# De l'accordage relationnel à la séparation : une traversée en psychomotricité

Camille Allaire

▶ **To cite this version:**

Camille Allaire. De l'accordage relationnel à la séparation : une traversée en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297271

**HAL Id: dumas-03297271**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297271**

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

# De l'accordage relationnel à la séparation : une traversée en psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité

**Camille ALLAIRE**

Référent de mémoire :

Fresia CLAUSS

Session Juin 2021

Je remercie sincèrement,

Fresia, pour sa bienveillance, sa disponibilité et ses conseils tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Camille, pour son accueil au cabinet libéral, son professionnalisme et son investissement auprès des enfants m'ont permis de mesurer la richesse du travail d'équipe tout au long de l'année.

Florence, pour sa confiance et tous nos échanges autour des enfants et des pratiques professionnelles en crèche et en PMI.

Les équipes des crèches et l'équipe de la PMI, qui m'ont chaleureusement accueillie en m'inscrivant dans un travail pluridisciplinaire à leurs côtés.

Marie, avec qui j'ai partagé ma première expérience professionnelle en tant que psychomotricienne.

Les professeurs de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière, pour leur implication et leur disponibilité.

Mes amis, et notamment Léa, Blandine et Elsa, pour m'avoir encouragée tout au long de mon parcours de formation et avoir contribué à l'élaboration de cet écrit.

Ma famille, et plus précisément ceux avec qui la vie est plus jolie.

Tous les enfants dont j'ai croisé le chemin...

# Sommaire :

*AVANT-PROPOS* ..... *8*

*INTRODUCTION* ..... *10*

*PARTIE 1 : DES HISTOIRES DE RENCONTRES SINGULIÈRES* ..... *13*

*1. La rencontre avec Axel* ..... *13*

**1.1 Le cabinet libéral** ..... **13**

**1.2 Axel** ..... **15**

1.2.1 Anamnèse ..... 15

1.2.2 Bilan psychomoteur ..... 16

1.2.2.1 Le tonus et l'émotionnel ..... 16

1.2.2.2 Latéralité ..... 16

1.2.2.3 Ecriture ..... 17

1.2.2.4 Les représentations corporelles ..... 17

1.2.2.5 Espace, temps, rythme ..... 17

1.2.2.6 Conclusion du bilan psychomoteur ..... 17

1.2.3 Les troubles du contrôle des impulsions ..... 18

1.2.4 L'écriture ..... 19

*2. La rencontre avec Izia et Mel* ..... *22*

**2.1 La PMI** ..... **22**

**2.2 Izia** ..... **23**

2.2.1 Anamnèse et environnement familial ..... 23

2.2.2 La première rencontre ..... 24

2.2.3 L'observation clinique des signes psychomoteurs ..... 25

2.2.4 Le reflux gastro-oesophagien ..... 26

**2.3 Mel** ..... **28**

2.3.1 Anamnèse et environnement familial ..... 28

2.3.2 La première rencontre ..... 30

2.3.3 L'observation clinique des signes psychomoteurs ..... 31

2.3.4 Les retards d'acquisitions ..... 31

*PARTIE 2 : DES HISTOIRES DE FONDATIONS ESSENTIELLES* ..... *34*

*1. Le tonus à la base de la construction psychomotrice* ..... *34*

**1.1 Le tonus et les émotions ..... 34**

1.1.1 Le dialogue tonico-émotionnel ..... 34

1.1.2 Une spécificité de l'approche psychomotrice ..... 35

**1.2 Le tonus, premier pallier de l'étayage psychomoteur ..... 36**

1.2.1 La théorie de l'étayage psychomoteur ..... 36

1.2.2 Du corps à la psyché et de la mère au bébé ..... 38

**1.3 La carapace tonique ..... 39**

1.3.1 L'incohérence dans les attitudes maternelles ..... 39

1.3.2 Conséquences posturales et respiratoires ..... 40

1.3.3 Conséquences sur les perceptions et représentations corporelles ..... 41

***2. L'expérience de l'individuation ..... 44***

**2.1 Les interactions précoces ..... 44**

2.1.1 La communication réciproque ..... 44

2.1.2 Les troubles des interactions précoces ..... 45

**2.2 L'attachement ..... 46**

2.2.1 Comment s'élabore l'attachement ? ..... 46

2.2.2 S'attacher pour mieux se détacher ..... 48

**2.3 L'image du corps ..... 49**

2.3.1 L'image reflétant la construction de la subjectivation ..... 50

2.3.2 Le travail autour de l'image du corps ..... 50

***PARTIE 3 : LA TRAVERSÉE GUIDÉE PAR UNE POSTURE ..... 53***

***1. De la demande au soin : enquêter, articuler, créer ..... 53***

**1.1. L'engagement de l'observateur ..... 53**

1.1.1. La question de la demande ..... 53

1.1.2. La différence entre les signes et les symptômes ..... 54

1.1.3. Une question de points de vue ..... 55

**1.2. Le corps en relation ..... 56**

1.2.1. Deux corps en relation ..... 56

1.2.2. L'articulation psychomotrice ..... 58

1.2.3. La fonction thérapeutique ..... 59

***2. La question de la posture ..... 60***

**2.1 Le soin psychomoteur ..... 60**

2.1.1 Le versant rééducatif ..... 61
2.1.2 Le versant éducatif ..... 63
2.1.3 Le versant thérapeutique ..... 64
**2.2 La posture du psychomotricien ..... 66**
***CONCLUSION ..... 67***
***BIBLIOGRAPHIE ..... 69***
***ANNEXE ..... I***
***Résumé ..... II***

*« Nous qui avons choisi de soigner, d'aider, de soutenir, nous avons à l'évidence un rôle important à jouer, quand nous nous occupons de construire à partir du désordre, du chaos, de la désorganisation. Dans chaque bébé, dans chaque enfant, dans chaque adolescent, nous avons la responsabilité d'un morceau d'humanité, cette part qui existe en chacun d'eux. »*

*Catherine Potel.*

# AVANT-PROPOS

Le choix du métier de psychomotricien s'est imposé à moi dans mon parcours de vie personnel et professionnel. J'ai débuté par une licence en sciences humaines et sociales mention psychologie avec l'ambition de répondre à un certain nombre de questions concernant l'esprit humain. Si j'ai trouvé quelques réponses, j'ai aussi dû revisiter quelques unes de ces ambitions.

La psychologie étudie les faits psychiques et les conduites humaines sous différents aspects. J'ai abordé les différentes notions concernant le système du traitement de l'information, l'organisation et la structure du cerveau, appris à identifier les enjeux majeurs de chaque période développementale de l'humain, approché les phénomènes psychologiques à l'œuvre lors du passage de l'individu au groupe. Du point de vue théorique, les apports en psychologie clinique mettent en lumière les souffrances psychiques chez un individu en prenant en compte son histoire.

Parallèlement à mes apprentissages théoriques, je suis allée à la rencontre de plusieurs psychologues cliniciens, spécialisés dans différents champs d'intervention ; maternité, cancérologie, gérontopsychiatrie, libéral. De cette manière, j'entendais clarifier mon orientation professionnelle, affiner mes représentations sur le métier de psychologue clinicien.

Du point de vue empirique, mon expérience d'observation en unité de pédiatrie spécialisée dans la prise en charge de la mucoviscidose s'est révélée déterminante en termes de clinique. Outre l'occasion offerte de nombreux échanges avec différents professionnels engagés, j'ai mesuré combien les problématiques des enfants s'exprimaient par le corporel, en lien avec leur pathologie organique. Cela a constitué une porte d'entrée pour mes premiers référentiels en termes de prise en charge.

Par ailleurs, mes expériences successives d'animatrice auprès d'enfants durant l'été en clubs de plage m'ont, à mon insu, également nourris professionnellement. Il faut préciser que dans ce cadre de travail, certains enfants sont inscrits par leurs parents, dans la perspective d'apaiser des difficultés qu'ils rencontrent par ailleurs dans le quotidien. Au terme de la troisième année de licence en psychologie, au-delà des activités ludiques et estivales, mon

regard posé sur ces enfants a évolué (en même temps qu'eux). Pour autant, il m'a semblé manquer de représentations globales de l'humain, en particulier dans ce champ d'expérimentation de l'animation, où l'expression corporelle prend toute sa place.

La prise en compte de la dimension corporelle, avec l'idée de corporéité, s'est progressivement révélée incontournable dans cette perspective de représentations globales des enfants, et de l'humain en général. Assez naturellement, cette réflexion a poursuivi son chemin et m'a orientée, au terme de ma licence en psychologie, vers une formation de psychomotricienne.

# INTRODUCTION

Du club de plage à la salle de psychomotricité, ils s'appellent Axel, Marguerite, Carlos ou Olivia, ils entrent dans un univers de jeux, de cerceaux, de ballons, espace attractif pour les enfants qui s'y installent plus ou moins spontanément. L'enfant est invité à jouer, à sauter, à courir, nouer des contacts et des relations avec les autres. L'environnement ainsi pensé, poursuit le même objectif en direction des enfants, leur épanouissement.

Dans cette similarité apparente entre les moyens mis à disposition et les objectifs poursuivis, les professionnels sont nombreux. Pour autant, ces professionnels se distinguent dans la manière de s'y employer, de se former, pour s'adapter à la singularité de ces enfants. En effet, chacun d'eux n'a pas la même capacité, les mêmes aptitudes pour investir l'environnement dans lequel il évolue, que ce soit matériel, affectif, social…

L'enfant peut alors montrer des signes de mal-être qui le limitent dans ses capacités de manière temporaire ; la réponse à apporter est alors souvent assurée par la famille ou par les proches. Lorsque ces limites perdurent, ou s'installent, la famille cherche alors une réponse à apporter du côté du soin, auprès de professionnels spécialisés, qui varient en fonction des problèmes observés.

Dans le champ d'intervention en psychomotricité, j'ai poursuivi mon intervention auprès des enfants au cours d'un premier stage en Centre Médico-Psychologique. Dans cette institution, les enfants accueillis présentaient des troubles du spectre autistique. La clinique variait en fonction des profils des enfants, certains avaient accès au langage et d'autres non, les difficultés relationnelles s'exprimant différemment.

Le travail à deux avec la psychomotricienne s'est révélé riche en termes de positionnement clinique, visant à ajuster notre positionnement auprès de ces enfants. Ainsi, je me suis intéressée de plus près aux questions de relation thérapeutique avec eux, relatives au positionnement de chacun, notamment dans une relation à trois.

Au fil des séances, je me suis interrogée sur la manière de rendre intelligible les conduites de certains enfants, n'ayant pas accès au langage. Mon interrogation a aussi porté

sur la place du psychomotricien pour aider au mieux le développement de leurs capacités relationnelles.

Ce questionnement s'est perpétué lors du travail clinique en libéral et en Protection Maternelle Infantile (PMI). En étoffant mes savoirs théoriques, j'ai mis en lumière des aspects particuliers de notre intervention qui ont guidé ce travail de mémoire. Celui-ci retrace le fil de ces différents questionnements. Au cours de ce cheminement, j'ai travaillé à rassembler les élements cliniques, théoriques et discussions. Cela se veut le reflet de ma logique de réflexion et de mes intérêts pour la psychomotricité :

Comment la posture du psychomotricien permet au patient de s'épanouir en qualité de sujet ?

Cette démarche a pris comme point de départ les rencontres avec trois enfants, Axel, Izia et Mel. J'ai côtoyé chacun d'eux de manière régulière tout au long de l'année, ils ont participé de l'évolution de mon positionnement professionnel.

Dans une première partie, je propose de détailler avec soin les éléments de leurs histoires en apportant un éclairage spécifique aux difficultés qu'ils rencontrent.

Aborder la question du tonus revêt un intérêt certain au vu des manifestations cliniques de ces enfants. La deuxième partie s'appuie sur la théorie de l'étayage psychomoteur afin de mettre en lumière comment se manifeste corporellement l'adaptation à l'environnement chez ces enfants.

Enfin, la troisième partie est réservée plus précisément à la posture du psychomotricien, en développant les aspects du suivi psychomoteur qui me semblent essentiels à préciser.

En partant de plusieurs questionnements et hypothèses cliniques, ce travail de mémoire rend compte de mon cheminement et de ma construction professionnelle. Aussi, ai-je fais le choix du recours au « nous » en tant qu'un « nous » professionnel, non plus inscrite simplement dans un cheminement personnel, mais rattachée à une fonction, à une corporation et un travail d'équipe. Ce recours au « nous » rend compte également du travail

en binôme avec les deux psychomotriciennes (maîtres de stage) qui m'ont accompagnée tout au long de cette année.

# PARTIE 1 : DES HISTOIRES DE RENCONTRES SINGULIÈRES

## 1. La rencontre avec Axel

### 1.1 Le cabinet libéral

Nous avons rencontré Axel en cabinet libéral de psychomotricité à Paris. La praticienne responsable du cabinet exerce à la fois en tant que psychomotricienne et psychologue clinicienne deux journées par semaine, associée à d'autres professionnels qui interviennent sur le reste de la semaine. Le fait d'avoir les deux qualifications permet l'orientation des patients selon leurs besoins spécifiques au sein du même cabinet.

L'exercice en libéral nécessite une organisation spécifique au quotidien. Nous prenons en charge les enfants à partir de prescriptions médicales, la sécurité sociale ne prend pas en charge le remboursement des séances. Les enfants sont âgés de 3 à 13 ans. Au-delà des fonctions du psychomotricien, la particularité de l'activité libérale requiert la mise en réseau avec les partenaires extérieurs comme le secteur médical et médico-social, avec des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le suivi des patients.

La demande de bilan psychomoteur émane des parents, de l'école ou du médecin généraliste, et concerne le plus souvent des difficultés d'ordre scolaire comme les difficultés d'apprentissages en termes de lecture et d'écriture, des difficultés attentionnelles et des maladresses. Le bilan psychomoteur permet d'objectiver les difficultés de l'enfant, à l'aide de tests étalonnés selon la moyenne des enfants du même âge. A l'issue du bilan, il est possible d'établir un profil psychomoteur de l'enfant et d'évoquer l'impact des difficultés rencontrées dans le quotidien de l'enfant. Il peut s'agir d'un retard d'acquisition ou bien de troubles installés.

Le bilan se déroule sur deux séances. La première est consacrée en grande partie à l'anamnèse, c'est-à-dire à l'histoire des difficultés rencontrées dans le parcours de vie de l'enfant. La psychomotricienne interroge en premier lieu l'enfant quelque soit son âge, dans la mesure où il a acquis le langage. D'un point de vue clinique, cela permet d'observer la

manière dont l'enfant s'exprime, ce qu'il a compris de ce rendez-vous et là où il en est par rapport aux difficultés qu'il rencontre. Cela nous amène à appréhender les dynamiques du système familial et les modalités relationnelles entre les membres de la famille. C'est souvent l'occasion pour les parents de parler de leurs propres ressentis. Assez naturellement, la suite de l'entretien consiste à interroger les parents sur leur venue et ce qu'ils percoivent des difficultés de leur enfant.

Le bilan se poursuit au cours du deuxième entretien, sans la présence des parents dans la majeure partie des cas. La restitution se fait lors d'un troisième rendez-vous, généralement en présence des parents uniquement, afin de discuter d'un éventuel suivi, selon les conclusions du bilan et de leurs attentes. Ce troisième rendez-vous permet de part et d'autre de clarifier la demande de chacun. Cette temporalité est importante et a un effet structurant au niveau psychique, l'intervalle entre la rencontre et la restitution faisant souvent émerger des informations importantes et utiles à la prise en charge.

La psychomotricienne travaille particulièrement avec le référentiel psychanalytique des troubles psychomoteurs, tout en restant ouverte à d'autres pistes théoriques. En séance, elle utilise des outils cliniques variés, comme la graphomotricité, la méditation, des techniques dérivées de l'hypnose auxquelles elle a été formée. Les médiations bâtons, tissus, balles sensorielles, relaxation, parcours moteurs, jeux de sociétés, enveloppements dans des couvertures, sont régulièrement proposées aux enfants.

Les séances en cabinet libéral implique de répondre aux attentes des parents, en termes d'évolution et de progrès de leur enfant. Ainsi, il s'agit pour la professionnelle en formation, de s'inscrire dans la lignée de la psychomotricienne tout en essayant de prendre une place au sein de la relation en triade dans l'objectif de se former. En tant que professionnelle en formation, nous participons activement aux entretiens, à la passation des bilans, à la cotation et à l'écriture des bilans psychomoteurs. Au sein des séances, nous sommes force de proposition aux cotés de la psychomotricienne. C'est dans ce cadre de travail que nous avons rencontré Axel.

## 1.2 Axel

Axel est un garçon de 6 ans et 4 mois (né le 25/12/2014) et scolarisé en CP. Il est suivi en psychomotricité au cabinet libéral depuis qu'il a 4 ans et 11 mois, à raison d'une séance hebdomadaire. La demande de prise en charge émane des parents concernant d'éventuelles difficultés graphiques entraînant une lenteur.

### *1.2.1 Anamnèse*

Axel est un enfant qui a été désiré et attendu par ses parents, la grossesse s'est déroulée dans un contexte d'inquiétudes pour la santé de la maman et au sujet d'évènements familiaux importants. Il est né trois semaines avant le terme, le score d'apgar[1] était de 2 puis de 6, suite à un problème de cordon ombilical autour du cou. Il a fait ses nuits vers 4 mois et a marché à 16 mois. Nous n'avons pas d'informations précises quant à l'investissement des différents niveaux d'évolution motrice[2] avant l'acquisition de la marche.

Axel est décrit par sa mère comme « un bébé très tonique qui demandait beaucoup les bras ». Il était gardé par une assistante maternelle avant l'entrée en petite section. Les parents travaillent beaucoup et le père est souvent en déplacement. Aucun élément spécifique n'est précisé concernant l'entrée en maternelle. La maîtresse de moyenne section souligne cependant une forme de mutisme et un refus de faire certaines activités, en précisant que le fait d'investir la mascotte de la classe a permis à Axel d'être plus à l'aise et de s'inscrire dans le groupe classe.

A la suite de l'anamnèse, Axel a réalisé une évaluation psychomotrice à 4 ans et 11 mois. Les échanges verbaux avec la psychomotricienne et les supports écrits (bilan psychomoteur) nous permettent de retracer son suivi en psychomotricité.

[1] Nous revenons plus précisément sur le score d'apgar au cours du développement. (p. 25)

[2] Les niveaux d'évolution motrice : Ce sont les passages successifs d'une position à une autre, notamment le rampé puis la station assise et la station debout. Ils se construisent dans une succession de redressements et de déplacements.

### *1.2.2 Bilan psychomoteur*

Axel se présente comme un petit garçon mince et d'apparence assez tendue dans son corps. Il se montre impressionné lors de l'entretien et se tourne vers sa maman pour qu'elle réponde à sa place aux questions qui lui sont posées. Le bilan psychomoteur est réalisé en présence de la mère, l'éventuelle séparation entraînant de l'inquiétude chez Axel. La psychomotricienne note qu'il se rassure progressivement au fil de la rencontre et montre des capacités à s'appuyer sur l'adulte.

#### *1.2.2.1 Le tonus et l'émotionnel*

Au cours du bilan, nous repérons des troubles de la régulation tonico-émotionnelle avec une tendance à la raideur et un recrutement tonique excessif dans la motricité. Les coordinations globales sont impactées par la tendance à la contraction. Les coordinations/dissociations des membres supérieurs et inférieurs sont coûteuses, tout comme l'inhibition d'actions simultanées. Le tonus des doigts est à tendance hypotonique et ne permet pas de réaliser correctement les gestes fins. Le découpage et la manipulation de la pâte à modeler montrent de bonnes praxies fines. Cependant, des difficultés de déliement digital et une importante lenteur sont remarquées lors de l'imitation des positions des mains.

En ce qui concerne la sphère relationnelle, nous repérons la présence de réactions de prestance et d'anxiété. Le bilan révèle globalement une tendance à l'inihibition notamment au niveau verbal.

#### *1.2.2.2 Latéralité*

Le processus de latéralisation s'achève généralement aux alentours de 7 ans. Cependant, pour Axel, la latéralité s'oriente à droite et de manière homogène œil/main. Une latéralité homogène favorise de bonnes coordinations occulo-manuelles, nécessaires à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

#### *1.2.2.3 Ecriture*

Le passage au graphisme fait chuter les résultats d'Axel. D'une manière générale, il est réalisé en tension et si le facteur rapidité intervient, tout le bras est impacté avec des raideurs diffuses et une posture inefficace. La pince tridigitale est en cours d'acquisition. Des syncinésies à diffusion tonique sont présentes lors du passage à l'écriture, ce qui est normal à son âge au vu de la maturité neurologique, mais qui témoigne néanmoins de l'effort engagé chez Axel.

#### *1.2.2.4 Les représentations corporelles*

Axel connaît bien le vocabulaire du corps, sait en nommer les différentes parties. Au dessin du bonhomme, il dessine sa mère en noir et blanc. Sa production correspond presque à son âge selon la cotation. Il dit bien aimer son dessin mais n'exprime pas plus d'éléments et ne parle pas de contenu imaginaire autour de sa production.

#### *1.2.2.5 Espace, temps, rythme*

Axel semble peu repéré dans le temps, il n'est pas repéré dans la séquence de la journée ni dans les jours de la semaine. Pour autant, il montre des capacités pour replacer et ordonner les cartes séquentielles et raconte bien l'histoire qu'il voit sur les images. Les capacités d'analyse et de structuration rythmique sont efficientes. Il est plutôt bien repéré dans l'espace, il connaît le vocabulaire topologique et reconnaît bien les formes géométriques du rond, du carré et du rectangle. Il a de bonnes compétences visuo-perceptives et visuo-spatiales.

#### *1.2.2.6 Conclusion du bilan psychomoteur*

Le bilan psychomoteur met en avant une hétérogénéité des résultats. En effet, Axel a de bonnes compétences d'analyse spatiale et de structuration rythmique mais le passage au graphisme complexifie le travail à réaliser. La psychomotricienne note une anxiété de fond se traduisant par une forte inhibition et des difficultés de régulation tonique à tendance raide, qui majorent les difficultés de contrôle du geste (motricité et graphisme). Elle a proposé une prise en charge reposant sur un travail de conscience corporelle afin de le soutenir vers un

meilleur épanouissement. De plus, un travail autour du pré-graphisme est préconisé avant l'entrée en CP.

A l'issue du bilan psychomoteur, les séances ont débuté avec Axel. La psychomotricienne a repéré des difficultés pour instaurer une alliance thérapeutique pendant les premiers mois de prise en charge. Aussi, au-delà de cette inhibition repérée sur le plan psychomoteur, nous avons cherché à comprendre ce qui se joue pour Axel.

### *1.2.3 Les troubles du contrôle des impulsions*

Si l'on considère l'inhibition comme un versant des troubles du contrôle des impulsions, il parait intéressant d'en mesurer les impacts psychomoteurs dans la manière dont Axel s'adapte à son environnement. L'observation du couple impulsivité/inhibition permet d'appréhender plus finement le processus d'interaction qui est à l'oeuvre.

L'impulsion se définit comme l' « *action d'une force qui agit par poussées sur quelque chose et qui tend à lui imprimer un mouvement* » ou encore comme « *l'agent, la cause qui pousse quelqu'un à l'action*». L'inhibition correspond à une « *forme de contrôle, qui nous permet de résister aux habitudes ou automatismes, aux tentations, distractions ou interférences.* » (Larousse en ligne, s. d.). Nous comprenons alors les fonctions régulatrices des activités physiologiques, cognitives, motrices et psychiques : elles permettent à l'individu de trouver un équilibre en fonction de l'environnement. En cela, la régulation du couple impulsivité/ inhibition représente un mécanisme adaptatif nécessaire.

Les troubles du contrôle des impulsions peuvent se manifester par une augmentation de l'impulsivité, défaut de l'inhibition ou, à l'inverse, par une inhibition psychomotrice. A.Féline et J-P.Lépine (1982) définissent l'inhibition psychomotrice chez l'enfant comme : « *l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions psychiologiques, mentales, verbales et motrices, par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités.*»

L'inhibition peut être une réponse donnée par le sujet , soit comme « renoncement à l'exercice d'une fonction » dans le but d'éviter l'angoisse que cela pourrait générer chez lui, soit comme la « manifestation d'une souffrance psychique ». (Molbert, 2013) Cela peut être considéré aussi comme un syndrome qui se manifeste dans les sphères relationnelles, comportementales, affectives et motrices.

En ce qui concerne Axel, l'inhibition psychomotrice se répercute dans plusieurs sphères. Sur le plan de la communication, Axel parle peu et répond à nos questions de manière succinte. Il ne formule pas de demandes et semble assez passif dans la relation, les interactions sont pauvres et les initiatives non réciproques.

Dans sa posture, il se tient en général assez droit avec les bras tendus, les mains croisées entre les jambes. Il a peu de mimiques faciales et son expression figée ne permet pas d'exprimer les variations émotionnelles. En outre, cela renvoie une attitude empruntée et rigide et un manque d'expressivité corporelle.

Nous pouvons aussi considérer les répercussions de l'inhibition psychomotrice sur les apprentissages, en termes d'investissement et de maintien de l'attention. L'effort fourni semble alors devenir trop couteux pour Axel, qui, à la première difficulté préfère se détourner plutôt que de persévérer. Cela aurait donc à voir avec les difficultés graphiques auxquelles il est confronté. Nous pouvons supposer que l'inhibition est en partie à l'origine d'une difficulté à investir l'écriture, dans le risque que cela représente de laisser une trace de soi.

### *1.2.4 L'écriture*

L'écriture semble alors revêtir la valeur de symptôme, en ce sens qu'elle constitue le motif principal de consultation pour Axel, scolarisé en classe de Grande Section de Maternelle. La mère explique ses inquiétudes concernant le graphisme, en particulier dans la perspective de l'entrée en CP. Au-delà de l'évaluation de l'écriture à proprement parler, le geste graphique fait appel à d'autres fonctions psychomotrices et renvoie au schéma corporel, aux coordinations globales et au tonus. A travers une perspective globale, nous observons l'ensemble du corps en mouvement.

Ecrire demande de bien connaître son schéma corporel, le modèle perceptif du corps (Bonnier, 1902). Ce dernier permet de délimiter les contours du corps, de se représenter la distribution de ses organes et de ses membres et ainsi d'avoir conscience de son propre corps. C'est à partir du référentiel de son propre corps que le sujet va prendre conscience du mouvement qu'il réalise dans un certain espace, celui de la préhension et avec une temporalité particulière.

L'acte graphique demande ainsi d'avoir au préalable édifié son axe corporel qui est le point d'appui physique et représentatif de l'action finalisée. (Bullinger, 1998, p.34) A partir de cet axe, les sensations et les ressentis vont s'organiser en s'appuyant sur les afférences sensorielles. Il convient alors de s'interroger sur ce que sent et ressent l'enfant, sur l'intention qu'il met derrière son acte, sur la qualité de ses appuis et la conscience globale qu'il a de son corps. De plus, le rapport à l'espace-temps est indissociable de l'acte d'écrire.

Nous considérons trois aspects en psychomotricité : l'organisation, l'orientation et la structuration. L'organisation est le terme générique qui regroupe les deux autres. L'orientation est la manière dont je me situe dans l'espace, par rapport à mon axe corporel. Ce sont les notions « haut, bas, devant, derrière, gauche, droite ». La structuration fait appel à la reconnaissance d'une forme et à la capacité de s'adapter à cet espace. Par exemple, si l'espace est petit on va se serrer dans l'espace et donc écrire plus petit. C'est en intégrant les limites spatiales et le cadre temporel que le processus d'écriture devient possible.

La dimension psycho-affective est aussi très présente dans l'apprentissage du graphisme. L'écriture suppose des capacités de représentation et d'abstraction importantes. En effet, dessiner une trace afin qu'elle prenne sens est un symbole, c'est l'idée qui représente la chose. Cela demande alors des capacités cognitives suffisantes et une intention d'entrer dans la communication avec l'autre, dans ce cas sous forme de symbole, de code. Le fait d'écrire a une valeur communicative, il s'agit de l'expression de l'espace intime, des affects qui se retrouvent dans le tonus et dans la trace. (Copeland, 2021).

Ce contenu est mis au-dehors pour advenir dans l'espace du social, le partager avec l'autre. Nous abordons ici la question du dedans/dehors que nous développerons dans la suite de ce travail. Ecrire résulte d'un apprentissage qui demande de la répétition et des efforts. Cela suppose donc d'en avoir l'envie et de pouvoir s'impliquer d'un point de vue corporel,

faisant appel à des bases de construction psychomotrice solides, qui font partie des pré-requis aux apprentissages scolaires. L'apprentissage de l'écriture, enjeu central dans la demande de prise en charge de Axel, serait donc à considérer dans ce processus dynamique.

A l'aide du bilan, le schéma corporel semble bien intégré et l'axe corporel bien représenté par Axel. Néanmoins, nous repérons un défaut d'ajustement tonique provenant de raideurs corporelles importantes au niveau des coordinations globales. De plus, sa posture ne lui permet pas de maintenir son corps en équilibre afin de déployer sa motricité. Concernant la dimension psycho-affective, la prédominance de l'inhibition psychomotrice engendre peu de communication des émotions. Axel est en difficulté pour être en relation et cela se traduit notamment dans l'intensité de l'effort qu'il fait pour communiquer à l'extérieur des contenus intimes.

Au niveau de l'intégrité neurologique, nous pouvons interroger les premiers temps de vie d'Axel, présentant un score d'apgar inférieur à 7. Le score d'apgar nous renseigne sur l'état de santé général de l'enfant, il reflète l'état respiratoire et neurologique lors de son adaptation à la vie extra-utérine, évalué à 1 minute et à 5 minutes de vie. Lorsqu'il est situé entre 7 et 10, l'enfant s'adapte normalement à l'environnement, en-dessous de 7, il fait l'objet d'une attention, voire d'une intervention particulière. Axel ne semble pas avoir bénéficié de soins spécifiques.

La maturité neurologique évolue ensuite au gré des expériences de l'enfant. Au vu des difficultés d'Axel, nous questionnons l'évolution du tonus : au niveau postural, était-il dans un schéma d'hyperextension qui entrave les coordinations main/œil ? A-t-il fait des croisements d'axe ? Est-il bien passé par les différents niveaux d'évolution motrice ? L'exploration de ces éléments permet de mesurer leurs incidences sur les difficultés actuelles.

Le recours au test de développement de la perception visuelle de M. Frostig (1973) parait ici intéressant. Il permet d'évaluer cinq items perceptifs : les coordinations visuo-motrices, la discrimination figure-fond, la constance de forme, les positions dans l'espace, les relations spatiales. Il s'adresse aux enfants entre 4 et 7 ans, notamment en cas de difficultés scolaires, et permet d'affiner les observations afin d'envisager des stratégies thérapeutiques concernant l'organisation perceptivo-motrice de l'enfant.

# 2. La rencontre avec Izia et Mel

## 2.1 La PMI

Le service de protection maternelle infantile (PMI) assure la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. C'est un service de santé publique placé sous l'autorité du président de conseil départemental. Les activités du service de PMI sont définies par le code de santé publique et concernent : la planification et l'éducation familiale, le suivi médical préventif des femmes enceintes et des enfants, l'agrément et le suivi des modes d'accueil du jeune enfant. (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2021).

De nombreux professionnels de la périnatalité interviennent en PMI : médecins, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, agent technique de la petite enfance, sages-femmes, psychologues et psychomotriciens. Le service de PMI qui nous occupe est situé dans Paris, il dépend de la ville de Paris et plus précisément de la Direction des Familles et de la Petite Enfance (DFPE). L'équipe de PMI est sous la direction d'une infirmière puéricultrice. Actuellement, cette équipe est composée d'une psychologue, de deux auxiliaires de puériculture, d'une puéricultrice et d'une psychomotricienne ainsi que d'une « dame qui fait la lecture ».

L'action pluridisciplinaire des professionnelles consiste en réalité à soutenir la parentalité en mettant l'accent sur le bon développement de l'enfant. Il s'agit d'accompagner le processus de « devenir parent » en prodiguant les soins nécessaires aux besoins du nourrisson. La PMI accueille des enfants de 0 à 6 ans dans l'objectif de prévention, de dépistage, de soins et de réorientation vers des structures de prise en charge quand il existe des retards ou des troubles nécessitant une prise en charge plus globale.

Dans la fiche de poste du psychomotricien, celui-ci intervient sur une quinzaine d'établissements d'accueil de la petite enfance et des centres de protection maternelle infantile. Les consultations en psychomotricité sont orientées par les médecins de PMI ou par l'infirmière puéricultrice responsable et sont programmées par l'équipe de puéricultrices de la PMI.

La psychomotricienne présente est diplômée d'État depuis dix-huit ans, à la suite d'une reconversion professionnelle. Elle s'est spécialisée dans la petite enfance et est formée au bilan sensori-moteur de Bullinger. Elle se situe dans une approche sensori-motrice auprès des jeunes enfants, considérant que les expériences sensorielles et motrices sont le fruit du développement psychique.

La place d'une psychomotricienne en formation est bien définie auprès de la professionnelle en titre et au sein de l'équipe de la PMI. La journée que nous passons ensemble est rythmée toutes les semaines de la même manière. Nous intervenons d'abord dans un des établissements d'accueil de la petite enfance, où une observation de certains enfants en particulier est attendue de la part de l'équipe. Nous assurons ensuite les consultations à la PMI.

Notre place de psychomotricienne en formation est chaleureusement accueillie par l'ensemble des intervenants, sollicitée pour des échanges avec la psychologue, avec l'autre psychomotricienne intervenant sur d'autres établissements, pour des comptes-rendus sur le serveur de la PMI, ou des écrits relatant nos observations sur un enfant. Avec la psychomotricienne en titre, nous entretenons une relation de coopération basée sur des échanges de points de vue, parfois divergents, surtout enrichissants du point de vue de la clinique. C'est dans ce cadre de travail que nous rencontrons Izia et Mel.

## 2.2 Izia

Izia, âgée de 4 mois et 15 jours accompagnée de sa mère, viennent consulter en psychomotricité au mois de Décembre 2020.

### *2.2.1 Anamnèse et environnement familial*

Izia est née à 39 semaines d'aménhorrées. L'accouchement s'est fait par voie basse et s'est bien déroulé. Les scores d'apgar sont de 10/10 aux différents temps suivants l'accouchement ce qui souligne un bon état de santé général. La grossesse s'est dans l'ensemble bien déroulée, Madame a été hospitalisée pendant 10 jours à la 38ème semaine et 3 jours pour diabète

gestationnel. Elle a bénéficié d'un suivi particulier compte tenu de sa grossesse après l'âge de 35 ans.

### *2.2.2 La première rencontre*

Lorsque nous rencontrons Izia au centre de Protection Maternelle Infantile, elle est posée sur le tapis de jeu, près de la puéricultrice qui veille sur elle alors que sa mère se lave les mains. Nous nous installons à leur côté en souhaitant la bienvenue à Izia, en lui expliquant qu'elle ne connaît pas les lieux mais peut s'y sentir en sécurité. Nous percevons d'emblée qu'elle ne réagit pas à ce qui lui est dit, aux variations de voix. Elle fixe intensément la personne qui lui parle mais son corps reste immobile et l'expression de son visage figée. Durant ces premières minutes, l'attitude d'Izia surprend, montre nettement son état de tension, d'hypervigilance et surtout d'insécurité. Quand sa mère revient, Izia ne se manifeste pas.

La psychomotricienne prend le temps de les installer confortablement dans la chaise. La petite fille n'exprime rien, semble uniquement dans des mouvements de douleurs. La mère, a été adressée en consultation de psychomotricité par une médecin de la PMI, elle nous indique : « je suis là parce-que la médecin a dit que je devais voir le portage avec vous, je crois que je ne fais pas bien. »

La question de l'installation du bébé dans le transat est abordée, la psychomotricienne recommande de la mettre aussi au tapis. La mère explique le choix du transat pour favoriser la digestion d'Izia. Nous invitons la mère à installer Izia sur la table de consultation, sur le dos. L'expression est toujours figée sur son visage. En insistant, nous parvenons à obtenir l'esquisse d'un sourire. Quand nous l'encourageons physiquement à se retourner, la petite fille se met spontanément en posture d'hyperextension, rendant impossible le retournement. La psychomotricienne la met un peu sur le ventre mais Izia exprime des signes de mal-être.

Izia montre des signes de mal-être que la mère associe avec la faim. Aux cotés de la mère, nous nous trouvons momentanément aux prises avec un sentiment de désarroi face aux manifestations douloureuses de Izia. Le moment du biberon qui a suivi a particulièrement retenu notre attention pour mesurer son apaisement. Durant ce temps, nous observons peu

d'interactions visuelles entre la mère et l'enfant, la mère étant dans l'échange verbal avec la professionnelle. Izia lâche la tétine, la reprend, mais la mère ne la regarde pas. Son attention étant détournée, elle lui remet automatiquement la tétine en bouche.

### *2.2.3 L'observation clinique des signes psychomoteurs*

Lors des consultations en PMI, nous ne réalisons pas de bilans psychomoteurs standardisés. Le développement psychomoteur, cognitif et psycho-affectif s'apprécie essentiellement sur l'observation qualitative des manifestations cliniques que nous montre l'enfant. Nous proposons ici d'en résumer les grandes lignes, qui viennent nous éclairer plus précisément sur la problématique d'Izia, en nous référant aux items du Brunet-Lézine Révisé[3], l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance.

En ce qui concerne la motricité globale, Izia se positionne principalement dans des postures d'hyperextension en activité spontanée, posture sur laquelle nous reviendrons au cours de notre cheminement. Les difficultés d'enroulement entraînent des limitations pour attraper les hochets que nous lui proposons. Quand elle réussit à le prendre, elle ne le regarde pas spontanément. Les tensions corporelles compliquent les mouvements volontaires. Les coordinations occulo-manuelles et les coordinations bi-manuelles sont mises à mal. Nous observons des blocages de la respiration dès lors que nous essayons de la mobiliser, notamment en l'invitant à s'assoir.

Au niveau de la sphère relationnelle et de la communication, Izia se montre passive en réagissant très peu aux stimulations auditives, visuelles, proprioceptives et tactiles. Quand nous parlons, elle oriente peu sa tête vers nous. Sur le plan émotionnel, elle ne répond pas quand on l'invite à sourire et reste figée.

Le rythme de vie de cette petite fille est irrégulier, elle prend son biberon de manière fragmentée et à des heures différentes de la journée. Cela ne lui permet pas de construire des

[3] Brunet-Lézine Révisé : Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Ce test permet d'évaluer le niveau de développement d'un nourrisson et de repérer les décalages éventuels par rapport à la moyenne des nourrissons du même âge.

repères et de progressivement envisager ce qu'il va se passer. L'adaptation à son environnement peut être impactée par ce phénomène d'irrégularité au quotidien.

Lors de la consultation, alors que l'échange avec la mère met prioritairement en avant un problème de reflux, ce syndrome est investi comme la cause de tous les maux de cette petite fille. Pour autant, l'observation d'Izia s'oriente d'emblée vers une expressivité faciale et corporelle figée et de fait assez pauvre. Nous proposons alors d'explorer plus précisément les liens qui peuvent être faits entre ces observations cliniques sur le plan psychomoteur, et la particularité chez le bébé du reflux gastro-oesophagien.

### *2.2.4 Le reflux gastro-oesophagien*

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) du nourrisson est caractérisé par des régurgitations de lait et de salive. Ces régurgitations sont fréquentes chez les nourrissons, elles ne sont pas source de douleurs et sont sans danger, dans la plupart des cas. Elles peuvent cependant se compliquer de douleurs importantes lors de la têtée, de troubles du sommeil ou encore de pneumonies à répétition et d'une prise de poids insuffisante. (L'assurance Maladie, 2020)

Pour remédier au RGO, plusieurs traitements non médicamenteux peuvent être mis en place. Ils consistent à entrecouper le moment de l'allaitement pour lui laisser le temps de faire des rots, ou installer le bébé dans un siège incliné pour qu'il puisse être à la verticale à la fin de son repas. Les traitements médicamenteux sont un recours dans les situations où le nourrisson est très douloureux et s'alimente mal. Il existe les médicaments inhibiteurs de la sécrétion d'acide dans l'estomac et ceux qui améliorent le tonus de l'estomac. (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 2018)

Nous pouvons expliquer l'apparition de ce signe clinique par différentes causes. Il peut s'agir d'un défaut au niveau de l'œsophage, c'est-à-dire une immaturité de cet organe surtout au niveau de la jonction entre celui-ci et l'estomac. Il se peut aussi que le RGO soit provoqué par une allergie au lait de vache. Nous pouvons aussi relever la faible capacité de l'estomac dans les premiers temps de la vie qui ne permet pas de contenir beaucoup de lait, ce qui peut

entraîner les régurgitations. Au-delà des étiologies d'ordre pédiatrique, nous pouvons aborder ce signe clinique à travers une perspective psychosomatique.

La psychosomatique est un terme provenant du grec ancien, *« psycho »* qui désigne la psyché, l'esprit et le *«* soma » le corps. D'après le Larousse en ligne, cette expression se définit comme « un trouble organique ou fonctionnel d'origine psychique » ou encore comme une « maladie caractérisée par la transformation d'un trouble psychologique en un trouble somatique. » (s. d.).

Dans cette perspective, pour le nouveau-né, le point de vue psychosomatique suppose qu'il dispose de plusieurs systèmes homéostasiques qui assurent « *l'équilibre général de la vie du nouveau-né* ». (Missonier et al., 2002, p. 82). Néanmoins, il semblerait que ce soit la fonction maternelle qui permette de coordonner ces organisations homéostasiques. *« C'est à travers la négociation quotidienne entre les registres énergétiques du besoin physiologique (faim, sommeil, confort corporel) du nouveau-né et l'investissement somatopsychique maternel que la genèse du système pare-excitant s'effectuera.* » (Missonier et al., 2002, p.83)

La fonction maternelle permet donc à l'enfant d'intégrer progressivement « *le sentiment continu d'exister* » dont parle D.Winnicott (1975). Le développement du petit homme dépend alors de cette continuité des soins psychosomatiques venant de la mère. Dans le cadre d'un reflux gastro-oesophagien, il est important de parler de tout ce que représente le nourrissage pour un nourrisson.

Le fait d'être nourri est la première expérience à laquelle le bébé participe activement. La bouche, le pharynx et tout le système digestif représentent ainsi les premiers espaces corporels investis par le nouveau-né. Le nourriture est apportée par la mère, ce qui entraîne probablement une indistinction entre ces deux derniers. Quand le bébé est allaité au sein ou au biberon, il incorpore réellement le lait et le portage mais aussi les émotions et les fantasmes de la mère.

L'incorporation s'apparente à un *« précurseur corporel* » de l'identification et de l'introjection. « *Le bébé en incorporant le lait donné par la mère, assimilerait une interaction caractérisée par la rupture, l'irrégularité, l'asynchronie. L'afflux d'excitations, inhérent à cette*

*incohérence, dépasserait les capacités d'homéostase du bébé et cette effraction traumatique refusée donnerait lieu au reflux, préforme de la projection.* » (Missonier et al., 2002, p.85).

Ainsi, le RGO peut être compris dans le cadre de difficultés relationnelles. De cette manière, nous pouvons l'envisager comme l'expression somatique de troubles interactifs chez le nourrisson. Le RGO est appréhendé comme une « solution » pour le nourrisson de refuser d'incorporer les projections pathologiques de la mère. Cela sous-entend que ce syndrome est lié aux interactions mère-enfant.

Le processus de parentalité consiste en temps normal à nourrir des projections « *pleines de l'image de l'enfant aimé* » (Missonier et al., 2002, p. 86)., tout au long de la période périnatale. Cependant, lorsque les projections sont pathologiques, l'enfant peut les rejeter, refuser de les incorporer à travers ce trouble psychosomatique très précoce. Alors, les interactions dysfonctionnent et altère le bon développement psychomoteur de l'enfant et sa manière d'entrer en relation avec l'environnement.

Dans le cadre de la PMI, nous avons aussi rencontré Mel, un petit garçon que nous avons suivi de manière régulière cette année.

## 2.3 Mel

La rencontre avec Mel va nous permettre d'évoquer la notion de prise en charge du retard de développement.

### *2.3.1 Anamnèse et environnement familial*

Les parents de Mel sont arrivés en France en janvier 2018, ils sont originaires de Côte d'Ivoire. La mère a été particulièrement traumatisée par le parcours de migration à la suite duquel elle a fait une dépression grave. L'année suivante, les parents attendaient des jumeaux, deux garçons. Au cours du 6ème mois de grossesse, à 27 semaines d'aménorrhées*

(SA), un des jumeaux est décédé in-utéro, donnant lieu à des contractions importantes et incontrôlables.

Mel est né lors de la césarienne en urgence, à 27 SA et 3 jours, avec une très grande prématurité. Mel  a été hospitalisé en réanimation néonatale pendant 2 mois et 24 jours puis en néonatologie pendant une vingtaine de jours. En effet, en cas de naissance prématurée de moins de 33 SA, un suivi est mis en place pour l'enfant jusqu'à ses 7 ans dans le cadre d'un réseau régional qui coordonne les soins.

Ainsi, une consultation au CAMSP est indiquée pour Mel, à la suite d'une hospitalisation à domicile, durant laquelle il a bénéficié de soins, et d'une prise en charge en kinésithérapie motrice, deux fois par jour. Le CAMSP n'a pas donné suite à ce suivi préconisé, sans que nous en connaissions la raison.

Mel est âgé de 4 mois d'âge corrigé lors des consultations suivantes à la PMI avec la puéricultrice. La mère confie qu'elle se sent plutôt bien avec Mel et voit qu'il grandit. Elle est très triste de la mort de son autre bébé et n'arrive pas à dormir la nuit car elle est envahie de nombreuses pensées. Une orientation vers la psychologue de la PMI est alors indiquée, ce que la mère met en place trois mois après la consultation. La psychologue se met en lien avec les services de psychotraumatismes de l'hôpital le plus proche et le CMP adulte, au regard de la dépression grave de cette mère, qui constitue une urgence.

Lorsque Mel est âgé de 7 mois d'âge corrigé, la mère continue de l'emmener aux consultations de suivi mais aucune prise en charge n'est faite concernant son développement plus global. Nous comprenons dès lors qu'il est urgent de prescrire des soins à cette maman qui sombre dans la dépression, et de ce fait dans l'incapacité de répondre aux besoins de Mel. En ce qui concerne le père, nous avons peu d'informations du côté de la PMI mis à part qu'il s'occuperait de Mel au quotidien en relai à la mère. La famille vit dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, dans un logement exigu.

### *2.3.2 La première rencontre*

Nous rencontrons Mel en octobre 2020, il est âgé de 8 mois en âge corrigé. Il a été orienté par la médecin de la PMI qui se questionnait sur son développement psychomoteur. Lors de cette première séance, nous observons beaucoup de postures en hyperextension et un tonus pneumatique encore bien présent. De plus, Mel est plus dans l'échange quand il est positionné en enroulement.

Mel est un bébé assez grand, mince et qui sourit très facilement. Quand on s'adresse à lui il rit, en regardant intensément de ses grands yeux noirs pétillants. Il est dans une posture droite, sa tête bouge peu, ce sont ses yeux qui lui permettent de regarder sur les côtés. Il s'exprime principalement par des petits cris stridents au cours de l'entretien. Posé sur le tapis de sol, Mel fait des mouvements de bassin haut/bas en faisant des petits cris. Il est assez complice avec sa maman et va la chercher du regard, accompagné d'un rire assez particulier qu'elle fait aussi quand elle s'adresse à lui.

Tout au long de la séance, nous repérons que la mère soupire souvent, semble être mal à l'aise dans sa posture assise et se touche beaucoup le ventre. Quelques minutes avant la fin, elle nous parle de nausées et vomissements relatifs à sa nouvelle grossesse. Madame se dit très fatiguée et accueille la nouvelle avec beaucoup de craintes : « je n'ai pas envie que ça recommence comme avec Mel ».

Nous lui expliquons par la suite la nécessité d'un suivi en kinésithérapie pour aider Mel à s'enrouler et à diminuer la tendance à l'hyperextension, et lui proposons de poursuivre très régulièrement les séances à la PMI. Madame donne son accord, tout en précisant que cela lui fait de nombreux suivis à assurer. Elle parle difficilement le français, nous sommes donc très vite prises dans des tentatives de suggestions et reformulations pour pouvoir se comprendre.

Dès cette première séance, nous sentons une alliance thérapeutique naissante sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Deux séances par semaine de kinésithérapie sont prescrites et des séances de psychomotricité, à raison d'une fois toutes les deux semaines sont mises en place pour Mel à la PMI.

### *2.3.3 L'observation clinique des signes psychomoteurs*

Selon les repères du développement psychomoteur[4], pour un enfant de 8 mois, il est attendu qu'il tienne assis tout seul, les étapes de retournements dos-ventre et ventre-dos ont déjà été faites. De plus, en décubitus dorsal, l'enfant peut s'assoir seul en prenant appui sur un côté. Il utilise les retournements comme un premier mode de déplacement.

Nous observons chez Mel des postures encore très symétriques et peu de mouvement de rotation, en décubitus dorsal, le haut du corps reste aligné à la tête. Quand nous essayons de le retourner sur le côté, il se met en hyperextension et se rigidifie, ce qui rend la manœuvre très difficile. Les étapes qui permettent de s'enrouler afin de muscler la chaîne antérieure du corps à travers le fait d'attraper les pieds, de jouer avec son bassin n'ont pas été traversées, ce qui ne permet pas à Mel de se rassembler.

En ce qui concerne la préhension, au huitième mois la pince inférieure se perfectionne et l'index se délie peu à peu. Mel ne porte pas les mains à la bouche, les bras sont généralement repliés sur le torse et il tape avec ses mains sur sa poitrine en faisant des vibrations avec sa voix.

Au niveau de la communication, un enfant de cet âge commence à combiner les syllabes pour les doubler, il cherche les jouets jetés et commence à comprendre ce que veut dire le « non ». Nous remarquons chez Mel qu'il est bien en relation avec nous, mais communique toujours de la même façon avec son sourire ou son rire, comme une réaction de prestance. Il émet très peu de vocalises, mais principalement des cris. Les réponses de Mel sont très peu variées que ce soit au niveau vocal comme au niveau des mimiques faciales.

### *2.3.4 Les retards d'acquisitions*

Une naissance prématurée peut entraîner de nombreuses répercussions sur le développement psychologique, affectif et moteur. Nous proposons d'étudier de plus près le

[4] Nous nous référons ici aux repères du développement psychomoteur, selon N. Thomas (2018)

retard important que présente Mel dans ses acquisitions, en mettant cela en perspective avec son parcours néonatal.

La très grande prématurité correspond à une naissance survenant entre vingt-quatre et vingt-huit semaines d'aménorrhées. Le nouveau-né est transféré directement dans un service de réanimation néonatale, son système respiratoire n'est pas mature pour pouvoir respirer seul, il ne peut pas non plus se nourrir seul. De lourds soins et traitements sont mis en place pour lui permettre de continuer sa croissance. C'est un univers très particulier pour le petit homme qui est soit sous, sur ou dystimulant.

En effet, l'incubateur fait de l'environnement du nourrisson un milieu incohérent dans lequel les afférences sensorielles, venant de l'extérieur, sont difficiles à intégrer. Les systèmes sensoriels et neuromoteurs sont partiellement fonctionnels mais particulièrement immatures. De plus sur le plan tonique, l'hypotonie axiale laisse place à une hypertonie du plan postérieur ce qui déteriore considérablement les capacités d'auto-régulation du nourrisson. Les capacités interactionnelles sont aussi plus fragiles. Ces différents éléments nous permettent de comprendre qu'une prématurité engendre plus de risques de développer par la suite des troubles neuro-développementaux. (Buil, 2020)

Dans l'histoire de ce petit garçon, nous constatons que les soins ont été maintenus jusqu'à la sortie de l'hôpital et prolongés à domicile. Cependant, nous observons qu'à ses 3 mois d'âge corrigé, la prise en charge n'a pas perduré en CAMSP, ce qui est regrettable au vu de son état de santé. En somme, il s'est passé quasiment quatre mois durant lesquels il n'y a pas eu de prise en charge. Nous rencontrons alors Mel, avec des difficultés majeures sur le plan tonique, qui engendrent des retards d'acquisition au niveau moteur, cognitif et affectif.

La maturation neurologique fait partie intégrante du développement psychomoteur de l'enfant. Quand il naît à terme, le nouveau-né présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. En cas de prématurité, le bébé présente une hypotonie axiale et une hypotonie périphérique en raison de son système neurologique encore immature. Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'environnement de l'hopitalisation en néonatologie désorganise le bébé. Un état de désorganisation est un état dans lequel le nourrisson ne peut pas intégrer les stimulations afin de s'adapter à ce qui lui est proposé sur le plan tonique, moteur et postural.

Dans ce contexte hostile, les bébés prématurés peuvent corporellement exprimer des signes de stress importants, des réactions tonique d'alerte. La posture en hyperextension en fait partie, le bébé se cambre de la tête au bassin de manière excessive. De plus, il est important de rappeler qu'in-utéro, le bébé est en posture d'enroulement et maintenu ainsi grâce à l'action de la paroi utérine. Lorsqu'il naît de manière prématurée, il ne peut s'auto-réguler seul sur le plan tonico-postural. Dès lors, il peut adopter des postures en hyperextension.

Nous faisons l'hypothèse que le développement psychomoteur de ce petit garçon a été impacté de manière globale par ce défaut tonico-postural et le manque d'expérimentations sensori-motrices alors qu'il était hospitalisé. Nous avons proposé un suivi régulier de ce petit garçon pour pallier le défaut de prise en charge, tout en insistant pour une intervention du neuropédiatre du CAMSP associée à des soins en kinésithérapie.

A travers le récit de ces rencontres, nous percevons des caractéristiques communes entre ces enfants, aux histoires éminemment singulières, que nous avons décrites d'un point de vue psychomoteur. Au-delà des liens que nous avons faits assez spontanément dans l'observation des ces trois enfants, nous proposons d'approfondir les références théoriques qui éclairent et offrent des clés de compréhension de ce qui se joue pour chacun d'eux. Cela nous permet d'ajuster notre stratégie d'intervention, où le professionnel s'engage dans un travail de liaison et d'articulation des éprouvés corporels au travers de la construction psychomotrice. Nous interrogeons en premier lieu la question du tonus, base de l'observation, centrale en psychomotricité et qui constitue les fondements du développement psychomoteur.

# PARTIE 2 : DES HISTOIRES DE FONDATIONS ESSENTIELLES

## 1. Le tonus à la base de la construction psychomotrice

Nous proposons ici d'aborder le tonus de manière générale, en expliquant les liens étroits entretenus avec l'émotion, puis la théorie de l'étayage psychomoteur afin d'éclairer la dimension tonico-émotionnelle. Lors de perturbations de l'organisation tonique (en écho aux histoires d'Axel, d'Izia et de Mel) celles-ci se manifestent sous différentes formes, mais avec la même modalité d'expression : le surinvestissement du pôle hypertonique au détriment de l'hypotonie.

### 1.1 Le tonus et les émotions

#### *1.1.1 Le dialogue tonico-émotionnel*

Le tonus correspond à la légère tension permanente et incontrôlable par l'homme, toujours présente même à l'état de repos. Cette tension nous permet de tenir des postures pour maintenir l'équilibre et de s'engager dans le mouvement.

Le tonus est intimement lié à l'émotion. Selon H.Wallon, l'expression des émotions prend son origine dans le tonus (cité par Ajuriaguerra, 1989). Nous observons facilement ce phénomène chez le bébé, par exemple le fait que l'émotion est évacuée par la tension du corps, par une hausse du tonus. Avant l'accès au langage, le nourrisson communique en manifestant des états corporels. Les échanges infra-verbaux précèdent les échanges verbaux au cours du dialogue tonique.

J.de Ajuriaguerra (1977) définit le dialogue tonico-émotionnel. Il repère que la mère passe par la phase de désarroi, où elle peine à saisir les signaux moteurs de son enfant, n'identifie donc pas immédiatement son besoin. S'ensuit alors la phase de tâtonnement, où elle tente de satisfaire son besoin et recherche la confirmation dans la réponse motrice que lui apporte son

enfant. Il met en avant la réciprocité de l'échange et y met du sens : il s'agit d'un système de correspondance entre le vécu corporel de l'un et celui de l'autre.

Selon R.Spitz (1968), dans les premiers temps de la vie, l'enfant forme avec sa mère « *une dyade* ». Le nourrisson est entièrement dépendant d'elle pour satisfaire ses besoins vitaux. Cela s'exprime à travers une tension importante chez le bébé, appellée « *hypertonie de besoin* », la mère tente de répondre à ce besoin selon ce qu'elle en comprend, cela engendre « *l'hypotonie de satisfaction chez l'enfant* », un état de détente et de bien-être. (Ajuriaguerra, 1962)

Nous savons que le bébé est en capacité de lire les émotions. (Bachollet et Marcelli, 2010) Il est très sensible aux variations de la voix et à l'intonation que l'on y met en fonction de l'émotion engagée. Dans le portage de la mère, l'enfant va percevoir ses émotions à travers les variations toniques et rythmiques des gestes de la mère. Cette compétence précoce le conduit à mettre en place des échanges réciproques.

Ces échanges relationnels s'inscrivent dans un dialogue tonico-émotionnel. Cela permet de transmettre les émotions et d'en faire une lecture adéquate dans un souci d' accordage à son partenaire. En psychomotricité, établir une alliance thérapeutique avec le patient permet de nous inscrire progressivement dans un dialogue tonico-émotionnel. Nous prenons en compte les manifestations corporelles afin de nommer les affects et d'y mettre du sens.

### *1.1.2 Une spécificité de l'approche psychomotrice*

Lorsqu'il rencontre un patient, le psychomotricien passe par des phases de tâtonnement où il a recours à différentes médiations. De l'investissement de la médiation dépend la qualité du dialogue tonico-émotionnel. En effet, plus le patient va s'approprier l'expérience à vivre, plus la charge émotionnelle sera importante. Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel se révèle être un outil de travail efficace pour relancer la mise en sens des dynamiques psychocorporelles du sujet.

Le psychomotricien recherche une manière de s'accorder avec son patient en adaptant sa posture, son expressivité infra-verbale et sa qualité de présence. Il tente alors de s'approcher

des états de tension du patient ou au contraire de s'en éloigner pour qu'il vive des expériences qui lui sont familières ou à l'inverse peu connues. De cette manière, nous investissons l'espace psychomoteur comme un lieu de passage des éprouvés corporels à l'accès aux représentations.

## 1.2 Le tonus, premier pallier de l'étayage psychomoteur

### *1.2.1 La théorie de l'étayage psychomoteur*

Suzanne Robert-Ouvray est docteur en psychologie clinique, psychothérapeute et victimologue. Elle a suivi au préalable une formation en kinésithérapie et en psychomotricité. Ses travaux viennent particulièrement soutenir notre propos en psychomotricité et plus précisément sur le développement de ces liens psychomoteurs.

Elle revient sur la genèse de ces liens et sur les vicissitudes des six premiers mois de la vie d'un enfant. L'intégration motrice est, selon elle, coexistante au développement psychique : *« les liens psychomoteurs ne sont pas issus d'une transformation d'éléments physiques en éléments psychiques, mais ils se différencient, s'organisent et se coordonnent à partir d'une unité primale sensori-motrice, grâce à un processus d'intégration basé sur des rapports d'antagonismes à différents niveaux d'organisation. »* (Robert-Ouvray, 2004, p.19)

Etayer est le fait de « soutenir une construction au moyen d'étais, de bases, de fondements ». (Larousse en ligne s. d.). L'auteur considère l'étayage des liens psychomoteurs comme « *un système organisateur de la psyché à plusieurs niveaux d'organisation* » (Robert-Ouvray, 2004, p.222) A partir de la tonicité primaire, elle distingue quatre niveaux d'organisation que sont le tonus, la sensorialité, l'affect et la représentation.

A la naissance, le système neurologique est immature et induit une bipolarité tonique : l'hypertonicité des membres et l'hypotonicité des muscles du rachis. Cela induit une première organisation tonique nommée la tonicité primaire. Elle dessine deux pôles opposés : tendu-détendu. Quand le bébé se tend, il a besoin de la présence de la mère, et de la satisfaction de

ses besoins pour pouvoir se détendre. L'organisation tonique soutient l'élaboration du sensoriel.

Au niveau sensoriel, prenons l'exemple d'un moment de partage où la mère parle à son bébé, lové dans ses bras. La communication s'établit avec des échanges de regard, des vocalises et un portage contenant le dos du bébé. L'enfant associe les sensations agréables avec le mou de la colonne vertébrale, il peut se détendre et se laisser aller à la relation. Cela lui permet de regrouper les sensations moelleuses avec les propriétés sensorielles suivantes : chaud, clair, doux, sensations agréables. Par opposition, il élabore la famille du dur en référence au sombre, froid, rugueux, amer, sensations désagréables.

L'affect intervient dans la relation mère-enfant. En effet, lorsque la mère intervient auprès de son enfant pour le calmer et lui expliquer qu'il doit attendre quelques minutes, elle nomme ses éprouvés et son état affectif, par exemple « je comprends que tu sois en colère ». Par la même occasion, elle lui communique son propre état affectif. Avec la réponse de la mère à son bébé, nous passons du palier sensoritonique au palier affectif. Cela signifie aussi le passage d'un niveau de pré-communication à un niveau de communication. L'accès au palier affectif suppose que la mère soit disponible physiquement et psychiquement.

A l'origine de la répartition tonique physiologique, la bipolarité entraîne chez le bébé des pré-représentations d'un objet partiel clivé en « bon et mauvais ». Ainsi, les expériences agréables sont synonymes de pré-représentations douces, agréables, satisfaisantes et bonnes alors que les expériences désagréables s'associent avec des pré-représentations mauvaises du moi et de l'objet. La mère est donc considérée tantôt comme source de satisfaction et « bon objet », et tantôt comme « le mauvais objet » entraînant de l'insatisfaction.

Il s'agit d'un double étayage, du corps à la psyché et aussi de la mère au bébé, comme fonction de l'émergence des affects et des représentations. La mère sera représentée comme un objet total quand la dialectique des positions extrêmes sera active, c'est-à-dire quand l'enfant aura accès à l'ambivalence.

### *1.2.2 Du corps à la psyché et de la mère au bébé*

L'ambivalence se réfère aux positions intermédiaires de chaque palier tonique, sensoriel, affectif et représentatif. En se développant et grâce à la maturation neuromotrice, le passage d'une polarité à une autre est moins rapide et le bébé supporte progressivement différents états en même temps, sans pour autant s'effondrer sur le plan tonico-émotionnel.

L'ambivalence tonique correspond à l'augmentation de la tonicité axiale et la diminution de l'hypertonie périphérique. Ce jeu tension-détente permet progressivement l'introduction d'un troisième terme illustrée par la position assise du 9ème mois. La nuance sensorielle peut être symbolisée par l'apparition du gris entre le noir et le blanc. Au niveau des affects, la cohabitation des émotions contradictoires devient possible et entraîne l'émergence de l'objet total à la fois bon et mauvais.

Ainsi, la mère et le bébé se rencontrent dans un ajustement tonico-affectif. La mère intérprète les signaux moteurs de l'enfant et les met en sens à la fois verbalement et corporellement dans son portage. De cette façon, la mère inscrit le bébé comme sujet en constante relation avec son corps et celui de l'autre, « *ce processus est précurseur de l'empathie, des sentiments d'amour et de la sociabilisation des interrelations humaines*. » (Robert-Ouvray, 2004, p.143)

Dans le travail psychomoteur, nous cherchons à ce que le patient passe d'une polarité à une autre en s'appuyant sur le thérapeute. L'idée est que le patient trouve sa propre ambivalence psychocorporelle, dans un processus de rassemblement, d'unification des éprouvés tension/détente dans une même enveloppe. Penser le bon et le mauvais au sein d'un même espace correspond à une première forme de classement qui apporte des limites et qui protège. Ainsi, l'intégration motrice permet au psychisme de se développer, en fixant des limites corporelles et psychiques.

## 1.3 La carapace tonique

### *1.3.1 L'incohérence dans les attitudes maternelles*

Dans certains cas, l'alternance d'état tension/détente est peu présente. Il s'agit bien souvent d'un défaut d'ajustement mère/enfant, de situations répétées de discontinuité empêchant à l'enfant de se représenter et d'incorporer le « bon objet » interne. L'hypertonicité est considérée comme pathogène quand elle n'alterne pas avec l'hypotonicité de détente.

D'après D.Stern (1989), une mère gratifiante puis frustrante représente une attitude maternelle incohérente. Ce mode de relation constitue l'une des causes les plus communes d'une surstimulation pour l'enfant.

Dans ce cas, le bébé réagit sur un mode souvent défensif. Il peut en effet transformer son enveloppe tonique en véritable « *paroi tonique* » (Robert-Ouvray, 2004, p.178) ne laissant plus entrer le dehors et sortir le dedans. Le nourrisson se développe alors sur une modalité unique et demeure dans des schémas archaïques pathogènes. Le jeu des alternances entre tension et détente est entravé et le système d'intégration par étayage ébranlé.

Lors de notre première rencontre avec Izia, le moment de la tétée est révélateur des attitudes de la mère. Habituellement, le moment de nourrissage de l'enfant est riche pour l'intégration des sensations, où divers sens sont convoqués. Pour la mère, nourrir sa fille semble ici faire l'objet d'un remède aux douleurs d'Izia. Par exemple, quand elle lui donne le biberon, elle lui dit à la fin « là, ça va maintenant mademoiselle, vous êtes contente ? », sans interagir avec elle durant la tétée. Nous pouvons nous interroger sur ce qu'en comprend cette petite fille, qui, par ailleurs, ne semblait pas s'être détendue.

Il est probable que Madame et Izia soient prises dans des schémas relationnels peu porteurs, voire pathogènes. Izia est douloureuse quasiment en permanence, nous percevons que la mère ne sait pas comment réagir et manque de ressources pour mettre du sens aux réactions et s'ajuster à son bébé. Elle nous dit plus tard que sa fille ne pleure jamais. Izia se

présente aux prochaines séances avec une apparence de «bébé bout de bois», elle est très tendue et se tient droite, en hypervigilance.

D'une manière générale, le fait de se rigidifier corporellement jusqu'à se forger une paroi tonique, entraîne de nombreuses conséquences psychomotrices à tous les niveaux d'organisation du sujet. La posture et la respiration peuvent être impactées en priorité.

### *1.3.2 Conséquences posturales et respiratoires*

La répartition globale de l'hypertonicité entraîne des désorganisations rythmiques dans l'intégration motrice, entravant les expériences sensorimotrices et les ébauches de coordinations. Le nourrisson a des difficultés à se rassembler autour du centre de son corps à cause d'une tonicité trop importante. Il investit une posture en hyperextension, c'est-à-dire se cambre en arrière, et ne peut mouvoir volontairement ses membres, pris dans un excès de tension.

Dans le cas de Mel, nous observons clairement cette posture en hyperextension. Sur les genoux de sa maman ou sur le tapis, il se cambre en arrière de la tête en bassin et semble très vigilant à l'environnement. Cette posture souligne des difficultés d'enroulement alors que celui-ci est primordial dans les six premiers mois de la vie de l'enfant. En effet, l'enroulement permet de déployer la musculature antérieure du corps afin d'obtenir un équilibre entre les chaînes antérieures et postérieures, entraînant un contrôle tonique suffisant pour complexifier les mouvements. Ainsi, l'enfant pourra exécuter des mouvements de flexion et d'extension mais aussi dissocier les ceintures scapulaires et pelviennes afin d'entrer dans des mouvements de rotation.

Lorsqu'un tout petit persiste dans des mouvements d'hyperextension, il entrave le déploiement de sa motricité globale (Robert-Ouvray, 2002). De la qualité du complexe flexion/extension dépend le développement psychomoteur. Alors que Mel est âgé de 8 mois d'âge corrigé, nous pensons qu'il est essentiel de corriger cette attitude posturale, qui risque, à terme, de limiter l'intégration de son schéma corporel et l'organisation de ses repères spatio/temporels.

Nous repérons aussi des blocages de la respiration chez Izia ou chez Mel que nous associons avec le tonus pneumatique, décrit par A.Bullinger (2006). Dans une perspective développementale, il aborde le développement sensorimoteur de l'enfant en termes d'espaces corporels successifs. Chaque espace est en lien avec le développement postural de l'enfant et permet la maîtrise d'une coordination spécifique. Dans l'espace du buste, l'équilibre entre les musculatures de flexion et d'extension permet de se redresser petit à petit, ce qui entraîne une coordination avant/arrière.

Avant que cette coordination ne soit possible, l'enfant met en place une conduite visant à bloquer la respiration, nommée « *tonus pneumatique* ». Néanmoins, si cette conduite « *s'installe au détriment de l'équilibre entre musculature de flexion et d'extension* » (Bullinger, 2006, p.133), elle peut entraver les interactions avec autrui et empêcher les coordinations de se mettre en place.

Nous comprenons ici cette conduite comme un mouvement contraire à la carapace tonique. Nous faisons l'hypothèse que Mel et Izia continuent de bloquer leur respiration pour mobiliser les muscles afin de se mouvoir. Nous avons constaté une meilleure respiration au fil des séances en lien avec le travail d'équilibration entre les chaînes de flexion et d'extension. Pour autant, il est intéressant d'évoquer les répercussions que peut entraîner une modalité hypertonique au niveau de l'intégration des sensations corporelles.

### *1.3.3 Conséquences sur les perceptions et représentations corporelles*

Dans le jeu tension/détente, le nourrisson perçoit progressivement les sensations associées aux mouvements qu'il fait. C'est ce que l'on appelle la sensori-motricité, prédominante chez le jeune enfant avant l'accès au langage et forme d'intelligence en action selon A.Bullinger. (2006) La régularité des situations et la stabilité des interactions avec l'environnement permet au bébé d'extraire des « invariants ». Il se représente ces invariants sous forme de schèmes, constructions pré-programmées générales qui s'adaptent aux différentes situations qu'il rencontre par la suite.

La fonction d'enveloppe tonique est le résultat de « *la coordination des schèmes de bases entre eux* » (Robert-Ouvray, 2004, p.165) Selon l'auteur, une première enveloppe psychique se fonde sur la répartition tonique de base et contient les 4 niveaux de d'organisation psychomotrice, de manière indifférenciée. Ainsi, l'hypertonie est le vecteur de l'intégration des limites corporelles et psychiques (en relation avec l'extérieur) et l'hypotonicité celui de l'intégration d'un axe interne.

Les réactions hypertoniques entraînent des schèmes séparés et discontinus. Les représentations sont constituées des parties du corps d'une manière parcellaire et non-articulées à la représentation globale du corps (dans différents mouvements en action). La fonction d'enveloppe tonique que permet normalement l'hypertonicité échoue avec le défaut de coordination des schèmes entre eux.

Revenons à la PMI : Allongé sur le dos, Mel joue avec son bassin dans des mouvements haut/bas en le levant et le reposant sur le tapis, il tape aussi sur son thorax avec ses deux bras simultanément. Nous faisons l'hypothèse d'une tentative de faire exister certaines parties du corps non intégrées dans l'unité corporelle. Mel produirait ainsi des sensations pour nourrir un sentiment de continuité entre les parties de son corps, ces auto-stimulations ayant pour objectif d'édifier tant bien que mal les limites corporelles.

La paroi tonique vient contrer la dialectique de base de l'intégration motrice. Normalement, l'hypertonicité associée à l'hypotonicité de détente assure aussi la fonction de pare-excitation assurant le jeu dedans/dehors. Quand le nourrisson a une sensation interne désagréable, il la projette à l'extérieur en augmentant la charge tonique. Lorsqu'il se protège des stimulations douloureuses venant de l'extérieur, il se défend aussi avec une augmentation du tonus.

Nous pouvons donc comprendre que se défendre et se protéger sont intimement liés au départ, mais ces deux fonctions vont progressivement devoir se différencier. La mère protège l'enfant des stimulations insupportables pour lui, c'est sa fonction pare-excitatrice. Ce rôle se dialectise avec la fonction maternelle relationnelle (mère à la fois pourvoyeuse de satisfaction et de frustration) amenant progressivement à l'enfant de se différencier de l'autre et être en capacité de s'opposer. L'enfant apprend à dire non, son désir propre émerge progressivement.

Toutefois, quand le processus de dialectisation est entravé, la non-distinction entre se défendre et se protéger a des conséquences sur le développement des représentations psychiques. Le sujet réagit alors sur un mode défensif et offensif non maîtrisé, dans un trop plein d'opposition compte-tenu du défaut de fonction de pare-excitation. De plus, les limites entre lui et l'autre ne sont pas clairement définies, les pôles d'identification mal établis. L'investissement de l'autre en « tout ou rien » entraîne une identification adhésive ou au contraire beaucoup d'opposition.

Dans les séances au cabinet libéral, nous retrouvons un mode de fonctionnement en « tout ou rien » chez Axel. Il manifeste corporellement la carapace tonique, le retrait affectif, en fonctionnant le plus souvent sur un mode d'inhibition. Quand il parvient à être plus perméable à l'environnement, l'impulsivité prend le dessus. Lors du jeu « 1,2,3 soleil » alternant des moments de courses et d'immobilité, Axel préfère s'agripper à notre vêtement plutôt que de taper contre le mur, pour signifier qu'il a gagné. Il se situe soit en retrait dans la relation ou au contraire s'identifie jusqu'à coller à l'autre. Nous percevons ici l'hypertonie comme modalité unique relationnelle.

La théorie de l'étayage psychomoteur nous permet de lier les difficultés de la régulation tonique avec les aspects relationnels. Si les difficultés s'installent et donnent lieu à des troubles, cela peut entraver le développement de la personnalité du nourrisson et engendrer des dysfonctionnements interactifs entre lui et sa mère, et par extension entre lui et son environnement.

Le dialogue tonico-émotionnel se met en place lors des premiers moments de relation, autrement dit lors des interactions précoces. La construction psychomotrice du sujet prend son origine dans ces interactions précoces. A travers ce prisme, nous souhaitons aborder la sphère psycho-affective et la mettre en perspective avec le développement de l'enfant.

# 2. L'expérience de l'individuation

## 2.1 Les interactions précoces

### *2.1.1 La communication réciproque*

Les interactions précoces se définissent comme l'ensemble des relations entre le nourrisson et son environnement. Nous considérons que l'interaction est le fruit de l'influence dynamique des partenaires dans un processus continu.

Le nourrisson est doué de compétences à la naissance. Il est capable de manifester ses besoins à travers son corps, de capter les émotions, de s'inscrire dans l'interaction et est capable d'adaptabilité. Tout petit, le bébé a une part très active dans l'interaction. Le milieu dans lequel il vit lui propose différentes stimulations : si la stimulation est appropriée, l'enfant s'organise au niveau psychocorporel, si elle est inapropriée, elle peut entraînée une désorganisation. Son langage corporel a une valeur de communication qui lui permet de s'inscrire comme acteur de son développement et véritable partenaire de l'interaction.

Nous distinguons différents types d'interactions. Les interactions comportementales font référence au dialogue tonico-émotionnel et aux interactions visuelles et vocales. D.Stern (1989) décrit les interactions affectives en évoquant l'accordage affectif. Il met en avant la tonalité affective de l'échange, comme vecteur de sentiments de plaisir ou de déplaisir. L'affect est alors envisagé comme l'objet de la communication dans les échanges mère-enfant. Nous parlons aussi des interactions fantasmatiques qui concerne les aspects conscients et inconscients, imaginaires ou réels du psychisme de la mère et du bébé et donnent sens aux interactions comportementales. A ce propos, un célèbre psychiatre évoque le bébé comme objet d'un « *mandat familial qui peut confirmer les vertus ou réparer les drames.* » (Lebovici, 1999).

Dans son intervention au colloque sur « les troubles de la relation précoce », A.Buil (2020), illustre la communication multi-modale entre la mère et l'enfant. Les deux partenaires se synchronisent progressivement dans leurs échanges. Pour cela, la structure de l'échange doit être stable, se répéter et aussi permettre quelques variations pour l'émergence d'autres

formes de communication. Ainsi, il ne s'agit pas de se comprendre en permanence ni d'être toujours en synchronie mais plutôt de parvenir à se « rencontrer » régulièrement afin de construire une histoire ensemble.

### *2.1.2 Les troubles des interactions précoces*

Nous parlons de trouble des interactions précoces lorsque la forme prise par l'interaction dysfonctionne et entrave la communication entre la mère et son bébé. Nous relevons trois formes de perturbations de l'interaction : l'excès de stimulation, le manque de stimulation et leur caractère paradoxal. Ces modalités interactionnelles peuvent provenir de la mère et du bébé.

Du côté de la mère, les pathologies psychiatriques comme la dépression ou la psychose entraîne des difficultés dans l'accordage et dans la réciprocité. Elle peut aussi interagir avec lui sur une modalité d'hypersollicitation anxieuse ou très énergique, limitant la synchronisation avec son enfant.

Du côté du nourrisson, il peut être hypersensible de manière innée ou à l'inverse hyporéactif aux stimulations environnementales. Quand les stimulations proposées sont inadéquates, on perçoit que le bébé se désorganise et cela se manifeste à différents niveaux. Selon M.Lamour, il peut présenter des troubles digestif (reflux), des troubles du système veille-sommeil, des troubles moteurs et toniques, des troubles de croissance staturo-pondérale, des problèmes de peau (eczéma), des problèmes respiratoires et des troubles attentionnels (retrait relationnel, hypervigilance). (Hansen, 2020).

Cela nous ramène à une séance avec Izia. Madame souhaite nous montrer à quel point sa fille peut vite s'énerver et « qu'elle a vraiment du caractère ». Izia joue tranquillement avec son jeu sur le tapis, avec un hochet qui fait du bruit, elle le porte à la bouche et le passe d'une main à l'autre pendant que nous discutons des progrès qu'elle a fait depuis la dernière séance. De manière inattendue, la mère prend le jeu dans les mains de sa fille et le cache derrière elle. Izia crie fort et fronce les sourcils ce qui semble amuser Madame. Nous insistons auprès de la mère pour qu'elle rende le jeu, elle le donne alors à la psychomotricienne qui le tend à Izia.

Cette séquence interactive se répète à plusieurs reprises au cours de l'heure, la réaction d'Izia évolue jusqu'à ce qu'elle ne réagisse plus au fait que le jeu ait disparu, se mettant en retrait et restant passive.

Dans l'échange après la séance, nous partageons nos observations avec la psychomotricienne sur cette interaction et questionnons le plaisir apparent que prend la mère à frustrer sa fille. Nous repérons le caractère paradoxal des interactions et l'intérêt de travailler en faveur d'une plus grande synchronie entre Izia et sa mère. Cela a constitué l'axe essentiel de notre intervention au cours des séances suivantes.

Nous indiquons alors à Madame, tous les jeux corporels autour de comptines et de chansons qu'elle peut faire avec Izia. Progressivement, dans les séances suivantes, la mère manifeste son plaisir à nous montrer les jeux qu'elles partagent ensemble. Nous observons une petite fille curieuse d'attirer l'attention de sa maman et apaisée dans la relation. Nous reprenons aussi les moments où Izia se met en colère en expliquant à Madame que sa fille est n'est pas en mesure de comprendre son intention et que dans ces situations mieux vaut la rassurer.

Quand le décodage de l'enfant par la mère se fait bien et la réponse est adaptée, l'enfant et la mère sont comblés. Le nourrisson fait alors l'expérience de l'apaisement dans un monde sécure. C'est la répétition de ces situations qui va peu à peu laisser place à l'intégration d'une sécurité interne chez l'enfant et à l'élaboration de l'attachement.

## 2.2 L'attachement

### *2.2.1 Comment s'élabore l'attachement ?*

Le système d'attachement se définit comme « *(…) ce qui maintient la proximité et son corollaire interne, le sentiment de sécurité. Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, appartient au comportement d'attachement.* » (Guedeney et Dugravier, 2006, p.13)

Bowlby (1969) s'est intéressé au lien qui unit le bébé à ses figures d'attachement. Il a développé la théorie de l'attachement dans laquelle il évoque le caractère primaire de l'attachement dans le développement du nourrisson.

A partir de la théorie de l'attachement, M. Ainsworth (1969) a développé la notion de base de sécurité. Les interactions précoces de bonnes qualités sont intégrées par l'enfant et représentées pour qu'il puisse les mentaliser de manière conceptuelle et émotionnelle. Lorsque l'enfant a construit sa base de sécurité, il peut s'éloigner pour aller expérimenter de nouvelles situations tout en sachant qu'en cas de besoin, il peut compter sur la disponibilité de la figure d'attachement.

La psychologue canadienne développe aussi trois types d'attachement à partir d'une situation standardisée à laquelle vingt-six familles participent. La situation invite l'enfant à jouer de manière spontanée en même temps qu'il vit des épisodes des séparation et de réunion avec sa mère. Cela lui donne l'intuition qu'il y a une corrélation entre le style de maternage et ces catégories d'attachement.

Ses travaux amène J.Bowlby (1969) à revisiter le concept de « permanence de l'objet » de Jean Piaget. L'enfant qui ne perçoit plus un objet pense d'abord qu'il a disparu, puis progressivement découvre, et intègre que l'objet caché continue d'exister. Il acquiert alors la permanence de l'objet. J.Bowlby (1969) s'intéresse de plus près à ce phénomène et se base sur plusieurs expériences montrant qu'un bébé avant 5 mois s'intéresse préférentiellement à sa mère par rapport aux autres personnes, il en aurait alors une représentation élémentaire.

Cet auteur reprend le concept des « modèles internes opérants » (MIO), modèles mentaux que l'enfant se construit et qui le guide dans sa manière de percevoir et d'interagir avec les autres. Dans cette dynamique, l'enfant formerait à la fois un modèle de soi et un modèle d'autrui. Le modèle de soi est « une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimée » (Guedeney et Dugravier, 2006, p.26). Le modèle d'autrui correspond à la perception qu'il se fait des autres selon leurs sensibilités à répondre à ses besoins. Le petit d'homme en développement a besoin de s'attacher pour construire sa base de sécurité et être en mesure de se détacher.

### *2.2.2 S'attacher pour mieux se détacher*

Lorsqu'il grandit, le bébé déploie sa motricité qui lui permet de se déplacer et développe son langage pour communiquer. Le moment de la marche et l'apparition des premiers mots sont souvent des étapes jubilatoires pour les parents. Elles symbolisent la séparation, le devenir homme avec la possibilité de mettre de la distance entre l'enfant et les parents.

Grandir va dans le sens de devenir autonome. Le terme autonome est d'origine grecque, il vient de « autos » signifiant le même, ce qui vient de soi et de « nomos » ce qui vient des règles établies par les lois, par la société. Autonomos : « *qui se régit par ses propres lois* » (Warchol, 2012, p.87). Une personne autonome est quelqu'un capable de répondre à ses propres besoins et d'agir par elle-même. Autrement dit, l'autonomie pourrait se définir comme la capacité du sujet à gérer ses propres dépendances.

L'éducation consiste alors à soutenir l'enfant dans cet apprentissage progressif de détachement. Si le nourrisson est en situation de totale dépendance vis-à-vis de son environnement, il va devoir, en grandissant apprendre à vivre progressivement l'in-dépendance. Ce processus trouve donc son origine dès la naissance, et nous mesurons alors que la question de l'attachement est essentielle, voire déterminante pour le devenir du sujet. De la qualité de l'attachement dépend la capacité de se détacher. En intériorisant le sentiment de sécurité interne, le sujet en devenir est en capacité d'explorer son environnement externe de manière sereine.

R. Spitz (1968) décrit trois organisateurs de la vie psychique. Il distingue d'abord, la réponse sociale du sourire à la 8ème semaine de vie. En mettant des mots sur ce qui se passe pour l'enfant la mère donne du sens à ses manifestations corporelles. Puis, autour de ses 8 mois, l'enfant mesure que la figure d'attachement peut être absente et manifeste alors sa crainte de la voir disparaître. Il va devoir apprendre à se séparer, c'est l'angoisse du 8ème mois.

Cela commence à mettre au travail la question de l'état de dépendance et le début de l'élaboration de l'in-dépendance. Enfin, entre 12 et 18 mois, apparaît l'intégration des limites, où l'enfant commence à s'opposer, à dire « non ». Cela marque le début de l'affirmation de l'enfant, où il mesure qu'il est doué de contrôle, qu'il est actif dans la relation. C'est

l'interdiction régie par la loi, qui signe la distinction entre lui et l'autre et son entrée dans le social.

Au début de la vie, le tout petit est donc dépendant de l'autre pour répondre à ses besoins primaires et pour un besoin d'amour, d'attachement. Quand cela est bien vécu, la base de la sécurité affective se perpétue dans les différentes expériences, et ouvre le sujet au social, à investir les relations humaines sur le plan affectif. La qualité de l'attachement primaire est ainsi déterminante et essentielle pour le devenir de l'être humain.

Dans l'histoire de Mel, l'impact de la dépression maternelle sur les interactions précoces est important. En outre, le décès de son frère jumeau in-utéro a probablement entraîné des répercussions sur le lien mère-enfant. La mère paraît peu disponible psychiquement et nous supposons que cela n'a pas permis suffisamment d'étayage relationnel pour Mel.

Lorsque sa mère doit s'absenter, il ne manifeste aucune inquiétude ni aucune réaction. Néanmoins, lors d'une séance à la PMI, il s'oppose à tout ce que propose la psychomotricienne. Nous nous adaptons à cela afin de lui faire des propositions différemment, en nous situant plus loin dans l'espace de la salle, lui permettant alors de venir faire ses explorations de lui-même. Il nous montre ici sa capacité à dire « non » à travers ses déplacements et son expressivité corporelle.

Les interactions précoces et les premiers liens d'attachement laissent une trace inconsciente dans le psychisme du sujet. Cette trace est la synthèse des sensations, des émotions, des mouvements et de la manière dont l'enfant a été contenu physiquement dans les premiers temps de sa vie, inscrite dans l'image du corps.

## 2.3 L'image du corps

Le concept de l'image du corps est largement étudié et controversé, souvent abordé sous différentes formes. Dans ce travail d'élaboration, une clarification conceptuelle nous parait essentielle dans la perspective de notre travail psychomoteur.

### *2.3.1 L'image reflétant la construction de la subjectivation*

Pour E.Pireyre (2011), l'image du corps nous permet de créer des liens entre le corps et l'esprit au début de la vie. L'ensemble des traces que nous stockons au fond de notre système nerveux central sont issues d'un organisme immature sur lequel un esprit immature élabore des représentations. Les mécanismes de défense permettent de maintenir cette image dans l'inconscient. En fonction de ces mécanismes de défense, plus ou moins fragiles selon les expériences de vie, il repère que ce sont les inscriptions de souffrance qui ont tendance à s'imposer, à se fixer.

Cet auteur psychomotricien part du fonctionnement sensoriel, et notamment des structures neuronales, pour expliquer le processus de subjectivation. Au tout départ, la voie spino-thalamique est celle qui ordonne les informations sensorielles selon absence/présence, agréable/désagréable. Grâce à l'intervention d'une autre personne, la voie lemniscale va prendre le relai afin de corticaliser la sensation, à l'aide du cortex pariétal associatif. Dès lors qu'elle se corticalise, la sensation nous appartient et permet l'intégration sensorielle. Le travail d'élaboration des seuils sensoriels et de transformation de la sensation à la perception résulte donc de la maturation neuronale et de l'intervention d'un autre.

De la même manière, la présence de l'autre permet la transformation des émotions en sentiments, nous parlons alors de seuils émotionnels. Aussi, la mise en place de l'intentionnalité résulte de la transformation d'un mouvement en geste, grâce à la volonté de communiquer avec quelqu'un. Ces processus participent de la construction de la subjectivité, de la faculté que nous avons à penser à la première personne.

### *2.3.2 Le travail autour de l'image du corps*

Dans l'histoire de la construction du bébé, le nourrisson doit s'approprier sa peau pour en faire une enveloppe. La peau d'un nouveau-né est toute fine, elle ne peut à elle seule représenter une délimitation. La présence de l'autre contribue pour lui à constituer son enveloppe et se représenter la peau comme des limites corporelles. Alors, nous passons d'une

contenance physique à une contenance psychique, en élaborant les limites corporelles entre soi et l'autre, le bébé élabore ses limites psychiques entre lui et l'autre.

L'enveloppe psychocorporelle s'édifie grâce à la contenance. Les angoisses archaïques[5] sont fondatrices de la personnalité, une fois apaisées, l'enveloppe peut émerger dans les représentations de l'enfant. La construction de cette enveloppe dépend des traces de la période archaïque. Les liens corps et esprit se constituent alors durant la période archaïque, en même temps que l'image du corps.

Lors de la période de l'oedipe, les fragilités de la période archaïque peuvent se remodéliser en se transformant en trouble psychomoteur. Quand ces processus se déroulent bien, l'enfant peut ensuite se séparer progressivement de sa figure maternelle afin de s'ouvrir au monde et de prendre une place dans la société.

Afin d'illustrer, le travail en psychomotricité sur l'image du corps revenons aux séances avec Axel. Il montre dans la relation, beaucoup de réactions tonico-émotionnelles majorées par l'inhibition et nous pouvons les relier à ses raideurs musculaires et une voix quasiment tremblante, à très basse tonalité quand il parle. Nous faisons l'hypothèse d'une faible estime de soi chez Axel et d'une certaine insécurité affective, se manifestant notamment par l'expression des angoisses archaïques de dévoration.

Autour du travail des marionnettes, nous élaborons des scènes de plus en plus variées. Axel choisit systématiquement la marionnette « dragon ». Il livre ses représentations fantasmatiques de monstres, à travers une expressivité corporelle riche. Nous passons alors du dragon dévorateur au personnage du dragon témoignant de ses sentiments, de son attachement aux autres personnages.

Cela illustre bien le ressort thérapeutique du psychomotricien pour contenir les peurs de son patient. De manière semblable à la construction des limites corporelles dans la période

[5] Les angoisses archaïques sont présentes avant l'accès au langage, elles sont alors nommées ainsi dans le courant psychanalytique. Nous en distinguons quatre, fondatrices de la personnalité : l'angoisse de dévoration, l'angoisse de liquéfaction, l'angoisse d'effondrement et l'angoisse de morcellement.

archaïque, nous pouvons contribuer à la construction des limites psychiques en contenant les peurs de l'enfant, à travers des médiations visant l'expression du sujet.

Si cette intervention spécifique en psychomotricité requiert des savoirs, des savoirs être et des savoirs faire, elle suppose avant tout qu'ils soient articulés et incarnés dans une dimension posturale que nous proposons d'expliciter.

# PARTIE 3 : LA TRAVERSÉE GUIDÉE PAR UNE POSTURE

## 1. De la demande au soin : enquêter, articuler, créer

### 1.1. L'engagement de l'observateur

#### *1.1.1. La question de la demande*

Quand nous recevons un enfant en consultation de psychomotricité, nous rencontrons une famille avec une demande spécifique. Selon le lieu d'accueil, la demande est plus ou moins clarifiée voire formulée, et concerne les attendus, ou les besoins repérés pour le sujet. En libéral, la demande relève essentiellement de l'initiative des parents, d'une démarche personnelle d'orientation de l'enfant, éventuellement sur les conseils donnés à l'école ou par le médecin de famille.

Lors des consultations en PMI, le schéma est moins conventionnel. La mutliplicité des partenaires complexifie le caractère précis du motif de consultation. Le médecin de PMI peut demander une consultation parce-qu'il a des doutes sur le développement psychomoteur ou parce-qu'il a repéré un dysfonctionnement. La responsable puéricultrice a elle aussi son propre avis sur le développement de cet enfant. Les parents que nous recevons en consultation peuvent arriver avec d'autres attendus en séance ou ne savent pas pourquoi ils consultent. Nous sommes parfois en situation de recevoir la famille sans que l'on ait d'éléments précis sur le motif de consultation, faute de transmission des informations. La demande est dans ce cas peu explicite.

Selon le lieu d'exercice du psychomotricien, la demande prend donc différentes formes. En libéral, nous partons de la demande de la famille qui attend du soutien et une aide pour dépasser les difficultés repérées chez l'enfant, sur un aspect particulier du développement. En PMI, nous partons plus souvent de nos propres observations, et tentons de clarifier la demande en regroupant les éléments de chaque partenaire de soin, dont les parents bien sûr.

Ainsi, nous envisageons les meilleures possibilités de suivi pour le bon développement de l'enfant.

Nous soulignons ici la différence entre un cadre de travail institutionnel et libéral. A cela s'ajoute la singularité des patients que nous rencontrons, qui appellent à une adaptation constante. Nous repérons la particularité du travail avec les bébés et les jeunes enfants où la demande est plutôt formulée par les adultes. Dans tous les cas, l'observation clinique du patient est déterminante dans l'approche et l'intervention psychomotrice. Le professionnel accueille cette demande plus ou moins formulée, cherchant à l'expliciter au regard du positionnement de chacun.

Quel que soit le lieu d'intervention, l'observation du psychomotricien est d'emblée active au premier entretien, son attention est focalisée sur la manière dont chaque acteur se présente. C'est un temps inaugural, où les expressions du langage verbal et corporel orientent nos perceptions et indiquent ce qui relève plutôt de signes cliniques ou de symptômes.

### *1.1.2. La différence entre les signes et les symptômes*

Dans cette perspective d'observation clinique, nous distinguons les deux notions de signe et de symptôme. D'après le dictionnaire médical Masson (1997), le « signe » renvoie à une manifestation que le médecin peut observer de manière objective, une conséquence de la maladie. Quant au « symptôme », il se réfère à la manifestation d'un état pathologique, perçue par le patient lui-même. Par exemple, dans le cas d'une méningite, le patient peut se plaindre de céphalées, cela constitue le symptôme. Au cours de l'examen clinique, le médecin va vérifier son hypothèse en constatant des raideurs de la nuque, qui sont le signe clinique de cette maladie.

Associer les signes et les symptômes permet de formuler une piste diagnostique. Un signe clinique peut être retrouvé dans plusieurs pathologies, c'est alors l'expression symptomatique du patient qui permet d'orienter le diagnostic. En psychomotricité, la distinction entre le signe et le symptôme donne parfois lieu à une réflexion plus fine. Pour illustration, l'agitation motrice peut être retrouvée dans plusieurs tableaux diagnostics, comme le trouble de

l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble obsessionnel compulsif ou chez un sujet anxieux. (Pavot, 2020)

Lors de la rencontre avec Izia et sa mère, un diagnostic de reflux gastro-oesophagien a été posé par le médecin avec la prescription d'un traitement médicamenteux. Pour autant, la mère d'Izia ne perçoit pas d'amélioration et raconte les épisodes où elle est allée aux urgences pour calmer les douleurs d'Izia. Elle évoque cela avec désarroi et incompréhension : « à chaque fois on m'a dit que c'était le reflux et que ça allait passer ».

De notre côté, nous percevons au cours de la séance, qu'Izia évite de répondre aux stimulations, observant ce qui se passe autour d'elle de manière passive. La mère associe les attitudes de retrait d'Izia comme la résultante de ses douleurs de RGO, validées par le diagnostic de plusieurs médecins de l'hôpital. Elle nous invite alors à regarder cela comme un signe clinique.

Or, dans la relation mère-enfant, et au-delà des signes que présente Izia, nous constatons des interactions dyharmonieuses desquelles Izia se détourne. Cela nous amène alors à interroger le retrait relationnel du côté du symptôme, c'est-à-dire comme manifestation subjective de son mal-être.

Dans ce questionnement, le recours à un outil standardisé de type la grille « Alarme Détresse Bébé (ADBB) »[6] peut représenter un intérêt. C'est une échelle d'évaluation du retrait relationnel de l'enfant avant trois ans. A l'aide de cet outil, nous observons qu'Izia présente d'importantes difficultés relationnelles qu'il est important d'accompagner dans le cadre d'un suivi plus spécifique.

### *1.1.3. <u>Une question de points de vue</u>*

Le psychomotricien oriente son point de vue en fonction de ce que manifeste l'enfant en séance. L'écart est plus ou moins important entre ce qu'il nous donne à voir, le récit qui en fait par sa famille, la manière dont il est perçu par les professionnels de la crèche ou de l'école

[6] Mise au point par Antoine GUEDENEY (2012), voir annexe 1

ou par les autres partenaires de soin impliqués dans la prise en charge. Dès lors, un travail de synthèse de ces observations cliniques et des analyses qui en découlent est essentiel pour la suite.

L'écoute attentive de la manière dont l'environnement raconte l'enfant est précieuse pour appréhender le travail de liaison corps-psyché de l'enfant. Cela s'apparente à une enquête réunissant ces différents éléments afin de mettre en lumière le développement de l'enfant, dans une mise en perspective de la problématique globale du sujet.

A cet égard, la théorie de l'étayage psychomoteur représente un intérêt majeur. Elle invite le psychomotricien à se décentrer du symptôme apparent et à s'intéresser à la question de : comment cela fait écho dans l'histoire du patient ? Quelle est sa fonction sur le plan psychocorporel ?

Dès lors, on ne se focalise pas sur la pathologie de la personne mais plutôt sur le sujet aux prises avec ses symptômes. Le regard se porte plutôt sur ce qui va bien chez le patient, ce qui ouvre les espaces du possible, dans une logique du sujet acteur. En effet, nous nous engageons ici dans une perspective plus dynamique, où nous sollicitons le patient en tant qu'acteur de son propre corps et sujet désirant.

La mobilisation de son corps par l'enfant suppose la prise de conscience qu'il en a en amont. Au cours de sa formation, le psychomotricien a lui-même appréhendé sa propre capacité de réflexivité corporelle, ce qui lui permet de s'engager activement dans le suivi du patient sur le plan corporel.

## 1.2. Le corps en relation

### *1.2.1. Deux corps en relation*

La psychomotricité repose sur plusieurs théories venant de disciplines différentes, il n'existe pas de théorie unique de la psychomotricité. Ainsi, nous nous appuyons sur des notions théoriques diverses pour éclairer la pratique, et notre savoir-être. Chaque

professionnel construit en quelque sorte sa carte d'identité professionnelle en faisant le choix de références en particulier, suivant son cheminement. Il peut être influencé par le référentiel psychanalytique, celui des thérapies cognitivo-comportementales et les neurosciences… Ce travail fait appel à l'articulation de ces différentes approches.

Le savoir-faire concerne davantage le repérage des troubles au moyen des examens psychomoteurs et des techniques utilisées en fonction des pathologies, de l'âge des patients. Le praticien fait du lien entre la théorie et les techniques qu'il peut utiliser comme la conscience corporelle, l'expressivité du corps, les relaxations thérapeutiques, le jeu dramatique et d'autres. Le métier de psychomotricien s'exerce de manière éclectique et permet à chacun d'utiliser ses propres ressources et ses compétences dans l'exercice de ses fonctions.

Le corps est au centre de nos préoccupations, c'est « *sur* » (Gatecel, 2012, p.33) ce corps que nous travaillons. Le savoir-être en psychomotricité s'élabore dans un travail de distanciation entre son propre corps objet de sensations, de perceptions et d'affects et le savoir-faire avec celui-ci dans la relation thérapeutique. La thérapie psychomotrice repose justement sur ces deux corps en relation. (Gatecel, 2012).

Ainsi, à l'instar des relations sociales où l'individu agit sur son environnement, nous observons des modifications dans notre corps quand nous sommes en relation avec un patient. Il peut émerger des sensations différentes, des modifications toniques et aussi des perceptions voire des représentations. C.Potel (2015) nomme cela le « *contre-transfert corporel* ».

La notion de contre-transfert corporel désigne l'utilisation de la connaissance de notre propre fonctionnement psychomoteur comme un ensemble de résonances plus ou moins conscientes, afin de nous engager dans la relation. « *Un engagement que le thérapeute « prête » à son patient, comme il lui prête en quelque sorte son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité, pour accueillir, résonner aux sensations*. » (Potel, 2015, p.122) Les éprouvés du psychomotricien s'articulent avec le contenu de son dialogue interne. Il est présent psychiquement et au travail avec le matériel psychique brut du patient.

En s'appuyant sur le contenu de ce qui se joue dans la relation corporelle, nous articulons progressivement les éléments que nous avons relevé au début du suivi. Autrement dit, les observations « brutes » prennent sens au fil du temps, dans le dialogue corporel, tonico-émotionnel.

### *1.2.2. L'articulation psychomotrice*

En reprenant le travail réalisé avec Mel à la PMI, les séances se sont élaborées autour de ses intérêts propres. Les propositions de jeux de rythme, de chansons, de taper sur des objets aux différentes texture ont mis nos corps en mouvement. Ces jeux corporels prennent sens au sein de la relation thérapeutique en incluant la mère. Ainsi, nous invitons la mère et l'enfant à faire l'expérience de ce type de relation autour du jeu, dans une dynamique où « chaque un » prend une part active. Nous valorisons ces échanges en tant que support à la relation.

De plus, en donnant du sens à ce que vit Mel lors de la séance, le travail consiste à aider Madame à repérer ce qui se passe pour son fils et ainsi favoriser l'accordage mère-enfant au quotidien. Progressivement, leur relation évolue positivement laissant place au développement psychomoteur de Mel dans un climat d'apaisement maternel. Il fait beaucoup de progrès, acquiert la marche à 17 mois d'âge corrigé, utilise des manières diverses de s'exprimer et semble plus curieux et intéressé d'explorer son environnement.

L'alliance thérapeutique est de bonne qualité avec Madame et Mel et s'est installée rapidement. Accompagner cet enfant dans son développement psychomoteur et la relation mère-enfant suppose un travail d'articulation à plusieurs niveaux. En effet, nos positions sont au préalable définies avec la psychologue de la PMI. Nous sommes étroitement en lien afin d'avancer vers le même objectif et de soutenir au mieux cette famille. Il s'agit d'articuler le travail psychothérapeutique et psychomoteur, en particulier sur le soutien de la relation mère-enfant, afin d'intervenir en complémentarité.

Dans le cadre de la PMI, nous travaillons en présence du parent et de l'enfant. Nous nous efforçons de laisser de l'espace à chacun, dans l'objectif qu'ils puissent se rencontrer au sein d'un même espace dans la séance. Nous sommes en position d'articuler le langage corporel

du parent avec celui de l'enfant, en y introduisant du verbal. Quand c'est un tout petit, le langage verbal est du ressort de la mère, qui met en mots les éprouvés de son enfant. Le psychomotricien est dans une écoute attentive du corps de l'autre et prend appui sur le regard et la posture de l'enfant. L'écoute infra-verbale est à la base de notre intervention psychomotrice.

Nous pouvons alors parler d'un « *métier à tisse*r » du lien. (Potel, 2019, p.11) Les liens sont de nature relationnelle, corporelle, psychique et symbolique. Ils retracent l'histoire partagée ensemble lors du suivi et sont aussi emprunts de cette temporalité. Dans cette conception de la relation nous abordons la fonction thérapeutique dans le travail de psychomotricité.

### *1.2.3. La fonction thérapeutique*

Précisons là que si dans sa fonction thérapeutique le psychomotricien peut être amené à s'engager corporellement dans la relation, il est intéressant d'évoquer la distance qu'il est aussi amené à appréhender entre lui et l'autre. En effet, dans cet engagement corporel, le praticien est en représentation, et donc incarne une fonction, ici thérapeutique, par opposition à ce qu'il pourrait y mettre de subjectif et de personnel. A ce moment-là, le thérapeute met à distance ses propres émotions et ses affects.

Le psychomotricien a besoin de ressources pour faire face aux aléas de la relation. Le patient nous soumet à ses difficultés dans la relation thérapeutique. Cette dernière est imprégnée des contenus non élaborés, non symbolisés qui dépassent le patient, le déborde. Nous faisons parfois face à l'ineffable, au vide, au chaos, à la désorganisation. C'est à cet endroit qu'il est primordial de « tenir bon », qui marque bien souvent le début de la thérapie.

La distanciation est un élément clé : nous sommes à la fois acteur (en-dedans) et observateur (en-dehors) de la séance, il est alors possible d'être empathique et modulable avec le patient. C'est en partie notre formation théorique et corporelle, ainsi que l'investissement des espaces de parole (supervision, analyse des pratiques) à l'extérieur de nos séances, qui permettent de réajuster et maintenir la distance nécessaire.

Cette élaboration est au travail en permanence et permet au thérapeute de s'adapter au mieux à chaque rencontre clinique. Nous pensons que le métier de psychomotricien suppose un processus de formation continue mettant au travail son poisitionnement pour se réajuster. Cela augmente la capacité à faire face aux imprévus et à ce qui n'entre pas dans des formatages dans la relation. Cela garantit l'espace de thérapie du psychomotricien.

Au sein de l'espace psychomoteur, la personne est entendue et considérée à travers la manière dont elle habite son corps. Le travail psychomoteur consiste à explorer avec elle de nouvelles possibilités pour qu'elle puisse élaborer psychiquement ce qui fait difficulté. Le sujet trouve de nouveaux ancrages, il s'adapte autrement à son environnement et cela s'inscrit dans sa corporéité. Ainsi, nous arrivons à un modèle clé pour des relations favorables dans lesquelles le thérapeute et le patient sont deux individus, différenciés l'un de l'autre. Nous proposons alors d'envisager l'espace de travail en psychomotricité sous l'angle du soin psychomoteur.

# 2. La question de la posture

## 2.1 Le soin psychomoteur

En se référant à C. Marin et F. Worms (2015), nous tentons à présent de mettre en lumère les dimensions du soin afin de préciser la notion de soin psychomoteur.

Le soin et en particulier le « prendre Soin », est une valeur essentielle de tous les professionnels de santé. Nous retenons ici la nuance apportée par la formule anglaise « CARE » qui distingue deux natures de soins différentes. Il s'agit d'une part des soins coutumiers et habituels « To care » en anglais (avoir soin de) qui désignent les soins liés aux fonctions et à la continuité de la vie. Il se distinguent des soins de réparation, « CURE » (en anglais « to cure » : curer, amputer, traiter en éliminant le mal), propres à réparer, à traiter la maladie.

Le « CARE » recouvre les soins d'entretien et de maintien des fonctions vitales, comme le fait de manger, de dormir, de bouger, le besoin d'affection et d'interactions sociales…Ces soins

reposent et font partie des habitudes de vie, qui peuvent varier selon l'environnement du sujet, dont il est dépendant. Ce sont également les soins que la mère apporte à son enfant, et que l'enfant intègre progressivement dans son processus d'autonomie.

Dans ce processus d'autonomisation, l'enfant est conscient de ses dépendances et recherche à s'en affranchir ou à les gérer. Aussi, la manière dont on prend soin de l'enfant au quotidien, le « CARE », représente un enjeu fondamental dans la gestion de ses interdépendances par la suite, dans la continuité de son développement.

La distinction qui est apportée par le « CURE », les soins de réparation, permet de désigner ce qui consiste à limiter voire éradiquer la maladie, le symptôme. L'objet « à réparer » est alors circonscrit dans sa fonction qu'elle soit organique, mentale, un organe en particulier… Les soins de réparation sont en effet surtout réalisés en isolant l'objet de sa dimension d'interdépendance. Nous observons dans cette dimension du soin une rupture entre le corps et l'esprit, entre le sujet et son environnement.

Pour notre part, nous entendons le « soin psychomoteur » au sens de « CARE », dans ce qu'il recouvre de fonctions rééducatives, éducatives et thérapeutiques. Aussi, à partir de nos liens théorico-cliniques nous proposons d'éclairer différentes dimensions qu'offrent les interventions en psychomotricité.

### *2.1.1 Le versant rééducatif*

Si *Rééduquer* se définit par « refaire l'éducation d'une fonction lésée » (Rey et al., 2000) et semble plutôt faire appel au « CURE » décrit auparavant, cela prend sens différemment dans le travail psychomoteur. En effet, lorsque nous connaissons la fonction psychomotrice à rééduquer, le praticien en recherche d'emblée la nature, à repérer si le patient présente une difficulté ou plutôt un trouble.

La difficulté peut être repérée à un temps donné, elle peut être due à un retard de développement et ne pas s'inscrire vraiment dans la construction psychomotrice de la personne en devenir. Néanmoins, quand cette difficulté s'installe, elle est alors considérée comme un trouble. En pratique, il s'avère différent de compenser un retard et de rééduquer

un trouble. Le bilan nous permet d'affiner le point de vue sur le développement psychomoteur, de repérer s'il est homogène ou hétérogène, avant de conclure sur une difficulté passagère ou plutôt sur un trouble.

La rééducation prend une place importante dans le travail en libéral. Nous nous appuyons sur la part rééducative du travail avec Axel. La demande de prise en charge s'est orientée d'emblée vers un travail rééducatif puisqu'il s'agissait de retards au niveau des activités pré-graphiques. Au regard de l'inhibition psychomotrice décrite précédemment, nous avons préféré engager un travail sur la globalité du corps. Les difficultés graphiques peuvent en effet masquer des perturbations d'ordre spatio-temporel, des représentations corporelles dont le schéma corporel, de la latéralisation, ou d'autres encore.

Le travail avec Axel consiste à lui faire prendre conscience de ce qui dysfonctionne chez lui. Cela lui permet de développer la conscience de soi dans un dynamique active, pour l'amener à (re)prendre le contrôle sur ses difficultés. Cette expérience, vécue dans le cadre d'une séance en psychomotricité, se veut « initiatrice » en ce sens que nous invitons Axel à la transposer, en-dehors de ce champ d'observation spécifique.

Dans cette perspective, nous avons recours à différents procédés. Avant de commencer une activité nous le sollicitons et lui demandons comment il compte s'y prendre, comment il peut nous raconter ce qu'il va faire ensuite. Cela l'amène à se positionner, à devoir séquencer les actions et à focaliser son attention sur le but recherché.

Par ailleurs, nous pouvons lui demander de planifier un parcours et de formuler ce qu'il imagine faire. Il apprend ainsi à s'organiser, donc catégoriser et planifier, ce qui représente un travail d'attention soutenue au niveau des fonctions exécutives. De plus, nous verbalisons des indices par rapport à certains jeux concernant la stratégie à adopter pour le « succès de l'entreprise. »

La partie rééducative du soin psychomoteur s'effectue dans un climat soutenant de la part du psychomotricien. Nous apportons beaucoup d'étayage et rappelons que se tromper permet de mieux réussir les fois d'après, que nous sommes là pour l'aider. L'objectif est de le rendre acteur du soin et plus généralement de lui permettre d'être plus épanoui au quotidien.

Nous accompagnons l'enfant pour qu'il trouve ses propres solutions afin de s'adapter à son environnement et aux attentes de celui-ci. Cela se retrouve dans la dimension éducative.

### *2.1.2 Le versant éducatif*

Le verbe éduquer vient du latin classique « *educare* » signifiant élève, instruire et de « *ducere* », c'est-à-dire conduire, mener. (Rey et al., 2000) Nous utilisons en général ce terme dans le cadre d'un rapport d'éducateur à élève ayant pour but de l'instruire afin de le conduire vers l'autonomie. Qu'en est-il dans notre profession de psychomotricien ?

Le travail en psychomotricité avec les enfants inclut un aspect éducatif. Nous entendons ce terme dans le sens d'instaurer un cadre avec des règles établies pour le vivre ensemble, dans le projet de socialisation de l'enfant. Dans le cadre de notre intervention, ces règles sont fixées par le psychomotricien.

Le versant éducatif du soin psychomoteur s'inscrit dans le cadre thérapeutique posé. Celui-ci borde les séances de manière externe en définissant la temporalité de la séance, son espace et son déroulement. Le cadre interne représente les limites que pose le psychomotricien dans la relation thérapeutique. Il est censé donner du sens et des repères à l'enfant. Ce cadre peut toutefois varier en fonction du professionnel, de manière plus ou moins restrictive, en écho à ses propres limites et à ce qu'il est capable de supporter dans cet espace thérapeutique.

Poser le cadre est structurant pour le patient, et permet entre autres de contenir les débordements psychocorporels. Cette structuration est d'autant plus bénéfique pour les enfants, pour qui limiter le champ d'action permet aussi de mesurer les espaces des possibles, dans des repères stables et sécurisants. Le cadre est donc un élément indissociable des séances en psychomotricité, avec tous les âges de la vie. De cette manière, le thérapeute peut se situer à une distance « *suffisamment bonne* » (Winnicott, 1975) vis-à-vis du patient, suffisamment rassurante pour l'accordage relationnel.

Enfin, poser le cadre clairement permet aussi de le faire varier, en fonction des problématiques rencontrées. Par exemple, faire jouer les limites, entre rigidité ou à l'inverse

souplesse peut s'avérer intéressant pour provoquer une réaction chez le patient. Dans les séances avec Axel, qui se montre plutôt inhibé, le cadre est plutôt assoupli. Effectivement, pour qu'il puisse formuler des demandes de jeux, nous faire part de ses désirs, nous l'invitons à explorer la salle et ouvrir les placards, chose qui est a priori interdite dans cet espace psychomoteur.

Dans cette acceptation du soin en tant que « CARE », outre ces dimensions rééducatives et éducatives, le soin psychomoteur comporte également une dimension thérapeutique.

### *2.1.3 Le versant thérapeutique*

La psychomotricité en tant que thérapeutique peut s'entendre comme ce qui prend soin des rouages, des mécanismes de liaisons entre le corps et l'esprit. Autrement dit, le professionnel se soucie de l'harmonie psychomotrice chez l'individu, pour laquelle il cherche à mettre en exergue et mobilise ses compétences d'ordre relationnel.

La relation en psychomotricité nous permet d'appréhender l'expérience de l'individuation du sujet. Nous remettons au travail sa subjectivation, c'est-à-dire sa capacité à se percevoir comme sujet capable de transformer l'environnement. Notre posture est alors contenante tant au niveau corporel que psychique. Ainsi, nous contribuons à nourrir les enveloppes psychocorporelles, les limites entre soi et l'autre.

La fonction contenante du thérapeute rejoint « *la fonction alpha* » (Bion, 1962) où la mère reprend à son compte les éléments inélaborés de l'enfant dans le but de les lui restituer dénués du contenu désagréable. Le thérapeute a un rôle similaire en contenant les éléments psychiques bruts du patient dénués de sens. Il accueille cela de manière empathique, il est alors un réceptacle d'angoisses et remet en jeu ces contenus plus apaisés dans la relation.

L'effet thérapeutique semble s'opérer lorsque le sujet peut se rassembler au niveau psychomoteur en élaborant, c'est-à-dire en mettant du sens, en symbolisant, en mettant plus à distance ses points de souffrance. L'engagement corporel à travers le dialogue tonico-émotionnel laisse place à la réactivation des processus de séparation-individuation. Nous nous

situons alors dans un processus d'intersubjectivation du type : « je modifie l'autre en même temps qu'il me modifie » sur le plan corporel.

Dans la manière dont le patient gère ses liens de dépendance, le psychomotricien l'invite à revenir aux interactions précoces vécues, afin de redynamiser les liens d'étayage psychocorporels. La mise en mouvement du corps dans la relation répond au travail psychique et permet au sujet de s'approprier d'autres schémas en les intégrant à sa construction psychomotrice.

A travers le transfert et le contre-transfert corporel, évoqué précédemment, nous affinons ce qui se joue dans la relation thérapeutique. Nos perceptions, nos représentations et même l'image du corps, peuvent se modifier selon ce qui se joue dans la séance, en présence du patient. Pour le thérapeute, le fait d'identifier ces éprouvés sert le travail thérapeutique, permettant de situer le patient dans les processus d'individuation-séparation et d'ajuster ainsi la distance nécessaire.

De cette manière, nous sommes plus enclins à « tricoter » avec là où en est la personne, dans « l'ici et le maintenant ». La subjectivité de l'un rencontre la subjectivité de l'autre, et « rencontrer » quelqu'un s'inscrit dans un processus. Dans le langage commun, nous évoquons souvent la rencontre pour désigner la première entrevue avec une personne. Dans la relation thérapeutique, le plus juste serait de parler du « moment où cela fait rencontre » avec la personne, le moment où les subjectivités se reconnaissent réciproquement.

Ainsi, le soin psychomoteur s'apparente à une co-création avec chaque personne rencontrée. Il convient donc de rappeler sa complexité prenant en compte la singularité du patient, celle du thérapeute et la rencontre dans le soin. Il s'agit d'un travail d'enquête, d'articulation, de liaison, et de création afin d'aider le sujet à se construire.

Le travail psychocorporel suppose d'entrer dans un processus créatif. D'après D.Anzieu : « *créer (…) c'est se laisser travailler dans sa pensée consciente, préconsciente, inconsciente, et aussi dans son corps, ou du moins dans son Moi corporel* ». (Anzieu, 1981, p.94) Dans le dispositif thérapeutique, la création prend une place importante, les expériences psychomotrices vécues en séance résultent de la rencontre du patient et du thérapeute.

Le patient éprouve ses capacités actives et créatives. Mettre le corps en mouvement mobilise aussi les processus psychiques dans un travail de cheminement. D.Winnicott (1971) précise : « *La créativité, c'est donc le faire qui dérive de l'être*. » (Winnicott, 1971, p.120) Le soin psychomoteur prend sens dans cette idée de co-création résultant de la relation singulière patient-thérapeute.

## 2.2 La posture du psychomotricien

Le terme posture est empruntée à l'italien *postura,* signifiant « position, attitude ». Il relève d'une valeur physique « position, attitude particulière, remarquable du corps » (Rey et al., 2000), incluant aussi une valeur métaphorique. En tant que psychomotricien, nous sommes attentifs à la posture dans sa dimension physique et sa valeur métaphorique. Ainsi, le positionnement du corps dans l'espace, tout comme l'attitude posturale, renvoient à du langage infra-verbale.

Aussi, nous privilégions de dialectiser les dimensions éducatives, thérapeutiques et rééducatives dans une dynamique globale du soin psychomoteur. Autrement dit, ces différentes fonctions ne sont pas distinctes les unes des autres, mais sont interdépendantes, l'une étant la condition d'existence de l'autre. Cette posture professionnelle amène à répondre au besoin de liaison psyché-corps dans un effort constant d'articulation.

Le travail « psycho-moteur » vient s'incrire dans cette entreprise d'articulation et s'adapte à chaque sujet. L'objectif consiste alors à remettre en mouvement les processus de dialectisation de l'étayage psychomoteur, où le patient retrouve le plaisir de bouger, de faire et de s'exprimer. Au fil des séances en psychomotricité, nous accompagnons les patients dans leur singularité à « retrouver une connaissance de soi, pour une conscience de soi, vers une confiance en soi. »[7]

[7] Merci à Aude VALENTIN-LEFRANC pour sa formule délivrée en cours (02/2021)

# CONCLUSION

Nous avons souhaité lors de ce cheminement, mettre au travail notre pratique clinique au regard de notre bagage théorique. « Être au chevet du patient », fait sens lorsque l'on rencontre une personne venant consulter en séance de psychomotricité.

Notre réflexion a eu comme point de départ trois rencontres cliniques, faisant l'objet d'interrogations sur le positionnement du psychomotricien. Des liens se sont établis entre ces éléments de questionnements et la manière de prendre en charge ces enfants. Nous percevons chez chacun d'entre eux des mécanismes d'adaptation à l'environnement semblables qui ont retenu notre attention.

La question du tonus est à l'œuvre au cours de ce travail de liaison. L'organisation tonique de l'individu met en exergue son adaptation à l'environnement. La dimension tonico-émotionnelle rend notre pratique globale. Ainsi, nous nous sommes appliqués à décrire comment le tonus constitue la base de l'identité notamment par la théorie de l'étayage psychomoteur. Nous repérons par la suite le surinvestissement de l'enveloppe tonique des enfants dont il est question au cours de notre cheminement.

Aussi, avons-nous envisagé les processus de séparation-individuation d'un point de vue psycho-affectif. Il s'agit finalement d'observer de quelle manière il peut colorer les grandes fonctions psychomotrices. Dans la relation avec le psychomotricien, l'image du corps du patient dévoile la manière dont il se sent être sujet.

Dans son intervention, le psychomotricien peut se positionner tantôt comme éducateur, rééducateur ou thérapeute. La conception du soin psychomoteur se veut dynamique et adaptable à chacun.

Au cours de ce travail d'élaboration, notre propos s'est essentiellement orienté autour des jeunes enfants et des enfants. Nous mesurons, au terme de cette réflexion que cette dynamique de mise au travail concerne tous les âges de la vie. La question de la construction des liens psychomoteurs est à mettre en perspective avec l'évolution de l'individu, tout au long de son parcours de vie. En tant que psychomotricien, nous soulignons l'intérêt de penser

notre positionnement dans ce qu'il représente d'appui, de soutien pour l'émergence de la question identitaire à laquelle chacun est confronté.

Dans les histoires de Mel et d'Izia, nous abordons aussi la question de la prévention, elle semble révéler un intérêt certain pour favoriser le développement de ces enfants. L'aspect préventif semble d'ailleurs relever d'un défi essentiel à défendre. En témoigne l'histoire d'Axel qui, a posteriori, aurait pu bénéficier d'un dépistage en amont, venant le soutenir dans sa construction psychomotrice.

A l'issue de ce travail, nous constatons que loin de s'opposer, les formations en psychologie et en psychomotricité sont particulièrement complémentaires. Cela donne de l'épaisseur aux connaissances sur l'Homme dans sa globalité, en faisant appel aux notions corporelles. Nous pensons que nous appliquer à cultiver cet esprit de dialectisation entre les savoirs, est un objectif à poursuivre dans le but d'ajuster en permanence notre posture professionnelle.

Qu'ils s'appellent Axel, Marguerite, Carlos, Izia ou Mel, les questions que nous traitons avec eux s'enracinent dans leurs histoires qui continuent de se raconter, nous espérons qu'elles laissent une trace pour leur avenir. Nous pensons que ces questions peuvent se traiter de la même manière, avec la même éthique pour les autres enfants devenus grands.

# BIBLIOGRAPHIE


Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. Revue suisse de psychologie appliquée, 137-157.

Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). Principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique. Dans : *Psychopathologie de l'enfant* (p. 7-47). Masson.

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

Bowlby, J. (1996). Attachement et perte. L'attachement. Presses Universitaires de France.

Buil, A. Camaret, E. Hansen, V. Moro, M-R. & Wera, C. (06/03/2020) Psychomotricité et Santé Mentale. Les troubles de la relation précoce. Liège.

Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste,* 2(2), 125-139. https://doi.org/10.3917/cont.025.0125

Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance,* 1, 27-35

Copeland, M. (18/02/2021). *Introduction à la graphomotricité*. [conférence inédite, cours de psychomotricité]. IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. *Gestalt*, *n° 37*(1), 140–153.

Gatecel, A. (2012). *La psychomotricité relationnelle*. EDK

Guedeney, N. & Guedeney, A. (2006). *L'attachement. Concepts et applications.* Masson.

Marin, C. & Worms, F. (2015). *À quel soin se fier : Conversations avec Winnicott*. Paris, Presses Universitaires de France.

Masson. (1997) Signe, Symptôme. Dans Le dictionnaire médical.

Masson, E. (2004). Les récits « à propos du corps » dans les pathologies limites de l'enfant Présentation d'un protocole clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n°*8(52), 515-522.

Missonnier, S. Kelalfa-Foucaud, F. & Boige, N. (2002). Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) : un avatar de la transmission orale ?. *Champ psychosomatique*, 1(1), 75-93. https://doi.org/10.3917/cpsy.025.0075

Molbert, E. (2013). *L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu*. Mémoire de Diplôme d'Etat de Psychomotricité. IFP, Bordeaux. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867603/document

Ozen, J. (28/01/2020). *La fonction alpha de Bion.* [Document inédit, cours de psychomotricité]. IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Ozen, J. (17/01/2020). *La créativité*. [Document inédit, cours de psychomotricité]. IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Lebovici, S. (1999). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Bayard.

Pavot, C. (17/11/2020). Introduction à la sémiologie des troubles psychomoteurs. [Document inédit, cours de psychomotricité]. IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Pireyre, E. (2011). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept.* Dunod.

Potel, C., & Golse, B. (2015). *Du contre-transfert corporel: Une clinique psychothérapique du corps*. Erès.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.

Rey, A et al. (2000). Eduquer, Rééduquer, Posture. Dans Le Robert, dictionnaire historique de la langue française.

Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique: Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.

Solis-Ponton, L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *Spirale*, 1(1), 135-141. https://doi.org/10.3917/spi.017.0135

Spitz, R. (1968). Le rôle des relations mère-enfant dans le développement du nourrisson. Dans : *De la naissance à la parole. La première année de la vie.* (p. 92-114). Presses Universitaires de France.

Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson.* Presses Universitaires de France.

Thomas, N. (10/2018). Le développement psychomoteur de l'enfant. [Document inédit, cours de psychomotricité]. IFP Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université.

Warchol, N. (2012). Autonomie. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 87-89). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers. https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0087"

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité.* Gallimard.

## Sitographie :

Définition et causes du reflux gastro-oesophagien du nourrisson. (2020, janvier). Ameli. https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/rgo-nourrisson/definition-causes

Larousse. (s. d.) Impulsion. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 28 février 2021 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impulsion/42068

Larousse. (s. d.) Psychosomatique. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 16 mars 2021 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychosomatique/64884

Larousse. (s. d.) Etayer. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 23 avril 2021 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/étayer/31335

Prématurité moyenne, grande ou très grande : quelles différences ?. (2020, mai). La maison des maternelles. https://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/prematurite-moyenne-grande-ou-tres-grande-quelles-differences

Reflux gastro-oesophagien. (2018, février). Société nationale française de gastro-entérologie. https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo)

# ANNEXE

Annexe 1 : Echelle d'évaluation du retrait relationnel de l'enfant avant trois ans. (Guedeney, 2012)

## ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

**0 : Pas de comportement anormal de retrait**
**1 : Comportement discrètement anormal**
**2 : Comportement nettement anormal**
**3 : Comportement très nettement anormal**
**4 : Comportement massivement anormal**

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus**. En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

**1 EXPRESSION DU VISAGE**. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1 : 2 : 3 : 4

2 CONTACT VISUEL**.** Diminution du contact visuel:

0 1 : 2 : 3 : 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1 : 2 : 3 : 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION**.** L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité' :

0 1 : 2 : 3 : 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1 : 2 : 3 : 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION**.** Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse **; l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1 : 2 : 3 : 4

**7** RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examinateur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0 : 1 : 2 : .3 : 4 :

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0 : 1 : 2 : 3 : 4

**Nom/N° : Age : Examinateur Total:**

## Résumé

Au travers différentes expériences professionnelles, ce mémoire relate trois rencontres cliniques mettant en lumière la profession du psychomotricien. Comment la posture du psychomotricien permet au patient de s'épanouir en qualité de sujet ? En détaillant les histoires relatives à Axel, Izia et Mel, nous abordons le tonus en tant qu'il participe de leur construction identitaire. Nous précisons quels sont les rouages de la construction psychomotrice de l'individu, en rappelant comment s'étayent les liens entre le corps et la psyché. Cela nous permet de développer les aspects importants de la posture du psychomotricien, conduisant le patient à mettre au travail la manière dont il habite son corps. L'élaboration de ce mémoire permet de mesurer comment cette dynamique de réflexion est au travail avec chaque individu, à n'importe quel âge de la vie. La question de la construction des liens psychomoteurs est à mettre en perspective avec l'évolution de l'individu, tout au long de son parcours de vie. Notre positionnement, en tant que psychomotricien est de ce point de vue, à penser en termes de soutien pour l'émergence du sujet. Ainsi, cultiver un esprit de dialectisation entre les savoirs est un objectif à poursuivre dans le but d'ajuster en permanence notre posture professionnelle.



**Mots-clés :** Liens psychomoteurs, Subjectivation, Relations, Articulation Dialectique, Posture



## Summary

Through different professional experiences, this dissertation relates three clinical encounters highlighting the profession of the psychomotrician. How does the psychomotrician's posture allow the patient to blossom as a subject? By detailing the stories of Axel, Izia and Mel, we discuss tone as a part of their identity construction. We specify the workings of the psychomotor construction of the individual, by reminding how the links between the body and the psyche are supported. This allows us to develop the important aspects of the psychomotrician's posture, bringing the patient to work on the way he/she inhabits his/her body. The elaboration of this thesis allows us to measure how this dynamic of reflection is at work with each individual, at any age of life. The question of the construction of psychomotor links is to be put in perspective with the evolution of the individual, all along his life course. From this point of view, our positioning as psychomotricians is to be thought of in terms of support for the emergence of the subject. Thus, cultivating a spirit of dialectization between knowledge is an objective to be pursued in order to constantly adjust our professional posture.



**Key words :** Psychomotor links, Subjectivation, Relations, Dialectical articulation, Posture