



HAL
open science

Appropriation psychocorporelle et individuation du jeune enfant : accompagnement en psychomotricité

Cordélia Macaigne

► **To cite this version:**

Cordélia Macaigne. Appropriation psychocorporelle et individuation du jeune enfant : accompagnement en psychomotricité. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322602

HAL Id: dumas-03322602

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322602>

Submitted on 19 Aug 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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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



Appropriation psychocorporelle et individuation
du jeune enfant : accompagnement en psychomotricité



Cordélia Macaigne

née le 12 octobre 1997 à Toulouse

REMERCIEMENTS

C'est une formalité obligée mais pour ma part, je tiens de tout cœur à remercier :

➤ **Anne-Laure Messager**, directrice de mémoire et maître de stage pour son implication totale, son investissement à mes côtés et sa grande disponibilité ; malgré son travail, elle a su trouver du temps pour moi

➤ **Mickaël Audirac et Aude Duphil**, maîtres de stage de 3e année qui ont été très bienveillants et ont eu à cœur de me transmettre leurs pratiques

➤ **Marlène Lelong**, qui m'a gentiment acceptée en stage en EHPAD en 2e année et qui a su me donner le goût de porter un regard différent sur les personnes âgées. Elle a, tout au long de ma dernière année, continué à m'encourager

➤ **Anne Rigal-Boisvert**, enseignante en Grande Section de maternelle à Sainte-Marie Grand Lebrun qui m'a accueillie en 2e année, dans sa classe où elle a en charge un grand nombre d'élèves et a su pourtant trouver le temps pour de nombreux et riches échanges

➤ Sans oublier **Monsieur Jean-François Berthonneau**, Chef d'établissement du 1^{er} degré à **Sainte-Marie Grand Lebrun** qui a accepté d'accueillir pour la première fois une stagiaire en psychomotricité dans son établissement

➤ Etablissement que je remercie, ce qui peut paraître surprenant, car j'y ai été une élève heureuse et épanouie tout au long de ma scolarité en rencontrant des professeurs qui m'ont, pour certains d'entre eux, poussée à sans cesse me dépasser

➤ **L'Institut de Formation en Psychomotricité**, son Directeur **Monsieur Grabot** et l'ensemble des intervenants pour le large éventail de cours prodigués

➤ **Le groupe Saint-Jacques le Majeur des SUF** qui m'a permis de m'épanouir, en tant que cheftaine au contact de jeunes garçons -dits louveteaux- par le jeu, l'organisation de ceux-ci et l'encadrement d'enfants aux caractères très différents

➤ **Ma famille**, et plus particulièrement ma maman, pour son soutien sans faille tout au long de mes études et ce, depuis l'école maternelle ; j'ai en effet, toujours été très accompagnée dans ma scolarité et dans mes choix.

Et pour sa relecture pointue et répétée de ce mémoire...

AVANT-PROPOS

J'ai été particulièrement touchée, il y a quelques années, par la lecture du témoignage parental de l'histoire de Gaspard dont je souhaite ici, mettre en avant ces quelques lignes qui me tiennent à cœur autant qu'elles me touchent.

Gaspard a pu bénéficier d'un accompagnement en psychomotricité ce qui m'a confortée dans le choix de cette profession extraordinaire !

« La soignante la plus régulière a été la psychomotricienne Florine. Elle est venue chez nous de décembre 2014 à janvier 2017. Deux ans et un mois de fidélité.

Elle offre chaque semaine à Gaspard une heure de jeux adaptés à son état. Des comptines, des sorties imaginaires à la plage ou à la ferme, des balancements dans une toupie ou dans un drap tendu, la découverte de nouvelles sensations grâce à des balles à picots ou des bâtons de pluie. Florine crée tout un monde pour extraire Gaspard de sa maladie.

À elle, je ne cache rien. Ni mes larmes, ni mes coups de mou, ni mes petites victoires, ni mes nuits difficiles, ni mes interrogations. En entrant chez nous, elle prend la température de l'atmosphère, et elle agit en conséquence pour que ces séances apportent à Gaspard joie, réconfort, compassion ou amitié selon l'ambiance qui règne à la maison.

Notre fils l'aime beaucoup. »

Gaspard, entre terre et ciel de Marie-Axelle et Benoît Clermont

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE I : GRANDIR, C'EST SE DÉVELOPPER	7
1. SENTIR.....	9
2. BOUGER.....	16
3. EN RELATION.....	25
PARTIE II : GRANDIR, C'EST S'INDIVIDUER	31
1. SE SÉPARER POUR S'INDIVIDUER	33
2. DE LA DÉCOUVERTE DE SOI A LA DECOUVERTE DU MONDE.....	38
PARTIE III : SE DÉVELOPPER ET S'INDIVIDUER : L'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITÉ	45
1. L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE	46
2. MARIE.....	55
3. YACINE.....	65
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
TABLE DES MATIERES	84

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année de formation en psychomotricité, j'effectue mes stages au sein d'une crèche, d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), et d'un cabinet libéral. J'y rencontre principalement des enfants de moins de six ans, au CMPP des plus grands ainsi que, au cabinet, quelques adolescents. De ce fait j'ai la chance de pouvoir enrichir mon expérience clinique, de me nourrir de la pratique de mes maîtres de stages et également d'apprécier le fonctionnement des établissements, institutions et structures qui m'accueillent.

Ce mémoire tente donc de lier à la théorie, la pratique sur mes différents lieux de stages, stages tous aussi riches que diversifiés -en se centrant autour des enfants de la naissance à six ans-.

Le point de départ de ma réflexion me vient de la lecture de l'ouvrage de Catherine Potel intitulé *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Elle y décrit le corps comme étant « le socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique » (2019, p. 78). La question du corps dans son appropriation au cours du développement psychomoteur m'intéresse tout particulièrement. En effet, mes expériences de stage m'ont permis de rencontrer des enfants avec des problématiques très différentes, que ce soient des troubles du spectre autistique, des troubles psycho-affectifs, des troubles développementaux de la coordination, des handicaps moteurs ou mentaux, des polyhandicaps, des syndromes génétiques ou des retards globaux de développement. Chacun de ces enfants est entravé dans sa construction et sa structuration, parallèlement à l'investissement et l'intégration de son corps. Je rencontre également des enfants à la crèche pour qui ces processus s'inscrivent dans un développement dit normal. Je me suis alors interrogée sur les différentes étapes de l'appropriation psychocorporelle. Je me suis aussi demandé si cette dernière influait sur la construction identitaire. Si tel est le cas, de quelle manière cela impacte-t-il le jeune enfant grandissant dans son individuation ? Par ailleurs, d'autres questionnements ont émergé quant

au rôle du psychomotricien et quant à l'accompagnement spécifique qu'il est possible de proposer à ces enfants.

J'en suis alors arrivée à la problématique suivante : quel accompagnement le psychomotricien peut-il proposer au jeune enfant pour le soutenir dans l'appropriation de son corps et l'aider à s'individuer ?

Forte de ce questionnement, j'ai pour hypothèses que le jeune enfant s'approprie son corps en même temps qu'il devient sujet ; que cette dynamique est éminemment liée à la psychomotricité et que l'individuation peut être soutenue par le psychomotricien grâce à des propositions favorisant l'instrumentalisation et la subjectivation de son corps.

Selon Catherine Potel (2019, p. 118), « on construit d'abord les fondations et les murs d'une maison, le corps. Puis on vit à l'intérieur. On joue dedans. Plus la construction est solide, plus l'habitation sera confortable ». Ces propos illustrent ce à quoi je m'attacherai à répondre dans ce mémoire.

Je commencerai par le développement sensorimoteur de l'enfant. Celui-ci ne grandissant pas seul, j'aborderai donc la relation à l'autre et plus particulièrement la relation à sa mère.

Ensuite, j'aborderai le processus de séparation de l'enfant et de sa mère à partir duquel s'engage le processus d'individuation. L'appropriation psychocorporelle mène alors l'enfant à la découverte de soi et à la découverte du monde.

Enfin, je présenterai plus en détail le rôle du psychomotricien. Je m'appuierai sur mes expériences en tant que stagiaire et présenterai dans cette partie les études de cas de deux jeunes enfants.

PARTIE I :

GRANDIR, C'EST SE DÉVELOPPER

Le développement neurophysiologique et psychomoteur débute in-utéro et se poursuit à la naissance. Le bébé naît donc inachevé. Winnicott parle de néoténie pour caractériser cet état d'immaturité. Le bébé va par la suite se développer sur les plans sensoriel, moteur, cognitif, affectif et social ; et ainsi peu à peu s'approprier son corps tout en devenant un individu à part entière. Ledit développement implique une influence réciproque entre la maturation neurophysiologique, c'est-à-dire la modification des structures et des fonctions, et l'environnement dans lequel l'enfant évolue. C'est ce que Mucchielli appelle la structuration réciproque.

Contrairement à ce qui a longtemps été pensé, le nouveau-né possède à la naissance des compétences motrices, en lien avec des compétences sensorielles également présentes et des compétences relationnelles. Selon Pomerleau et Malcuit « La compétence de base est entendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent » (Scialom et al., 2015, p. 96). A cet équipement inné viendra s'ajouter un équipement acquis. L'enfant en grandissant augmente ses possibilités d'action, d'interaction et de communication.

Le psychomotricien prête une attention particulière aux fonctions sensorimotrices du fait de leur importance dans le développement psychomoteur du jeune enfant.

1. SENTIR

1.1. L'intégration sensorielle

A partir des sens dont la fonctionnalité est précoce dans le développement, le bébé s'ouvre au monde. L'intégration sensorielle se fait par la mise en place d'une boucle qui relie sensation, perception et représentation.

Bullinger (2007, p. 81) parle de flux sensoriels qu'il définit comme « des signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel ». Leur interaction avec le corps crée une sensation si le stimulus sensoriel est intégré.

La captation des flux se fait par les récepteurs sensoriels qui ont pour rôle la transduction du message puis sa transmission aux fibres sensibles. Le message est ensuite décodé par les centres sous-corticaux du système nerveux central et c'est à ce moment-là qu'il devient une sensation. Le message est finalement interprété et la sensation devient perception. Les perceptions antérieures relèvent quant à elles des représentations.

In-utéro, le fœtus est en partie isolé par le milieu placentaire puis, à la naissance, le changement d'environnement fait que les afférences sensorielles sont plus intenses et nombreuses ; le bébé se retrouve assailli par des sensations vécues de manière indépendante et qui n'ont pas de signification. La maturation des fonctions sensorielles ainsi que la coordination progressive des modalités sensorielles aboutissent à la mise en place de l'inter-sensorialité. Le bébé peut désormais élaborer une représentation du monde qu'il découvre et perçoit, lui permettant d'organiser et de donner une signification à ses sensations.

1.2. De la sensation à la représentation

1.2.1. *La sensation*

La sensation est la première étape de la chaîne d'événements biochimiques et neurologiques de la boucle sensation-perception-représentation. Elle correspond à l'impression physiologique provoquée par la stimulation extérieure ou intérieure des récepteurs sensoriels. Cette impression témoigne la conscience qu'a l'individu de ses états corporels et constitue une première forme de conscience de soi.

La sensation renvoie à la fois à l'universalité de l'individu car les systèmes sensoriels sont identiques pour tous mais également à son individualité car les impressions seront différentes selon chacun.

Il existe trois catégories de sensations :

- L'extéroception qui relève les informations tactiles, olfactives, gustatives, auditives et visuelles.
- La viscéroception qui relève les informations viscérales.
- La proprioception qui relève les informations de l'ordre de la tension, de la position, du mouvement, de l'équilibre et du déplacement du corps.

Ces trois niveaux de sensibilité permettent la construction chez l'enfant de trois niveaux de relation selon Ponton :

- La relation à soi se fait par la conscience d'être un tout unique et différencié de l'autre. Elle est conduite par les sensibilités proprioceptives et intéroceptives.

- La relation à l'autre se fait par la confirmation de son existence comme semblable et différenciée du fait de la reconnaissance de l'existence de l'autre. Elle est conduite par la sensibilité extéroceptive.
- La relation à l'environnement se fait par la structuration de la conscience de l'espace et de l'appartenance à celui-ci. Elle est également conduite par la sensibilité extéroceptive.

1.2.2. La perception

Dans le système de la conscience, la perception se situe après la sensation : elle correspond à l'impression mentale de la sensation qu'elle localise en prenant appui sur la représentation. Celle-ci est immédiate, sélective et dépasse la sensation en lui donnant une signification. En effet, la sensation arrive dans un système qui a un vécu et une mémoire donnant une couleur particulière à cette sensation. La perception est ce qui se rapproche le plus de la notion de conscience car elle dépend de l'état d'attention, d'écoute et de disponibilité de l'individu à lui, à autrui et au milieu. Elle mêle objectivité et subjectivité, physiologie et psychologie, réalité et représentation.

La perception fait appel à l'attention afin de sélectionner les informations sensorielles, à l'interprétation afin de transformer les informations sensorielles en impressions, à la compréhension pour donner une signification aux informations sensorielles retenues, et à la mémorisation pour archiver les informations sensorielles retenues, interprétées et comprises.

La perception peut être focalisée ou panoramique. C'est à dire que nous pouvons être dans une conscience de la globalité de notre être, mais nous pouvons aussi par une perception discriminative focaliser nos perceptions sur un système sensoriel en particulier.

a) Extéroception

Les cinq sens extéroceptifs sont, dans cet ordre d'apparition :

➤ Le tact :

Dès sept semaines d'aménorrhée, les premiers récepteurs tactiles apparaissent autour de la bouche et se développent pour finalement recouvrir l'ensemble du visage, dès onze semaines. A cette période, ils se mettent également en place au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. L'ensemble de la surface cutanée en sera recouvert dès vingt semaines d'aménorrhée. Le toucher est stimulé tôt in utero et est fonctionnel dès la naissance.

Le toucher est le sens le plus important car il est inhérent à la vie : il se développe en premier et accompagne l'individu jusqu'à la fin. La peau, siège du toucher, constitue l'organe sensoriel vital qui enveloppe le corps dans sa globalité. De ce fait, elle joue un rôle dans le développement de l'individualité.

Vignette clinique

Après un temps de jeu que je partage avec Aymeric dans la section des bébés de la crèche, vient le temps de le changer. J'accompagne alors la psychomotricienne dans la salle de change, et après qu'Aymeric ait été changé, je lui propose un massage. Celui-ci a la peau sèche et ses parents ont apporté de l'huile.

Le toucher semble agréable pour Aymeric. L'excitation du temps de jeu qu'on a partagé précédemment laisse place à de la détente. Aymeric gigote moins sur le plan à langer. Je prête attention à ses réactions et ajuste alors mes gestes. C'est un moment de plaisir partagé, ressenti dans le dialogue tonico-émotionnel qui correspond à la communication corporelle des émotions à travers le tonus.

Lorsque je termine le massage, Aymeric est souriant et détendu.

➤ L'olfaction :

Les récepteurs olfactifs sont fonctionnels dès la treizième semaine d'aménorrhée. Les premières expériences olfactives ont lieu dès 7 mois et l'odorat est en place à la naissance. La sensibilité aux odeurs et la capacité à les différencier vont se développer jusqu'à l'âge de cinq ans.

➤ La gustation :

Les bourgeons gustatifs se développent sur la langue et le palais dès la septième semaine d'aménorrhée et sont fonctionnels dès la treizième. A partir de trois mois de grossesse, le système gustatif est fonctionnel. A partir du sixième mois, le fœtus avale de plus en plus de liquide amniotique, ce qui induit qu'à la naissance il a déjà des préférences gustatives. Il va ensuite continuer à se familiariser avec les différents saveurs et ses goûts vont s'affiner, voire se modifier en grandissant.

➤ L'audition :

Les structures auditives sont fonctionnelles dès la vingtième semaine d'aménorrhée. Dans un premier temps, le fœtus entend uniquement les bruits physiologiques internes provenant des systèmes digestif, circulatoire et cardiaque de sa mère puis, à partir du sixième mois de grossesse, il commence à percevoir certaines stimulations sonores externes. Bien que bénéficiant déjà d'une mémoire auditive à la naissance, le développement auditif se poursuit et ce, jusqu'à l'adolescence.

➤ La vision :

C'est le dernier sens amené à se développer. En effet, les récepteurs visuels étant peu stimulés in-utéro, la vision n'est pas mature à la naissance. Cependant la vue s'améliore rapidement durant la première année de vie avec la mise en place de l'acuité visuelle, de la vision binoculaire, de la vision focale et périphérique ainsi que de la distinction des couleurs.

Vignette clinique

La psychomotricienne de la crèche avait pour projet la création d'une salle sensorielle que nous avons mise en place ensemble, en aménageant une pièce à cet effet.

Lorsque nous y accompagnons les enfants pour la première fois, ils sont ravis. Au début, ils n'osent pas trop s'aventurer dans l'espace mais explorent toutes les caractéristiques des objets à leur portée. Ils vont regarder les poissons de l'aquarium, se cacher dans la cabane, marcher sur les dalles sensorielles, lancer les balles. Les objets sont également détournés de leur fonction de base afin d'intégrer les différents effets sensoriels qu'ils peuvent avoir. Ces expériences sont très importantes car elles constituent le matériel nécessaire au passage du sensori-moteur au cognitif.

Depuis, la salle sensorielle est investie par les différentes professionnelles qui y emmènent régulièrement des groupes d'enfants. L'effet de nouveauté s'étant estompé, ils investissent désormais tout l'espace et explorent celui-ci tout autant que les éléments qui s'y trouvent.

b) Proprioception

La proprioception est un flux sensoriel continu à l'origine de sensations conscientes permettant une régulation tonique et motrice inconsciente.

La proprioception permet d'une part la perception du corps en statique, c'est ce qu'on appelle la somesthésie, et qui concerne les positions relatives des différents segments corporels ainsi que les degrés de tension musculaire. D'autre part la proprioception permet la perception du corps en mouvement, c'est ce qu'on appelle la kinesthésie, et qui concerne les accélérations et décélérations captées par l'oreille interne ainsi que les mouvements des différents segments du corps.

D'après Damasio, « Ce sens constitue l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité. La proprioception nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister ; la certitude que nous avons un corps, la certitude de son existence est le début et la base de toute certitude sur terre » (Scialom et al., 2015, p. 163). La proprioception est nécessaire à la conscience corporelle et donc à la conscience de soi qui participe activement au processus d'individuation.

c) Intéroception

L'intéroception ou somesthésie végétative est la perception des signaux internes de notre corps.

Ces signaux proviennent de sensations mécaniques à l'origine de la perception de la température, des distensions, des pressions et lésions de tissus par des capteurs mécaniques, ainsi que de sensations chimiques à l'origine de la perception de la pression osmotique, de la variation du glucose ou encore de l'oxygène et du carbone. Les sensations mécaniques sont conscientes tandis que les sensations chimiques sont quant à elles inconscientes.

1.2.3. La représentation

La représentation correspond à la perception sans objet ; elle fait appel à la mémoire immédiate ou différée. Elle permet d'assurer la présence ou de remplacer quelque chose ou quelqu'un d'absent ou d'impossible à désigner, par une image, une action.

2. BOUGER

2.1. Définitions

2.1.1. *Le tonus*

Etymologiquement, le mot tonus vient du grec « *tonos* » qui signifie tension. Dans le dictionnaire Larousse (s. d.), le tonus est défini comme « l'état de tension permanente dans lequel se trouvent normalement les muscles du squelette ».

« Le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales » (Jover, 2000, p. 1).

On distingue trois niveaux de tonus interdépendants qui diffèrent dans leur intensité et dans leurs rôles :

- Le tonus de fond ou tonus de base :

Il correspond à l'activité tonique minimale qui se traduit par un état de légère tension isométrique des muscles, d'origine réflexe. Cet état est involontaire et permanent. Il participe à la vigilance musculaire proprioceptive et donc à l'état d'éveil. Il contribue à la qualité de cohésion des différentes parties du corps et soutient le sentiment d'unité corporelle et d'individuation.

- Le tonus postural ou tonus d'attitude :

Il correspond à l'activité tonique minimale, permettant le maintien des mises en forme corporelles, qui se traduit par un état minimal de tension afin que l'organisme puisse

conserver une position donnée et ainsi maintenir l'équilibre statique ou dynamique. Il est donc fortement soumis aux effets de la gravité et de la pesanteur. Il garantit également un niveau de contraction optimum pour l'action. Il est essentiellement sur commande reflexe mais peut être également contrôlé volontairement. Il intervient dans la régulation de l'activité perceptive. Il représente, en lien avec le tonus de fond, le substrat de l'affectivité et des émotions.

➤ Le tonus d'action :

Il correspond à la contraction musculaire phasique permettant l'action et le mouvement. Il est intentionnel et essentiellement sur commande volontaire mais il peut également être sollicité dans une action reflexe ou automatique.

2.1.2. La posture

Etymologiquement, le mot posture vient du latin « *ponere* » qui signifie poser. Dans le dictionnaire Larousse (s. d.), la posture est définie comme « la position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace ».

« La posture est la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace » (Scaliom et al., 2015, p. 173).

Le bébé dispose d'un répertoire de positions qui s'étoffe au fur et à mesure qu'il grandit à partir de deux types de postures, soit symétriques, soit asymétriques.

2.1.3. La motricité

Etymologiquement, le mot motricité vient du latin « *moveo* » qui signifie mouvoir. Dans le dictionnaire Larousse (s. d.), la motricité est définie comme « l'ensemble des fonctions permettant les mouvements volontaires ou automatiques du corps ».

« Le mouvement est la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace » (Scialom et al., 2015, p. 181).

Les mouvements fondamentaux qui sous-tendent toute forme de motricité sont le mouvement d'enroulement, le mouvement de redressement et le mouvement de torsion. Ils vont servir de point d'appui pour :

➤ Les coordinations motrices globales :

D'une part l'enfant change de position par les retournements, par le passage du décubitus dorsal à la position assise et par le passage de la position assise à la position debout.

D'autre part, l'enfant se déplace grâce à la reptation, à la marche quadrupède et à la marche bipède. Par la suite, il ira jusqu'à courir, sauter, monter et descendre les escaliers.

➤ La motricité manuelle et les coordinations bimanuelles :

L'organisation de la gestualité de l'enfant lui donne la possibilité de prendre et de manipuler des objets et ce, soit à une main soit à deux mains.

2.2. Les lois de développement

Le développement du contrôle tonique, de la posture et l'acquisition des fonctions motrices dépendent de la maturation du système nerveux central caractérisée par la

myélinisation des neurones, l'organisation de l'activité électrique, la synaptogenèse et l'organisation des systèmes neuro-fonctionnels.

Cette maturation répond à différentes lois :

➤ La loi de succession :

Elle assure l'ordre de maturation dans le sens céphalo-caudal et dans le sens proximo-distal.

La loi céphalo-caudale assure le contrôle du tonus musculaire de la tête jusqu'à la queue vestigiale. Ainsi, le bébé contrôlera d'abord les muscles de son visage, puis sa tête, puis son tronc et enfin ses membres inférieurs.

La loi proximo-distale assure le contrôle du tonus musculaire du centre vers la périphérie. Ainsi, le bébé contrôlera d'abord ses épaules, puis ses bras, puis ses mains et enfin ses doigts.

➤ La loi de différenciation :

Elle assure le passage d'une motricité involontaire sous forme diffuse et indifférenciée à une motricité volontaire sous forme plus élaborée et précise.

➤ La loi de variabilité :

Elle assure le développement afin qu'il se déroule de manière progressive dans le sens d'un perfectionnement qui peut être marqué de phases de stagnation ou de régression. Wallon parle de « spirale évolutive » pour décrire cette progression non linéaire.

➤ La loi de complexification :

Elle assure un développement qui va du plus simple vers le plus complexe.

2.3. Le développement tonico-posturo-moteur

Le développement tonico-posturo-moteur se fait à partir de compétences présentes du fait de l'équipement tonique, postural et moteur du bébé, motivé par l'intentionnalité et permettant de répondre aux besoins physiques et psychiques. Il est étroitement corrélé aux facteurs génétiques et aux facteurs environnementaux.

Le Métayer met en évidence les étapes de progression allant du décubitus à la marche ; ce sont les niveaux d'évolution motrice (NEM). Le développement du contrôle tonique va permettre la mise en mouvement du corps et l'élaboration d'une motricité efficiente suivant les lois céphalo-caudales et proximo-distales.

In utéro, le fœtus est contenu et limité par les parois de l'utérus maternel, il a donc une attitude posturale enroulée en cyphose globale. Les sensations éprouvées ainsi que les stimulations externes entraînent des variations toniques. La mise en place de la motricité commence par l'élaboration durant la grossesse de ce que Bayle (2004, p. 2) appelle la « proto-psychomotricité fœtale ». Il s'agit d'un dialogue tonique fœto-maternel où le fœtus répond par des mouvements aux émotions, préoccupations et fantasmes de la mère.

2.3.1. Les mouvements à partir du décubitus dorsal

Les âges indiqués ci-après sont des moyennes données à titre indicatif

➤ De la naissance à deux mois

A la naissance, le nouveau-né présente une répartition du tonus qui est déséquilibrée. Elle se caractérise par une hypotonie axiale des extenseurs et une hypertonie distale des fléchisseurs. Robert-Ouvray (2010, p. 11) parle « d'état dynamique bipolaire » pour décrire

cet état psychocorporel du bébé. Le déséquilibre tonique se traduit par une position physiologique enroulée qui permet d'être centré sur soi et de se rassembler. La qualité de l'enroulement conditionnera plus tard la qualité du redressement.

Bullinger distingue les postures symétriques de celles asymétriques, toutes deux présentes dès la naissance.

Le mouvement fondamental d'enroulement fait prendre initialement et principalement au bébé une posture symétrique en flexion. Des postures symétriques dans le sens de l'extension sont également présentes par les mouvements d'ondulations qui correspondent à des bercements verticaux de la tête.

La posture asymétrique se manifeste quant à elle par des mouvements d'oscillations qui correspondent à des balancements horizontaux de la tête.

L'attitude en flexion avec la tête dans l'axe laisse place à une posture asymétrique au niveau du corps et des membres ; ainsi, lorsque le bébé est couché, sa tête est tournée d'un côté ou de l'autre. Il passe d'une position asymétrique à une autre grâce au réflexe tonique asymétrique du cou ; également appelé réflexe de l'escrimeur, il décrit le bébé allongé sur le dos avec le bras tendu du côté où la tête est tournée et l'autre bras fléchi.

Au cours des deux premiers mois, la répartition tonique reste contrastée. De plus, le bébé présente une motricité contrôlée en sous-cortical qui se traduit par des mouvements spontanés et par des réflexes. La motricité spontanée du bébé est désignée par le terme de motilité, elle est « involontaire, diffuse, anarchique et bilatérale » (Thomas, 2004, p. 17) et occasionne les premières sensations proprioceptives tandis que les réflexes archaïques sont des automatismes occasionnés par l'application de certains stimuli.

La préhension est dominée par le grasping ou réflexe archaïque d'agrippement.

➤ De deux à six mois

Entre deux et six mois, la double directionnalité, du fait de l'alternance entre les postures symétriques et asymétriques, aboutit chez le bébé à la première construction autour de la ligne médiane : celle du centre-périphérie. Elle permet la jonction des espaces droits et gauches et donc des deux hémicorps, et notamment la réunion des mains, puis le croisement de celles-ci de part et d'autre de la ligne médiane.

D'après Coeman (2004, p. 69), « Les schèmes antigravitaires symétriques et asymétriques qui sont originaires des compétences posturales vont devenir des compétences organisatrices des mouvements d'orientation et de mise en action ». Ainsi, du fait de la différenciation entre le thorax et le bassin, le mouvement fondamental de torsion apparaît au niveau du buste. Il est à l'origine de la mise en place d'un axe de rotation. Le bébé expérimente ses premiers changements de position, à savoir les retournements.

Durant cette période, les réflexes archaïques tendent à s'incorporer dans une motricité plus volontaire. Les mouvements d'abduction et d'adduction combinés à l'ouverture de la main permettent la saisie des objets. Vers deux à trois mois, le passage du grasping à une préhension volontaire permet la rencontre du regard et des mains et constitue les premières coordinations oculo-manuelles. A quatre mois, le bébé porte les objets à la bouche : il s'agit des premières coordinations main-bouche-regard. Puis vers six mois, l'investissement du bas du corps permet la mise en place des coordinations bouche-œil-main-pied. L'enfant attrape ses pieds, joue avec et les met à la bouche : c'est la jonction entre le haut et le bas du corps. D'après Robert-Ouvray (2010, p. 36), « Au début de sa vie, l'enfant va donc découvrir et intégrer son corps de façon très partielle pour atteindre progressivement la première forme d'unité motrice autour du sixième mois ».

➤ De six mois à un an

Entre six mois et un an, la préhension devient une intention de saisir et s'affine. C'est à cette période, précisément entre huit et dix mois, que l'enfant acquiert la permanence de l'objet.

2.3.2. *Les mouvements à partir du décubitus ventral*

➤ De la naissance à deux mois

Au cours des deux premiers mois, sur le ventre, le bébé tourne la tête et commence à redresser la tête.

➤ De deux à six mois

Entre deux et six mois, l'hypertonie distale diminue et l'hypertonie axiale augmente le long de la colonne vertébrale. L'augmentation du tonus axial permet d'amorcer les premiers mouvements fondamentaux de redressement. Le premier étant celui de la tête, à trois mois.

➤ De six mois à un an

Entre six mois et un an, l'hypertonie distale disparaît tandis qu'au niveau axial le tonus antigravitaire augmente, permettant à l'enfant de s'ériger. Le contrôle du tonus est descendant le long de l'axe vertébral et va permettre les redressements suivants à l'origine du contrôle du tronc à sept mois et demi, et du contrôle du bassin à neuf mois.

Le redressement du buste permet l'acquisition de la station assise entre six et treize mois. Du fait de l'augmentation du contrôle de la posture, l'acquisition de la station debout se fait entre neuf et seize mois et les équilibres précaires se mettent en place.

La maîtrise des différents redressements est à l'origine de la deuxième construction : celle de l'axe de verticalité par la mise en relation du haut et du bas du corps du bébé. « L'apparition de la verticalité correspond à une émancipation par le mouvement (la marche), à une structuration de lui-même en tant que sujet ; c'est par le mouvement qu'il construit un projet et prend conscience d'exister dans ce monde » (Ponton, 2015, p. 7). L'accès à la station érigée bipède est le propre de l'Homme et est forte d'une symbolique narcissique importante dans le processus d'individuation de l'enfant.

2.3.3. Les déplacements

➤ De la naissance à six mois

Durant les six premiers mois, le bébé présente une hypo extensibilité des membres inférieurs avec une attitude en flexion au cours du premier mois puis en extension par la suite. L'augmentation de l'extensibilité amène à une hyper extensibilité qui diminuera à partir de deux ans pour se normaliser à trois.

➤ De six mois à un an

Entre six mois et un an, l'affinement des coordinations droite-gauche permet la découverte de la reptation vers neuf mois et de la marche quadrupède vers dix mois. C'est la troisième construction : celle des déplacements dans les trois plans de l'espace.

➤ Au-delà d'un an

L'affinement des coordinations entre le haut et le bas du corps permet quant à lui l'instrumentalisation du bassin et des jambes. Ces coordinations associées à celles entre l'avant et l'arrière ainsi qu'entre la droite et la gauche permettent l'alternance des appuis au service de la marche. C'est la quatrième construction : l'unité centrée en marche. La marche, majoritairement acquise à dix-sept mois, affirme la direction avant-arrière en appui sur le sol et précise le sentiment d'unicité et d'unité en allant seul sans être porté. Puis la motricité et l'équilibre vont se complexifier, combinant toutes les directions du mouvement dans l'espace.

3. EN RELATION

Nous avons vu les compétences innées motrices du bébé, à savoir la motricité réflexe et le tonus en lien avec la sensorialité. Le bébé possède également des compétences relationnelles qui se manifestent dans les interactions précoces. Ces interactions sont décrites en tant que relation mère-enfant pour plus de simplicité mais la figure parentale paternelle peut lui être substituée. En effet, « les expériences sensori motrices permettent à l'enfant de se sentir et de se construire, encore faut-il qu'il puisse s'approprier ces expériences vécues. Le bébé ne peut le faire seul. Il lui faut pour cela être accompagné, contenu dans la relation » (Potel, 2019, p. 81). Ainsi, bien que le bébé ait une part active dans son développement, l'interaction est nécessaire.

3.1. Les interactions précoces

« Si vous voulez décrire un bébé vous vous apercevrez que vous décrivez un bébé et quelqu'un d'autre. Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation ». Ce propos de Winnicott (1947, p. 107) illustre le fait qu'un enfant ne peut pas survivre seul. Effectivement, bien qu'il soit doué de compétences innées, le bébé naît immature et ne peut satisfaire à ses besoins. Il va donc avoir recours à autrui. Le bébé est dès la naissance acteur de la relation. De son côté, la mère va s'identifier à son bébé afin de comprendre et de répondre au mieux à ses besoins physiques et psychiques. Winnicott qualifie la mère de « suffisamment bonne » du fait de cette disposition empathique qui se retrouve à travers le « holding », le « handling », et « l'object-presenting ». Ces trois mots seront expliqués ultérieurement.

Il existe trois types d'interactions :

- Les interactions affectives :

C'est l'influence des affects sur le contenu émotionnel et affectif des interactions entre la mère et le bébé. Stern appelle cette harmonisation « l'accordage affectif ».

➤ Les interactions fantasmatiques :

C'est l'élaboration par la mère de représentations vis-à-vis de son bébé qui vont influencer les interactions, en raison de la confrontation entre l'enfant qu'elle a rêvé et imaginé et l'enfant réel et présent. Ce deuil de l'enfant imaginaire est nécessaire pour adopter le bébé réel.

Vignette clinique

Céline, que je rencontre au cours de mon stage en CAMSP, est une petite fille d'un an et demi présentant un polyhandicap. A ce jour, les possibilités motrices de la petite fille sont peu nombreuses, les mouvements sont entravés par une hypertonie globale et interrompus par des spasmes. Céline devrait bientôt suivre un traitement avec des injections de toxine botulique ; beaucoup d'espoirs de la famille reposant sur ce traitement.

Ici, le processus de deuil est double car la maman doit, en plus du deuil de l'enfant fantasmé, également faire face au handicap de sa fille.

➤ Les interactions comportementales :

- *visuelles* par le regard mutuel que se portent la mère et son bébé. Cet échange visuel participe à une première forme d'individuation du bébé où le regard de la mère est le miroir de lui-même qui lui donne le sentiment d'exister.

- *vocales* qui sont les plus expressives et donc communicatives. Les cris, les pleurs et les babillages du bébé permettent d'alerter l'adulte. En retour, La réponse parentale peut également être sonore, on constate que la prosodie de la mère se modifie quand elle s'adresse à son bébé.

- *corporelles* par les notions de handling et holding et par l'adaptation tonique.

Winnicott définit les concepts de holding et handling comme étant, pour le premier, la manière dont le bébé est porté physiquement et psychiquement. Il permet l'individuation.

Anzieu associe le holding à la fonction de maintenance du psychisme du Moi-peau. Le second correspond à la manière dont la mère prodigue les soins quotidiens. Il permet l'installation de la psyché dans le soma. Anzieu associe le handling à la fonction contenante du Moi-peau.

Winnicott énonce également une troisième fonction maternelle qui est l'object-presenting ou mode de présentation de l'objet. C'est la manière dont la mère met à disposition de son enfant l'objet.

3.2. Le dialogue tonico-émotionnel

Les états internes du bébé se traduisent par des variations toniques qui entraînent des ajustements corporels entre les partenaires. Ces ajustements ont valeur de dialogue préverbal ; c'est ce que Wallon qualifie de dialogue tonique entre la mère et le bébé et qui leur sert d'interface de communication. Pour le bébé, le tonus fait partie de ses premiers modes de communication, n'ayant pas accès au langage, il lui permet de manifester ce qu'il ressent par la variation de ses états toniques. Ainsi, il présente une hypertonie d'appel pour manifester ses besoins et une hypotonie de réplétion une fois que ceux-ci sont satisfaits. Puis le bébé va utiliser le tonus pour indiquer ses besoins en intégrant la corrélation entre la modulation de son état et la réponse apportée par sa mère.

Livoir-Petersen exprime le fait que le tonus traduit également les états émotionnels de l'enfant et de ce fait que « l'émotion d'un bébé est la représentation, par celui qui en est le témoin, de son état tonique et du sens qu'il lui prête » (2008, p. 41). Les émotions de l'enfant se manifestent par des réactions toniques globales. Leurs régulations sont rendues possibles par l'ajustement de la mère qui peut s'établir selon quatre modalités, créant des liens : un lien tonique, un lien sensoriel, un lien affectif et un lien de pensée. Afin d'inclure cette dimension émotionnelle, Ajuriaguerra développera à partir du concept de dialogue tonique de Wallon le dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue est également sensible aux mimiques et à la prosodie ; on parle aujourd'hui de dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel.

Le dialogue tonico-émotionnel est utilisé par les psychomotriciens car c'est un moyen de communication infra verbal très riche, qui permet de compléter voire de suppléer le langage.

Vignette clinique

A la crèche, la sieste est un moment de calme où les enfants doivent être apaisés avant de s'endormir. J'ai pu remarquer que si l'équipe était anxieuse, nerveuse -le tonus étant alors trop élevé-, les enfants le ressentaient et ne trouvaient pas le sommeil ou bien difficilement. J'ai observé cela de manière accrue avec les bébés qu'elles endorment dans leurs bras.

Il y a dû avoir aussi tout un travail de la psychomotricienne auprès de l'équipe des moyens et des grands où l'excitation régnait dans les dortoirs avant la sieste.

3.3. La capacité de rêverie maternelle

La capacité de rêverie maternelle permet la mise en place des mécanismes de pensée chez l'enfant.

A la naissance, les impressions sensorielles, les éprouvés corporels et les expériences émotionnelles s'expriment corporellement sans que le bébé ne puisse ni les lier ni les assimiler : cela forme ce que Bion appelle les éléments bêta qui sont à l'état brut et donc déstructurants pour le bébé car non pensables. La fonction alpha correspond alors à la « capacité de rêverie de la mère » qui permet la transformation des éléments bêta en éléments alpha. Celle-ci prête attention aux éprouvés physiques et psychiques du bébé afin de les intégrer, de les transformer et de les digérer pour lui. La réponse apportée, qu'elle se fasse par le dialogue tonico-émotionnel, l'attitude, la gestualité, l'action ou la verbalisation résulte de l'interprétation que la mère en fait. Cela correspond à la transformation des éléments bêta en éléments alpha qui sont alors sous une forme détoxiquée et assimilable pour le bébé.

Potel (2019, p. 79) parle d'une « prédigestion psychique ». Peu à peu, l'enfant va être capable par lui-même d'élaborer des représentations de ses sensations, sentiments et émotions par la constitution de ce que Houzel appelle « l'appareil à penser les pensées » qui permet l'intériorisation de la fonction alpha.

3.4. L'attachement

Bowlby a développé une théorie de la relation constituée de cinq systèmes motivationnels qui auraient pour fonction d'assurer la survie du bébé. Parmi ceux-ci se trouve l'attachement, lien primordial favorisé par les interactions entre la mère et son bébé.

Les cinq systèmes sont donc :

- Le système de vigilance
- Le système d'alarme ; tous deux permettant d'éloigner la source de danger.
- Le système exploratoire qui motive l'exploration de l'environnement.
- Le système de caregiving chez le parent.
- Le système d'attachement chez l'enfant.

Le système motivationnel d'attachement se caractérise par trois types de comportement qui est soit aversif, soit de signalisation, soit actif ; ces comportements se manifestent entre autres par la succion, l'étreinte, le cri, le sourire ou la tendance à aller vers l'autre. Selon Montagner (2006, p. 30), « Par comportement d'attachement, Bowlby entend tout comportement du nouveau-né qui a pour conséquence et pour fonction d'induire et de maintenir la proximité avec la mère, ou la personne qui la remplace ». Le bébé assure de cette manière la présence et l'attention de ses figures d'attachement : mère et père, adultes vers qui sont dirigés les comportements d'attachement.

La création du lien affectif entre le bébé et ses figures d'attachement se fait en quatre phases qui sont :

- Phase 1 : de la naissance jusqu'à trois mois, les comportements d'attachement sont non orientés, la discrimination d'une figure principale et préférentielle est limitée : c'est la phase de pré-attachement.
- Phase 2 : entre trois et six mois, les comportements d'attachement se diversifient, ce qui fait que le bébé commence à orienter ses comportements d'attachement : c'est la phase de formation.

- Phase 3 : entre six à neuf mois et jusqu'à deux à trois ans, l'attachement est dit actif car les comportements d'attachement sont orientés et sélectifs. L'enfant discrimine une figure d'attachement principale : c'est la phase d'attachement à proprement parler.

- Phase 4 : entre deux à trois ans et jusqu'à trois à quatre ans, la complexification et la diversification des comportements d'attachement entraînent la mise en place de figures d'attachement multiples : c'est la phase des relations réciproques.

La qualité d'attachement est déterminante pour le développement affectif de l'enfant. A ce propos, Ainsworth, collaboratrice de Bowlby, décrit les différents styles d'attachement que l'on peut rencontrer à savoir l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant, l'attachement insécure-ambivalent et l'attachement insécure ambivalent-désorganisé.

Le système motivationnel d'exploration a une activation antagoniste à l'activation de celle du système d'attachement. Lorsque le sentiment de sécurité interne est suffisant pour permettre à l'enfant d'aller explorer le monde, le système d'attachement se désactive. Ce sentiment de sécurité, notamment émotionnelle, se construit progressivement en lien avec le développement des différentes compétences de l'enfant, lui permettant de devenir de plus en plus autonome. Il est également assuré par la proximité et la disponibilité de la figure d'attachement.

L'équivalent du système d'attachement chez le parent est le système de caregiving. Il permet de répondre aux comportements d'attachement et de prendre soin de l'enfant. Il se manifeste par la sensibilité chez le caregiver à percevoir et à interpréter les signaux, à sa disponibilité physique et psychologique, à sa coopération et à son acceptation des besoins de l'enfant.

PARTIE II :
GRANDIR, C'EST S'INDIVIDUER

L'enfant se développe dans la sécurité affective apportée par les figures d'attachement qui prennent soin de lui.

Il va, en grandissant, progressivement se séparer de sa mère, corporellement et psychiquement pour s'individuer. Dans le mouvement et dans la relation, il différencie peu à peu son espace à partir de celui partagé initialement avec sa mère et gagne en autonomie dans la conquête de celui-ci. Son appropriation amène l'enfant à s'éprouver en tant que sujet dans la subjectivité de son être.

Finalement, l'existence de l'enfant se traduit par la construction de trois niveaux relationnels indissociables et interdépendants : la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. La psychomotricité s'y intéresse tout particulièrement afin de prendre en compte le sujet dans sa globalité.

1. SE SÉPARER POUR S'INDIVIDUER

1.1. Le processus de séparation mère enfant

De nombreux auteurs ont décrit le processus d'individuation au regard du processus de séparation de la mère et de son enfant. Pour pouvoir s'individuer, le jeune enfant va devoir se détacher progressivement de sa mère. Ce détachement est à la fois physique et psychique et découle d'un processus de séparation-individuation, concept développé initialement par Mahler et qui sera ensuite repris plus tard par Winnicott. Ce dernier distingue ainsi une phase de dépendance absolue, une phase intermédiaire de dépendance relative et une phase d'indépendance que je vais développer.

1.1.1. La dépendance

Bien que la naissance marque une première étape de séparation, au début, la dépendance pratique, psychique et affective du nouveau-né le laisse en état de fusion avec sa mère et tous deux forment une unité biopsychologique. Cette période s'étend aux cinq premiers mois du bébé et constitue la phase de « dépendance absolue ».

La mère est alors à l'écoute de son bébé et entièrement disponible pour lui afin de répondre au mieux à ses besoins. De son côté, l'enfant n'a pas conscience de dépendre de l'agir de celle-ci bien qu'il y soit sensible. Il est dans une illusion de sa toute-puissance, dans la création de l'objet de satisfaction. L'état d'adaptation de la mère, désigné par Winnicott comme « préoccupation maternelle primaire » permet, selon lui, de préserver la continuité d'existence du bébé. Ce sentiment de continuité d'existence est nécessaire à la construction de l'individu et de son individualité par la mise en place d'une sécurité de base qui est « une forme de conscience de soi forte et stable sur laquelle il pourra s'appuyer tout au long de son parcours

socio-affectif » (Coeman, 2004, p. 35). L'acquisition de cette sécurité dépend en partie de la cohérence et de la qualité des réponses de la mère, préservant l'enfant du sentiment d'insécurité.

De plus, l'enfant intègre qu'il continue d'exister même en l'absence de sa mère et commence ainsi à se différencier de celle-ci. Concomitamment, il y a chez la mère un abandon de sa sur-adaptation qui offre au bébé une première forme d'indépendance.

1.1.2. La dépendance relative

S'ensuit la phase de « dépendance relative » qui correspond à la période entre le sixième mois et la fin de la première année. La maturation psychomotrice ainsi que les carences mineures d'adaptation de la mère permettent au bébé de commencer à développer ses propres ressources psychiques et corporelles. Il prend conscience du rôle de sa mère dans la satisfaction de ses besoins et de sa dépendance vis-à-vis de celle-ci. Il pallie alors la déficience de sa mère en lui signalant ses besoins. Cela s'accorde aux débuts d'une compréhension intellectuelle, selon Winnicott. Celle-ci, favorisée par la compréhension puis la production du langage, permet au bébé de supporter l'absence de sa mère en conservant la représentation mentale.

1.1.3. L'indépendance

La phase d'indépendance correspond au début de la deuxième année. L'enfant a intégré la distinction entre sa mère et lui, et par extension entre le moi et le non-moi : Winnicott (1970, p. 53) parle « d'état où il est une unité, une personne complète, avec un intérieur et un extérieur, une personne vivant dans le corps, une personne plus ou moins délimitée par la peau ».

L'enfant a la capacité d'aller à la rencontre du monde qui l'entoure, l'être humain étant un être social : c'est ainsi le début de la socialisation et l'acquisition du sens social. Il développe alors son indépendance.

1.2. Le processus d'individuation

Le développement sensorimoteur donne à l'enfant l'équipement de base à partir duquel il grandit. L'enfant sent et ressent, il manipule et se déplace. Parallèlement à l'augmentation de sa participation active, il se différencie et se subjectivise tout en gagnant en autonomie.

L'individuation est un concept développé initialement par Carl Jung, psychiatre, et qu'il définit comme « la prise de conscience qu'on est distinct et différent des autres, et l'idée qu'on est soi-même une personne entière, indivisible » (CNRTL, s. d.). L'individuation est un processus dynamique majeur dans le développement de l'enfant par lequel il devient soi et se perçoit comme tel, être singulier, unique et de ce fait distinct des autres.

1.2.1. La différenciation

Les expériences corporelles, sensorielles, motrices, fonctionnelles et relationnelles induisent chez le bébé des sensations tactiles qui permettent la découverte des limites de son corps, matérialisées par la peau.

Pour Winnicott, le premier sentiment d'enveloppe corporelle naît des interactions parent-enfant. La peau de la mère est éprouvée comme une première peau qui constitue un objet contenant auquel le bébé va s'identifier pour se sentir contenu dans sa propre enveloppe corporelle. Les expériences de corps à corps et le dialogue tonico-émotionnel permettent peu à peu à l'enfant de prendre conscience que sa peau et celle du parent ne sont pas communes et de différencier les deux surfaces. Il se crée alors une interface entre le dedans et le dehors. La distinction en termes de volume et de surface va conférer au bébé un sentiment d'intégrité

et d'unité de son enveloppe corporelle. Cette enveloppe corporelle deviendra ensuite également psychique par sa capacité à contenir et à transformer les émotions et sera garante de la construction identitaire et narcissique. Il se crée alors une interface entre le soi et le non-soi et il émerge un premier sens de soi sous forme de « Moi-Peau » défini par Anzieu comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (1995, p. 39). Ainsi, l'enveloppe de la peau permet à l'enfant de développer la conscience de son individualité et de sa continuité en le différenciant de son environnement. Elle est le premier élément unificateur entre le soi et le non-soi.

A partir de la perception de son corps et de ses représentations se forme le Moi-corporel sur lequel se fonde le Moi-psychique, tous deux contenus dans les enveloppes corporelles et psychiques. L'enfant se sent et se ressent dans l'action et l'interaction, il différencie dès lors les perceptions internes et externes et prend conscience de lui. Il distingue également sa mère de lui et différencie le soi du non-soi. Il prend conscience de son unité psychocorporelle, assurant une sécurité interne qui lui procure un sentiment de continuité d'existence, « film vierge prêt pour l'existentialisme » d'après Winnicott (1970, p. 47). Sur celui-ci, il va pouvoir inscrire toute sa propre existence. Toujours d'après Winnicott, le « Moi » se différencie alors en « Self », c'est-à-dire le moi doté du sentiment d'unité psychocorporelle du fait de l'intériorisation du sentiment continu d'exister.

1.2.2. La subjectivation

De la capacité de se mouvoir, de se sentir et de se ressentir, l'enfant fait sien son corps. Il se l'approprie jusqu'à l'instrumentalisation des fonctions et jusqu'à une personnalisation du fonctionnement que Coeman qualifie de « manière d'être et des actes moteurs » (2004, p. 13) qui fait que l'on est tous différents. Lacan décrit la mise en place de l'individualité dans le stade du miroir où le bébé identifie son corps en considérant que le reflet est le sien. Lacan fait état

du « stade du miroir comme formateur de la fonction du Je » ; son emploi à l'oral par l'enfant témoigne de la conscience de sa subjectivité.

L'autre a une importance capitale car le jeune enfant fait la distinction entre soi et l'autre. Il reconnaît ce qui lui est propre et ce qui est différent de lui, ce qui conduit à l'intersubjectivité. Golse (2011, p. 273) la définit comme la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes différentes. A cela s'ajoute l'identification à l'autre ainsi que le désir de se différencier que l'on retrouve dans l'imitation : l'enfant fait pareil mais différemment.

1.2.3. L'autonomisation

L'appropriation psychocorporelle permet au jeune enfant de devenir acteur de sa vie au fur et à mesure de son développement psychomoteur : peu à peu, l'enfant fait ses propres choix, a ses propres vécus, ses expériences ainsi que ses pensées lui appartiennent. Il acquiert le langage qui lui permet d'avoir son propre discours sur lui-même.

L'enfant va au commencement dépendre de l'autre pour ensuite pouvoir s'identifier à l'autre en même temps qu'il s'autonomise. Du fait de l'acquisition de nouvelles compétences, il est d'abord dépendant du prendre soin maternel, puis du soutien qui l'aide à faire seul avec l'autre, pour enfin faire seul mais pareil que l'autre et finalement faire seul à sa façon.

Il y a un éloignement de l'autre dans la dépendance pour laisser place à un rapprochement à l'autre dans la relation.

2. DE LA DÉCOUVERTE DE SOI A LA DECOUVERTE DU MONDE

2.1. L'axe psychocorporel

Le développement psychomoteur dans ses dimensions toniques, posturales et motrices amène l'enfant à l'investissement de l'espace oral, de l'espace du buste, puis celui du torse et enfin à leur unification dans l'investissement de l'espace corporel, selon Bullinger. L'intégration des espaces propres corrélée à l'intégration de l'espace externe dans toutes ses dimensions permet l'édification de l'axe corporel. D'abord par le redressement qui aboutit à la verticalité et offre la mobilité, puis par la rotation qui aboutit au mouvement et offre la liberté de mouvement. C'est l'équilibre entre les deux qui sous-tend le fonctionnement harmonieux de l'individu dans son unité psychomotrice.

Cette théorisation de l'axe s'appuie sur les travaux de Lesage et de Bullinger. L'axe corporel est une ligne imaginaire longitudinale qui part du sommet du crâne et se termine au centre du périnée, reliant la tête, le cou et le tronc. La mise en place de l'axe corporel se fait de la vie anténatale jusqu'à la verticalisation. La construction psychocorporelle aboutit à l'intégration de l'axe corporel, qui soutient l'instrumentalisation des fonctions et à l'intégration de l'axe psychique qui soutient l'élaboration psychique.

Les représentations témoignent de l'inscription psychique des expériences corporelles. Bullinger explique que « l'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité » (2012, p. 143).

Ce point d'appui sert à l'émancipation du sujet, l'enfant ne tient pas seulement seul debout, il tient également « seul debout dans son espace psychique » selon Robert-Ouvray. L'enfant se rassemble autour de l'axe, il a désormais le soutien nécessaire à la disponibilité dans de nouvelles possibilités de rencontres de l'autre et du monde dans l'action et l'interaction : la

fonction d'axialité constitue le référentiel de son vécu. Le mouvement et la pensée s'organisent à partir de cet axe.

L'axe psychocorporel est l'espace de coordination du corps dans l'équilibre des espaces externes entre avant et arrière, entre gauche et droite, entre haut et bas, ainsi que dans l'équilibre des espaces internes entre rapport à soi, rapport à l'autre et rapport à l'environnement.

L'ancrage corporel et psychique dans l'espace est à l'origine de la connaissance de soi.

2.2. L'appropriation corporelle

Ajuriaguerra décrit trois étapes majeures du développement psychomoteur qui traduisent une appropriation de son corps, de plus en plus élaborée, par l'enfant. Ce sont les étapes du corps vécu, du corps perçu et du corps représenté. Une première étape du corps subi a été décrite par certains auteurs.

➤ Le corps subi

Harrow effectue une distinction des trois premiers mois de vie, c'est la période du corps subi. Le bébé dépend du bain sensoriel et relationnel dans lequel il se trouve et réagit aux sollicitations de l'environnement. Sa perception de l'environnement est limitée et il a peu conscience de son corps. Sa motricité est principalement involontaire, il alterne entre des phases de sommeil et des phases d'éveil au cours desquelles ses besoins physiques et psychiques sont comblés. Les premières réactions circulaires qui lient mouvement, sensations et représentations apparaissent selon Piaget.

➤ Le corps vécu

De trois mois à trois ans, c'est la période du corps vécu. Par le développement de la locomotion et de la manipulation, l'enfant enrichit son vécu. Il découvre son corps et acquiert une connaissance corporelle à l'origine de la conscience de son unité psychocorporelle.

➤ Le corps perçu

De trois ans à sept ans, c'est la période du corps perçu. La connaissance topologique de son corps ainsi que l'acquisition des repères topographiques témoignent d'une conscience corporelle et spatiale. L'augmentation de la discrimination perceptive permet l'efficiences motrice et démontre la maîtrise corporelle et son intériorisation.

A partir de trois ans, on parle de corps connu : d'une part l'enfant connaît les parties de son corps, il sait les situer et les nommer. D'autre part il maîtrise les possibilités d'orientation corporelle qui lui permettent de prendre différentes positions et d'organiser sa motricité.

➤ Le corps représenté

De sept ans à douze ans, c'est la période du corps représenté.

2.3. Les représentations dynamiques corporelles

L'enrichissement du vécu corporel du jeune enfant est à l'origine de la maturation des représentations dynamiques de son corps en mouvement, illustrées par les notions de schéma corporel et d'image du corps qui servent de support identitaire au sujet. Le psychomotricien cherche à favoriser leur structuration, et ce sont également pour lui des outils de compréhension du sujet.

Ces représentations corporelles s'élaborent en même temps que l'enfant grandit et sont réactualisées tout au long de la vie ; elles sont propres à chaque personne et participent à la narcissisation de l'enfant dans la connaissance de soi. Elles contribuent à la perception et la conscience de son corps dans son unité et dans sa globalité.

On peut définir les représentations dynamiques corporelles comme l'idée que chaque individu se fait de son corps, au service de la cohérence des interactions entre le sujet et son milieu en termes d'implication, de relation et de fonctionnement.

Le schéma corporel correspond à la connaissance que l'on a de son corps en termes de possibilités motrices et expressives, en termes de limites morphologiques, en termes d'identification et de représentations. Le schéma corporel est la conscience de son corps générique car la structure générale est globalement la même chez chaque individu malgré des différences structurelles interindividuelles, et car le fonctionnement est identique avec une instrumentation propre à chacun.

L'image du corps correspond à la connaissance de son corps sous forme d'image mentale qu'on a de soi ; c'est le corps subjectif qui découle de la façon dont on perçoit et dont on se représente notre corps en termes d'estime de soi, de confiance en soi et de narcissisme.

De nombreux auteurs se sont attelés à définir le schéma corporel et l'image du corps.

➤ Ajuriaguerra (1970) et Schilder (1968, p. 35) :

D'après Ajuriaguerra, le schéma corporel est « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

D'après Schilder, l'image du corps est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. Autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même ».

➤ J-M. Albaret (Scialom et al., 2015, p. 216) :

Comme Ajuriaguerra, il parle du schéma corporel comme d'un « système de localisation » qui guide le corps dans l'action. Il répond d'après lui à deux questions, la première : « où » donne le positionnement du corps qui permet de guider la réalisation du mouvement, la seconde « comment » correspond à la manière dont le corps est mobilisé.

Il décrit l'image du corps comme un « système de perception des formes » qui répond à la question « quoi » permettant de désigner le corps de l'individu dans sa singularité.

➤ Gallagher (Scialom et al., 2015, p. 216) :

Il définit le schéma corporel comme un « système de capacités sensori-motrices qui fonctionne sans conscience ou nécessité d'un contrôle perceptif ».

Il définit l'image du corps comme un « système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps ».

2.4. L'exploration et l'expérimentation

Le désir d'exploration de l'enfant naît de l'envie d'agir sur le monde et de s'y adapter pour en faire partie intégrante en tant qu'individu. La maîtrise du tonus et le contrôle posturo-moteur augmentent les possibilités du jeune enfant d'utiliser son corps comme moyen d'action et de communication.

Au fur et à mesure que l'enfant se développe, il y a une orientation progressive du mouvement : entre neuf et douze mois l'intentionnalité se met en place et la gestualité et la motricité deviennent adressées.

L'enfant explore d'abord de manière globale le monde à sa portée ; des expériences sensorimotrices sont faites par « tâtonnement expérimental » selon Freinet, d'abord sur son corps puis sur les objets. Selon les résultats des actions, l'enfant extrait de leur répétition des constances, ainsi que des différences, au début induites puis provoquées. Il procède par essais-erreurs à partir desquels il construit des combinaisons mentales. Au fur et à mesure, les mécanismes d'action deviennent de plus en plus complexes et élaborés : l'enfant met en place des repères corporels et spatio-temporels. De ce fait il organise sa motricité et acquiert la possibilité de coordonner ou de dissocier les segments corporels pour s'ajuster à l'action entreprise. Piaget parle de construction de « schèmes d'action » pour désigner la réalisation et la structuration des actions qui font que l'enfant est « libre d'ajouter, de construire, de transformer, de coordonner toutes les variations de mouvements » (Coeman, 2004, p. 13). Par l'assimilation, l'enfant intègre de nouveaux schèmes moteurs ou combine ceux déjà existants. Par l'accommodation, soit l'enfant adapte ses habiletés motrices à une nouvelle configuration, soit il en augmente l'efficacité. Par l'appropriation, il rend sien les schèmes moteurs qui témoignent de son fonctionnement individuel.

Vignette clinique

Matthieu est un petit garçon de quatre ans, suivi au CAMSP. Il est atteint d'un syndrome de Dravet qui est une forme sévère d'épilepsie. Il a acquis la marche depuis peu et se saisit de cette nouvelle possibilité d'exploration avec un immense plaisir.

En séance, j'aménage l'espace afin de l'accompagner aux mieux dans ses expériences corporelles.

Les premiers parcours moteurs que j'ai mis en place étaient constitués d'un faible nombre de modules, faciles à franchir ; ce qui importait à Matthieu étant de se déplacer. Je me suis centrée sur la mise en place de limites matérialisées par des cerceaux situés en début et en fin de parcours, entre lesquels Matthieu était libre de courir. Nous avons beaucoup répété ces

propositions de parcours, et, au fur et à mesure, l'équilibration posturale de Matthieu s'est améliorée, combinée à l'élaboration de repères corporels et spatio-temporels. Désormais, Matthieu sait s'arrêter dans son élan avant de trébucher ou de se cogner.

J'ai alors ajouté de nouveaux modules. Les coordinations motrices se sont affinées et Matthieu s'est organisé pour mieux appréhender les obstacles. La course a laissé place à de nouvelles organisations motrices. Matthieu, dorénavant, saute dans les cerceaux. Les tapis sur lesquels il lui arrivait de trébucher au début servent maintenant à l'apprentissage des roulades que Matthieu demande régulièrement.

La dernière séance a été l'occasion d'expérimenter l'espalier. La première fois, arrivé en haut, Matthieu s'est lâché sans réaliser qu'il allait tomber et pouvait se faire mal. Depuis, il a intégré qu'il fallait redescendre l'espalier.

L'exploration fait partie intégrante du développement de l'enfant à partir de laquelle il enrichit son répertoire moteur et part à la découverte de son environnement proche et lointain, de son environnement social et objectal dont l'aboutissement est la découverte de la vie.

PARTIE III :

SE DÉVELOPPER ET S'INDIVIDUER :

L'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITÉ

1. L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE

1.1. Généralités

1.1.1. Qu'est-ce que la psychomotricité

Il me paraît important de commencer par redéfinir ici la psychomotricité. Les directeurs des Instituts de Formation en Psychomotricité (IFP) se sont entendus pour la définir de la manière suivante : « La psychomotricité résulte de l'intégration en synergie des fonctions relatives au tonus musculaire, liées au mouvement, des fonctions sensorielles, mentales dont les fonctions psychomotrices, émotionnelles, perceptuelles, cognitives et des fonctions psychiques du sujet dans son évolution. Tout au long de sa vie, le sujet se structure, construit et modifie ses représentations à partir de cette synergie et de ses propres relations et interactions avec l'environnement ».

La psychomotricité, s'intéressant au sujet dans sa globalité, donne une place centrale au corps comme moyen d'action qui permet au sujet d'être en relation à lui, à l'autre et au milieu. Cependant la psychomotricité considère que le corps n'est pas seulement effecteur mais également porteur d'une identité. Il n'est pas seulement objet mais également sujet. Merleau-Ponty dit qu'il est le « véhicule de l'être au monde ».

Ainsi, le psychomotricien « s'adresse au corps comme manifestation de tout l'être, sensible et intelligent, non morcelé et engagé dans l'action » (Thiebo, 2008, p. 149). Le psychomotricien se place alors au carrefour des sphères motrices -« le pouvoir faire »-, psychoaffectives -« le vouloir faire »- et cognitives -« le savoir-faire »- pour accompagner le jeune enfant dans la mise en jeu des processus lui donnant un sentiment d'unité de ce qu'il vit et ce qu'il est. Ce dernier soutient l'enfant dans son individuation par l'instauration ou la restauration des fonctions psychomotrices permettant la construction de son unité psychocorporelle.

1.1.2. Exercice de la profession

J'ai pu voir l'accompagnement proposé dans le cadre de la prévention et dans le cadre du soin, la psychomotricité ayant un rôle à jouer dans les deux approches.

Dans le domaine de la petite enfance, la prévention a une place prépondérante. Le psychomotricien y a un rôle d'observation, de prévention et d'accompagnement du développement psychomoteur. Il aide l'enfant à se développer harmonieusement et prévient d'éventuelles difficultés.

Dans le domaine du soin, la rencontre des enfants s'inscrit dans un cadre thérapeutique. Le psychomotricien, en tant qu'auxiliaire de médecine, agit sur prescription médicale.

Le bilan psychomoteur est le premier acte du psychomotricien, il se déroule en trois temps :

➤ L'entretien

Il permet de rencontrer le patient, faire l'anamnèse et l'historique du développement.

➤ L'examen psychomoteur

Il s'agit d'un outil clinique de compréhension et d'évaluation rendant compte à la fois des compétences et capacités de la personne, mais aussi de ses difficultés. Le psychomotricien, par l'observation clinique et par des tests standardisés, s'intéresse aux grandes fonctions psychomotrices et à leurs atteintes éventuelles. Le trouble psychomoteur est ce qui vient entraver le sujet dans la réalisation de l'action et dans la relation. Pour Bergès, la passation du bilan permet d'apprécier à la fois la façon dont le corps est engagé dans l'action, d'apprécier les représentations corporelles et spatio-temporelles ainsi que la qualité des modes de relation. Les grandes fonctions psychomotrices observées sont listées par le décret d'actes :

retards du développement psychomoteur ; troubles de la maturation et de la régulation tonique ; troubles du schéma corporel ; troubles de la latéralité ; troubles de l'organisation spatio-temporelle ; dysharmonies psychomotrices ; troubles tonico-émotionnels ; maladresses motrices et gestuelles ; dyspraxies ; débilité motrice ; inhibition psychomotrice ; instabilité psychomotrice ; troubles de la graphomotricité.

➤ La conclusion

Le psychomotricien rédige un compte-rendu qui établit un profil psychomoteur. A partir de celui-ci, le psychomotricien évalue les possibles et il élabore le projet thérapeutique préalable à toute prise en charge.

1.2. Le psychomotricien et l'enfant

1.2.1. Favoriser les éprouvés de soi

A la base de l'individuation s'opère la différenciation entre le dedans et le dehors à l'origine de toutes les autres dynamiques vitales que sont l'ouverture et la fermeture, l'impression et l'expression, le réel et l'imaginaire et finalement le soi et le non-soi. C'est parce que le jeune enfant va se constituer une enveloppe psychique et corporelle qu'il va distinguer ce qui vient de l'intérieur, ce qui vient de l'extérieur, ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre. Peu à peu, il va ainsi pouvoir se mouvoir, se penser, s'exprimer, se subjectiver et trouver ses propres équilibres qui témoignent de sa propre façon d'être au monde et d'être en relation. « Le sujet n'est plus uniquement défini comme une entité prise entre une intériorité et une extériorité mais comme un enchaînement continu d'expériences communes dans lequel les frontières entre soi, l'autre et le monde s'entrecroisent et s'entremêlent » (Meurin, 2016, p. 102).

Le rôle du psychomotricien va être de favoriser l'intégration sensori-motrice, perceptivo-motrice et tonico-affective en proposant des situations qui mettent en jeu le tonus, la sensorialité et la motricité dans ses équilibres, ses coordinations et dissociations. Ceci afin d'aider l'enfant à intégrer ses limites psychocorporelles par la mise en place d'une enveloppe contenant et afin de favoriser l'unification des espaces corporels faisant prendre conscience à l'enfant de la globalité de son être.

1.2.2. Les processus en jeu

a) Expérimentation

« Dans notre pratique, il est important de laisser le champ libre à l'expérience de l'enfant autant que possible, afin qu'il s'exprime librement dans sa psychomotricité, dans l'exercice du plaisir sensorimoteur » (Thiebo, 2008, p. 151). Le psychomotricien donne l'occasion à l'enfant de se mouvoir, de se sentir et de se ressentir et enfin de se représenter dans le plaisir de l'exploration. C'est par l'expérimentation que l'enfant développe son autonomie, sa créativité et son expressivité. En même temps, il s'affirme dans ses décisions et initiatives, prend conscience de ses possibilités et potentialités. Pour cela, le psychomotricien propose à l'enfant des situations mettant le corps en jeu dans ses dimensions sensorielles, motrices, toniques, lui permettant d'explorer ses possibles corporels. L'enfant découvre son corps et se découvre, il enrichit ses vécus qui lui donnent l'occasion de développer un sens de soi.

Le jeune enfant « acquiert une maîtrise corporelle en même temps qu'il devient sujet » (Giromini et al., 2015, p. 32). Il investit et s'approprie son corps et donc se subjectivise.

Le psychomotricien cherche à favoriser les éprouvés de soi pour aboutir à un corps structuré au niveau tonique, postural, gestuel, posturo-moteur, axial. De ce fait, l'instrumentalisation des fonctions psychomotrices rend l'enfant disponible dans les

apprentissages, dans la relation, etc. L'apprentissage des habiletés, afin de permettre l'instrumentalisation des fonctions, se fait en trois phases décrites par Fitts et Posner. Une première phase cognitive, d'analyse, de compréhension de la situation et de réflexion sur les façons et moyens d'y répondre. Une seconde phase d'association qui correspond à l'affinement des éléments moteurs de la réponse. Une dernière phase d'autonomisation qui correspond à l'automatisation de l'action.

C'est par l'appropriation psychocorporelle que l'enfant va pouvoir s'ajuster dans l'action et dans l'interaction.

b) Interaction

Les expériences vécues par le jeune enfant sont partagées et engageant à la fois le patient et le psychomotricien. C'est parce que l'expérience est partagée mais différente que l'enfant s'individue. On retrouve ce partage dans le dialogue tonico-émotionnel qui permet au psychomotricien de s'ajuster à l'enfant par la communication des états toniques et affectifs de l'un et l'autre. C'est dans la relation que les expériences prennent sens. « Les acquis psychomoteurs sont des constructions, des créations de l'enfant, investies car imprégnées de la relation thérapeutique » (Thiebo, 2008, p. 150).

Le psychomotricien montre à voir une disponibilité psychique et corporelle : il est présent dans la relation. Il montre également à voir une implication corporelle propre à la psychomotricité : il s'implique, il s'engage et il s'ajuste. C'est la qualité de présence. Il trouve alors la juste distance pour laisser assez d'espace et en même temps assez de proximité à l'enfant pour se construire. Desobeau (2010, p. 60) qualifie le savoir-être du psychomotricien comme « la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité ». Corporellement, sa qualité de présence se retrouve dans sa voix, dans son regard, dans sa posture et ses expressions corporelles, dans le contact cutané. Psychiquement, par sa qualité d'écoute, son attitude bienveillante et son empathie.

En tant que thérapie à médiation corporelle, le corps est le principal outil du psychomotricien. Au-delà des corps en relation, le psychomotricien utilise différents objets médiateurs. Ils servent à la fois de support dans la relation et de supports de co-création. L'exploration des objets offre un support concret de découvertes qui facilite l'élaboration psychique. L'utilisation des objets multiplie, quant à elle, les possibles : « agir sur un objet, c'est le concevoir extérieur à soi, donc détaché du corps ; prendre c'est pénétrer l'espace, contrôler le geste et maîtriser l'objet ; l'acte de préhension, par ces composantes, participe à la structuration de l'image du corps, à la spatialisation, et au processus d'individuation » (Gauberti, 1993, p. 11).

Le psychomotricien ne se situe pas du côté de la technique mais du ludique, le plaisir éprouvé favorisant la créativité et l'expressivité. Le jeu occupe alors une place prépondérante dans la thérapie psychomotrice. Il est au service de la relation et facilite les échanges entre le psychomotricien et l'enfant. Le psychomotricien utilise le jeu car c'est une activité qui fait partie intégrante du développement psychomoteur de l'enfant. A partir du jeu, l'enfant déploie ses fonctions psychomotrices et se construit en tant que sujet, exprimant sa façon de faire et d'être. Selon Ajuriaguerra « le jeu est un travail, une expérience nécessaire et des plus sérieuse pour le développement psychomoteur et cognitif du sujet comme pour sa pleine et harmonieuse croissance psychique » (Vachez-Gatecel, 2016, p. 106). En jouant, l'enfant combine exploration sensori-motrice et réflexion, le réel et l'imaginaire. Il apprend et développe sa créativité et son expressivité.

Vignette clinique

Nicolas est un petit garçon de six ans, suivi au CAMSP. Le contexte socio-familial dans lequel il a grandi est à l'origine d'une histoire de vie très compliquée qui envahit son quotidien malgré un placement en famille d'accueil il y a plusieurs années. Nicolas se vit au travers de l'autre, chaque action est faite soit pour faire plaisir à autrui, soit pour faire pareil. Je remarque que Nicolas se retrouve alors bloqué quand il joue, il sait détruire mais ne sait pas construire. Il sait sortir les jeux symboliques mais ne sait pas y jouer. Le garçon montre de l'envie mais se trouve bloqué dans sa créativité et dans imagination.

Je lui ai alors proposé de la pâte à modeler dont les caractéristiques de médium malléable en termes d'indestructibilité et de transformations à l'infini semblent appropriées.

A chaque fois, Nicolas commence par faire un cercle, je lui demande alors ce que c'est et il me répond que c'est un gâteau à la fraise. Puis il semble bloqué, ne sait plus quoi faire et décrète le jeu terminé.

Je l'ai alors accompagné au cours de plusieurs séances dans la transformation de ce cercle en soleil, en robot, en bonhomme....

Ensuite, nous avons inventé à deux une scénette à partir du gâteau à la fraise, où il était question d'anniversaire et de parts à couper pour les invités.

Au cours de la dernière séance, Nicolas a proposé de faire de lui-même un escargot en pâte à modeler, à partir duquel il a commencé à élaborer une histoire, seul puis avec mon soutien.

Les jeux évoluent en même temps que l'enfant grandit, montrant à voir là où il se situe dans sa construction psychocorporelle. Giromini distingue cinq catégories de jeux utilisés en psychomotricité, à savoir les jeux sensorimoteurs, les jeux présymboliques et symboliques, les jeux moteurs, les jeux cognitifs et les jeux d'expression artistique.

Pour Potel, le jeu est « l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en "matières symboliques" » (2019, p. 384). De ce fait, le jeu permet la compréhension et l'intégration de ce que le sujet vit dans son corps. Par la même occasion, dans le plaisir de jouer, l'enfant montre à voir sa subjectivité en faisant sien le jeu.

Vignette clinique

A la crèche, la psychomotricienne et moi-même accompagnons les enfants en salle de motricité. Nous disposons les différents modules de façon à concevoir un parcours dont la réalisation soit libre.

Le groupe des bébés explore l'environnement en touchant et léchant les modules. Les plus grands roulent dessus et gravissent les obstacles à quatre pattes.

Le groupe des moyens grimpe, court et saute partout dans le plaisir de l'expérience sensorimotrice.

Le groupe des grands combine exploration et construction d'histoires : les modules se transforment en bus, en train ou en cabane au gré de leurs envies.

On voit ici que les expériences diffèrent selon l'âge pour une même proposition de jeu.

c) Elaboration

Le psychomotricien s'intéresse au corps propre, c'est-à-dire au corps vécu, perçu et représenté. L'individu crée le monde en le percevant avec son corps selon Merleau-Ponty : le corps propre est donc à l'origine du rapport de chaque personne au monde. Le corps est alors le lieu des sensations et des perceptions. Tout ce qui est vécu et perçu est matière à élaboration. En psychomotricité on s'intéresse donc à comment on passe de l'agi, du vécu de et dans son corps, au représenté ; en considérant que « ce n'est pas le corps qui s'unifie ou se prolonge par l'esprit, mais " l'être au monde ensemble " qui s'incarne en corps pensant et en devenir par la médiation du psychomotricien » (Giromini et al., 2015, p. 4). Le psychomotricien soutient l'intégration psychomotrice dans le processus d'individuation sans opérer de clivage entre vécu corporel et vécu psychique.

Le psychomotricien, par son observation, établit d'abord une lecture de la situation puis identifie les processus en cours. Il pourra alors verbaliser ce qui se passe pour amener l'enfant à une reconnaissance de ses ressentis psychocorporels, lui permettant d'accéder à leur élaboration.

Le psychomotricien aide l'enfant à se subjectiver en lui prêtant une part de son psychisme afin qu'il puisse dans un premier temps se reposer dessus et par la suite s'en détacher et se reposer sur le sien. Il permet une « mise en pensée du corps » (Potel, 2019, p. 360). Le thérapeute est à l'écoute, il participe au travail de représentation : Bion parle de

« détoxification de l'expérience grâce à la symbolisation ». Selon Thiebo (2008, p. 150), « la capacité de rêverie, la fonction observante, contenante et la fonction alpha du thérapeute participent ainsi à l'étayage de l'unité psychomotrice de l'enfant, à son individuation, à la construction de son identité ».

Pour que les expériences vécues soient structurantes, il faut qu'elles aient lieu dans un cadre contenant et sécurisant qui puisse à la fois accueillir les excitations mais également contenir les débordements par une fonction de pare-excitations. Ce dernier se doit d'être suffisamment solide et souple pour accueillir mais également contenir les processus expressifs, d'expérimentation, d'appropriation qui s'y déroulent. D'après Potel (2019, p. 357), « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ». Ce cadre, au service de la relation thérapeutique, est mis en forme et en actes par le psychomotricien qui en est le garant. Le cadre est alors propice aux processus qui s'y déroulent et favorise l'appropriation psychocorporelle et l'individuation. Le cadre est double dans ses dimensions physiques spatio-temporelles, matérielles et institutionnelles, dans ses dimensions psychiques pensées par le psychomotricien qui a fonction de pare-excitation, de contenance et de miroir.

A travers les deux études de cas qui suivent, je vais développer l'accompagnement que j'ai pu proposer à Marie et Yacine, deux enfants rencontrés respectivement en cabinet libéral et en centre d'action médico-sociale précoce.

2. MARIE

2.1. Présentation du cabinet

Cette année, j'effectue un stage d'approche thérapeutique dans un cabinet libéral où je fais la connaissance de Marie.

Je découvre l'exercice de la profession dans un cadre différent mais pour autant réglementé car d'une part les responsabilités de la psychomotricienne ne sont pas couvertes par un fonctionnement institutionnel et d'autre part elle reçoit directement les familles.

La psychomotricienne effectue, sur prescription médicale, des bilans psychomoteurs et suit des enfants et adolescents aux profils très variés. La psychomotricienne travaille principalement seule. Son statut induit l'établissement d'un lien étroit avec les parents qui souligne l'importance de l'alliance thérapeutique. Un temps d'échanges est pris avec eux à chaque début et fin de séance. La psychomotricienne participe également aux réunions des équipes éducatives à l'école et échange avec le médecin prescripteur.

Je suis présente au cabinet chaque mercredi et j'assiste donc à la séance hebdomadaire individuelle de psychomotricité de Marie.

2.2. Histoire de vie

Marie est née le 16 mars 2018, elle a donc deux ans et dix mois au moment de notre rencontre. Elle est née à la suite d'une fécondation in vitro réalisée à l'étranger. La grossesse s'est bien déroulée de même que l'accouchement qui s'est fait par césarienne programmée, du fait d'une position en siège. Elle vit avec sa mère et ses grands-parents maternels. Ce sont ces derniers qui s'occupent d'elle lorsque la mère, hôtesse de l'air, doit s'absenter.

2.3. Bilan psychomoteur

Marie est âgée de 25 mois au moment de la passation du bilan. Elle est adressée à la psychomotricienne sur les conseils du médecin de la crèche qu'elle fréquente depuis août 2019. Celui-ci pointe des raideurs dans les jambes ainsi que des difficultés d'interaction avec les autres enfants de la crèche. Marie bénéficie, en outre, de séances d'orthophonie depuis la rentrée scolaire.

Concernant son développement psychomoteur, Marie s'est mise en position assise vers l'âge de neuf mois mais n'a pas tenu seule la position avant onze, douze mois. Marie s'est beaucoup déplacée à quatre pattes puis a commencé à se mettre debout avec appui dans son parc vers quatorze, quinze mois. Les premiers pas ont eu lieu à dix-huit, dix-neuf mois. Depuis, Marie prend plaisir à se déplacer, à grimper, à s'accroupir, bien qu'elle présente une légère raideur dans les jambes.

Sur le plan du langage, Marie répète les voyelles et commence à répéter quelques syllabes. Elle ne dit pas de mots distincts mais arrive à se faire comprendre de sa famille.

La batterie DF-MOT (Développement Fonctionnel Moteur) a été utilisée afin d'explorer les compétences de Marie à travers des situations de jeu ludiques.

Dans le domaine posturo-moteur et de la locomotion, Marie présente un niveau moteur fonctionnel de vingt-trois mois. Elle présente une posture qui manque encore de souplesse avec une raideur observée lors de la marche. Elle positionne son buste vers l'avant et le bassin légèrement vers l'arrière. Des raideurs sont observées lorsqu'elle se déplace debout, ce qui ne l'empêche pas de s'accroupir, de courir, de grimper et d'explorer avec plaisir sur le plan moteur. On ne note pas de déséquilibres ou de chutes lors des déplacements ; en revanche, Marie peut se laisser tomber vers l'arrière lorsqu'elle s'arrête. En position debout, elle a tendance à marcher sur place en se dandinant de gauche à droite plutôt que de rester immobile mais quelques maintiens statiques ont été observés, sans chute. Lors des déplacements, Marie cherche à ajuster la position de son corps : par exemple dans les

escaliers elle essaie de grimper les marches debout et cherche son équilibre. Cela lui demande quelques efforts mais elle y parvient de façon satisfaisante. Elle peut monter sur de petites hauteurs en se tenant. Les quelques secondes en maintien unipodal ne lui posent pas de difficultés. En parallèle, Marie manque encore d'aisance dans la course où l'on observe cette même raideur des jambes que lors de la marche. La descente des escaliers seule n'est pas encore possible. Les équilibres sont un peu moins maintenus que ce qui est attendu à son âge. Le manque de fluidité observé au niveau du bas du corps n'empêche pas les changements de position. Marie se place souvent en position accroupie et tient dans cette position avec facilité ; à partir de cette position, elle se relève sans appui des mains et sans perte d'équilibre. Elle arrive aussi à ramasser un objet au sol sans tomber et commence à jouer debout avec les ballons. Lors de ses déplacements, il n'est pas observé de chutes sauf lorsque Marie se précipite trop.

Au niveau posturo-moteur et locomotion malgré un tonus élevé dans le bas du corps, Marie n'est pas empêchée dans sa motricité. Elle montre un léger retard de développement de trois mois environ. La marche est acquise depuis un peu plus de six mois et Marie explore avec plaisir, ce qui est positif. Le léger retard observé se situe surtout dans les acquisitions demandant un équilibre statique un peu plus marqué et un ajustement postural avec maintien. Néanmoins des explorations motrices dans lesquelles Marie mettait en jeu ces compétences-là ont été observées à plusieurs reprises.

Dans le domaine de la préhension-coordination visuo-manuelle, Marie présente un niveau moteur fonctionnel de vingt-cinq mois. Marie manipule avec finesse : elle présente une pince pouce-index fine et sa maman indique qu'elle l'utilise depuis longtemps. Marie est décrite comme une petite fille méticuleuse à ce niveau. Elle utilise le matériel spontanément mais peut aussi imiter autrui. Elle prend les crayons pour gribouiller avec une pince fine tripodique et commence à tracer des traits orientés et des cercles. Marie sait tourner les pages d'un livre, parvient à enlever ses chaussons. Elle arrive à encastrier des formes simples (rond, carré, triangle) et construit des tours de six à sept cubes ainsi que des alignements de quatre à cinq cubes qu'elle positionne avec précision. Elle arrive à enfiler des grosses perles sur un lacet.

Ce domaine se développe comme attendu à cet âge. Marie montre un intérêt pour ces activités fines et présente de bonnes compétences au niveau de la préhension et de la manipulation.

2.4. Conclusion du bilan et axes de travail

Le bilan psychomoteur a été réalisé avec la batterie DF-MOT et montre un niveau fonctionnel moteur de vingt-trois mois sur le plan postural et locomoteur et un niveau fonctionnel moteur de vingt-cinq mois sur le plan de la préhension. Marie était âgée de vingt-cinq mois et vingt-six jours lors de l'examen.

Marie présente un léger retard de développement sur le plan locomoteur. Des raideurs au niveau des jambes et une position buste vers l'avant sont observées, ce qui ne l'empêche pas d'être dynamique et d'explorer son environnement. En parallèle, elle développe de bonnes compétences de motricité fine.

Marie s'intéresse peu à l'adulte en dehors du cercle familial. Au premier abord, elle est même dans le refus : elle reste dans les bras de sa mère le dos tourné à l'adulte étranger mais peut ensuite jouer avec l'adulte si celui-ci lui propose des supports de jeu qui l'intéressent. Elle entre alors plus facilement en interaction si on prend le temps d'aller vers elle petit à petit.

Malgré les quelques éléments observés ce jour sur le plan locomoteur, Marie est une petite fille qui explore avec son corps, se déplace et prend plaisir dans sa motricité.

Une prise en charge est mise en place afin d'aider Marie dans ses interactions sociales afin qu'elle puisse aborder sereinement sa prochaine rentrée scolaire.

Un travail sur la motricité globale est également envisagé afin de favoriser l'efficacité de sa locomotion.

2.5. Prise en charge en psychomotricité

Les séances ont lieu en présence de la maman, à raison d'une semaine sur deux.

Lorsque je rencontre Marie, c'est également la première fois qu'elle vient en séance bien qu'elle ait déjà vu la psychomotricienne pour la passation d'un bilan à plusieurs reprises. Nous allons chercher Marie et sa mère dans la salle d'attente. Sa mère l'incite alors à nous dire bonjour mais elle refuse, restant dans ses bras sans nous regarder. La première séance sera consacrée à faire la connaissance de Marie en douceur. Marie se montre méfiante, se tenant à distance et nous tenant à distance la psychomotricienne et moi. Pour autant, elle ne se coupe pas de la relation, montrant néanmoins une insécurité qui l'empêche d'interagir.

Les séances se déroulent toujours selon le même schéma. Celui-ci s'est mis en place de manière spontanée et semble adapté à la disponibilité de Marie. Le cadre en est alors contenant et sécurisant pour Marie.

Elle commence par un jeu solitaire de type manipulation, puis une fois terminé elle demande le trampoline. S'ensuit un jeu collaboratif et enfin elle termine avec un parcours moteur. Chacun de ces temps offre des distances relationnelles différentes. Marie investit d'abord un jeu, seule, puis nous sollicite pour sortir le trampoline et qu'on lui tienne la main, premier temps d'entrée en interaction qui permet de continuer sur un jeu avec nous, ce qui semble lui demander beaucoup au niveau relationnel. A la fin de la séance, elle est alors bien moins disponible psychiquement et également moins posée ; à ce moment-là le parcours lui permet de bouger et de s'éloigner à nouveau de nous.

Ainsi, une fois dans la salle, Marie arrive à se détacher de sa maman pour explorer visuellement les différents jeux présents et en choisit un, préhensible, auquel elle se met à jouer. Une fois terminé, son regard s'arrête toujours sur le trampoline, quant à lui inaccessible, et qui semble lui plaire. Elle fait comprendre à sa mère qu'elle désire en faire par un geste de pointage. Cette dernière lui explique qu'il ne lui appartient pas et qu'il faut alors demander à la psychomotricienne. C'est à ce moment-là que Marie semble commencer à s'intéresser à

nous. La psychomotricienne accepte sa requête et je lui tiens la main pour monter et sauter. Malgré ce début d'interaction, elle nous tient à distance physiquement et psychiquement : son regard est fuyant et elle reste en périphérie de nous dès que possible. Au cours d'une séance, la maman en profite pour évoquer des difficultés relationnelles à la crèche : Marie peut se laisser approcher par ses référentes mais lorsqu'il s'agit d'enfants, cela engendre des pleurs. Pour quelle raison la relation est-elle possible envers les adultes mais pas les enfants ? Est-ce parce que Marie voit sa mère interagir uniquement avec d'autres adultes ? D'autre part Marie ne devrait-elle pas s'identifier aux enfants de la crèche et ainsi avoir envie d'entrer en relation avec eux ?

Mis à part avec sa mère et ses grands-parents maternels, le lien à l'autre est source d'angoisse et d'insécurité chez Marie. « Peter Hobson (1960) insiste sur l'importance critique des relations interpersonnelles pour que se développent la symbolisation, et la capacité de représenter sa propre pensée et d'attribuer un *soi* à d'autres personnes » (Golse, 2011, p. 263). Ici, dans le cadre des séances de psychomotricité, Marie va avoir la possibilité d'établir des interactions sociales nécessaires à l'établissement de l'intersubjectivité. D'une part, la psychomotricienne vient trianguler la relation entre Marie et sa mère. D'autre part, ma présence crée un deuxième tiers. Marie expérimente le lien à l'autre autrement que dans des relations duelles : parfois, nous ne jouons que toutes les deux, parfois Marie ne joue qu'avec la psychomotricienne. Le plus souvent, nous jouons toutes les trois et il arrive que la maman soit également incluse au cours de certaines propositions afin d'offrir à Marie différentes dynamiques relationnelles.

Après ce premier temps de séance, je propose à Marie de jouer à des jeux qu'elle connaît. Je constate que petit-à-petit, en lui proposant des jeux qu'elle apprécie -car les jeux inconnus l'intéressent moins et elle passe vite à autre chose, voire les ignore-, Marie se montre plus souriante. La relation s'installe alors et apparaissent des regards adressés, des sourires adaptés et des réactions de joie face au plaisir de jouer et d'explorer. Marie prend plaisir à dessiner, à encadrer des formes, à transvaser et à trier des supports de formes et couleurs différentes.

Dans les jeux collaboratifs, Marie développe des compétences sociales comme attendre son tour, ou jouer en équipe. Elle fait également l'expérience de l'expression de choix ainsi que de la formulation de demandes adressées, que ce soit de manière gestuelle ou verbale. Marie procède par étapes. La première fois, nous partons d'un jeu à encastrer auquel on joue habituellement seul et dont certaines pièces ont été enlevées ; Marie nous signifiera par le regard qu'elle désire prendre les pièces dans nos mains.

La fois suivante elle joue, le temps d'un tour, au Lynx Junior puis part se réfugier dans les bras de sa maman en pleurant. La psychomotricienne et moi terminons le jeu à deux, ce qui permet de l'interpeller sur le fait que le jeu continue même sans sa présence et d'essayer de l'inciter à revenir ; ce qui ne sera pas le cas sauf pour reposer les cartes emportées avec elle. Elle nous regarde cependant attentivement, l'air intrigué. A plusieurs reprises, elle montrera l'intention de revenir mais semblera figée dans les bras de sa maman.

La séance d'après, la relation étant bien établie avec Marie, nous jouons toutes les trois à nous envoyer le ballon avec pour consigne de nommer la personne à qui l'on envoie. Marie nous nomme bien pour envoyer le ballon mais a du mal à comprendre que c'est elle qui va le recevoir lorsque l'on dit son prénom. Les modalités de la consigne sont changées, désormais c'est celui qui veut recevoir le ballon qui le demande à celui qui l'a entre les mains. Après quelques échanges pour la guider : « Qui veut le ballon, Marie peut-être ? », elle arrive à le demander. Nous terminons les échanges en introduisant la mère de Marie. La petite fille semble intriguée de la voir l'envoyer tantôt à elle, tantôt à nous.

Marie semble m'investir plus facilement au cours des séances. Désormais, elle fera un au revoir de la main au moment de partir avec des sourires adressés et elle ira même jusqu'à accompagner son geste d'une caresse sur ma main. La maman semble avoir des difficultés à l'accepter et exprimera à la fin d'une séance qu'elle trouve cela injuste. En effet, le lien affectif est facilité du fait que je sois, d'après la maman, une partenaire de jeu agréable exemptée des carcans éducatifs. Ce positionnement de la maman témoigne d'une relation très fusionnelle où l'absence du tiers paternel se fait ressentir, qui laisse à questionner sur la place laissée à l'autre. Face à cela, le cadre de la séance est pensé afin que la mère de Marie soit présente, avec un positionnement d'observatrice. Elle n'interagit pas mais peut réassurer Marie lorsque

celle-ci a besoin de réconfort et vient la voir. Selon Golse (2008, p. 138), il faut que « l'enfant ait la certitude de reprendre contact avec sa mère s'il le désire et au moment où il le désire ; il devient alors capable d'explorer son environnement ». La maman avait au début beaucoup de mal à se retenir, intervenant en permanence mais elle s'y tient dorénavant de plus en plus. De son côté, Marie a compris qu'au cours des séances c'est avec la psychomotricienne et moi-même que cela se passe et surtout se joue. Cela a facilité la relation et Marie s'est mise à plus explorer, allant tantôt vers les jeux, tantôt vers nous. Rufo parle de « désadaptation de la mère nécessaire selon Winnicott pour donner le goût à l'enfant de partir à la conquête du monde afin de combler le manque ressenti » (2005, p. 30). Marie oscille entre exploration et réassurance. Elle continue à chercher sa maman régulièrement du regard et lui adresse prioritairement chaque demande. Marie ne semble pas avoir le sentiment de sécurité interne nécessaire pour se vivre sereinement à distance de l'autre et en relation à l'autre, en sus, la relation fusionnelle avec sa mère entrave sa différenciation dans la mise en place de sa propre subjectivité. Or « ces deux mouvements conjugués -de décollement de la mère et d'attirance vers l'extérieur- sont indispensables pour l'individuation » (Gauberti, 1993, p. 53).

Je profite d'un jeu de ballon pour disposer des cerceaux au sol qui délimitent un espace propre à chacune. Lorsque nous n'y sommes pas, cela signifie que l'on ne peut ni envoyer, ni recevoir le ballon. Au début Marie a tendance à sortir du cerceau puis finit par concevoir son espace, aidée par la délimitation et ce, jusqu'à la fin du jeu. Le « Je » n'est pas encore présent, mais Marie est capable d'utiliser son prénom pour se désigner. De plus, elle est en pleine période du « non ». L'affirmation de soi suit son cours et témoigne par la même occasion du processus d'éloignement d'avec sa mère.

L'attente et la frustration sont difficiles à gérer pour Marie. Lorsqu'elle y est confrontée, elle se montre sensible, émotive, elle peut réagir fortement jusqu'à se coucher au sol. Des effondrements corporels sont présents pour éviter certaines situations qu'elle apprécie peu ou réussit moins, ainsi que les temps d'attente. Marie a l'habitude de vivre dans l'immédiateté : sa maman anticipe ses besoins et ses envies. Sa temporalité est également rythmée par des comportements systématiques de valorisation sous forme d'applaudissements : Marie s'arrête donc après chaque mouvement, attendant que sa mère l'applaudisse. Marie semble vouloir faire plaisir plutôt que montrer qu'elle est contente d'elle-

même. Je verbalise à Marie ce qui s'est passé et lui explique qu'elle peut être fière d'elle lorsqu'elle réussit une action entreprise. De son côté, la psychomotricienne souligne à la maman les compétences de sa fille, également que sa fille grandit et qu'elle s'autonomise.

Or, pour acquérir un sentiment de continuité d'existence, il faut une perception de la continuité du temps ; celle-ci étant sécurisante pour les enfants. La temporalité doit néanmoins être ponctuée de moments d'absence et de manque qui participent à l'élaboration. « Le rôle du développement de la pensée est de transformer la discontinuité d'une sensation ou d'une perception en une continuité d'investissement sur laquelle l'enfant va pouvoir fonder son sentiment d'existence » (de Coster et al., 2007, p. 49). Nous ne suivons pas la temporalité de Marie : par exemple, il est établi que Marie doit attendre que le parcours moteur soit installé pour pouvoir le commencer ou bien il a été convenu que si elle ne désire plus jouer, le tour doit être terminé avant qu'elle ne change d'activité. L'attente est structurante et on voit d'ailleurs que l'envie s'installe dans les yeux de Marie.

Systematiquement le déroulé de la séance est le même, sa répétition crée un climat de confiance auquel Marie est habituée. Au sein de la répétition, on intègre des variations et des contraintes. « Le cadre psychomoteur doit confronter l'enfant à la frustration car celle-ci constitue une incitation à l'élaboration » (Giromini et al., 2015, p. 10). Soit la frustration se transforme en satisfaction et permet la structuration de la temporalité. Soit la frustration persiste et ce sont les limites fixées qui sont intégrées. C'est d'ailleurs parce qu'on instaure des limites que l'enfant va consolider ses propres limites. La mère de Marie explique être rassurée dans son rôle de parent car elle remarque que malgré le cadre et les règles imposés par la psychomotricienne, celle-ci est bien investie par sa fille. Elle nous confie que cela l'a incitée à mettre en place à la maison un rituel défini pour le soir qui permet de faciliter le moment du coucher de Marie.

La séance se termine toujours par la réalisation d'un parcours moteur que j'installe avec elle. Elle est à nouveau plus à distance de nous et peut explorer librement. Les contraintes sont moindres, elle est dans le plaisir de l'expérience et la liberté de ses mouvements.

La première fois, elle ne paraît pas en confiance et me tiendra la main tout le long du parcours. Je remarque qu'elle a le buste penché en avant et ses possibilités de mouvements sont

pauvres car elle ne dissocie pas le haut et le bas de son corps, donnant une impression de se déplacer en bloc. Il y a un manque de fluidité dans ses déplacements avec une fragilité des équilibres statiques et dynamiques. Marie se saisit bien de la proposition, elle éprouve un réel plaisir à sauter, grimper, traverser, ramper.

Au fur et à mesure des répétitions, je remarque un enrichissement des possibles, les déplacements sont plus aisés pour Marie, les appuis sont plus fermes et de ce fait plus stables. La raideur des jambes et de la voûte plantaire semble s'amoinrir, d'autant plus quand elle saute sur le trampoline, qu'elle demande à chaque séance, et parce que sa mère lui pratique des massages de la voûte plantaire. Le sentiment de sécurité interne augmente, Marie se fait confiance et demande de l'aide seulement quand nécessaire, pour descendre du trampoline et monter sur la poutre par exemple. Il y a moins d'hésitations, elle enchaîne les cerceaux, les pierres de rivière, le tunnel ; elle demande la main seulement pour la poutre et le trampoline. Je vois une réelle augmentation des habiletés motrices et de l'appréhension de l'espace dont Marie semble être très fière.

2.6. En résumé

Marie est en train de se construire. Son langage s'enrichit, son psychisme se développe et sa motricité se précise. Le processus d'individuation, porté par l'augmentation de la conscience corporelle et l'acquisition de nouvelles capacités, lui permet de pouvoir vivre plus sereinement à distance de l'autre et d'entrer plus facilement en relation. Elle gagne peu à peu en assurance et va de sa propre initiative à la rencontre de la psychomotricienne et de moi-même.

On voit l'importance du psychomotricien pour accompagner l'enfant et ainsi favoriser son développement. Les séances sont très bénéfiques pour Marie et une alliance thérapeutique avec la maman semble se préciser au fur et à mesure des séances.

Pour finir, il me semblerait judicieux de travailler la séparation avec un petit temps en fin de séance où la maman s'en irait.

3. YACINE

3.1. Présentation de la structure

Cette année, j'effectue un stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) où je fais la connaissance de Yacine.

Le CAMSP est une structure qui reçoit des enfants, de la naissance à six ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards de développement, des troubles de la relation, des déficits voire des handicaps moteurs, mentaux, sensoriels, ou bien même un polyhandicap. Une prise en charge thérapeutique, éducative, sociale ou rééducative y est proposée. L'établissement intervient également dans la prévention, le dépistage et la guidance familiale.

L'équipe pluridisciplinaire du CAMSP est constituée de pédiatres, de psychologues, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'assistants sociaux et d'éducateurs pour jeunes enfants. S'ajoute un partenariat avec des kinésithérapeutes, orthoptistes et ergothérapeutes libéraux.

Au sein de l'institution il y a chaque semaine, d'une part, des réunions d'équipe pour échanger à propos des enfants reçus ; d'autre part, un professionnel qui se rend au nom du CAMSP au sein de l'école de l'enfant pour une réunion des équipes éducatives. Ce fonctionnement témoigne d'une volonté de prise en compte globale de l'enfant avec un suivi pluridisciplinaire coordonné ainsi que d'un partenariat avec la famille et d'un lien avec l'école.

Je suis présente dans l'établissement chaque vendredi et j'assiste donc à la séance hebdomadaire individuelle de psychomotricité de Yacine.

3.2. Histoire de vie

Yacine est né le 17 avril 2015, il a donc cinq ans et demi au moment de notre rencontre. Il vit avec ses deux parents. C'est l'aîné d'une fratrie de trois enfants : il a une petite sœur de trois ans et demi et un petit frère de six mois.

3.2.1. L'histoire de son handicap

A l'âge de neuf mois, Yacine a eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) qui est découvert du fait « d'un état de mal partiel inaugural ». Dans la nuit du 8 au 9 janvier 2016, Yacine fait deux crises convulsives initiales suivies d'une quarantaine d'épisodes avec déviation de la tête à droite et hypertonie du membre supérieur droit. Le lendemain matin, il est hospitalisé aux urgences où seront constatés un déficit partiel hémicorporel droit ainsi qu'une asymétrie faciale.

Yacine présente une hémiparésie séquellaire droite. Il s'agit d'une diminution d'origine neurologique de la motricité d'une moitié du corps.

3.2.2. Les suivis mis en place

Yacine est suivi au CAMSP depuis février 2016 : tout de suite après son AVC sont mis en place un suivi médical ainsi qu'un suivi paramédical en psychomotricité et en kinésithérapie. S'ajoutent en 2017 une prise en charge en ergothérapie et en 2019 une prise en charge en orthophonie. Il est également suivi depuis la rentrée 2020 en psychothérapie. Il a bénéficié, au sein du CAMSP, d'un atelier de massages pour bébés.

3.2.3. Un point sur sa scolarité

Yacine est actuellement en classe de grande section de maternelle. Il y bénéficie d'un Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH) ; selon la maîtresse, il participe de manière active aux différentes activités et il joue avec ses camarades. Il est décrit comme étant un élève agréable, cependant son débit de paroles est rapide, ce qui peut gêner l'intelligibilité. Il a une bonne compréhension des consignes courtes mais a besoin que son AESH lui reformule plusieurs fois celles-ci si elles sont plus complexes. Il a des difficultés en numération et dans la reconnaissance des nombres. Son enseignante relève des progrès en graphisme en lien avec son intérêt pour l'écriture. Elle souligne cependant une attention courte ainsi qu'une grande fatigabilité. Malgré cela, il exprime un désir de conformité et souhaite avoir à faire le même travail que ses camarades.

3.3. Bilan psychomoteur

Yacine est âgé de 5 ans et 9 mois lors de la passation du bilan. Sur le plan moteur, Yacine est prudent, moins brusque ou impulsif que lors de son précédent bilan. L'excitation pulsionnelle générée par les jeux moteurs s'est amoindrie. Il peut sauter les pieds joints avec une légère pause entre chaque saut. Il peut marcher lentement quatre à cinq pas en les alignant mais en augmentant le nombre de pas, ses jambes finissent par se croiser. Pour enjamber les obstacles, le transfert d'appui sur sa jambe droite reste difficile, mais les obstacles bas n'entraînent pas de chute. L'équilibre statique reste fragile : par exemple, la station unipodale est possible trois secondes à gauche et seulement quelques instants à droite.

Les coordinations bimanuelles sont spontanées pour porter des objets volumineux, sa main droite ayant un rôle de soutien. La préhension fine se précise à gauche, l'adaptation spatiale du geste est correcte et le déroulé tonique du geste est plus harmonieux. La pince fine est présente à gauche. Lorsqu'il manipule finement de la main gauche, de légers mouvements parasites, paraboliques, apparaissent à droite. Son bras droit est intégré dans son schéma

corporel, mais lors de manipulations d'objets il est parfois nécessaire de lui rappeler de garder sa main droite dans son champ de vision -tendance à l'extension involontaire en arrière et vers le haut du bras droit-. L'ouverture volontaire de sa main droite est possible, mais le plus souvent il s'aide de la gauche.

Le graphisme est très investi. La saisie du crayon se fait à gauche, la prise est basse, tridigitale. Le plus souvent, sa posture et son regard sont stables. Le geste est d'avantage contenu, fluide et délié. La précision graphique reste cependant à consolider.

Pour ses coordinations oculomotrices, la visée et la précision du geste sont encore fragiles, malgré une posture d'avantage stabilisée.

Le dessin du bonhomme est correct pour son âge. Ses connaissances du corps sont également en adéquation avec son âge.

3.4. Conclusion du bilan et axes de travail

La prise en charge en psychomotricité de Yacine est à poursuivre, afin de continuer à stimuler son hémicorps droit sur les plans moteur et sensoriel. La prise en charge a pour finalité de favoriser le transfert d'appui sur sa jambe droite, de soutenir le geste graphomoteur dans la vitesse et dans la précision, d'affiner les praxies fines et d'apaiser l'anxiété.

3.5. Prise en charge en psychomotricité

Je rencontre donc Yacine chaque vendredi dans le cadre d'une prise en charge individuelle.

Dès la première rencontre avec Yacine, mon maître de stage m'inclut dans les propositions et le petit garçon ne semble pas perturbé par ma présence ; au contraire il m'investit très rapidement, me sollicitant et s'adressant à moi. Au bout de quelques séances, le psychomotricien me laisse mener la prise en charge sous sa supervision.

Malgré son jeune âge, Yacine vient seul en taxi, le chauffeur pouvant être différent d'une fois à l'autre. Celui-ci le dépose, Yacine reste par la suite dans la salle d'attente jusqu'à l'heure de son rendez-vous. Au cours de nos premières rencontres, Yacine n'investit pas la salle d'attente qui dispose pourtant de nombreux jeux. Il reste agrippé à son siège auto sans bouger : la capacité de rester seul de manière sécurisée nécessite un sentiment de sécurité interne suffisant. D'ailleurs, à l'occasion d'une rencontre avec sa maman, cette dernière pointe du doigt une difficulté à rester seul tant cela génère chez lui des angoisses.

L'insécurité ressentie par Yacine peut être générée par le fait que la personne qui l'accompagne lui est inconnue, soit par le fait d'attendre seul, ou également en raison du traumatisme qu'il a subi dans l'enfance. Potel (2019, p. 146) parle de traces mémorielles qui peuvent « se répéter dans des vécus ultérieurs d'insécurité ».

Avec le contexte sanitaire, il y a eu un temps d'arrêt de la prise en charge ; puis lors de la reprise des séances, l'obligation d'attendre sur le parking.

La salle d'attente a été longtemps désinvestie alors qu'elle fait pourtant partie du cadre thérapeutique tout comme la salle de psychomotricité : elle est un entre-deux entre le dedans et le dehors, lieu intermédiaire dans la séparation. Anzieu la compare à un contenant maternel qui a une fonction de pare-excitation, limitante, rassurante, structurante, sécurisante, de symbolisation. Pour autant, le cadre ne se réduit pas à ses dimensions physiques mais passe par sa mise en forme et en actes par le thérapeute.

Depuis peu, Yacine sort des jouets des caisses et joue seul dans la salle d'attente en attendant l'heure du rendez-vous.

A chaque fin de séance, Yacine a beaucoup de mal à remettre en place le matériel utilisé et investi et également s'il s'agit de productions graphiques qui s'emportent facilement. Il est compliqué pour lui de les laisser dans la pochette du CAMSP.

Comme il est important que la salle de psychomotricité reprenne sa forme initiale à la fin de la séance pour que tous les enfants la retrouvent à l'identique chaque semaine, j'ai cherché comment lui faciliter cela. Par conséquent, en cours de séance Yacine et moi mettons en place ensemble -il s'agit ainsi d'une co-construction qui n'appartient pas qu'à lui-. Puis nous rangeons ensemble le matériel utilisé : face à son insécurité, il est important de créer un

sentiment de permanence et de sécurité et donc de restructurer à l'identique l'espace investi pour qu'il retrouve sa forme initiale, signifiant qu'il pourra le réinvestir la fois suivante.

A table, pour le graphisme par exemple, on travaille sur des supports que j'ai créés et plastifiés qui lui permettent d'effacer à la fin de la séance et de recommencer la fois suivante. Il n'est depuis plus en demande de repartir avec ce qu'il a fait.

Yacine est très souriant, c'est un garçon enjoué et enthousiaste, il est très expressif. Je remarque cependant qu'il est peu communicatif : il ne raconte pas de lui-même mais surtout il ne verbalise pas ses idées et ses intentions, même lorsque leurs mises en actes le mettent en difficulté et nécessiteraient l'aide de l'adulte. Il est, d'autre part, à noter que Yacine est suivi en orthophonie pour un léger retard de langage.

A contrario, autour d'un support concret, il part dans une logorrhée difficilement compréhensible car il parle vite et articule peu. En sus, se mêlent réalité et imaginaire lui donnant beaucoup à raconter.

L'accès au jeu symbolique est efficient chez Yacine qui a beaucoup d'humour et d'imagination. La dimension symbolique est ainsi très investie. Les loups, les fantômes ou monstres sont souvent présents dans ses jeux ou dessins, et peuvent même devenir envahissants. A la suite d'une plainte familiale, un suivi en psychothérapie a été mis en place.

Au cours d'une séance, Yacine demande à lire *Les trois petits cochons* ainsi que *La chèvre et les biquets* : la présence du loup génère chez lui une excitation du fait du schéma narratif du conte mais provoque également une certaine angoisse. La maman évoque chez Yacine des cauchemars réguliers. Du fait de l'histoire de Yacine, on peut penser que le traumatisme qu'il a vécu bébé vient affecter l'assurance du sentiment de continuité d'existence, défini par Winnicott comme l'intégration d'un sentiment d'unité psychocorporelle à l'origine d'un sentiment de sécurité interne qui protège l'enfant de l'angoisse. Pireyre (2015, p. 55), quant à lui, le définit comme « une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours le même ».

Au cours de la séance suivante, mon maître de stage s'absente un petit moment et alors que

nous ne sommes donc que tous les deux, nous entendons des bruits de pas : est-ce le psychomotricien qui revient ? Yacine, lui, me dit que c'est un fantôme. Je lui propose alors de construire une cabane pour s'y cacher. Yacine choisit les tapis et blocs de motricité. Il la veut suffisamment grande et solide, contre un mur pour avoir un appui dos mais également s'assurer qu'il ne se passe rien derrière lui.

On délimite ainsi le dedans du dehors, en matérialisant des limites matérielles qui viennent le contenir. Elles ont un rôle protecteur et sécurisant. De ce fait, on construit non seulement une cabane mais également le sentiment d'intégrité de ses propres enveloppes corporelles et psychiques. Puis on s'installe dedans. Dans l'imaginaire de Yacine, le fantôme devient finalement un loup et il me demande alors d'aller chercher le livre des trois petits cochons afin que je lui lise l'histoire. Le psychomotricien revient à la fin de la séance et nous surprend dans la cabane ce qui génère beaucoup d'agitation chez Yacine mais il atteste qu'il identifie bien les pas au psychomotricien.

La séance d'après, Yacine me redemande la cabane, cette fois-ci avec des briques et un toit tapis. On ne dispose plus seulement les éléments, on construit un mur, amenant à un niveau de structuration supplémentaire. Mais l'habitation est ouverte de chaque côté, Yacine n'est pas satisfait et va alors chercher de quoi condamner une des deux issues. Cette fois-ci c'est lui qui raconte l'histoire. Il devient acteur de la narration car il a alors suffisamment de ressources personnelles pour pouvoir faire le récit du conte lui-même. Je veille cependant à ce que l'ordre soit respecté, Yacine voulant sauter des pages pour en arriver directement à la fin, moment où le loup tombe dans le chaudron.

Lors de la séance suivante, Yacine redemande le même conte et la même cabane, le psychomotricien refuse, lui, la réalisation de cette dernière. En effet, le petit garçon a besoin de répétition, c'est rassurant pour lui mais il a tendance à s'y enfermer. Nous prenons donc le livre puis nous asseyons sur un banc. Finalement, le changement apporte une nouvelle dynamique, c'est Yacine qui me narre l'histoire en en modifiant la fin, à savoir que le loup s'enfuit : il va donc chercher de nouvelles ressources personnelles pour trouver une autre fin à l'histoire, fin qui soit également positive.

On retrouve à travers ces quelques séances sur le conte et la symbolique du loup, la capacité du psychomotricien à accueillir et à transformer les éléments bêta en éléments alpha,

assimilables par le patient, c'est-à-dire la fonction de détoxification du psychomotricien attribuée par Bion.

Je remarque que Yacine est curieux, il a plein de centres d'intérêt dont les dinosaures qu'il sait reconnaître et nommer. Je me servirai de sa grande appétence pour ceux-ci afin de créer des supports : plus particulièrement des fiches plastifiées avec des modèles de dinosaures à reproduire en pâte à modeler. Cette dernière est un support intéressant qui possède toutes les qualités du médium malléable décrites par R. Roussillon : elle est saisissable, consistante, palpable, constante, transformable, endurente, indestructible et animable. Elle permet une mise en forme concrète et l'élaboration de représentations. Concomitamment, son utilisation fait appel aux coordinations bimanuelles et nécessite un tonus adapté.

Yacine paraît ravi des supports que j'ai créés. Il se montre très investi et s'applique. La première fois, nous réalisons trois dinosaures au cours de la séance, car cela lui demande beaucoup d'efforts. Je remarque au cours de ces propositions demandant un ajustement plus fin, que son membre supérieur droit n'est pas toujours intégré dans son schéma corporel. C'est également le cas lors des tâches graphiques qui montrent une utilisation de la main droite en soutien non automatisée. De plus, ses stratégies gestuelles manquent encore d'efficacité et lorsqu'il est concentré, son bras droit se met en extension au-dessus de sa tête et cela semble par la même occasion entraîner une augmentation du tonus dans l'ensemble du corps. Je verbalise alors la position de son bras pour qu'il pense à le ramener dans une position de confort.

Cela me laisse penser à une fragilité des représentations dynamiques corporelles avec une hémiparésie partielle qui se révèle lorsque l'attention est focalisée sur une tâche précise. Un travail sur la motricité globale semble intéressant pour favoriser la conscience de soi chez Yacine, et l'aider à éprouver la sécurité interne nécessaire à l'individuation. Par la même occasion, pour permettre à Yacine de gagner en aisance dans ses déplacements. Celui-ci doit gagner en flexion du genou droit pour diminuer son phénomène de fauchage et le transfert d'appui du côté droit est difficile, ce qui limite ses enjambements. Potel (2019, p. 110) parle de « tonicité, équilibre, mouvement, geste, coordination, posture [...] comme se référant à

des systèmes d'organisation très différents mais pour autant interdépendants et unis dans une complexité de fonctionnement afin de garantir l'unité somatopsychique de l'individu ».

A chaque séance, nous mettons en place un parcours moteur. Je me questionne sur sa construction car je remarque que Yacine a tendance à toujours vouloir déplacer les blocs et les éléments du parcours les plus gros et les plus lourds, et il s'obstine dans la difficulté, sans pour autant demander d'aide. Est-ce en rapport à ses éprouvés corporels ou à son âge et au désir de paraître plus grand ? Il est également possible que cela vienne du travail en ergothérapie sur le port de charges encombrantes avec les deux bras qui témoignerait de l'investissement fait hors de la séance elle-même.

Les possibilités motrices de Yacine sont directement impactées par son hémiparésie droite mais celui-ci s'adapte au maximum et se montre confiant comme prudent dans ses déplacements. La flexion du genou droit est à peine suffisante pour ne pas trébucher sur l'épaisseur de deux tapis. Un travail de propulsion de plus grande importance -monter et descendre d'une poutre- a été amorcé mais reste à réitérer.

Il apprécie le tunnel bien que les coordinations dynamiques générales nécessaires à la reptation soient compliquées pour lui. Les pierres de rivière révèlent la précarité des équilibres. Cependant la répétition des propositions montre que Yacine s'améliore dans l'expérience et qu'il opte pour des stratégies de plus en plus efficaces.

Au cours de la dernière séance, j'ai introduit un jeu de lancer. Il se montre alors moins à l'écoute et plus dispersé, l'excitation générée venant peut-être de la nouveauté de la proposition. Au cours des tentatives de lancer avec cible, il essaye de lui-même spontanément de la main droite. Le lancer de la main gauche est quant à lui extrêmement précis quand il prend le temps de se concentrer et de s'installer afin d'être stable dans ses appuis. L'organisation motrice et la qualité gestuelle dans les jeux de lancer sont alors efficaces.

3.6. En résumé

Yacine est investi dans sa prise en charge, il manifeste un réel plaisir à venir chaque semaine et il fait des progrès.

L'insécurité et les angoisses de Yacine sont assez présentes. Par conséquent, il m'a paru important que Yacine puisse les mettre en jeu au cours des séances car le sentiment de sécurité interne est nécessaire à l'appropriation psychocorporelle permettant une transformation de l'organisme en corps outil et sujet. Il a ainsi pu se constituer une enveloppe contenant qui soit à la fois solide et sécurisée et l'expérimenter.

Ses possibilités motrices s'améliorent et se précisent, dans le but que dans la vie quotidienne Yacine soit moins limité par son handicap. Je pense qu'il est important que Yacine s'approprie son corps, qu'il l'investisse de manière globale et unifiée en tant que véhicule de l'être au monde et porteur de son identité. Potel souligne l'intérêt du psychomotricien non seulement pour le corps mais pour l'être qui s'incarne dans sa motricité. On voit ici l'importance d'accompagner Yacine dans l'appropriation de son corps en considérant que son handicap fait partie de son identité sans pour autant le définir.

La prise en charge de Yacine se poursuit afin de le soutenir dans ses acquisitions.

CONCLUSION

Dès la naissance, le bébé présente de nombreuses compétences qu'il ne cesse de développer, démontrant que l'être singulier qu'il est déjà fait sien son corps.

Grandir ne se fait pas seul, l'enfant est donc porté par la relation à l'autre, et plus particulièrement à ses figures d'attachement, relation dans laquelle la dépendance originelle laissera place par la suite à une certaine forme d'autonomie.

L'enfant est engagé psycho corporellement dans le monde qui l'entoure et dont il fait partie. Il va apprendre à l'appréhender de mieux en mieux, au fur et à mesure de ses découvertes, à travers les expériences corporelles et les explorations sensori-motrices.

Il se construit alors tout autant dans son intériorité que dans sa corporéité. Au regard de cette appropriation psychocorporelle, l'enfant habite son organisme jusqu'à en faire son corps selon la théorie de Bullinger. L'instrumentalisation et la subjectivation de son être psychomoteur témoignent de la mise en place fonctionnelle et singulière de son rapport à lui, à l'autre et à l'environnement. Ainsi, l'appropriation psychocorporelle par l'ancrage du sujet dans le monde lui procure le sentiment d'exister qui est nécessaire au processus d'individuation.

La qualité du développement psychomoteur est cependant influencée par de nombreux facteurs biologiques, génétiques, familiaux et environnementaux qui peuvent impacter l'appropriation psychocorporelle de l'enfant et donc son individuation.

Le psychomotricien a un rôle à jouer dans l'accompagnement des jeunes enfants en train de grandir, que ce soit dans le cadre de la prévention ou du soin.

Il part des corps en présence, pour proposer à l'enfant de vivre des situations qui favorisent les éprouvés de soi, avec comme supports son engagement psychocorporel ainsi que la relation et la communication verbale et non-verbale.

La mise au travail du corps dans le jeu, l'utilisation d'objets médiateurs et les expériences sensori-motrices ont pour objectif d'aider l'enfant à ressentir son unité et intégrité psychocorporelle et à établir un sens de soi pour se vivre dans la conscience de son individualité.

Je termine ce mémoire en faisant état d'une nouvelle expérience de stage, d'une durée de quelques jours, au cours duquel j'ai pu découvrir la pratique psychomotrice en néonatalogie auprès de très grands prématurés dans un hôpital. Ces quelques moments passés auprès de parents et de leurs enfants dans les tous premiers instants de leur vie ont encore plus donné de sens à mes réflexions et m'ont amenée à me questionner sur le soutien proposé en psychomotricité.

Le psychomotricien est présent tant pour l'enfant que pour sa famille dans la mise en œuvre de sollicitations des compétences sensorielles, motrices et relationnelles du bébé. L'accompagnement précoce est ici primordial pour prévenir des conséquences de la fragilité des nouveaux-nés sur leur développement futur.

Je fais mienne la citation de Catherine Potel (2019, p. 80) : « c'est donc un long voyage que celui de la construction d'un sujet, dont le corps devient à la fois sa possession et le lieu de son identité profonde ».

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J.-M., Giromini, F., et Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (Vol. 3). De Boeck.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Bayle, B. (2004). *Vers une sémiologie du dialogue corporel foeto-maternel : à propos d'une observation clinique*. WAIHM francophone.
<http://benoit.bayle1.free.fr/apresdeuil.pdf>
- Beudou, L. (2020). *L'épilepsie comme frein à la construction de soi de l'enfant polyhandicapé : approche en psychomotricité* [Mémoire, Université de Bordeaux].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900354>
- Carric, J.-C. (2000). *Développement psychomoteur de l'enfant normal*. Vernazobres-Gregio.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Individuation. Dans *CNRTL*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/individuation>
- Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS). (s. d.) *Le figaro Santé*.
<https://sante.lefigaro.fr/social/personnes-handicapees/centres-daction-medico-sociale-precoce-camps/quest-ce-quun-camps>
- Claudon, P., Dall'Asta, A., Lighezzolo-Alnot, J., et Scarpa, O. (2008). Étude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 51, 125-152.
<https://doi.org/10.3917/psy.511.0125>

Coeman, A., et Raulier H de Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche - Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. ASBL Etoile d'herbe.

Corneau-Doppia, S. (2016). *L'axe psychomoteur, de la genèse à l'intégration* [Mémoire, Université de Bordeaux].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340286>

De Coster, L., Wolfs, J.-L., et Courtois, A. (2007). Le monde temporel du bébé : une mosaïque de compétences temporelles précoces. *Devenir, 19*, 47-65.

<https://doi.org/10.3917/dev.071.0047>

De Fresse de Monval, A. (2015). « *Lâche-moi, j'ai besoin de toi* » : la thérapie psychomotrice comme vecteur et soutien de construction identitaire chez les enfants carencés [Mémoire, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187660>

De Lièvre, B., et Staes, L. (2011). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. De Boeck.

Desobeau, F. (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (162), 58-68.

D'Ignazio, A., et Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.

Drouet, A. (2015). *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi : le mouvement comme soutien à l'individuation, son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé* [Mémoire, Université de Bordeaux].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196173>

Flémal, S. (2011). Pour un processus d'individuation délirante dans la psychose. *Cliniques méditerranéennes*, 83, 217-233.

<https://doi.org/10.3917/cm.083.0217>

Gabali, M. (2019). *Faire corps : la place de la psychomotricité dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel* [Mémoire, Université de Bordeaux].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178164>

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Masson.

Giromini, F., Albaret, J.-M., et Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 2). De Boeck.

Golse, B. (2011). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : Compléments sur l'émergence du langage* (4^e éd.). Elsevier Masson.

Jover, M. (2000). *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*. Solal.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02479299>

Kauffmann, M. (2012). *Troubles de la régulation tonique et premiers liens : Quand la psychomotricité soutient la relation parent-enfant fragilisée par le handicap*

[Mémoire, Université Claude Bernard].

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr/>

Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, (34-35), 133-135.

<https://doi.org/10.3917/cont.034.0133>

Larousse. (s. d.). Motricité. Dans *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motricite%c3%a9/52828>

Larousse. (s. d.). Posture. Dans *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62965>

Larousse. (s. d.). Tonus. Dans *Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tonus/78433>

Le développement du toucher chez l'enfant. (s. d.). *Naitre et grandir*.

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/developpement/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-toucher

Lehmann, J.-P. (2011). La clinique de Winnicott. *Le Carnet PSY*, (150), 49-52.

<https://doi.org/10.3917/lcp.150.0049>

Lesage, B. (2012). Axial'poursuit : axe et spatialité. Dans *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (pp. 147-170). Érès.

Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, (28-29), 41-70.

<https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>

Meunier, L. (2015). *Le bébé en mouvement*. Dunod.

Meurin, B. (2016). Quelques réflexions philosophiques pour penser la spécificité psychomotrice. Dans *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences* (p. 102). In Press.

- Monneau, A. (2020). *L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel* [Mémoire, Université de Bordeaux].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900374>
- Montagner, H. (2006). *L'Attachement : Les débuts de la tendresse*. Odile Jacob.
- Passot, M. (2016). *Le monde à la portée de l'enfant : l'exploration dans le développement psychomoteur. Soutien et accompagnement du psychomotricien* [Mémoire, Université de Bordeaux].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340484>
- Pinelli, A. (2015). *Porter le bébé vers son autonomie*. Erès.
- Pireyre, E. W. (2015). La continuité d'existence. Dans *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept* (p. 51-58). Dunod.
- Poinot, E. (2008). *Accompagnement du processus d'individuation par la mise en jeu du tiers* [Mémoire]. <http://extranet.isrp.fr/memoires/pdf/Accompagnement-du-processus-d-individuation-par-la-mise-en-jeu-du-tiers-en-psychomotricite.pdf>
- Ponton, G. (2015). Le principe du vivant. *Repères, cahier de danse*, (35), 7-9.
<https://doi.org/10.3917/reper.035.0007>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
- Robert-Ouvray, S. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Rufo, M. (2005). *Detache-Moi ! Se séparer pour grandir*. Anne Carrière.

Schluder, P. (1968). *L'image du corps* (p. 35). Gallimard.

Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J.-C. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1). De Boeck.

Sévigny, R. (2019). Individuation/Individualisation. Dans *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 358-362). Érès.

<http://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-358.htm>

Soulard, J. (2015). *Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé* [Mémoire, Université de Bordeaux].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196745>

Subornat, C. (2018). *Je bouge donc je suis : importance du mouvement dans le processus d'individuation et rôle de la psychomotricité auprès de l'enfant en situation de handicap moteur* [Mémoire, Université de Bordeaux].

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

Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, 148-151.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.07.013>

Thomas, N. (2004). *Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant*.

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf>

Traitement sensoriel : sensation et perception. (s. d.). Dans *Vetopsy*.

<http://www.vetopsy.fr/sens/traitement-sensoriel-sensation->

[perception.php#:~:text=Perception%20%28%20infos%29%20La%20perception%](http://www.vetopsy.fr/sens/traitement-sensoriel-sensation-perception.php#:~:text=Perception%20%28%20infos%29%20La%20perception%20)

est la représentation, et les compléments par des images et des

Vachez-Gatecel, A. (2016). L'imaginaire comme enjeu thérapeutique. *Petite enfance*, 103-129.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/l-enfant-et-l-imaginaire--9782100754397-page-103.htm>

Winnicott, D. W. (1947). Le bébé en tant que personne. Dans *L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations* (pp. 103-111). Payot.

Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE I : GRANDIR, C'EST SE DÉVELOPPER	7
1. SENTIR	9
1.1. L'intégration sensorielle	9
1.2. De la sensation à la représentation	10
1.2.1. La sensation	10
1.2.2. La perception	11
a) Extéroception	12
b) Proprioception	14
c) Intéroception	15
1.2.3. La représentation	15
2. BOUGER	16
2.1. Définitions	16
2.1.1. Le tonus	16
2.1.2. La posture	17
2.1.3. La motricité	18
2.2. Les lois de développement	18
2.3. Le développement tonico-posturo-moteur	20
2.3.1. Les mouvements à partir du décubitus dorsal	20
2.3.2. Les mouvements à partir du décubitus ventral	23
2.3.3. Les déplacements	24
3. EN RELATION	25
3.1. Les interactions précoces	25
3.2. Le dialogue tonico-émotionnel	27
3.3. La capacité de rêverie maternelle	28
3.4. L'attachement	29
PARTIE II : GRANDIR, C'EST S'INDIVIDUER	31
1. SE SÉPARER POUR S'INDIVIDUER	33
1.1. Le processus de séparation mère enfant	33

1.1.1. La dépendance.....	33
1.1.2. La dépendance relative.....	34
1.1.3. L'indépendance.....	34
1.2. Le processus d'individuation	35
1.2.1. La différenciation.....	35
1.2.2. La subjectivation.....	36
1.2.3. L'autonomisation.....	37
2. DE LA DÉCOUVERTE DE SOI A LA DECOUVERTE DU MONDE.....	38
2.1. L'axe psychocorporel.....	38
2.2. L'appropriation corporelle	39
2.3. Les représentations dynamiques corporelles	40
2.4. L'exploration et l'expérimentation.....	42
PARTIE III : SE DÉVELOPPER ET S'INDIVIDUER : L'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITÉ.....	45
1. L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE	46
1.1. Généralités	46
1.1.1. Qu'est-ce que la psychomotricité	46
1.1.2. Exercice de la profession.....	47
1.2. Le psychomotricien et l'enfant.....	48
1.2.1. Favoriser les éprouvés de soi	48
1.2.2. Les processus en jeu	49
a) Expérimentation	49
b) Interaction	50
c) Elaboration	53
2. MARIE.....	55
2.1. Présentation du cabinet	55
2.2. Histoire de vie.....	55
2.3. Bilan psychomoteur.....	56
2.4. Conclusion du bilan et axes de travail.....	58
2.5. Prise en charge en psychomotricité	59
2.6. En résumé.....	64
3. YACINE.....	65
3.1. Présentation de la structure.....	65
3.2. Histoire de vie.....	66
3.2.1. L'histoire de son handicap	66
3.2.2. Les suivis mis en place	66
3.2.3. Un point sur sa scolarité	67

3.3. Bilan psychomoteur.....	67
3.4. Conclusion du bilan et axes de travail.....	68
3.5. Prise en charge en psychomotricité.....	68
3.6. En résumé.....	74
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
TABLE DES MATIERES	84