimard.

Winnicott, D.W. (2018). Jeu et réalité, L'espace potentiel. Folio Essais.

Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Payot.

Winnicott, D.W. (1969). De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot.

Résumé

D'une rencontre en petite enfance, la question de l'image du corps s'impose au centre de mes questionnements. Thème largement développé dans de nombreux champs d'étude, je propose une analyse de la construction précoce et je me questionne sur les difficultés développementales qui fragilisent l'image du corps. Ensuite, ce mémoire aborde les enjeux de la relation thérapeutique en psychomotricité dans le jeu. Intégrant une dimension ludique, les échanges et l'image du corps sont au premier plan. De la relation adhésive vers l'individuation progressive, ce mémoire rend compte de l'importance du jeu dans le travail de l'image du corps en psychomotricité.

Mots-clés : Image du corps - Jeu - Tonus - Subjectivité - Psychomotricité

Summary

Based on a meeting with childhood, the question about the image of the body brings together all my questions. Widely developed in many fields of study, I suggest an analysis about the early individual development that brings me to question the impact of developmental flaws weakening the image of the body. Then, this memoir addresses the challenge for the therapeutic relationship seen in psychomotricity throughout the play. Considering the playful dimension brings forward interactions and the image of the body. From an early on adhesion leading to the individuation process, this memoir reflects the significance of plays and games in the elaboration process of the image of the body encountered in psychomotricity skills.

Keywords : Image of the body - Game - Tone - Subjectivity - Psychomotricity