



HAL
open science

Identité en construction, identité en relation : la thérapie psychomotrice comme soutien au processus de construction identitaire

Sarah Gergaud

► To cite this version:

Sarah Gergaud. Identité en construction, identité en relation : la thérapie psychomotrice comme soutien au processus de construction identitaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03778646

HAL Id: dumas-03778646

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03778646v1>

Submitted on 16 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière

Faculté Médecine Sorbonne Université

91, boulevard de l'Hôpital – 75013 PARIS



Identité en construction, identité en relation

La thérapie psychomotrice comme soutien au processus de
construction identitaire

Mémoire présenté par Sarah GERGAUD

En vue de l'obtention du Diplôme d'État en Psychomotricité

Référente de Mémoire :

Joëlle VILLAIN

Session Juin 2022

REMERCIEMENTS

Je remercie Joëlle, pour sa disponibilité, sa confiance, ses encouragements et nos échanges cliniques si constructifs.

Je remercie toutes mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée et m'ont transmis leur passion pour ce métier. Je remercie Aude pour la place qu'elle m'a faite à ses côtés en séance, la richesse de sa transmission et sa contribution à l'élaboration de ce mémoire. Je remercie Sylvie, pour notre collaboration au CAMSP depuis deux ans. Merci de m'avoir transmis ton amour du métier, ta créativité et de m'avoir fait confiance dès le premier jour. Je remercie Agnès, pour la richesse de nos échanges cliniques, merci de toujours m'amener à me questionner.

Je remercie Orane, sans qui je n'aurais pas découvert ce métier et ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour ta douceur et la profondeur de nos échanges.

Je remercie Shérazade, ça y est on l'a toutes les deux grimpé notre Everest ! Merci pour ta relecture, ta présence, tes encouragements et d'avoir toujours cru en moi quand je n'y croyais plus.

Je remercie ma famille, d'avoir toujours été présente et compréhensive face à ce changement d'orientation. Un merci particulier à ma sœur qui, malgré son emploi du temps chargé, a trouvé le temps de relire mon mémoire et de me faire des retours pertinents.

Je remercie Laure, pour sa présence et son écoute quotidienne. Merci pour le temps passé à m'écouter déblatérer sur mon mémoire et tes conseils avisés. Avoir partagé ton quotidien pendant ces trois années était une chouette aventure !

Je remercie toutes les personnes rencontrées pendant ces trois années, plus spécialement tous les membres du groupe « SOS révisions ». Un merci particulier à Cécile, une évidence depuis le début, merci d'être la très belle personne que tu es et de toujours m'encourager ! Aurélie, à nous les vieilles de la bande, merci pour nos nombreux échanges, pour tes encouragements et notre duo d'écriture sur le dernier mois. Eléo, merci pour nos conversations, toujours perchées, mais tellement passionnantes, une rencontre tardive mais tellement marquante !

Merci à tous mes amis, d'avoir été à mes côtés et de m'avoir soutenu dans ce projet !

Merci à tous les patients rencontrés, plus particulièrement à Hakim et Maria sans qui ce mémoire n'aurait pas existé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE CLINIQUE.....	8
I. Présentation du Centre Médico Psychologique :.....	8
1. Présentation générale :.....	8
2. Dynamique d'équipe :.....	8
3. La place de la psychomotricité :.....	9
4. Ma place de stagiaire :.....	10
II. Présentation des cas cliniques :.....	10
1. Hakim :.....	11
1.1. Anamnèse :.....	11
1.2. Premières rencontres ou l'impossible séparation :.....	13
1.3. Profil psychomoteur :.....	14
2. Maria :.....	17
2.1. Anamnèse :.....	17
2.2. Rencontre avec Maria :.....	19
2.3. Profil psychomoteur :.....	20
3. Présentation d'extraits de séances :.....	25
3.1. La rencontre avec Hakim :.....	25
3.2. La fragilité de Maria :.....	26
3.3. De la sidération à l'élaboration :.....	27
PARTIE THEORIQUE.....	28
I. Identité et psychomotricité :.....	28
1. Définition de l'identité :.....	28

2. Liens avec la psychomotricité :	29
3. Développement psychomoteur et construction identitaire :.....	30
II. Construction d'une unité psychocorporelle :	31
1. La Peau, première interface de relation :	31
1.1. Composantes physiologiques :.....	31
1.2. Être touché pour exister :.....	32
1.3. Le Moi Peau :.....	32
2. Le Tonus, premier mode de communication.....	34
2.1. Composantes physiologiques :.....	34
2.2. Dialogue tonique :.....	35
2.3. Théorie de l'étayage psychomoteur :	36
2.4. La fonction alpha de Bion :.....	37
3. La proprioception comme frontière avec le milieu :	38
3.1. Composantes physiologiques :.....	38
3.2. Fonction proprioceptive et processus de subjectivation :.....	39
III. Inscription dans l'environnement et émergence d'une continuité spatiotemporelle	40
1. Temps, base d'un sentiment de sécurité et vecteur d'intersubjectivité :.....	40
1.1. Structuration temporelle et rapport à l'environnement :	41
1.2. Rythmicité et inscription dans la relation :	42
2. Interactions corps-environnement et émergence de l'espace :.....	44
2.1. Développement postural et accès à l'espace :.....	44
2.2. Construction d'une aire transitionnelle :	46
IV. Emergence des premières représentations corporelles, soutien de l'identité	48
1. Schéma corporel :	48

2. Image spéculaire :	49
3. Image du corps :.....	50
PARTIE DISCUSSION	52
I. Les outils du psychomotricien :	52
1. Du corps à la corporéité du psychomotricien :.....	52
2. Instauration d'un cadre thérapeutique adapté facteur d'intersubjectivité :.....	54
2.1. Hakim, le cadre comme organisateur de la relation :.....	55
2.2. Maria, un cadre contenant soutien à son processus d'individuation :.....	56
3. L'utilisation d'objets comme médiateurs thérapeutique :.....	57
3.1. Le gros ballon, objet facilitateur de relation :.....	57
3.2 Le drap de danse, médiateur entre dedans/dehors :.....	57
II. Corps en relation et émergence du sujet :	58
1. Corps accords, création d'un rythme intégratif :.....	58
2. Corps à corps, du toucher à l'affrontement :	60
3. Du jeu au « je » :	63
3.1. D'Hakim le tyran à Hakim le partenaire :	63
3.2. De Maria la timide à Maria la chanteuse :	65
III. Différences et relations avec l'environnement familial :	67
IV. Quand la relation pose question... :.....	69
1. Maria l'adhésive :.....	69
2. Hakim le fuyant :	71
CONCLUSION :.....	74
BIBLIOGRAPHIE :	76

INTRODUCTION

« *Vous êtes trop humaine, ça vous désorganise dans votre travail* ». Voilà ce qui m'a été dit lors de l'une de mes évaluations annuelles en tant qu'assistante ressources humaines dans un hôtel parisien. Je savais depuis longtemps que cet univers de classements, de procédures, de tableaux Excel et de performance ne me correspondait pas.

« *Trop humaine pour être aux Ressources Humaines* » ! Quel paradoxe... que pouvais-je faire alors ? Cette question, je me la suis longtemps posée. Puis en associant le vécu ressenti lors de mes pratiques corporelles à mes recherches et mes rencontres, l'inspiration m'est apparue telle une évidence : il me fallait devenir psychomotricienne !

Qu'importent les cinq ans passés sur les bancs de la faculté et les trois années de salariat, je devais changer de profession et prendre le risque d'abandonner une carrière, certes prometteuse, mais qui ne me correspondait plus.

C'est ainsi que je me suis retrouvée sur les bancs d'une autre université pour trois nouvelles années. Etudes qui m'ont déboussolée, mais qui m'ont permis de me reconnecter avec certains aspects de moi-même, que j'avais jusqu'alors occultés. Il m'a fallu mettre ce temps à profit pour comprendre ce qu'était la psychomotricité, pour relier la théorie aux pratiques corporelles vécues en TD, pour tenter de comprendre comment corps et psyché pouvaient se nourrir l'un et l'autre.

Cependant, c'est lors de mes rencontres avec les patients en stage que je me suis le plus interrogée. J'ai compris que mon outil de travail ne serait plus un ordinateur mais mon propre corps, que les relations n'étaient plus protocolaires mais s'analysaient à travers les notions de transfert et contre-transfert, d'écoute et d'attention portée à l'autre...

Certes, travailler avec la souffrance humaine est passionnant mais aussi très complexe et questionnant ! Notamment, lors des séances avec les deux patients qui ont contribué, malgré eux, à l'élaboration de ce mémoire. Deux enfants surprenants par leurs comportements, par leur discours mais surtout par leur façon d'être au monde et en relation. Deux enfants dont j'ai questionné la subjectivité et qui m'ont amenée à m'interroger sur le rôle que pouvait jouer la psychomotricité dans l'élaboration de leur construction identitaire.

Ce mémoire retrace, mon année à leurs côtés et la manière dont ils m'ont aidée à me forger ma propre identité de psychomotricienne. Dans une première partie, je vous les présente, je décris

notre première rencontre, leur profil psychomoteur et les questionnements que leurs comportements ont soulevé en moi.

Par la suite, je réponds à ces questionnements à travers une partie théorique. Je mettrai en évidence la façon dont la construction de la subjectivité est soutenue par le travail en psychomotricité et comment *in fine* l'identité se construit dans des allers-retours incessants entre corps et psyché soutenus par la relation à l'autre.

Pour finir, dans une dernière partie discussion, se basant sur des extraits de séances, je présenterai les outils sur lesquels la psychomotricité s'appuie pour soutenir la construction identitaire et leur utilisation. Ensuite, je m'interrogerai à la fois sur le lien qu'Hakim et Maria ont avec leur famille mais également sur la relation que j'entretiens avec eux.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation du Centre Médico Psychologique :

1. Présentation générale :

Mon stage se déroule dans un Centre Médico Psychologique (CMP) accueillant des enfants et adolescents de zéro à vingt ans. Le CMP est un lieu de soins ambulatoires sectorisé, rattaché à un Centre Hospitalier Public. Les consultations sont, par conséquent, gratuites et permettent à chaque personne en difficulté psychique de pouvoir bénéficier de soins médicaux, paramédicaux ou encore de consultations sociales.

L'équipe y est pluridisciplinaire et constituée de deux médecins pédopsychiatres, trois psychologues, deux psychomotriciennes, une éducatrice spécialisée, une assistante sociale et une secrétaire.

L'admission d'un enfant au CMP se fait sur inscription des parents. Ils ont souvent été orientés suite à la recommandation de l'école ou d'autres professionnels de santé. Le patient est alors placé sur liste d'attente afin d'être reçu, plus ou moins rapidement, pour un premier rendez-vous de phase d'accueil selon les places disponibles et l'urgence de la situation.

Une fois inscrit, un consultant lui est attribué parmi les pédopsychiatres et les psychologues. Le rôle de ce dernier est celui de référent. C'est donc lui qui va orienter l'enfant vers chaque professionnel en fonction de ses besoins.

2. Dynamique d'équipe :

Mon arrivée dans la structure en septembre correspondait à un important moment de réorganisation et de tensions pour l'équipe. Elle a dû faire face à un départ précipité, pour faute, durant le mois de juillet sans que les directives quant à son remplacement, l'attribution de ses patients, ainsi que le discours à tenir auprès d'eux n'ait été explicités.

Cet événement avait, par conséquent, affecté l'équipe dont la dynamique se révélait déjà fragile. L'équipe du CMP a été de nouveau mise à l'épreuve par l'arrivée de trois professionnels, d'abord en septembre puis en janvier, consécutivement au départ précipité, début mars, de la secrétaire travaillant depuis plus de huit ans au CMP. Ces changements s'annonçaient comme la clef d'un renouveau susceptible de créer une nouvelle dynamique d'équipe plus propice à la collaboration.

Malheureusement et contre toute attente, tel ne fut pas le cas. Durant tout mon stage, j'ai pu ressentir les nombreuses tensions existantes entre les membres de l'équipe, tant sur le plan personnel que professionnel. J'ai pu notamment le constater lors d'une réunion de synthèse à laquelle j'ai assistée. En effet, les prises de décisions communes et consensuelles nécessitent de nombreux débats, s'étalent dans le temps et sont parfois impossibles. En effet, chacun a sa propre vision du patient et des temporalités d'actions, parfois bien différentes.

Or, ce fonctionnement d'équipe peut être préjudiciable pour le bon suivi des patients. En effet, entre les conflits parmi les professionnels et la place hiérarchique de chacun à respecter, l'intérêt du patient n'est pas toujours ce qui prime. Pour preuve, nombre de patients furent très affectés par le départ de leur consultant. J'ai pu ressentir à quel point il pouvait être frustrant de constater qu'il nous était impossible, notamment au vu du manque de directives, de pouvoir aborder ce sujet avec eux en séance. La psychomotricienne devait alors être très vigilante devant les familles pour ne pas endosser la responsabilité de consultant en attendant son remplaçant, tant les familles étaient en demande à ce sujet.

Ce contexte institutionnel m'a demandé énormément de capacités d'adaptation et d'analyse pour prendre le recul nécessaire sur les situations. Ma maturité professionnelle m'a permis de constater que, les problématiques institutionnelles rencontrées dans le cadre de ce stage en milieu médico-social sont en réalité très similaires à celles que j'ai été amenée à connaître par le passé dans le milieu des ressources humaines. Mon expérience dans ce domaine n'est donc pas vaine, je pourrai m'en servir lors de ma prochaine intégration au sein d'une institution.

3. La place de la psychomotricité :

Au sein du CMP deux psychomotriciennes sont présentes à mi-temps. Les indications en psychomotricité sont faites par les consultants lorsqu'ils se retrouvent dans l'impossibilité de mener une thérapie verbale ou lorsqu'ils ont observé la présence de troubles psychomoteurs. Un bilan psychomoteur est alors réalisé. Il permet de conclure si un suivi est nécessaire et si ce dernier sera groupal ou individuel.

Il y a actuellement, au sein du CMP, cinq groupes différents et pluridisciplinaires auxquels participe au moins une des psychomotriciennes. J'ai la chance de participer, le mercredi, à trois d'entre eux, à savoir un groupe « danse », un groupe « théâtre » et un groupe « corps en jeux ». La clinique psychomotrice y est riche et les retours cliniques constructifs. Quant aux séances individuelles elles durent quarante minutes et se déroulent dans une salle dédiée.

La temporalité hebdomadaire des séances confère à la psychomotricienne une place particulière dans le quotidien du patient. Elle sert alors de relais d'information entre les familles et les consultants. Ce n'est pas une position simple car elle se retrouve parfois comme médiateur entre le consultant et les familles.

4. Ma place de stagiaire :

Ce stage est très formateur et, les échanges cliniques sont très enrichissants. Ma maîtresse de stage a fait en sorte que je puisse être intégrée au sein de l'équipe. Ma place est donc reconnue et mes observations cliniques sont prises en compte et appréciées, notamment lors des groupes thérapeutiques auxquels j'ai la chance de participer. Bien que je sois stagiaire, j'ai la sensation d'être d'ores et déjà perçue comme une co-thérapeute.

Ma maîtresse de stage est bienveillante et à l'écoute. Nous avons toujours des temps d'échanges et de retours cliniques très riches, ce qui est très formateur. En effet, elle me permet de m'interroger, de réfléchir à ma pratique et de faire de nombreux liens théorico-cliniques. Au-delà des séances, j'ai pu assister à une réunion de synthèse et à une Réunion d'Équipe de Suivi de la Scolarisation (RESS). J'ai alors pris conscience de l'importance de collaborer tant avec les collègues qu'avec les partenaires extérieurs.

Au fur et à mesure des échanges entre professionnels ou des rencontres avec les patients, mon identité professionnelle s'est construite. Dans ce cadre, deux rencontres m'ont vraiment marquée et font aujourd'hui l'objet de cet écrit. Il s'agit des deux dernières, et seules, séances individuelles du mercredi, le reste de la journée étant consacré aux groupes thérapeutiques. Aux côtés de ces enfants, je me suis beaucoup questionnée et remise en question. Cela m'a poussé à réfléchir à ma pratique en m'appuyant sur tous les apports théoriques étudiés en cours.

II. Présentation des cas cliniques :

Ayant fait le choix de développer le contenu des séances et leurs évolutions dans la partie dédiée à la discussion, j'ai choisi dans mon récit, d'étoffer le plus possible la présentation de l'anamnèse et le profil psychomoteur de chacun. Ainsi, le lecteur pourra malgré tout avoir une première image de ces deux enfants

1. Hakim :

1.1. Anamnèse :

Hakim est un petit garçon âgé de cinq ans, né le 13/07/2016. Il est scolarisé en classe de grande section de maternelle. Il a été adressé au CMP en novembre 2020 dans le cadre d'un relai Unité Thérapeutique d'Évaluation et de Prise en charge Précoce (UTEPP) où il était suivi pour trouble du comportement depuis ses deux ans.

Hakim vit au domicile familial avec ses deux parents et ses deux grandes sœurs âgées respectivement de vingt-et-un et dix-neuf ans. Ses sœurs s'occupent beaucoup de lui, même s'il y a parfois des conflits avec la plus jeune d'entre elles, à qui il arrive qu'il tire les cheveux. Sa mère est Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles (ATSEM) et son père formateur en sécurité.

Grossesse et naissance : Selon les dires des parents, la grossesse d'Hakim est « un miracle ». Il est arrivé par surprise après avoir passé neuf ans à le désirer. Une longue attente semée de nombreuses épreuves : deux fausses couches et des tentatives de FIV infructueuses, dont les essais ont été arrêtés en 2010.

Il est né à terme + 2 jours, sans complications, suite à un déclenchement. Hakim est arrivé durant une période difficile pour la famille. Ils ont déménagé et la grand-mère maternelle est tombée gravement malade. Face à tous ces événements, la mère d'Hakim évoque « un blues », durant les premières semaines qui ont suivi sa naissance.

Petite-Enfance : Hakim est décrit par sa mère comme un bébé très calme qui ne bougeait pas. Ils étaient très inquiets : « *On pensait qu'il n'avait pas d'os* ». Il a été gardé en crèche dès l'âge de trois mois. A cette période, l'équipe n'avait rien à signaler exceptée une certaine hypotonie. Puis, c'est dans ce lieu qu'il a eu sa première convulsion hyperthermique. A la suite d'une hospitalisation de deux jours, il a été conclu qu'il s'agissait de convulsions fébriles liées à une virose. Il connaîtra quatre autres épisodes de ce type entre 2017 et 2019. Dans le dernier compte rendu de l'électroencéphalogramme (EEG) effectué en avril 2019, il est indiqué que les crises devaient cesser naturellement avant l'âge de cinq ou six ans.

Les parents ont été très inquiets et ont dormi avec Hakim près d'eux par peur de nouvelles convulsions. Selon la maman, il s'est « animé » après cet épisode. C'est à partir de ce moment qu'il a été décrit à la crèche comme agité et qu'il a commencé à taper les autres. A deux ans, sa mère nous le décrit comme un petit garçon intolérant à la frustration. Selon ses dires, il criait, faisait des

colères et pouvait se mettre en danger. La crèche a également témoigné du fait qu'il changeait beaucoup d'activités, qu'il n'arrivait pas à se poser et qu'il jouait peu avec les autres enfants. Dans ce contexte, un suivi en UTEPP pour trouble du comportement a débuté. Les suivis ont été mensuels et réguliers jusqu'au confinement en mars 2020. Cependant, tous les rendez-vous de groupe thérapeutique (langage et habiletés sociales) n'ont pas été honorés par la mère bien qu'elle en soit en demande.

Sur le plan du développement psychomoteur, il n'y a pas de retard détecté, la marche a été acquise à douze mois. A l'inverse, un important retard est observé sur le plan du développement du langage. A trois ans, il pouvait se faire comprendre en disant quelques mots mais il était incapable de faire des phrases.

La scolarisation : Son entrée en maternelle a été très compliquée. Il était très agité en classe et était incapable de participer aux temps de regroupement. De plus, la propreté diurne n'était alors pas acquise. Après le confinement, l'arrivée en moyenne section n'a pas été simple pour d'autres raisons : ses gestes étaient brutaux, il mordait beaucoup les autres enfants, crachait, détruisait le matériel de la classe. Au fil de l'année il a pu s'apaiser, et il a accepté de participer au temps de regroupement mais son positionnement avec ses pairs restait compliqué, surtout pendant la récréation.

A la fin de la moyenne section, il a été évalué à un niveau de fin de petite section. En mars 2021, l'école a proposé la mise en place d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour qu'il puisse se voir attribuer une Accompagnante d'Elèves en Situation de Handicap (AESH) qui le soutienne dans les apprentissages scolaires. Cette nouvelle fut difficilement acceptée par son père mais la demande a pu être faite en septembre 2021, lors de sa rentrée en grande section. Une AESH lui a été attribuée en mars 2022 pour dix heures par semaine.

Nous n'avons, pour cette année de grande section, aucun contact avec l'école et ce, malgré les multiples demandes faites par le consultant et par la psychomotricienne. Une RESS a eu lieu en janvier 2022 mais aucun membre du CMP n'était convié.

Suite à cette RESS, la mère d'Hakim nous a informé que malgré un apaisement de son fils et une meilleure rentrée dans les apprentissages, l'école a souhaité le maintenir en grande section l'année prochaine. Cette annonce fut insupportable pour les parents et a conduit à une altercation

entre la maîtresse et le père d'Hakim qui a amené à une convocation par l'Inspection Académique. Depuis, nous n'avons eu aucun retour de la mère d'Hakim ou de son consultant, à ce sujet.

Le maintien en grande section est un sujet sensible pour les parents. Le père d'Hakim souhaiterait l'inscrire dans une école privée et qu'il ait des professeurs particuliers à la maison pour l'aider à progresser. La mère d'Hakim quant à elle, lui fait faire de nombreux devoirs à la maison pour qu'il puisse rattraper son retard et entrer en CP. D'ailleurs, elle a sollicité Hakim devant nous à ce sujet en lui disant que, s'il voulait passer en CP, il fallait qu'il se concentre, qu'il écoute et qu'il travaille dur.

1.2. Premières rencontres ou l'impossible séparation :

Je rencontre pour la première fois Hakim avec sa mère le 29/09/2021. Nous les recevons suite à l'indication faite par son consultant pour un bilan psychomoteur.

Hakim arrive dans la salle collé à sa mère, regard vers le bas mais sourire aux lèvres. J'analyse alors sa démarche, son niveau tonique paraît assez élevé, buste penché en avant, il déverrouille à peine ses genoux pour avancer et fait claquer ses pieds au sol. Quand il lève sa tête vers nous, je découvre alors un petit garçon au visage doux et au regard malicieux. Il s'installe sur les genoux de sa mère et nous adresse un sourire au bout de quelques minutes. Il reste cependant mutique et décide de réserver le son de sa voix uniquement à sa maman en lui disant des secrets à l'oreille, tout en nous regardant et en souriant.

Lorsqu'il commence à montrer des signes d'impatience, nous lui proposons un puzzle, sur les conseils de sa mère. En effet, elle nous dit qu'il en fait plein en autonomie à la maison mais aucun en classe. J'ai alors l'impression que c'est un moyen pour elle de pouvoir nous montrer les compétences de son fils, qui ne semblent pas reconnues par l'école. Hakim n'accepte pas de descendre seul des genoux de sa mère, qui a dû le déposer par terre. Il reste alors quelques minutes statique, à nous regarder avec un sourire tout en jouant à enlever et remettre les scratchs de ses chaussures. Puis, à force d'insistance de la part de sa mère, il finit par arrêter de toucher à ses scratchs. Ensuite, il va faire, défaire et refaire le puzzle, de manière compulsive, jusqu'à la fin de l'entretien. Il reste cependant bien vigilant à notre discussion et jette un coup d'œil dans notre direction à de multiples reprises.

A la fin de cet entretien, je ne suis pas très optimiste sur la faisabilité de la réalisation d'un bilan psychomoteur standardisé. En effet, Hakim semble sur la retenue et il est très en difficulté pour entrer en relation avec nous.

Mon impression se confirme dès le deuxième rendez-vous, lors duquel il refuse de nous suivre dans la salle et se met à pleurer. Sa maman l'y conduit et, une fois à l'intérieur, assis avec elle sur le banc, il refuse d'enlever ses chaussures en nous lançant des regards en coin avec le même sourire malicieux. Nous sortons alors un gros ballon et un parachute mais rien n'y fait. Il nous regarde avec des mimiques parfois très expressives d'envie, notamment au moment de la sortie du parachute où il fait un grand sourire. Il reste en revanche assis collé à sa mère, jusqu'à lui téter le foulard. Il nous demande le trampoline mais quand on lui dit qu'il faut enlever les chaussures, il se ravise et refuse. Il semble ne vouloir accéder à aucune de nos demandes.

Sa maman semble très gênée. Elle nous dit que, d'habitude, il n'a aucun problème pour la séparation, bien au contraire. Nous tentons de lui tendre le parachute pour qu'elle puisse venir jouer avec nous. Elle ne s'en saisit pas, pousse son fils vers nous en lui faisant du chantage : « *si tu ne bouges pas, on n'ira pas à McDonald's après* ». Néanmoins, rien ne fonctionne puisqu'Hakim reste stoïque sur le banc nous surplombant.

Au bout de quinze minutes de tentatives infructueuses, nous abandonnons et le laissons repartir avec sa mère en ayant conclu un pacte avec lui afin qu'il puisse venir tout seul en séance la semaine d'après. En échange, nous nous engageons à remettre des piles dans le *time-timer*, pour qu'il puisse voir le temps qui s'écoule loin de sa mère.

A la fin de cette séance, je suis dubitative : ce suivi s'annonce complexe. Comment pouvons-nous réussir à convaincre ce petit garçon de se séparer de sa maman pour venir en séance avec nous ? Qui est ce petit garçon ?

Malgré nos deux rencontres, nous ne savons toujours pas répondre à cette question, nous ne l'avons pas encore rencontré. Nous avons rencontré une dyade mère-enfant ; une image de lui bébé tétant le sein de sa mère m'est même venue à l'esprit quand il tétait son foulard.

1.3. Profil psychomoteur :

Notre 3^{ème} rencontre devait être consacrée à la passation d'un bilan standardisé. Cependant, au vu du comportement d'Hakim, de sa difficulté à rentrer en relation et d'accéder à nos demandes, cela paraissait impossible. Je me suis donc basée sur les différentes observations faites en séance

pour tenter de dresser son profil psychomoteur. Certes, ces dernières ne sont pas objectivées et ne permettent pas d'établir d'hypothèse diagnostic, mais elles donnent un premier aperçu de son organisation psychomotrice.

Sensoriel : D'un point de vue proprioceptif, Hakim semble être à la recherche de sensations. En effet, il a tendance à se taper très fort la tête contre le ballon. Il se jette également sur le rouleau jusqu'à se faire tomber par terre en s'écrasant le visage sur le sol, sans manifester aucune douleur. Ce comportement est souvent révélateur d'une recherche de limites corporelles et d'un défaut de constitution des enveloppes.

Tonus : Sur le plan tonique, je remarque une hypertonie de fond, de posture et d'action. Les épaules sont relevées, les pas sont lourds, les genoux à peine déverrouillés. Hakim a également un défaut de régulation tonique. Le tonus recruté pour le geste à effectuer est rarement adapté. Par exemple, lors de l'utilisation de craies ou de crayons, il appuie tellement fort qu'il va jusqu'à les casser.

Organisation motrice : Hakim est très agité, il est constamment en mouvement dans la salle. Il est très précipité dans tous ses gestes, il a un énorme besoin de décharge motrice, il trébuche souvent. Lors de jeux de *stop and go* où il doit danser avec un ruban mais s'arrêter en même temps que la musique, il n'en est pas capable. De plus, ses gestes sont brusques, toniques et très rapides. Il est également très impulsif, il jette et lance les objets au lieu de les donner.

Le contrôle de ses gestes s'en trouve altéré. Par exemple, dans les jeux de ballon quand il s'agit de tirer avec le pied : il prend de l'élan, court au début puis ralentit à la fin et n'arrive pas à adapter son geste. Soit le tir manque de force, ce qui contraste avec son impulsivité, soit son pied se retrouve à rouler sur le ballon. L'adaptation de son corps dans l'espace est difficile. Lors de jeux de raquettes avec un ballon de baudruche, il est difficile pour lui de bien positionner sa raquette et de se mettre au bon endroit pour atteindre le ballon.

Temps : Hakim a des difficultés d'adaptation au rythme. Il est impossible pour lui de créer de l'alternance tant dans ses gestes, dans ses jeux que dans la relation. Il semble ne connaître qu'une modalité rythmique : la rapidité. Quand on lui propose des rythmes plus lents, il est très difficile pour lui de s'adapter, sauf sur un temps très court. De même, pour aider à structurer les séances nous utilisons un *time-timer*. Il peut ainsi se rendre compte du temps qui passe. Cela permet de faire évoluer les propositions et de l'aider à sortir de comportements compulsifs.

Espace : Les limites spatiales sont difficiles à respecter. En effet, lorsque nous limitons un terrain pour que chacun puisse avoir son camp et son espace pour jouer aux raquettes, il préfère venir détruire le filet que de jouer avec la raquette. Cependant, à plusieurs reprises nous pouvons travailler sur la construction de celui-ci avec des jeux de dedans/dehors (drap de danse, cabane, travail graphique dans des cases etc.). Il y est alors tout à fait sensible et cela lui permet même une certaine contenance.

Fonctionnement cognitif : Hakim a de très bonnes capacités mnésiques. Il se rappelle d'une séance à l'autre ce que nous faisons, peut nous redemander les choses, aller directement rechercher les objets. A mon retour des vacances de Noël, suite à une séance où il était seul avec ma maître de stage, il est capable de me raconter les passages d'un conte lu la semaine précédente. Il se rappelait tous les détails.

Son attention quant à elle est labile, il a des difficultés à écouter les consignes, à les respecter ou à rester sur un jeu. Il peut couper la relation à tout moment pour aller regarder dehors et chercher quelqu'un. Il ne peut rester sur une proposition que lorsqu'il y trouve des stimulations sensorielles. Il adopte alors un comportement compulsif dont il est très difficile de le faire sortir.

Psycho-affectif : Dans le jeu, il est dans une certaine toute puissance où il contrôle les règles, nous donne des ordres et nous exclut à tour de rôle. Il a des difficultés avec l'intersubjectivité et il rejette toutes nos propositions. Dans la salle d'attente, il démontre des signes d'angoisses lorsqu'il quitte sa maman. Il lui demande souvent où elle va, avec qui et ce qu'elle va faire. Elle nous a d'ailleurs dit, lors d'un entretien, qu'il se souciait de tout le monde à la maison. Pour ce faire, il matérialise avec son pouce et son auriculaire un faux téléphone qui lui sert pour contacter les personnes et leur demander où elles sont et ce qu'elles font. Il le fait également avec nous à de nombreuses reprises en séances.

Conclusions : Hakim présente un retard langagier, une instabilité motrice se manifestant sous forme d'hyperkinésie avec impulsivité, des difficultés de régulation tonique et d'adaptation au rythme. Un suivi en psychomotricité semble alors pertinent pour l'accompagner à développer ses capacités interactionnelles et améliorer son contrôle moteur en lui proposant d'autres modalités rythmiques.

2. Maria :

2.1. Anamnèse :

Maria est une petite fille âgée de huit ans, née le 10/08/2013, elle est scolarisée en classe de CE2. Elle a été admise au CMP en septembre 2020 suite à un bilan neuropsychologique, réalisé à l'hôpital Robert Debré.

Elle vit au domicile familial avec ses deux parents et sa petite sœur âgée de deux ans, avec laquelle elle est très complice.

Grossesse et naissance : Les parents évoquent une enfant qui n'était pas attendue. Les parents de Maria, tous les deux d'origine portugaise, sont infirmiers. Ils se sont rencontrés à l'hôpital, puis la mère de Maria est tombée enceinte, peu de temps après. La naissance de Maria a ainsi été un bouleversement pour eux. En effet, sa venue au monde a contrarié leur plan : ils avaient prévu de rentrer au Portugal, cela n'a cependant plus été possible avec son arrivée.

Petite enfance : Quand elle était bébé, la mère de Maria évoque et rapporte des moments très difficiles. Maria pleurait énormément et ne dormait pas beaucoup. Elle ne voulait pas le biberon mais que le sein. Les nuits étaient, par conséquent, particulièrement agitées, ce qui contribuait à énerver la mère de Maria. Pour toutes ces raisons, l'adaptation à la crèche, lorsqu'elle avait six mois, a également été compliquée. Enfin, elle a été opérée pour un kyste branchial à 9 mois. Sur le plan psychomoteur, elle s'est mise debout à 17 mois et a marché à 24 mois.

Scolarisation : Nous disposons de peu d'informations sur sa scolarité en maternelle. Nous savons juste qu'elle a commencé à porter des lunettes en GS dû à une amblyopie (œil droit myope et œil gauche hypermétrope). La propreté a été acquise tardivement, jusqu'au CP la mère de Maria a été appelée par l'école pour des accidents durant la journée.

En CP, il est remonté des faiblesses en mathématiques, en lecture ainsi que des difficultés à comprendre les consignes. La maitresse a également constaté une distractibilité importante et des difficultés à terminer les tâches. Suite à ces remarques, elle a passé un bilan neuropsychologique à l'hôpital Robert Debré qui a révélé un trouble du langage oral, un retard dans l'acquisition du langage écrit et une fragilité attentionnelle. A la suite de ce dernier, il a été recommandé d'augmenter le suivi orthophoniste en libéral, débuté en grande section, à raison de deux séances

par semaine. Il a également été discuté de l'introduction d'un traitement pour ses troubles attentionnels, ce que les parents ont refusé.

C'est en CE1, que Maria a commencé à s'habiller seule. De plus, son année a été marquée par un harcèlement à l'école dont elle a parlé à sa psychomotricienne. Ce dernier s'est arrêté à la rentrée au CE2. En mars 2022, elle revient cependant en séance en nous disant que la même fille l'avait à nouveau traitée de « sale portugaise ».

La mère de Maria finit par avouer à la consultante qu'il s'agit de la fille de leur ancien voisin dont les parents harcelaient également leur famille. Pour s'en protéger, la famille a déménagé en février 2022, passant d'une maison avec jardin à un appartement. Ni Maria ni sa maman ne nous ont évoqué ce déménagement en séances. La famille ayant changé de secteur, la maman avait peur que le suivi au CMP s'arrête si nous l'apprenions.

L'année de CE2 a donc été marquée par beaucoup d'instabilité : déménagement, changement de consultants et trois maîtresses lors de la première période. Une RESS a été organisée au retour de sa maîtresse en janvier 2022. La psychologue, la psychomotricienne du CMP et moi-même y avons assisté. Lors de cette dernière, les progrès de Maria sont mis en avant.

Elle comprend désormais ce qu'elle lit, elle écoute mieux les consignes, elle s'organise mieux dans l'espace de la feuille. Elle a en revanche toujours besoin de la présence de son AESH à ses côtés pour se mettre au travail et rester attentive. De plus, la maîtresse adapte le travail car elle se fatigue vite. Cette fatigue est surtout présente l'après-midi, à tel point qu'elle reste assise dans la cour de récréation et qu'elle ne joue pas, contrairement au matin. La mère de Maria rapporte qu'elle s'endort tard, qu'elle n'arrive pas à dormir et qu'elle a peur de dormir seule et peur du noir. Elle parle aussi de ses nombreux cauchemars et du fait que le moindre bruit la réveille. Concernant sa sociabilisation, elle a un groupe de copines avec qui elle joue et qui sont très protectrices envers elle.

A la fin de la réunion, il a été conclu que malgré ses progrès, son niveau reste inférieur à celui attendu pour son âge. En effet, ses acquis correspondent à ceux de début/milieu de CE1. Ainsi, la mère de Maria demande qu'elle puisse redoubler afin qu'elle ne cumule pas de retards pour la suite. En septembre 2022, elle recommencera donc une deuxième CE2.

2.2. Rencontre avec Maria :

Lorsque je rencontre Maria le 15/09/2021, elle en est à sa 32^{ème} séance en psychomotricité. Elle a été orientée en psychomotricité par son consultant en octobre 2020 pour des tics, qui ne seront plus présents au moment de notre rencontre. Avant notre première séance, la psychomotricienne l'a préparée à mon arrivée et à ma présence.

Lors de notre rencontre en salle d'attente, je découvre une petite fille avec des grandes lunettes qui lui mangent le visage déjà caché par une frange et le masque. Ses cheveux sont attachés en queue de cheval, un peu en bataille. Dans sa posture, son regard est vers le sol, le corps avec les membres rentrés vers l'intérieur, elle semble impressionnée. Lorsqu'elle lève la tête, je remarque alors son regard si particulier, que je qualifierais d'interrogatif. Lorsqu'elle enlève son masque, je découvre une bouche particulière avec des dents non alignées, qu'elle garde souvent ouverte et qui est le lieu de nombreuses syncinésies. Lorsque nous nous dirigeons vers la salle, elle marche les pieds en dedans et les coudes pliés. Elle me fait alors penser à la démarche d'une personne hémiplégique.

Une fois dans la salle, la psychomotricienne demande à Maria de me raconter tout ce qu'elles avaient fait ensemble, elle en est incapable. Elle est complètement inhibée et dit même qu'elle ne comprend pas la question. Elle reste donc mutique pendant un long moment. Ma maître de stage tente alors de lui faire sortir la voix en proposant un jeu de ballon pour se faire passer des mots. Regard au sol, le son de sa voix est faible et son tonus d'action lors des passes est bas. Par la suite, nous construisons une cabane.

Dans cet espace sécurisant et contenant, elle s'ouvre un peu plus. Je lui raconte alors une histoire assez métaphorique : celle d'Issun Boshi, celui qui est aussi petit qu'un grain de riz mais qui finit par vaincre le grand méchant et devenir grand. Probablement rassurée dans l'espace de la cabane et apaisée par l'histoire racontée, elle peut alors sortir sa voix et poser des questions.

Après cette première rencontre je me suis interrogée : elle semblait si impressionnée par ma présence, comment faire pour qu'elle se sente en confiance à mes côtés ? De plus, il est important de souligner que ma présence induit la création d'un trio. Je viens alors modifier sa relation privilégiée avec sa psychomotricienne, qu'elle avait beaucoup investie. Pour pouvoir rentrer en relation, il va donc nous falloir trouver chacune notre place dans cette triangulation

2.3. Profil psychomoteur :

Afin de préparer la RESS de Maria, j'ai pu lui faire passer quelques épreuves de bilans. Il est cependant important de souligner que Maria se désorganise lorsqu'elle est évaluée. Elle se plaint de ses mains moites et du fait que ce soit difficile. Elle a par ailleurs des soucis de compréhension des consignes qui peuvent parfois venir biaiser ses comportements. Pour pouvoir étoffer les résultats de bilans, j'ai rajouté des éléments d'observations lors des séances.

Sensoriel : Elle ne supporte pas les contacts avec des objets durs, cela semble l'affecter très rapidement, elle dit que cela lui fait mal. Parallèlement, elle apprécie le toucher de ce qui est doux et est à la recherche de ce contact.

Tonus : Elle vacille entre les deux extrêmes toniques en fonction de ses émotions et de l'action à effectuer. Quand elle réalise des parcours, on observe une dysharmonie tonique. En effet, son axe est hypotonique alors que ses membres supérieurs sont eux hypertoniques jusqu'à être maintenus en flexion. Lorsqu'elle s'allonge au sol pour des mobilisations passives, elle semble essayer de se créer une carapace tonique. Elle coupe sa respiration, monte ses épaules au niveau de ses oreilles et cambre son dos. Elle augmente alors son tonus de fond en ayant recours à un tonus pneumatique.

Lors de l'épreuve de viser/attraper du MABC-2, elle présente des difficultés de régulation tonique, la force de ses lancers n'est pas ajustée et la balle atteint difficilement le mur.

Elle a également de nombreuses réactions tonico-émotionnelles. Lors de la passation de bilan, des syncinésies bucco-faciales sont présentes dès qu'elle doit se concentrer sur une activité. De même, on observe de nombreuses réactions de prestance lors des séances quand elle se sent gênée : elle rit, passe d'un pied sur l'autre, joue avec ses mains.

Latéralité :

Main : Dominance usuelle et graphique située à droite.

Œil : La dominance semble située à gauche selon les tests monoculaires de Harris.

Pied : Dominance à droite.

Organisation motrice :

- **Motricité globale** : Sur le plan de la motricité globale, la cotation du MABC-2 montre une évolution entre octobre 2020 et janvier 2022 sur l'épreuve du viser/attraper. Elle est

passée du percentile 2 au percentile 9, donc de la zone pathologique à la zone de fragilité. Même si ses difficultés persistent, elle a été capable de rattraper la balle une fois, contre zéro précédemment. Concernant le lancer du sac lesté sur le tapis, elle est passée de deux à six essais réussis. Elle a mieux réussi à ajuster son corps et la force de son lancer.

En séance, nous observons néanmoins qu'elle se trouve en difficulté lorsque nous proposons des jeux moteurs (parcours, jonglages, lancers). Les gestes sont imprécis, positionner son corps à la bonne distance, faire deux actions simultanées ou reproduire des mouvements est compliqué. Cela impacte fortement sa confiance en elle. Dès qu'elle se trouve en échec, elle se désorganise davantage. Ses capacités d'équilibre sont bonnes et n'ont pas été réévaluées, étant donné qu'elle se situait déjà dans la norme lors de la première passation.

- **Motricité fine** : Le passage de l'EMG vient, quant à lui, nous montrer ses progrès au niveau de l'imitation du mouvement des mains. Elle est passée de la zone de fragilité à la norme. La reproduction du mouvement des doigts a révélé des difficultés praxiques. Son score s'est nettement amélioré mais il reste pathologique, de -4 DS à -2,02 DS.

Elle a besoin d'un certain temps pour préparer le mouvement. Elle fait alors de nombreux allers-retours visuels entre ses doigts et les siens, positionnés le long de son corps, avant de faire une proposition.

Ses résultats peuvent être mis en corrélation avec ses essais échoués lors du passage de l'épreuve des chevilles du MABC-2, durant laquelle elle ne peut pas s'empêcher de les retourner sur son buste. Cette stratégie est utilisée pour compenser des difficultés praxiques.

- **Ecriture** : Lors de la passation du BHK, elle fait de nombreux commentaires au début : « *quand je vais vite, je fais des erreurs* », « *j'ai les mains moites* ». Elle finit par se concentrer et fait de nombreux allers-retours visuels entre le modèle et la copie. Lors de la cotation, elle se retrouve dans la zone de pathologique concernant la vitesse d'écriture (-2,14 DS) et dans la zone de fragilité pour la qualité de l'écriture. Un an auparavant, les résultats étaient inversés lors de la passation du BHK. Il est possible qu'au cours de l'année, elle ait pris conscience de la nécessité de s'appliquer et de prendre son temps. C'est en tout cas ce que nous laissent penser ses dires en début de passation, mentionnés plus haut.

Schéma corporel : Lors du dessin du bonhomme, elle a des capacités de représentations supérieures à celles attendues pour son âge. En revanche, quand on la questionne, elle ne sait pas toujours citer quelle partie du corps nous lui montrons, les épaules sont les genoux, et inversement. Nous ne savons pas si cela est dû à ses difficultés langagières, à un problème d'intégration du schéma corporel, ou les deux. Nous n'avons pas réussi à l'objectiver à travers le test des somatognosies de Bergès car elle s'est désorganisée dès le premier échec. Il est cependant important de souligner qu'elle se retrouve en difficulté lors des reproductions de postures, que ce soit en séance, lors de la passation de l'EMG, mais également lorsqu'on lui demande de nommer des parties de son corps, qu'elle connaît, en contact avec le tapis.

Image du corps : Elle semble fascinée par son reflet dans le miroir et a du mal à en détourner son attention. De plus, rien d'autre n'existe lorsqu'elle est face au miroir. Elle n'est plus capable d'entrer en relation. Ainsi, quand nous nous trouvons à ses côtés dans ces moments-là, nous ressentons un fort sentiment d'étrangeté. Elle se questionne sur la solidité des éléments de son corps, notamment sa colonne vertébrale. Elle a parfois besoin du miroir pour se rassurer et se représenter ce qu'elle ne voit pas, comme l'arrière de sa tête, par exemple, sinon elle se sent perdue.

Temps : Elle a des difficultés d'adaptation au rythme rapide. En séances, elle nous dit parfois que c'est trop rapide pour elle. Elle justifie sa lenteur d'écriture en disant qu'elle ne peut pas faire vite sans se tromper. Elle a des difficultés à dire la date et à se repérer dans l'année. Ainsi, elle a besoin qu'on lui explicite bien les temps d'interruption pendant les vacances. De plus, elle semble toujours étonnée à la fin de la séance alors qu'elle est organisée de manière assez ritualisée. Elle a également des difficultés à décrire ce qui s'est passé entre deux séances. Quand nous la questionnons sur ses vacances, sur l'école ou ce que nous avons fait la semaine passée, elle ne s'en souvient plus. Cela est sûrement dû à des difficultés mnésiques. Ces dernières l'empêchent toutefois de s'inscrire dans un temps continu et de convoquer des éléments du passé.

Espace : Elle a des difficultés à orienter son corps dans l'espace quand elle change de position et qu'elle passe de la position debout à la position en décubitus dorsal ou ventral. Elle semble alors ne plus avoir accès à la même représentation de l'espace et est incapable de se diriger vers le bureau en face d'elle. Elle semble donc avoir une représentation égocentrée verticale de l'espace. Sur le plan topographique, elle est cependant capable de reproduire différents niveaux de l'espace avec des personnages sans aucune difficulté.

Concernant ses compétences visuo-spatiales, lors de la reproduction de la figure complexe de Rey A, elle commence par le contour général puis procède au remplissage des éléments. Ils sont tous présents et bien situés les uns par rapport aux autres. Les tracés quant à eux ne sont pas très droits, la figure n'est pas fermée et les lignes ne se rejoignent pas toujours. Son résultat est de -0,64 DS, ce qui la situe dans la moyenne basse pour son âge. Pour autant, il ne permet pas d'objectiver de difficultés visuo-spatiales.

Langage et Fonctions exécutives : En termes de mémoire, il est difficile pour elle d'évoquer ce que l'on fait d'une semaine à l'autre. Elle a besoin d'un rappel très étayé, avec un vocabulaire particulier, qui va lui permettre de faire des associations d'idées. Cela nous demande donc de réexpliquer plusieurs fois jusqu'à trouver la bonne formulation qu'elle réussira à comprendre. Dans son organisation sémantique, un mot correspond à une idée. Elle semble ne pas avoir accès à la polysémie des mots. Par exemple, quand je lui dis qu'il y a des graines dans le sac lesté, elle me demande : « *Des graines de poule ?* ». Comme si les graines ne pouvaient être associées à rien d'autre qu'à celles données aux poules. Son attention est labile, ses capacités de concentration sont faibles et elle est très fatigable. Elle a donc besoin d'énormément de soutien de l'adulte pour la ramener dans les propositions.

Psycho-affectif : Maria a un grand manque de confiance en elle. Elle craint toujours de se tromper ou de se faire mal, ce qui la freine dans ses expériences motrices et cognitives. Dès qu'elle se sent en échec, elle s'arrête et ne persévère pas. Elle a besoin d'énormément de réassurance et de guidance de la part de l'adulte.

Dans la relation, Maria va toujours vouloir faire plaisir à l'adulte. En séance, elle va nous faire de nombreux compliments sur notre physique, nos vêtements, notre odeur. Elle va avoir des difficultés à exprimer son opinion et à nous dire quand elle a envie de faire quelque chose. Exprimer ses émotions n'est pas chose aisée. Quand sa posture corporelle révèle de la colère ou encore qu'elle vit une situation de tristesse, nous lui nommons. Elle nous dit alors qu'elle ne sait pas ou qu'elle ne comprend pas. Elle ne semble pas faire le lien entre l'émotion et la situation. Elle présente également de nombreuses angoisses, fait des cauchemars et ne veut pas dormir seule.

Conclusions : A la lecture de son profil, une chose m'étonne dans sa construction psychomotrice. Elle est capable de dessiner tous les segments corporels sur un bonhomme. De même, les relations topologiques sur l'espace de la feuille sont acquises. Cependant, quand on la questionne sur son

schéma corporel propre ou que nous lui faisons faire des trajets dans la salle, activités en dehors de l'espace de la feuille, elle semble perdue. Normalement, nous devons être capable de vivre les choses dans notre corps avant de pouvoir nous les représenter et ainsi de pouvoir passer du corps vécu au corps représenté.

La psychomotricienne m'a expliqué qu'au début de sa prise en charge, Maria ne montrait de l'enthousiasme que pour tout ce qui se faisait au bureau. Elle demandait sans cesse à faire du dessin et de la pâte à modeler. Lors de toutes les propositions motrices, elle disait qu'elle n'avait pas envie, qu'elle était fatiguée. C'est suite à un échange avec les parents qu'elle a compris, qu'à la maison, Maria n'avait accès qu'à des activités sédentaires et que seulement ces dernières étaient valorisées. J'émetts donc l'hypothèse que Maria a développé de nombreuses capacités autour de l'espace de la feuille et a dû se représenter les choses avant de pouvoir les vivre. Elle agit donc en reproduction, en collage de ce qu'elle a vu ou de ce que nous lui avons montré, sans l'avoir intégré. En effet, si nous lui demandons de nommer ou encore de mettre du sens sur ce qu'elle a dessiné, elle n'en est pas capable.

Maria semble présenter un défaut de constitution des enveloppes corporelles et d'intégration du schéma corporel. Concernant son organisation motrice, les signes présents évoquent un Trouble d'Acquisition des Coordinations. De plus, son organisation neurologique et corporelle semble mettre à mal son rapport au temps et à l'espace.

Au vu de son profil psychomoteur, son suivi en psychomotricité a été pensé autour de plusieurs axes thérapeutiques. Tout d'abord, les premières séances venaient mettre en jeu l'acquisition des coordinations : parcours, jonglage, lancers etc. C'est alors qu'à travers les différentes propositions, nous avons observé des défauts d'intégration de son schéma corporel. Ainsi, nous avons par la suite axé nos séances autour de ce dernier. Enfin, ses différentes réactions lors de son contact avec des surfaces dures nous ont poussé à changer l'orientation du suivi. Depuis, l'axe principal de nos séances est de favoriser la constitution de ses enveloppes corporelles en lui procurant de meilleures représentations de son corps. En conclusion, nous sommes au fur et à mesure des séances revenus à la base du déroulement des acquisitions psychomotrices. Comment peut-elle être à l'aise dans ses coordinations si son schéma corporel est mal constitué, que son axe n'est pas solide et que les limites de son corps ne sont pas bien définies ?

3. Présentation d'extraits de séances :

Ces deux enfants ont des profils psychomoteurs et des histoires différentes mais ils ont provoqué en moi tous les deux, lors des premières séances un même état de sidération. Je vais donc tâcher de retranscrire certains extraits de séances pour tenter, même s'il s'agit d'un sentiment personnel, d'en faire état.

3.1. La rencontre avec Hakim :

Lors de notre troisième rencontre Hakim accepte, après résistance, de venir seul en séance. Pour susciter son intérêt, nous avons installé avant son arrivée, devant le banc, des tapis avec une caisse remplie d'instruments de musique. Hakim est assis sur le banc et nous surplombe tandis que, plus bas, sur le tapis nous lui présentons tous nos instruments de musique. Il reste pendant quinze minutes muettes à nous regarder, sans bouger, et en esquissant par moments quelques sourires. Lorsqu'on lui tend un instrument, il ne le prend pas et le regarde tomber par terre. Au moment où nous nous apprêtons à ranger, il se saisit d'un mouchoir dans une boîte posée à côté de lui. Puis, il crache dessus et se met à frotter son manteau de manière très tonique jusqu'à l'émiettement du mouchoir. Il répète alors ce geste de manière compulsive jusqu'à la fin de la boîte.

Par la suite, pour tenter d'évaluer ses capacités motrices nous installons un parcours moteur, C'est à ce moment-là qu'Hakim utilise son pouce et son annulaire comme téléphone et nous entendons alors sa voix pour la première fois. Il dit alors à la personne au bout du fil : « *Mais non t'es pas au bon endroit* » « *C'est pas là* » « *Tu te fous de ma gueule !* » « *T'es malade !* ». C'est tout ce que nous comprenons car le reste, dû à ses difficultés d'articulation, est incompréhensible. Nous tentons alors, après quelques instants de sidération, de rentrer en relation avec lui pour qu'il raccroche son téléphone imaginaire et qu'il revienne à la réalité. Il accepte de le faire au bout d'une dizaine de minutes.

Il peut alors investir le parcours moteur. Une fois sur le trampoline, il se met à relever son pantalon sur ses mollets de manière impulsive, puis il tente de faire de même avec son tee-shirt. On l'arrête alors dans son élan en lui disant qu'il faut garder le tee-shirt et qu'on ne peut pas être torse nu en salle de psychomotricité. Une fois la phase de préparation au saut passée, nous découvrons un tout autre visage d'Hakim. Nous qui l'avons vu très inhibé au début de la séance, nous rencontrons maintenant un enfant qui ne peut s'arrêter de sauter dans tous les sens de manière totalement

désorganisée. En le regardant, j'ai l'impression de voir une personne rentrée en transe. Il semble vraiment à la recherche de sensations très fortes.

A la fin de cette troisième rencontre, nous sommes un peu décontenancées par toutes « les bizarreries » dont il fait preuve : le lavage du manteau, l'utilisation du faux téléphone, ses sauts brutaux, ses nombreux comportements compulsifs etc. De plus, lors de cette première rencontre, il n'a finalement que très peu interagi avec nous. C'est comme si tous ses comportements compulsifs viennent à la fois empêcher l'entrée en relation mais également sa motricité. Mais il a malgré tout accepté de venir en séance seul et a pu retourner auprès de sa mère de manière apaisée en nous signifiant qu'il reviendrait la semaine prochaine.

3.2. La fragilité de Maria :

A l'inverse d'Hakim, Maria n'est pas à la recherche de sensations fortes, bien au contraire. Maria est toujours très prudente dans ses gestes et craint souvent de se faire mal. Cette peur est telle que, lors de la deuxième séance, lorsqu'elle s'installe dans la toupie, que nous recouvrons du parachute, elle nous partage en bougeant et en tournant son corps dans tous les sens à quel point elle se sent en sécurité. Elle nous dit alors sur un ton très surpris : « *Wahou je me fais même pas mal je suis bien* ». J'ai alors comme l'impression qu'elle vient de découvrir quelque chose d'extraordinaire. Les multiples mouvements dans la toupie viennent alors contraster avec son faible investissement du parcours moteur proposé en début de cette séance. Plus tard, lors d'une séance où l'on discute de l'existence d'une colonne vertébrale dans son dos elle me demande « *Est-ce qu'elle est solide ?* » « *Est-ce qu'elle peut se casser ?* ». Ses verbalisations viennent souligner que sa structuration corporelle ne semble pas solide et rassurante. Elle semble faire face à de nombreuses angoisses. Je me demande alors, est-ce par peur de se casser qu'elle a tant besoin de sécurité et qu'elle est si précautionneuse ?

Toujours en lien avec son corps, c'est son rapport au miroir qui me décontenance le plus. Elle est à chaque séance comme absorbée par son reflet, à tel point que parfois elle en oublie même notre présence. A chaque séance nous adaptions donc son positionnement par rapport au miroir pour qu'elle puisse être, quand c'est nécessaire, pleinement présente lors des différentes propositions en interactions.

Lors d'une séance nous tentons même l'expérience de le recouvrir d'une couverture bleue. Elle le remarque à peine arrivée dans la salle : « *C'est quoi le truc bleu ?* » « *Ça me gêne* » « *Pourquoi il est là ?* ». Nous proposons ensuite un temps d'échauffement corporel puis un temps dansé avec

des rubans. Au moment de la danse c'en est trop pour elle. Elle nous demande alors s'il est possible de l'enlever. Ravie, elle peut de nouveau s'observer en train de danser, et ce jusqu'à la fin de la chanson. J'ai l'impression qu'elle vient par son reflet dans le miroir se découvrir, s'explorer, confirmer son existence. Le miroir joue-t-il alors le rôle de médiateur de subjectivation ?

3.3. De la sidération à l'élaboration :

Être sidéré signifie selon l'encyclopédie française : « Être frappé de stupeur, être surpris par quelque chose d'inattendu ».

Ainsi ce terme correspond à ce que j'ai ressenti face aux comportements décrits ci-dessus. J'étais choquée ! Je ne savais quoi faire, quoi dire et je me retrouvais dans l'incapacité d'agir et de penser. Cela m'était d'autant plus insupportable que mon ancienne vie professionnelle était encadrée par de nombreuses procédures dictant mes conduites. Cependant, face aux situations que je viens de décrire, il n'existe aucun référentiel sur lequel m'appuyer. En effet, l'état de sidération m'enlevait toute possibilité de ressentir, d'écouter ou de penser qui sont les points d'appuis fondamentaux à l'origine de la pratique psychomotrice.

Au fil des séances, la sortie de l'état de sidération a laissé place à un impérieux besoin de compréhension. Les questions se sont bousculées dans ma tête. Que faire face aux compulsions d'Hakim et à sa très grande difficulté à entrer en relation ? Quant à Maria comment faire pour venir lui apporter ce sentiment de sécurité dont elle semble tant avoir besoin ?

Dans ces moments-là, je me questionne sur l'identité de ces deux enfants, que signifient tous ces comportements ? La difficulté à entrer en relation d'Hakim ne cache-t-elle pas une difficulté à se considérer comme sujet dans la relation ? Quant à Maria, son besoin de sécurité, sa peur constante de se faire mal ne viennent-ils pas révéler une faille dans sa construction narcissique ?

Pour répondre à mes questions, j'ai eu besoin d'écrire ce mémoire. En effet, seule la clinique, l'expérience auprès de ses deux enfants, articulée à des apports théoriques peut venir m'aiguiller et remplir ma boîte à outils de psychomotricienne en devenir.

Je me suis donc demandée quels sont les outils théoriques dont je dispose quand je pense à la construction identitaire ? Tout d'abord, qu'est-ce que l'identité ? L'identité est-elle une notion psychomotrice ? Quels mécanismes entrent en jeu dans la construction de cette notion ? C'est à ces questions que je tenterai de répondre dans la partie théorique.

PARTIE THEORIQUE

I. Identité et psychomotricité :

1. Définition de l'identité :

Pour débiter mes recherches sur ce sujet, je suis allée regarder la définition donnée dans le dictionnaire Larousse :

« Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité »

« Caractère de deux êtres ou choses qui ne sont que deux aspects divers d'une réalité unique, qui ne constituent qu'un seul et même être »

Au regard de ces définitions, il apparaît que la notion d'identité nécessite toujours la présence d'autrui qui sert à la fois de support d'identification, de différenciation et in fine de subjectivation. Ainsi, les sens proposés sont antinomiques, comment l'identité peut-elle à la fois réunir et opposer ?

C'est à travers l'analyse du processus de construction identitaire que cette polysémie prend tout son sens et reflète la réalité et l'histoire de la notion d'identité. L'humain est l'être vivant le plus dépendant à la naissance. Cette particularité fait qu'il connaît une période fusionnelle avec sa mère, durant laquelle il ne peut pas survivre sans sa présence. A cette époque aucune différenciation n'existe, ils ne font qu'un. Cette période d'indifférenciation est à la base de l'émergence de l'identité. En effet, c'est en s'appuyant sur le sentiment de sécurité développé lors de cette phase d'indifférenciation que le bébé va se différencier. Ainsi, la qualité des interactions précoces joue un rôle primordial dans l'avènement de l'identité. « Lorsque le lien primaire avec la mère ou avec la famille est rendu impossible par le rejet de l'enfant, on sait que celui-ci aura plus tard des troubles de l'identité (Spitz, Laing...). » (Mucchielli, 2021, p.64).

Selon M. Edmond (2005), ce paradoxe est d'ailleurs justement ce qui la fonde. Si je me fixe dans l'un des deux pôles, je suis soit en fusion totale donc indifférencié soit totalement différencié dans ce qu'il appelle « l'unicité autistique ».

Il me semble alors, que l'identité revêt un caractère dynamique d'alternance entre ces deux extrêmes. En effet, « c'est une réalité qui évolue par ses propres processus d'identification,

d'assimilation et de rejets sélectifs. Elle se façonne progressivement, se réorganise et se modifie sans cesse, tant qu'elle participe à définir un être vivant. » (Mucchielli, 2021, p.89).

Par tous ces aspects, l'identité est donc une notion subjective. Elle est multiple, il existe autant de définitions que de cadres de référence théorique l'ayant étudiée. « Aucune science ne peut définir l'« identité totale » d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine. L'« identité totale » reste virtuelle. » (Mucchielli, 2021, p.15).

Ainsi, qu'en est-il si l'on s'intéresse à l'identité sous l'angle de notre objet d'études, la psychomotricité ? Ces deux notions sont-elles liées ?

2. Liens avec la psychomotricité :

A la lecture des deux définitions suivantes m'est apparu le fait que l'identité est un concept qui recoupe des notions psychomotrices : enveloppes, sensorialité, espace, temps.

Selon E. Erikson psychanalyste « Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : **la perception de l'unité de soi** et de la continuité de sa propre existence dans **le temps et l'espace**, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité » (E. Erikson cité dans Kunnen & Bosma, 2006, p.3).

« Nous avons vu que ce sentiment d'identité était composé **des sentiments de son être matériel, d'appartenance**, de cohérence, **de continuité temporelle**, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence. » (Mucchielli, 2021, p.89). Il rajoute que le sentiment de son être matériel est en lien avec les données spatiales, physiques et sensorielles.

Selon M. Edmond (2005), la genèse de l'identité repose quant à elle sur l'identité corporelle, recueil des sensations éprouvées et sur les interactions. Le corps semble alors être au cœur du processus de construction identitaire. C'est à travers la perception de l'unité de ce dernier que je peux me ressentir comme différencié. Mais c'est aussi grâce à celui-ci que je vais pouvoir rentrer en relation avec autrui et m'y identifier. L'identité contient donc une dimension psychocorporelle. Il me revient alors à l'esprit les mots de Freud évoqués en cours de psychologie « *le moi est avant tout un moi corporel* ». Le corps représente alors la source d'où émane les perceptions internes et externes. Sa surface matérialise alors la limite existante entre soi et l'autre, fondement du processus de subjectivation.

S. Robert-Ouvray utilise quant à elle le terme de « Moi Psychomoteur » (Robert-Ouvray, 2010, p.100). Selon elle, l'identité repose sur trois éléments, notre organisation corporelle, notre organisation tonique et l'organisation de notre psychisme.

Pour E.W. Pyreire, « les troubles de l'identité sont une très bonne indication de psychomotricité » (Pyreire, 2021, p.188). Selon lui, ils sont en partie reliés à une mauvaise instauration des liens entre organisme et psychisme. Selon, F. Joly (2009) cette intrication ne peut se faire sans la présence d'autrui qui vient mettre en sens le vécu corporel du bébé. La construction identitaire semble alors être la résultante de cette liaison qui émerge lors du développement psychomoteur.

3. Développement psychomoteur et construction identitaire :

La notion de développement implique la présence d'évolution, de croissance donc de changements tout au long de la vie du sujet. Ainsi et, sous cette perspective, on s'intéresse à la fois à la manière dont un individu fonctionne à un moment particulier de sa vie mais aussi, aux multiples facteurs ayant permis de déclencher un nouveau mode de fonctionnement (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015).

Cependant, aborder le développement psychomoteur en corrélation avec la construction identitaire, fait qu'il ne peut pas être réduit à un processus linéaire. En effet, il ne s'agit pas juste d'étudier le passage d'une acquisition à l'autre à un « instant T » mais de montrer comment les apprentissages s'effectuent de manière discontinue avec des arrêts, des reprises, des régressions, des avancées brutales et de nombreuses répétitions. C'est grâce à cette dynamique discontinue que l'enfant peut pleinement tirer profit de toutes ses expériences et les engrammer dans son psychisme. (Coeman & Raulier H de Frahan, 2004)

De plus, dans cette perspective, même si chaque enfant est prédéterminé génétiquement à développer toutes les acquisitions motrices, ils ne le feront pas tous de la même manière, au même instant, dans le même ordre. Ainsi, chaque développement personnel est unique et permet déjà le début d'une différenciation.

Son unicité réside dans le fait que le processus n'est pas seulement d'ordre génétique et ne dépend pas uniquement de facteurs endogènes (maturation neuromotrice, constitution anatomique) et exogènes (environnement, contexte affectif). En effet, c'est à travers ses interactions avec son milieu que le bébé va pouvoir se nourrir d'expériences motrices ou encore affectives. Il s'agit donc d'une organisation systémique où chacun des éléments va influencer sur

l'autre. De plus, il est important de souligner que l'apprentissage ne se fait pas seulement sur le plan moteur mais en corrélation avec les processus affectif et cognitif. Ainsi, l'enfant peut passer un certain temps à répéter une acquisition avant de venir maîtriser la suivante. Cependant, son besoin de répétition va venir en parallèle nourrir le niveau cognitif et y créer des invariants qui pourront s'automatiser, signe d'une intégration des expériences antérieures.

Pour pouvoir apprécier la complexité du développement psychomoteur, il manque, selon F. Joly (2011), une dimension aux théories développementales. Il s'agit de celle l'envisageant comme la première fonction de relation, donnant alors à la motricité un sens humain et social. Dans cette perspective, « le développement de l'enfant n'est pas un monologue évolutif, mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente » (J. Ajuriaguerra, cité dans Joly, 2011, p.230).

Ainsi, dans la prochaine partie, je m'intéresse à comment l'émergence de différentes fonctions psychomotrices, prises au travers de la relation, viennent concourir à la naissance d'une unité psychocorporelle, qui constitue la base de la construction identitaire.

II. Construction d'une unité psychocorporelle :

1. La Peau, première interface de relation :

1.1. Composantes physiologiques :

La peau recouvre quasiment l'ensemble de notre organisme et représente le quart de notre poids pour une surface de deux mètres carrés. Elle est constituée de trois couches : épiderme, derme et hypoderme.

C'est également le premier sens à se mettre en place in-utero, toute la surface du corps a des récepteurs tactiles dès 24 semaines d'aménorrhées (SA). La peau informe alors le système nerveux central de toutes variations venant de l'extérieur et ce, grâce à de multiples récepteurs :

- Les thermorécepteurs qui apprécient les variations de température ;
- Les nocicepteurs, sensibles à la douleur ;
- Les mécanorécepteurs qui vont sentir les vibrations, variations de pression et de contacts.

Elle a de nombreuses fonctions physiologiques : un rôle de barrière immunitaire, un lieu de synthèse de nombreuses substances, une fonction thermorégulatrice, un régulateur métabolique (stockage des graisses, de l'eau) (Pireyre, 2021).

Elle représente aussi la frontière entre l'intérieur du corps et l'environnement. Elle constitue donc le lieu privilégié de relation avec le milieu à travers le toucher.

1.2. Être touché pour exister :

A la naissance, le toucher occupe une place primordiale dans l'univers sensoriel du bébé. Totalement dépendant, il a besoin, pour continuer d'exister, d'être porté, nourri, changé. Aucune de ses actions ne peut s'effectuer sans que le toucher ne soit mis en jeu. Outre ces soins, c'est la fonction affective du toucher qui est indispensable pour la survie de l'enfant. En témoignent, les troubles des bébés dans les orphelinats de Roumanie où ils recevaient uniquement les soins vitaux (nourriture, hygiène et médicaux) sans être cajolés, regardés et câlinés. C'est ce que Spitz appelle le syndrome de l'hospitalisme (Lecomte, 2019).

Selon D.W. Winnicott (1969), pour qu'une dimension affective existe lors des soins il faut que la mère puisse s'identifier à son bébé et comprendre ses besoins. C'est ce qu'il appelle la préoccupation maternelle primaire. Grâce à cette dernière, elle peut se mettre à la place de son enfant et lui prodiguer les soins les plus adaptés possible. Dans cette perspective, il existe deux termes pour décrire leur dimension affective :

- Le holding, correspond à la manière dont la mère porte l'enfant tant physiquement que psychiquement afin de répondre à tous ses besoins. Il s'agit donc autant du portage physique que de la disponibilité psychique dont elle fait preuve ;
- Le handling, concerne la dimension de plaisir présente dans toutes les manipulations physiques prodiguées au bébé tant dans les soins quotidiens que dans les câlins.

Les soins maternels vont alors permettre à l'enfant de faire de toutes ses expériences un ensemble cohérent. Cela va d'une part, lui conférer un sentiment de sécurité et d'autre part, lui permettre d'accéder à un sentiment continu d'exister. Le bébé va progressivement sentir ses limites et venir, grâce à cette enveloppe, différencier le « soi » du « non-soi ». Ainsi, toutes ces expériences vont pouvoir donner à la peau une fonction psychique (Houzel, 2016).

1.3. Le Moi Peau :

D. Anzieu reprend les propos de Freud pour dire que : « Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique » (Cité dans Pireyre, 2021, p.62). Ainsi, en se basant sur les caractéristiques physiques de la peau, frontière poreuse mais contenante, entre l'intérieur et l'extérieur du corps, D. Anzieu a développé la théorie du Moi-Peau.

« Par Moi-Peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (Anzieu cité dans Pireyre, 2021, p.64).

Il théorise alors différentes fonctions du Moi-Peau, dont je ne citerai aujourd'hui que celles nécessaires, pour les besoins de mes propos :

- La fonction de contenance : comme la peau qui recouvre toute l'étendue du corps, le Moi-Peau enveloppe tout l'appareil psychique. En lien avec le handling cité précédemment, les sensations perçues viennent faire émerger la perception de la peau comme un sac ;
- La fonction de maintenance : à l'image de la peau qui soutient les différents systèmes de notre organisme, le Moi-Peau maintient ensemble dans un état d'unité les premiers éléments du psychisme. Cette fonction n'est possible que parce que le bébé a lui-même été maintenu par les mains de sa mère, en référence au holding de D.W. Winnicott, et a intériorisé cette expérience ;
- La fonction de pare-excitation : la peau est la barrière naturelle permettant de se protéger des agressions extérieures biologiques (UV, bactéries etc.). Le Moi-Peau joue alors la même fonction avec le psychisme et filtre les multiples informations reçues de l'extérieure ;
- La fonction d'individuation : pas un grain de peau ne ressemble à un autre, elle est donc un vecteur de différenciation. D'un point de vue psychique, « Elle assure une fonction d'individuation du soi qui apporte à chacun le sentiment d'être unique » (D. Anzieu cité dans Pireyre, 2021, p.66) ;
- La fonction d'inter sensorialité : sur la peau se trouve tous les récepteurs sensoriels. Il émerge alors sur le plan psychique une surface reliant toutes les modalités sensorielles.

Le Moi-Peau, va donc transformer les expériences tactiles vécues dans la relation, en représentation symbolique d'un contenant. Cela confère au bébé un premier sentiment d'existence qui permet de lui faire prendre conscience de ses limites corporelles. Il émerge alors un sentiment d'intégrité corporelle offrant : « au Moi une enveloppe narcissique et un bien-être de base » (Ducret, 2011, p.30).

Ainsi, c'est à travers le toucher que le processus de subjectivation commence. En effet, il vient grâce aux bons soins maternels fonder les premières limites physiques et psychiques entre soi et

autrui. « Il faut que le sujet se sente séparé et protégé d'autrui pour que se constitue son identité. » (Edmond, 2005, p.43).

Lors du toucher, le tonus est également mis en jeu. Si la peau est la première interface de relation, le tonus est, quant à lui, le premier mode de communication.

2. Le Tonus, premier mode de communication

2.1. Composantes physiologiques :

« Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) 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 ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » (Jover, 2000, pp.17-18).

On constate alors que le tonus est une activité réflexe incluant plusieurs systèmes (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015) :

- Niveau médullaire : Ce système forme une boucle appelée arc réflexe. Le réflexe myotatique correspond alors à la contraction du muscle en réponse à son propre étirement. Ainsi, il permet le maintien des postures face à la pesanteur ;
- Niveau sous-cortical : La formation réticulée reçoit des informations sensorielles. C'est à la suite de l'analyse de ces dernières qu'elle module notre état tonique. Ainsi, lorsqu'une porte claque, en réaction, mon tonus augmente ;
- Niveau cortical : le cortex cérébral va lui aussi permettre de moduler l'activité tonique en contribuant à l'inhibition et à l'excitation des motoneurones. Il ajuste le tonus en fonction des situations rencontrées mais également des émotions.

A travers l'approche neurophysiologique du tonus, je constate que plusieurs facteurs viennent moduler son activité (stimuli sensoriels, relationnels ou encore émotionnels). Les systèmes neuroanatomiques en place permettent de prendre en compte l'environnement et donc à travers la tonicité de répondre à ces stimulations. La tonicité devient alors le moyen d'expression révélateur de la qualité de l'interaction avec notre environnement.

2.2. Dialogue tonique :

Selon H. Wallon, toute expression émotionnelle s'accompagne d'une manifestation tonique. Les émotions ont alors pour fonction de venir abaisser le niveau de tension présent dans le corps. (Claudon & Weber, 2009). Cette réaction est très visible chez le bébé où la quiétude sera liée à la détente et les pleurs à une augmentation du tonus.

J. Ajuriaguerra va prolonger les travaux de Wallon et décrire la notion de dialogue tonique (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015) qui va être considérée comme le premier mode de communication infra-verbal entre la mère et son enfant. En effet, les manifestations toniques du bébé constituent son premier mode de communication pour exprimer ses besoins. Elles vont pouvoir être interprétées par l'adulte : « *Tu pleures, tu as faim mon enfant ?* » qui par la suite, va y apporter une réponse permettant de subvenir aux besoins du bébé. Par la suite, l'adulte vérifiera par l'état détente de son enfant, le bien-fondé de son interprétation.

En parallèle, l'enfant va percevoir, aux travers de leurs échanges corporels, la moindre variation de l'humeur ou de la disponibilité de son parent et adapter ses attitudes et ses postures en fonction de ces variations. Ils constitueront, pour lui, sa première nourriture physique et psychique et dynamiseront son développement affectif et perceptif. Une vraie boucle relationnelle va se mettre en place entre le vécu corporel de l'un et l'autre. A titre d'exemple : le bébé va pleurer différemment en fonction de ses besoins et ces différences seront perceptibles pour ses parents.

Si le bébé est capable via le dialogue tonique d'être dans un échange réciproque avec un autre être humain, c'est donc qu'il peut être à la fois sujet et objet de la relation. Il va percevoir qu'il peut agir sur l'autre et que l'autre va également et réciproquement pouvoir agir sur lui. Le dialogue tonique participe donc à la constitution du processus d'inter subjectivation.

« A partir de ses composantes physiologiques (le tonus), mécanique (la structure de tensions), et psychologique (l'émotion et l'affect), la tonicité se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain. » (Robert-Ouvray, 2010, p.43).

Ainsi et partant de ce constat, il apparaît que le tonus participe à la création d'une activité psychique propre différente de celle d'autrui. C'est, en tout cas, ce qu'a théorisé S. Robert-Ouvray dans la théorie de l'étayage psychomoteur.

2.3. Théorie de l'étayage psychomoteur :

Pour fonder sa théorie, S. Robert-Ouvray s'appuie sur la réalité physique du développement neurophysiologique du nourrisson et notamment sur celle de son tonus. Sa répartition n'est pas homogène à la naissance et dépend de la maturation du système corticospinal, qui débute vers 32 SA pour se terminer vers 2 ans. Elle se fait dans le sens céphalo-caudal, et part ce faisant de la tête vers la moelle épinière. Lors de son arrivée au monde, son axe est donc hypotonique, en opposition à ses membres périphériques eux hypertoniques.

C'est en partant de la réalité de cette répartition tonique que S. Robert-Ouvray propose 4 niveaux d'intégration motrices :

- Le niveau tonique : Comme mentionné précédemment, le quotidien du nourrisson s'organise autour de deux états toniques opposés. Il a alors un fonctionnement en tout ou rien, à l'hypertonie des pleurs suivra l'hypotonie lié au réconfort maternel.
- Le niveau sensoriel : « Les sensations toniques donnent la tonalité vibratoire à toutes les expériences sensorielles que vit l'enfant » (Robert-Ouvray, 2010, p.80). L'hypotonie sera associée au mou de la détente, alors que l'hypertonie sera, quant à elle, rattachée au dur des tensions. D'un point de vue phylogénétique, le bébé perçoit plus aisément les contrastes sensoriels qu'il peut plus facilement intégrer.
- Le niveau affectif : Il est composé du couple d'opposé plaisir/déplaisir. En effet, lorsque l'enfant pleure, il va se tendre, ressentir le dur et vivre des états affectifs de déplaisir. Cependant, il n'a pas d'emblée accès au monde de l'affect, c'est la mère qui va pouvoir l'y initier. Elle va alors donner du sens aux manifestations de l'enfant en se basant sur ses propres ressentis. Cela suppose donc qu'elle ait, elle-même, bien intégrée ce niveau affectif et qu'elle y ait accès. Alors elle pourra mettre en mots le vécu du bébé : « *Tu es très en colère* ». Elle l'introduit donc dans la communication et va l'aider à soutenir ses vécus corporels et affectifs. La bonne intégration de ce niveau, va donc dépendre de la disponibilité physique et psychique de la mère pour maintenir un lien émotionnel ajusté avec son bébé.
- Le niveau représentatif : Le processus d'intégration basé sur les deux polarités toniques va venir séparer l'objet en deux, constitué d'une bonne et d'une mauvaise partie. Cet objet correspond autant à soi qu'à autrui. La mère va à la fois être le mauvais objet, qui fait attendre et le bon objet, qui réconforte.

Chacun de ces niveaux vont prouver au bébé qu'il existe deux pôles opposés. Cette bipolarité est nécessaire pour accéder ensuite à des positions nuancées. En effet, la multiplication des expériences va permettre des allers-retours entre ces deux extrêmes. Ils vont alors se lier et devenir complémentaires. De plus, chaque position va être occupée de manière consécutive et va venir former une unité. Le bébé se rend alors compte que la mère, qui le câline, est la même personne que celle qui le fait attendre. Individuellement, il comprend que le « bon » bébé rassasié et le « mauvais » bébé, qui a faim, ne font qu'un. Il accède donc à l'objet total, avènement de la construction du soi écologique, différenciant le « soi » du « non-soi ».

« L'intégration des deux positions extrêmes c'est-à-dire leur mise en rapport et leur dialectisation qui donne accès à l'ambivalence est dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant [...] entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se constitue en tant que sujet » (Robert-Ouvray, 2010, p.86).

2.4. La fonction alpha de Bion :

La théorie de l'étayage psychomoteur évoque, dans le niveau affectif, le rôle des paroles de la mère qui mettent du sens sur les vécus corporels de son enfant. W. Bion a théorisé cet échange et lui a donné un nom, celui de fonction alpha. C'est un processus de mentalisation du monde permettant de passer de l'expérience corporellement vécue à la forme mentale de cette dernière.

Au départ, le bébé fait face à de nombreux éprouvés corporels sensoriels et toniques. Toutefois, il est incapable de les identifier et de les penser, c'est ce que W. Bion appelle les éléments bêta. Ce sont des : « éléments non pensables, incapables de se lier entre eux, tout juste susceptibles de s'agglomérer en ce qu'il appelle un "écran bêta". C'est le "contenu". » (Ducret, 2011, p.21).

Comme il est dans l'impossibilité d'intégrer ce contenu, il va le projeter sur l'extérieur. Les éléments bêta sont alors reconnus, recueillis par la mère et transitent par son psychisme. Sa fonction alpha rentre alors en jeu et joue le rôle de contenant. Elle peut alors comprendre les éléments bêta, les trier et apporter une réponse physique (bercements, nourriture, ajustements de postures) ou verbale en interprétant ses ressentis : « *Oh tu pleures, tu es fatigué* ». « Cette fonction alpha de la mère lui permet de détoxiquer les projections du bébé, de sorte qu'elles deviennent pensables, qu'elles prennent sens » (Ducret, 2011, p.21).

Les réponses maternelles sont alors appelées éléments alpha. Ils sont renvoyés au bébé à travers les modifications de tonus, de postures ou encore les stimulations sonores provoquées par le discours de la mère. A leur contact, le bébé peut se transformer et passer d'un état d'hypertonie d'anxiété à celui d'hypotonie d'apaisement. A force d'accumulation d'éléments alpha une barrière de contact va se constituer. Cette dernière va séparer les fantasmes et émotions d'origine interne des perceptions de la réalité. Cela renforce la capacité de l'enfant à penser et à mieux supporter douleur et frustration. Il peut alors au fil des échanges, constituer sa propre fonction alpha en interprétant par lui-même ses ressentis et en leur donnant du sens.

« Il permet au petit enfant d'établir une différence entre réalité intérieure et réalité extérieure et de développer la capacité de discerner et de penser. » (Bronstein & Hacker, 2012, p.770). D'un point de vue physique et physiologique, au-delà de la fonction alpha, la sensibilité proprioceptive va également permettre de faire la différence entre dedans et dehors. « C'est lorsque le nourrisson est capable de localiser les sensations, les tensions, les émotions dans son corps qu'il devient capable de différencier ce qui est soi et ce qui est non-soi » (Edmond, 2005, p.41).

3. La proprioception comme frontière avec le milieu :

3.1. Composantes physiologiques :

La proprioception est une modalité sensorielle somatique, qui renseigne sur la position et les mouvements de notre propre corps. Elle se constitue suite à l'articulation de différents capteurs proprioceptifs associés à d'autres modalités sensorielles (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015) que sont :

- Les propriocepteurs au nombre desquels figurent :
 - D'une part, les récepteurs articulaires (corpuscules de Ruffini, organes de Golgi, corpuscules paciniformes) qui transmettent des informations sur la position des articulations, la direction de l'action et la vitesse des mouvements articulaires ;
 - D'autre part, les récepteurs musculaires (fuseau neuromusculaire) qui sont à l'intérieur des fibres musculaires et vont transmettre des informations à la fois d'ordre statique, permettant de connaître la position du corps, mais également d'ordre dynamique communiquant la direction, la vitesse et la fin du mouvement.

- D'autres récepteurs sensoriels concourent t à la proprioception, tels que :
 - D'une part, les mécano-récepteurs cutanés : ils sont sensibles à tous les stimuli qui viennent déformer la peau (pression, étirement, glissement) ;
 - D'autre part, le système vestibulaire qui permet de stabiliser la position du regard stabilisant l'image sur la rétine, lors du mouvement. Il assure également l'équilibre de la posture.

Les informations sont ensuite transmises au cerveau et seront traitées de manière inconsciente par le cervelet et de manière consciente par le cortex somesthésique primaire. Prendre conscience des mouvements de notre corps permet de se l'approprier et de le différencier de l'environnement. « Ce sens constitue l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité. » (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015, p.163).

A. Bullinger (2007) parle, quant à lui, de la fonction proprioceptive comme un des éléments qui concoure à faire de son organisme un corps. Donc de se représenter son corps, non plus seulement comme un ensemble de fonctions biologiques, mais comme un élément d'interaction avec son milieu, début d'un processus de subjectivation.

3.2. Fonction proprioceptive et processus de subjectivation :

Selon A. Bullinger, la sensibilité profonde correspond à ce que d'autres auteurs nomment la proprioception : « ces signaux indiquent l'état de tension des muscles et des tendons, la position et la vitesse de déplacement d'une articulation » (Bullinger, 2007, pp.25-26).

Il définit alors la fonction proprioceptive, comme la coordination entre la sensibilité profonde et les flux sensoriels. Elle ne peut donc pas exister sans interaction avec le milieu. Lorsqu'une information sensorielle arrive, elle est reçue par une surface appelée un capteur. Au contact de l'information, le capteur peut connaître des variations de mouvements, qui seront perçues par la sensibilité profonde. Cette dernière va alors pour toute sensation venir indiquer le mouvement provoqué par l'interaction avec la source émettrice.

Lorsque, par exemple, le bébé appuie sur sa girafe Sophie, il va entendre un bruit et sentir sa main bouger. Les deux informations seront simultanées, c'est ce qu'on appelle la covariation. A force de répétition de ses expériences sensorimotrices, dénommées alors habituations par A.Bullinger, le bébé va petit à petit prendre conscience de son corps et il saura que c'est lui qui a appuyé sur sa girafe car en plus du bruit perçu, il a ressenti son corps bouger. Grâce à cette coordination le

bébé va pouvoir faire la différence entre son corps et son environnement. Il se rendra également compte qu'il peut agir sur ce dernier puisque c'est quand il a appuyé sur Sophie qu'elle a fait du bruit, il se sentira donc sujet

« Les co-variations des signaux sensoriels et profonds déterminent, comme deux facettes d'un même phénomène, d'un côté la progression des capacités du bébé à agir sur le milieu, de l'autre une connaissance de soi comme objet en interaction avec d'autres objets. » (Livoir-Petersen, 2011, p.96).

Ainsi, la fonction proprioceptive va permettre d'établir la limite entre intérieur et extérieur du corps. Cependant, elle n'est pas la seule, selon A.Bullinger, les échanges avec le milieu humain vont également en être constitutif : « le rythme de ces échanges, les petits décalages temporels, les défauts de synchronisation créent un recrutement tonique transitoire qui, s'il est support d'un échange avec le porteur, est aussi ressenti de manière interne : la modulation tonique réifie l'organisme et le rassemble. On retrouve ici les faces externe et interne d'une frontière qui permet que, progressivement, se dégage une subjectivité. » (Bullinger, 2007, p.79).

Ainsi, tout au long de cette partie, j'ai tenté de montrer comment les systèmes sensoriels et toniques, en lien avec les interactions précoces, peuvent progressivement faire émerger ce qu'Erikson dénommait, la perception de l'unité de soi. Cette dernière permet de se distinguer de son environnement et donc de faire émerger une certaine subjectivité. Cependant, si comme j'essaye de le démontrer, l'identité se construit dans la relation, le sujet ne peut pas faire fi de son inscription dans le temps et dans l'espace. Tout mouvement, toute interaction se déroule dans un cadre spatiotemporelle donné. Le temps et l'espace sont des données indissociables organisatrices de notre corps et de nos relations.

III. Inscription dans l'environnement et émergence d'une continuité spatiotemporelle

1. Temps, base d'un sentiment de sécurité et vecteur d'intersubjectivité :

Définir le temps n'est pas chose aisée. Si on se réfère au dictionnaire Larousse il est dit que c'est une « notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements » ou encore qu'il s'agit d'un « mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres. »

Ainsi, pour tenter de cadrer le caractère infini du temps, des unités de mesures ont été mises en place. Néanmoins, sa perception reste souvent très subjective notamment en fonction du vécu

auquel elle est associée. Le temps s'étire, quand l'on contemple et se compresse, quand on est en retard. Structurer le temps reste, cependant, nécessaire pour comprendre l'environnement, s'y adapter et rentrer en interaction. Cette structuration n'est pas innée et elle va se faire au fil des expériences motrices, sensorielles et relationnelles. Elle va alors permettre au bébé de s'inscrire dans son environnement

1.1. Structuration temporelle et rapport à l'environnement :

Au départ, soumis à de nombreux cycles (veille/sommeil, faim/satiété, inactivité/action, absence/présence d'autrui), le temps est vécu par le bébé. C'est à travers la répétition de ces derniers que l'intégration progressive des données temporelles se crée. Ensuite, au fil du développement neuromoteur ; des mouvements de plus en plus élaborés vont apparaître. Leur répétition vient alors permettre leur maîtrise et enrichir le répertoire des schèmes moteurs de l'enfant. Par la suite, il pourra y faire appel lors de ses interactions avec le milieu. Il passe donc d'une motricité involontaire à une motricité volontaire. Il intègre alors la temporalité du geste et ses conséquences. Chaque séquence motrice se commence et se finit par un mouvement bien précis entrecoupé par un temps d'immobilité (Scialom, Giromini, & Albaret, 2015).

C'est ainsi qu'au départ l'orientation temporelle, première forme de représentation temporelle, se fait en référence à l'action : « Quand l'école est finie je rentre à la maison jouer ». Cela n'est possible que parce qu'il a intégré de nombreux repères de structuration temporelle :

- L'ordre et la succession : ses notions se créent à travers la répétition d'événements identiques. Cette perception constitue une base de sécurité offrant des repères rassurants et conférant une certaine maîtrise du temps. Il intègre alors que le temps est une notion continue, avec un moment présent, un avant et un après ;
- La durée : capacité de représentation d'une quantité de temps séparant la répétition de deux repères. Elle introduit la notion de limite, mais sa mesure reste subjective en fonction de l'attente ou de l'appréhension. La durée paraîtra alors plus longue quand le bébé attend le retour du biberon. Cependant, son existence permet de constater que les moments désagréables ont une fin, ils sont limités dans la durée.
- Continuité et irréversibilité : petit à petit l'enfant prend conscience, que le temps est continu et que parfois lors d'un mauvais geste, aucun retour en arrière n'est possible. Si malencontreusement, je perce un ballon de baudruche, je ne peux plus le regonfler.

Ainsi, le temps est vivant, en mouvement, on ne peut pas l'arrêter. Grâce à sa structuration le bébé peut s'y inscrire et se rendre compte à la fois de la mouvance et de la continuité de son identité : « la question de l'identité revient à celle du temps : être identique à soi, c'est assurer une continuité et une pérennité, mais aussi assumer une évolution et un développement, donc se vivre comme temps dynamique et ouvert. » (Lesage, 2021, p.270).

Cependant, il nous est possible de l'appréhender de la sorte car nous avons pu vivre son expérience au travers d'interactions rythmées avec notre entourage, permettant alors d'élaborer une première base de sécurité offrant un sentiment continu d'exister.

1.2. Rythmicité et inscription dans la relation :

La maturation cérébrale du nouveau-né fait qu'il est physiologiquement programmé sur un rythme ultradien, d'une durée de 3-4 heures, qui correspond à l'alternance de quatre stades de vigilance (veille calme et agité, sommeil calme et agité). C'est entre trois et quatre mois, qu'il passe progressivement à un rythme circadien de 24h. Grâce à la maturation neurophysiologique, il peut différencier le jour de la nuit et les cycles de sommeil commencent à s'organiser. Cependant, cette adaptation nécessite la présence d'adulte « donneurs de temps » afin qu'il puisse progressivement s'adapter aux rythmes sociaux tels que : la baisse du nombre de tétées, l'alternance de lieu entre le mode de garde et la maison et, la régularité dans l'heure des siestes. (De Leersnyder, 2008).

Au-delà, de la possibilité d'une inscription dans son environnement social, le rythme va être source de sécurité interne. En effet, lors des interactions avec l'adulte pour les soins quotidiens une rythmicité va se mettre en place qui va se répéter jour après jour. Pour illustrer cela, P. Brinich va prendre l'exemple du rituel des repas : « il suffit de quelques jours toutefois pour que le bébé se familiarise avec le rituel du repas, le goût, le contact, le bruit, la vue, l'heure, l'endroit et différentes caractéristiques. [...] Ce qui, pour l'enfant n'était initialement que diverses sensations sans lien devient un ensemble de conduites répétées dans le temps, qui s'associent à la satisfaction » (P. Brinich cité dans Marcelli, 2006, p.133).

A force de répétitions, le bébé va pouvoir anticiper ce qui va advenir. Il a alors l'illusion qu'il est créateur de son environnement. Ce principe est fondamental pour ses bases narcissiques et pour sa sécurité interne. C'est ce que Marcelli a nommé les macrorhythmes (Marcelli, 2006).

Cependant, si le bébé pense qu'il est créateur de son environnement, c'est qu'il n'a pas encore accès à l'intersubjectivité. Le rythme va progressivement permettre l'accès à cette dernière. Tout d'abord d'un point de vue sensoriel, les interactions entre mère-bébé, notamment à travers les berceuses, vont permettre de régler sur un même rythme les différents stimuli sensoriels émanant de l'adulte (portage, voix, expressions faciales). C'est en reconnaissant ces différents flux sensoriels comme émanant de la même source, que le bébé pourra alors la reconnaître comme un objet extérieur à lui. En effet, selon la perspective cognitiviste : « un objet ne peut être perçu comme extérieur à soi-même que s'il est appréhendé conjointement par deux modalités sensorielles au moins. » (Golse & Simas, 2008, p.61).

De plus et, selon Stern, les interactions précoces sont comme des chorégraphies. Les ajustements des deux danseurs (mère et bébé) permettent alors l'émergence d'un rythme favorable à la rencontre intersubjective et au partage d'expériences. Toutefois, de temps à autre des faux pas apparaissent et sont constitutifs de l'idée de la mère suffisamment bonne, présentée par D.W. Winnicott. C'est dans cette dysrythmie qu'émerge la différence et donc l'intersubjectivité (Ciccone, 2005).

Cette idée a été reprise par Marcelli, il utilise alors le terme de microrhythmes pour définir le rythme présent dans les interactions ludiques. Il se distingue alors du macrorhythme des soins. En effet, dans le jeu la maman va s'amuser à surprendre son bébé. Par exemple, lors du partage de chatouilles utilisant l'histoire de la petite bête qui monte, la mère fait varier la vitesse d'action, de ses doigts, le lieu des chatouilles ou encore l'intonation de sa voix. « La mère n'est pas exactement là où l'enfant l'attend et ce décalage qui produit la surprise permet aussi à l'enfant de tolérer désormais l'écart entre ce qui est attendu et ce qui advient : c'est la place de "l'autre" ». (Marcelli, 2006, p.151). Pour que cela soit tolérable pour le bébé, Marcelli va introduire la notion de manquement. Par ce dernier, la mère fait défaut mais elle n'est pas absente ; elle se situe juste à côté de lui, là où il ne l'attend pas. Ainsi la surprise est toujours ponctuée de retrouvailles où la mère jubile et peut alors dire « *je t'ai eu* » en serrant son bébé dans les bras. Leur présence permet alors que le manque ne suive pas le manquement.

« Au plus intime de son organisation psychique, l'individu est ainsi profondément marqué par ce subtil mélange entre répétitions et changements, entre attentes confirmées et attentes trompées, entre macrorhythmes et microrhythmes, ce mélange constituant le rythme idiosyncrasique individuel qui fonde la subjectivité et par lequel celle-ci s'exprime. » (Marcelli, 2006, p.158). Ainsi, la construction d'un rythme individuel est constitutive de l'identité. Son mécanisme suit, d'ailleurs,

celui de la structuration de l'identité avec la nécessité de la présence d'autrui. Il présente également le même besoin d'alternance entre présence et absence pour s'en différencier.

Si la subjectivité émerge c'est qu'un espace se crée entre moi et autrui tant physiquement que psychiquement. Nous allons ainsi voir dans la prochaine partie, comment l'espace advient à l'enfant, tant à travers sa maturation neuromotrice que par ses relations avec son entourage.

2. Interactions corps-environnement et émergence de l'espace :

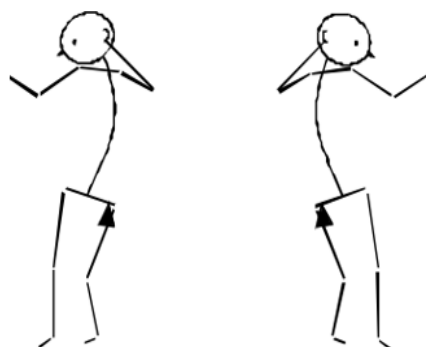
Selon le dictionnaire Larousse, l'espace est une « propriété particulière d'un objet qui fait que celui-ci occupe une certaine étendue, un certain volume au sein d'une étendue, d'un volume nécessairement plus grand que lui et qui peuvent être mesurés. »

Ainsi, à la lecture de cette définition, je me rends compte qu'il nécessite la présence de deux éléments : un objet et une étendue. La notion de relation, constitutif de mon propos, apparaît alors encore ici. Ce n'est que parce que l'objet entre en interaction avec l'espace, en le regardant, en s'y déplaçant ou encore en le modifiant, qu'il existe. Pour le nouveau-né à la naissance dedans et dehors sont indifférenciés, il se confond alors dans l'espace. Toutefois, « la maturation neurologique conduit à intégrer le corps comme invariant en le différenciant peu à peu du corps d'autrui, la mère évidemment au premier chef, et des objets que le bébé contacte et manipule » (Lesage, 2021, p.231).

2.1. Développement postural et accès à l'espace :

A la naissance, le fœtus passe d'un espace clos à un espace ouvert et infini, dont il ne peut pas encore se représenter les contours. « Pour le bébé, les étapes de son développement postural constituent le socle des représentations spatiales en construction. » (Jaricot, 2006, p.82).

Au départ, le traitement des systèmes neuro-sensoriels de l'enfant sont séparés, les perceptions des différents flux : auditif, visuel ou tactile ne sont alors pas corrélés. Sa représentation de l'espace n'est donc pas unifiée. Le bébé adopte une posture symétrique en enroulement, lié à l'hypotonie de son tronc et à l'hypertonie de ses membres, il est alors centré sur lui-même. De plus, la majeure partie de son activité se centre autour de sa bouche, l'espace oral est alors prédominant. « La bouche, premier instrument à disposition du bébé, va capturer les objets à sa portée (les mains par exemple). La succion, l'ingestion et le plaisir de la satiété qui est associé à la nourriture, constituent un des premiers espaces de l'enfant. » (Bullinger, 2007, p.140).



Représentation-des-postures-ATNP¶
(Bullinger, 2007, P125)¶

Puis, progressivement des postures permettant de s'orienter vers les objets du milieu vont apparaître. C'est ce que A. Bullinger (2007) a nommé les « *Asymmetric Tonic Neck Postures* » (ATNP) ou encore appelées postures de l'escrimeur, représentées ci-contre. Au départ, le passage d'une posture à l'autre est difficile dû à la faiblesse du tonus axial. Le bébé a alors accès à un espace droit et un espace gauche

séparés, c'est l'espace oral qui sert de relais entre les deux. Puis, au fur et à mesure de la maturation, la rotation du buste devient possible et il peut passer d'une posture asymétrique à l'autre. La coordination entre les changements de postures et les flux visuels vont permettre une nouvelle représentation de l'espace. L'espace oral et les espaces droit et gauche deviennent alors un tout unifié. C'est la constitution de l'espace de préhension, le bébé passe alors l'objet d'une main à l'autre, il peut même aller attraper un objet situé sur son côté droit avec sa main gauche et inversement. L'équilibration du tonus, permet de baisser les contraintes liées aux postures de base. Les mains deviennent alors des instruments à la conquête du monde. L'enfant va progressivement, au fil de ses expériences sensorimotrices, avoir accès à la permanence de l'objet. Il se rend alors compte que ce n'est pas parce qu'un objet disparaît de son champ de vision qu'il n'existe plus.

« La notion d'objet permanent est la base de toute notion d'identité. Elle sert de départ au comportement de discrimination entre le même et l'autre et à la constitution cognitive de classes, née de la capacité d'abstraire certaines caractéristiques d'un ensemble d'objets afin de les ranger dans une même catégorie (les bébés, les « grands », les femmes...). » (Edmond, 2005, p.44).

Les rotations du haut du corps, impliquées dans le passage d'une posture à une autre, vont permettre au muscle du torse de se rigidifier. L'axe corporel peut alors émerger, la posture verticale apparaît et à sa suite l'acquisition de la marche. L'axialité relie tous les plans de l'espace : devant/derrière, haut/bas, droite/gauche. Le bébé va alors avoir accès à l'intégralité de l'espace, et pouvoir s'y mouvoir.

Le besoin d'explorer va s'intensifier et se confronter aux limites posées par les adultes : « dans la façon dont les interdits sont posés, il va se construire sa référence interne du "comment je peux explorer ? ", du sens qu'à pour lui " la liberté d'aller vers ". » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2004, p.126). L'accès à la marche, correspond aussi à un plus haut niveau de différenciation avec l'adulte,

il peut disparaître facilement et rapidement de son champ vision. Il ne dépend donc plus de lui pour ses déplacements.

De plus, en définissant des trajets, des directions, des orientations et en les modifiant, il va se construire une spatialité tridimensionnelle. Il se rend compte que ce qui était derrière se trouve maintenant devant ou sur le côté. Il va alors accéder à une représentation allocentrée de l'espace (en lien avec des repères présents dans l'espace), il peut alors se représenter le point de vue de l'objet. Ainsi, sur le plan psychique la capacité projective et empathique peut émerger.

« L'espace est différenciation, assignant un lieu particulier aux choses et aux êtres. Accepter cette distance entre les choses, on l'a vu, c'est accepter la vacuité, le vide, donc le possible. Or la vacuité est la condition nécessaire pour créer la relation, ce qui justement va relier des espaces disjoints par un franchissement qu'il nous faut accomplir. C'est ce franchissement que nous désignons par empathie, opération éminemment spatiale qui suppose différenciation et projection, l'une ne va pas sans l'autre. » (Lesage, 2021, p.249).

Mais l'acceptation du vide, n'est pas innée et nécessite une certaine sécurité psychique ou alors le recours à un objet transitionnel, tel que théorisé par Winnicott.

2.2. Construction d'une aire transitionnelle :

« A ses débuts l'individu ne constitue pas l'unité. L'unité est la structure « individu-environnement » telles que nous la percevons de l'extérieur. L'observateur sait que certaines conditions sont nécessaires pour qu'apparaisse le psychisme de l'individu » (Winnicott, 1969, p.190).

Il est donc complètement dépendant. La mère lui est totalement dévouée dans un état de préoccupation maternelle primaire. Ainsi, lorsque sa langue commence à sortir, elle va se dire qu'il a faim et elle va le mettre au sein. Le nourrisson a alors l'impression d'avoir créé le sein de sa mère, il se sent tout puissant.

Cette première période de dépendance absolue est nécessaire car « l'expérience que fait le bébé de cette fiabilité pendant une période donnée suscite chez le bébé et l'enfant qui grandit un sentiment de confiance. C'est la confiance du bébé dans la fiabilité de la mère et, à partir de là, dans celles d'autres personnes et d'autres choses qui rend possible le mouvement de séparation entre le moi et le non-moi. » (Winnicott, 1975, p.201).

Entre trois mois et deux ans, il entre dans la position de dépendance relative. Il prend conscience qu'un environnement existe, auquel il peut envoyer des signaux, pour que ses besoins soient comblés. Cette transition se fait grâce aux qualités de la mère, suffisamment bonne, qui offre des bons soins mais qui présente également des failles. Elle va, par exemple, devoir le faire attendre. Dans ces cas là, l'enfant devra gérer ses frustrations et saura grâce à l'introjection des bons soins reçus auparavant que la mère va revenir. Le bébé apprend donc progressivement à gérer l'attente, la frustration par lui-même et donc à se différencier.

Avec la dépendance relative émerge l'aire transitionnelle. Elle se situe entre la réalité interne et externe. Elle n'est ni dehors, ni dedans. C'est un espace paradoxal, d'illusion, d'intermédiaire qui se situe entre la mère et le bébé, entre le subjectif et l'objectif. Elle se crée avec l'utilisation d'un objet transitionnel et correspond « à l'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche » (Winnicott, 1975, p.29). Il s'agit de la première possession non-moi de l'enfant. Il permet, dans un premier temps d'apaiser l'enfant en l'absence de sa mère. Cependant, ce qui compte c'est l'utilisation que l'enfant va en faire : il va le manipuler, lui faire subir de nombreuses tortures. Si malgré ces mauvais traitements l'objet continue tout de même à subsister, c'est donc parce qu'il est externe à lui et qu'il existe en dehors de ses fantasmes.

L'aire transitionnelle correspond donc à la zone dans laquelle l'enfant passe de l'illusion d'omnipotence sur l'objet, à la possibilité de jouer avec l'illusion, en faisant perdurer la toute puissance tout en étant en lien avec la réalité.

Avec l'émergence de l'aire transitionnelle, qui constitue l'aire de l'expérience pour l'enfant, il va pouvoir développer sa capacité à être seul, en présence d'autrui. Il va donc jouer seul dans le salon avec ses parents à côté, sans avoir besoin d'être collé à eux. L'enfant va progressivement acquérir une certaine autonomie, une indépendance qui a été rendue possible grâce aux souvenirs des bons soins maternels. Un individu sain est un individu qui tend vers l'indépendance mais qui a été fabriqué dans la dépendance.

Les nombreuses interactions avec l'objet, l'espace et l'environnement vont permettre à l'enfant de se différencier, de se créer sa propre identité mais elles vont également participer à la constitution des premières représentations corporelles.

IV. Emergence des premières représentations corporelles, soutien de l'identité

« Le corps est, en vérité, un bien étrange et bien complexe objet, notre corporéité psychique une bien étrange aventure ; puisque nous avons et nous sommes dans le même temps un corps, mais qui ne vaut – tant dans le registre de l'avoir que dans le registre de l'être – qu'à être appréhendé subjectivement et représenté psychiquement ; à défaut de quoi il n'y aurait qu'une étendue matérielle voire un cadavre. » (Joly, 2012, p.287).

1. Schéma corporel :

Les définitions proposées du schéma corporel sont multiples mais elles partent toutes du postulat suivant : « le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, représentation qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial. » (Morin, 2013, p.19).

Pour J. Ajuriaguerra, il se construit à travers tous nos systèmes sensoriels en lien avec nos représentations spatiales :

« 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 » (J. Ajuriaguerra cité dans Pireyre, 2021 p.104).

A travers le schéma corporel, nous obtenons une représentation de notre corps propre, différent des objets de l'environnement. Nous pouvons dire où se situe notre bras, notre tête, c'est donc qu'ils nous appartiennent. Dans ce cadre, il est intéressant de souligner que : « La notion de subjectivité dépend de la localisation des choses en nous » (P. Bonnier cité dans Morin, 2013, p.22).

Néanmoins, cela n'est rendu possible que parce qu'une relation existe avec le milieu : tant avec les objets qu'avec autrui. C'est au fur et à mesure des expériences que l'on prend conscience de notre corps, de ses dimensions, de ses volumes. Ainsi, une bonne intégration du schéma corporel permet d'adapter la longueur de mon bras pour attraper un objet en hauteur ou encore le degré d'ouverture de ma main nécessaire à sa prise. Les objets détiennent donc des particularités spatiales qui sont intégrées, la notion d'objectivité est donc acquise.

Au-delà de la relation avec les objets, de nombreuses études montrent qu'il se construit également en s'appuyant sur le corps d'autrui, grâce à la présence des neurones miroirs. Ainsi, à travers la représentation du corps de l'autre, une représentation de soi devient possible (Morin, 2013).

« Pour l'individu, le sentiment d'identité nécessite la conscience d'un ensemble de sensations corporelles propres [...] La constitution du schéma corporel, menant à la conscience du positionnement de son corps dans l'espace, est une phase importante de la constitution du sentiment corporel. » (Mucchielli, 2021, p.62).

2. Image spéculaire :

Selon H. Wallon, la capacité à reconnaître son corps propre dans le miroir dépend surtout de sa maturation neurophysiologique, en lien avec son environnement. Il ne s'agit donc que d'une étape dans l'appropriation de son corps, sur laquelle s'étaye sa construction identitaire reliant informations intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives (Morin, 2013).

J. Lacan a, quant à lui, développé l'existence d'un stade du miroir. Au départ le bébé lorsqu'il passe devant un miroir ne se différencie pas de sa mère. Entre dix et douze mois, il va jubiler devant en y percevant une forme humaine unifiée. Cette dernière rentre en contradiction, avec son vécu interne d'un corps morcelé dû à son immaturité neurophysiologique. Face au miroir, il s'identifie alors à une image globale, différente de l'adulte. Les paroles de l'adulte nommant le reflet de l'enfant vont l'aider à s'approprier cette image. Ce n'est qu'entre dix-huit et vingt-quatre mois que l'enfant va prendre conscience que le reflet dans le miroir c'est lui.

« Pour Lacan, le miroir est structurant [...] agent formateur de l'identité précoce de l'enfant. L'image spéculaire l'aide à devenir sujet, puisqu'elle lui fournit la matrice de son je symbolique et de son moi imaginaire » (Nasio, 2008, p.193).

Selon Zazzo, avant deux ans l'enfant expérimente deux facettes de lui-même, une intérieure à travers ses sensations corporelles et une extérieure avec son reflet dans le miroir. Le sentiment d'identité advient lorsque les deux se relient, aux alentours de deux ans, et que l'enfant se reconnaît dans le miroir. Ce sentiment résulte d'un double mécanisme d'objectivation (l'enfant objet parmi les objets) et d'appropriation (coïncidence entre son vécu interne et son apparence visuelle). Pour Zazzo, à partir de ce moment-là, l'utilisation du « je » se met en place dans le langage (Edmond, 2005).

L'image spéculaire ne doit pas être confondue avec l'image du corps, qui est bien plus qu'un stade et se constitue tout au long de la vie.

3. Image du corps :

P. Schilder est le premier à évoqué la notion d'image du corps. Il reprend l'idée d'un modèle postural du corps en lien avec son environnement et investi par la libido. Ses travaux, sont par la suite, contestés à cause de leur lien trop étroit avec le schéma corporel.

En effet, pour F. Dolto, « l'image du corps n'est pas une donnée anatomique comme peut l'être le schéma corporel » (F.Dolto, cité par Pyreire, 2021, p.39). Ainsi, elle part du postulat qu'il est le même pour tous les êtres humains. Alors que l'image du corps, reflet de notre histoire personnelle, est propre à chacun. En effet :

« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. [...] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. [...] L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions. » (F. Dolto citée par Scialom, Giromini, & Albaret, 2015, p.226).

Elle est donc en perpétuel mouvement et se construit tout au long de la vie, en parallèle de nos relations et de nos vécus. Elle peut être modifiée par des transformations physiques (accident, prise ou perte de poids etc.) ou sans aucun changement réellement visible (moqueries, physique différent des attendus sociétaux etc.).

« Mais notre image du corps et de ses différentes parties est influencée aussi par l'intérêt que leur porte autrui (à travers ses regards, ses gestes, ses paroles, sa façon de les toucher...), et par l'intérêt qu'autrui porte lui-même à son propre corps. Il y a une sorte d'identification corporelle (le plus souvent inconsciente) qui sous-tend l'image du corps et la représentation de soi (comme chez la petite fille coquette qui calque les attitudes de sa mère) » (Edmond, 2005, p.42).

Alors à travers l'image du corps, se façonnent des éléments constitutifs de notre identité. Elle va conditionner la manière dont je me différencie ou m'identifie à autrui mais elle va également venir influencer notre façon d'être au monde et parfois venir mettre à mal l'affirmation de notre identité.

Ainsi, l'identité se construit en relation dès la naissance. A travers les premières expériences de portage et d'interactions en relation avec la peau, le tonus, et la proprioception une unité psychocorporelle va pouvoir émerger, vectrice d'un premier sentiment d'identité. Les rapports au temps et à l'espace se développent et permettent la création d'une indépendance, de même que le développement d'expériences qui vont pouvoir permettre de fonder une continuité spatiotemporelle de l'être. Pour finir, les interactions corps et environnement vont constituer la base des premières représentations corporelles. Évolutives, elles vont, à la fois, permettre de constituer un premier sentiment d'identité, mais elles vont également avoir une influence sur cette dernière, lors de périodes de remaniements identitaires, comme à l'adolescence par exemple.

A travers tout cet exposé, j'ai montré qu': « il n'y a pas un corps fonctionnel distinct d'un corps psychique. La pensée, le désir, l'affect, la mémoire sont des gestes, des directions, des projets, des postures. Tout être vivant, y compris le plus simple, a cette faculté de stabiliser sa présence, de la rejouer, de faire signe et sens. » (Lesage, 2021, p.230).

Ainsi, c'est dans cette imbrication entre corps fonctionnel et corps psychique qu'agit la psychomotricité dans la constitution de l'identité. « Habiter son corps [...] c'est donner la mesure d'un processus psycho-corporel de subjectivation permanente des états d'un corps-en-relation pour en faire le soubassement identitaire et narcissique princeps, socle permanent de notre être au monde. » (Joly, 2009, pp.186-187).

Mais comment fait-elle ? De quels outils disposent-elle ? Et quelles sont ces limites ? Je vais tenter de répondre à ces questions dans la partie discussion.

PARTIE DISCUSSION

I. Les outils du psychomotricien :

1. Du corps à la corporéité du psychomotricien :

Arrivée en première année de psychomotricité, je fus surprise, même si je m'y attendais, par l'intitulé des cours : expressivité du corps, conscience corporelle, relaxation, etc. Il m'a fallu du temps, pour saisir l'importance de toutes ces pratiques. Cependant, la formation m'a encouragée à diversifier ma pratique personnelle, basée sur des activités rythmées et j'ai souhaité y ajouter la pratique du yoga permettant d'accéder à des ressentis plus subtils et conscients. Ces expériences m'ont été nécessaires pour comprendre le fonctionnement anatomique du corps. Elles m'ont également permis de ressentir mon propre corps avant de le mettre en jeu dans la relation thérapeutique. Ainsi, je suis devenue plus attentive aux manifestations corporelles d'autrui et à la modification de mes propres éprouvés corporels en leur présence.

Mais que se passe-t-il concrètement auprès des patients quand deux corps entrent en résonance ?

A titre d'exemple, Hakim occupe tout l'espace de la salle, par son agitation mais il maintient toujours une distance entre lui et nous. C'est rare que nous nous retrouvions en contact physique ou alors de manière très brève, dans un jeu partagé ou suite à une chute impromptue. Pourtant, sans que nos corps se touchent, l'agitation d'Hakim m'envahit, mes idées deviennent confuses et mon corps hypertonique. Je me sens à l'affût comme si je venais de revêtir le costume de son corps. C'est ce que le phénoménologue M. Merleau-Ponty appelle l'intercorporalité : « parce que nous percevons les autres corps et que nous en saisissons les messages du dehors à travers nos "yeux de chair", notre corps se trouve amené à soulever en nous-mêmes toutes les rumeurs du monde, c'est-à-dire à faire écho aux corps associés que sont les autres. » (Gatecel, 2012, p.34).

Dans ces cas-là, instinctivement et pour me sortir de cet état de torpeur, je ressens le besoin de mettre en mots ce que je vois. Par exemple, lorsqu'il se tape la tête fortement contre le gros ballon de manière compulsive, je lui dis alors « *Tu sembles avoir besoin de sentir ta tête* » « *Ta tête rebondit très fort contre le ballon tu dois sûrement ressentir plein de sensations* ». Parfois, lorsque je lui parle, il peut tourner sa tête pour me regarder tout en continuant à la taper. La plupart du temps, il continue son mouvement sans me montrer aucun intérêt. Je remarque cependant que la durée de ces instants au ballon a pu diminuer au fil de la prise en charge

Dans ces moments-là, je repense à la fonction alpha de W. Bion, explicitée plus haut. J'ai l'impression d'introjecter ses éléments bêta contenus dans son agitation, leur donner du sens grâce à ma fonction alpha, pour ensuite, à travers la parole les redistribuer en éléments alpha qu'il puisse réintrojecter. Je lui prête alors mon appareil à penser. C'est également le moyen de le nommer, de le subjectiver par les mots. Ainsi, il peut s'approprier ses sensations et les inscrire dans sa construction psychocorporelle. « En effet, cette façon que la mère a de mettre des mots sur l'éprouvé sensoriel de l'enfant constitue le fondement même de son activité psychique. ». (Gatecel, 2012, p.35).

Quant à Maria, la relation entre nos corps a été marquée, durant la deuxième partie de l'année, par des propositions incluant du toucher. Dans cette démarche, j'ai pu expérimenter le dialogue tonique, tel que théorisé par J. Ajuriaguerra, pour qui, les échanges infraverbaux étaient nombreux. Je me retrouvais alors instinctivement à ajuster mon tonus, à ralentir mes gestes, à mettre plus de force dans mon toucher. Bien évidemment, en lui demandant toujours son autorisation et en m'assurant au fil de la séance qu'elle est toujours consentante. Je ne prétends pas être omnisciente et mes propositions ne sont parfois pas ajustées, notamment lorsque je les mentalise trop après les avoir ressenties. Ce qui me surprend le plus, ce sont les différents moments où saisie d'une espèce d'intuition, je me mets à agir sans l'avoir programmé.

Lors d'une séance au tapis, j'utilise des foulards pour venir porter différentes parties de son corps tels que : les coudes, les poignets, les chevilles, et les genoux. Je ressens alors l'envie de porter son corps dans son intégralité. Cependant, cela ne me paraît pas être le moment opportun. Il me faudrait couper la relation établie pour aller chercher le matériel nécessaire. Nous continuons donc la séance et la terminons par un temps de jeu du docteur. Maria finit par jouer la malade et je suis le docteur. A un moment, elle me dit qu'elle a mal aux jambes. Spontanément, je lui dis alors que je vais les plâtrer et je me retrouve à saisir le plaid pour les immobiliser comme si elle portait un vrai plâtre. A la fin de la « consultation » je lui demande si elle a toujours mal aux jambes elle me répond que oui, je l'interroge alors : « *comment allez-vous faire pour rentrer ?* ». La psychomotricienne, qui jouait le rôle de sa maman, a alors proposé qu'on la porte ensemble sur le matelas pour l'emmener jusqu'à chez elle. Maria y a pris beaucoup de plaisir et a pu verbaliser par la suite qu'elle avait aimé et qu'elle souhaiterait le refaire. Ainsi, mon intuition première de vouloir la porter était donc juste et a inconsciemment guidé le reste de la séance. En effet, sur l'instant lorsque je lui immobilise les jambes, je suis mon instinct, rien n'est pensé, rien n'est calculé. J'agis sans m'imaginer la suite, ce n'est qu'une fois l'action réalisée que j'ai compris où

elle pouvait nous mener. J'utilise le nous car ce n'est qu'en co-construction avec Maria et la psychomotricienne que ce moment a pu se réaliser.

S. Lebovici appelle ces intuitions, un moment d'« enaction » : « au cours duquel une action devient possible dans l'instant, car elle a été préparée par toute une maturation émotionnelle qui la rend possible, un petit peu comme si l'action motrice qui s'impose alors avait valeur de processus métaphorisant de toute l'élaboration interne et des associations qui la sous-tendent » (Golse, 2008, p.334).

Pour C. Potel, les intuitions sont rendues possibles grâce au contre transfert corporel qui se base sur la réceptivité polysensorielle du psychomotricien. Ce sont alors les éléments moteurs, infraverbaux, sensoriels du patient qui vont venir se projeter, se transférer sur le corps du clinicien et guider ses actions (Potel, 2015).

Dans le dictionnaire Larousse, le mot corps correspond à « la partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur ». Toutefois et au vu de tous les processus mis en jeu dans la relation, il serait plus juste de parler de la corporéité du psychomotricien : « nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel. » (Giromini, 2012, p.257).

A l'image de la préoccupation maternelle primaire, le psychomotricien est attentif aux patients, à ses besoins et nous lui prêtons notre corps pour leur réalisation et notre appareil à penser pour venir y mettre du sens. Cependant, à l'inverse de la mère « le thérapeute, lui, doit en même temps assumer cette préoccupation tout en se dégageant de son attrait fusionnel. » (Potel, 2015, pp.123-124). L'instauration d'un cadre thérapeutique va alors venir faire tiers et donner une place propre à chacun dans la relation.

2. Instauration d'un cadre thérapeutique adapté facteur d'intersubjectivité :

Le cadre thérapeutique va définir l'ensemble des conditions pratiques (espace, temps, matériel, personnes, règles) et psychiques (engagement corporel, réflexivité du thérapeute) au sein duquel la séance va se dérouler. Il va à la fois contenir et limiter les gestes, les échanges, la relation. De plus, son utilisation va permettre d'accéder à la symbolisation (Potel, 2019).

S'il est important que certains aspects du cadre restent fixes, jouant alors le rôle d'invariants rassurant (horaire, rituels de début et de fin de séance, utilisation de comptines etc.), il est

également primordial qu'il puisse être modulable pour s'adapter à l'évolution du patient, à ses agissements ainsi qu'à nos observations. C'est donc un jeu d'équilibre permanent entre contenir et séparer, limiter tout en donnant la place nécessaire au patient pour qu'il puisse s'exprimer

2.1. Hakim, le cadre comme organisateur de la relation :

Au vu de la difficulté d'Hakim à se séparer de sa maman, les séances sont au départ très structurées et le cadre proposé est très contenant. Une proposition est installée avant son arrivée pour lui donner envie et favoriser la mise en relation. De plus, sur le tableau sont notés les différents temps de la séance qu'il vient barrer au fur et à mesure de leur réalisation, afin de structurer le temps de séance et qu'il puisse se représenter son avancée. A chaque moment de transition, nous lui montrons le *time timer* pour qu'il puisse se représenter le temps qu'il reste avant de retrouver sa maman. Une chanson a d'ailleurs été pensée pour symboliser ce moment de retrouvailles. Cette chanson est devenue un temps de rituel, qu'il utilise encore aujourd'hui. L'instauration de ce cadre a été très bénéfique pour permettre de rentrer en relation mais il a très vite été mis à mal.

En effet, par la suite Hakim a de nombreuses demandes et va directement chercher par lui-même dans les placards ce qui l'intéresse. Il passe alors d'une activité à l'autre sans ranger. Le cadre est alors repensé pour venir limiter son agitation et ses gestes impulsifs. Nous devons à deux nous unir pour lui rappeler les interdits, les règles tout en étant vigilantes à assurer sa sécurité physique. Nous sommes même parfois obligées de fermer les tiroirs à clés ou encore les volets. En effet, lorsqu'il entend des bruits de moto, il va voir à la fenêtre pouvant parfois l'ouvrir pour dire qu'il est occupé. Il a pu progressivement intégrer la fonction limitante du cadre. Il lui est désormais possible de s'arrêter quand on dit non, de nous aider à ranger sans qu'on ait besoin de le lui demander. Le cadre a donc été propice à ce qu'il puisse prendre en compte l'autre et ses demandes. Cet exemple illustre la fonction tierce jouée par le cadre lui permettant d'accéder à l'intersubjectivité en limitant ses pulsions.

Cependant, une grande adaptabilité et présence psychocorporelle sont requises pour accéder à ses requêtes tout en les détournant pour qu'elles se déroulent dans le respect du cadre de la séance. « Le cadre n'est rien d'autre qu'une coquille vide, s'il n'est pas habité. Il ne reste, dans ce cas-là, que des règles et des consignes abstraites et dépourvues d'affect si elles ne sont pas incarnées par les soignants. » (Chouvier, 2010, P32-33).

2.2. Maria, un cadre contenant soutien à son processus d'individuation :

Dans le suivi de Maria, chaque séance est préparée et pensée à l'avance. En effet, Maria adoptant une posture passive, nous devons nous engager tant corporellement que psychiquement pour qu'elle nous suive dans les propositions. Nous essayons autant que possible de la rendre actrice en la questionnant, en la valorisant, en l'encourageant. De même, parfois elle est incapable d'exprimer ses demandes, il est alors nécessaire de lui prêter notre appareil à penser pour les déchiffrer. De plus, ses difficultés de compréhension font que nous devons chercher comment reformuler nos paroles pour qu'elle puisse nous comprendre.

En termes d'espace, nous pensons nos positionnements de sorte qu'elle soit dos au miroir afin que la présence de ce dernier ne vienne pas compromettre notre relation. Maria ne voit pas le temps passer en séance et elle a des difficultés de séparation. Elle nous dit souvent « *Oh non c'est déjà fini ?* ». Ainsi, à la suite d'un temps sur le trampoline en fin de séance, elle inventa une chanson. J'ai proposé que nous l'instaurions comme un rituel de fin pour l'aider à mieux l'appréhender. Dorénavant, à tour de rôle nous venons y sauter en y exprimant ce qu'on a aimé ou pas pendant la séance, ce qu'on aimerait faire. Elle l'investit de manière différente, parfois elle exprime ses ressentis sur la séance, d'autres fois elle chante des chansons qu'elle invente ou juste elle saute. Ce temps lui est nécessaire et joue le rôle de « sas » lui permettant de mieux accepter la séparation tout en lui offrant un espace d'expression.

Au fil des séances, Maria est devenue de plus en plus actrice. Ainsi, nous les préparons mais celles-ci se retrouvent modifiées par les propositions qu'elle nous apporte. En effet, lors de moments de transition, elle peut se saisir d'objets, proposer des mouvements, mais ce qu'elle aime le plus c'est imiter les animaux. Lors d'une séance, elle le fait sans même nous l'indiquer en nous parlant juste à travers des sons d'animaux. Soudain, elle imite le chat en se dirigeant vers les balles et alors on ne sait plus très bien qui veut la balle, le chat ou Maria. La psychomotricienne va alors dire que quand elle souhaite jouer à ce jeu, elle doit nous l'indiquer, nous le verbaliser avec des mots sinon on ne peut pas la comprendre. De plus, elle introduit alors trois coups de tambour au début et à la fin du jeu pour aider Maria à sortir de son personnage et bien distinguer le jeu de la réalité. Le cadre vient alors jouer le rôle de limite par l'instauration de nouvelles règles et l'aide à entrer dans la dimension symbolique du jeu.

3. L'utilisation d'objets comme médiateurs thérapeutique :

En psychomotricité, l'instauration de la relation s'appuie sur l'utilisation d'objets médiateurs. Ils organisent les temps de rencontre et jouent le rôle d'intermédiaire entre soi et l'autre. « Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour faciliter la relation, l'échange et la communication avec autrui » (Giromini, 2012, p.255). Dans notre suivi avec Hakim, l'utilisation d'objet joue un rôle crucial dans nos séances. Ils nous servent de support quand il s'isole ou quand il se disperse.

3.1. Le gros ballon, objet facilitateur de relation :

Le gros ballon est l'objet qu'Hakim nous demande le plus. Il l'utilise principalement seul pour tester les limites de son corps, soit en se frappant la tête contre, soit en se projetant dessus très fortement. Nous pouvons également le détourner pour lui donner une autre fonction et instaurer une relation. Ainsi, après qu'Hakim s'en soit servi de manière individuelle, la psychomotricienne s'en saisit et propose un jeu partagé. Nous devons nous le faire passer chacun notre tour en énonçant un nom d'animal. Il rencontre des difficultés à accepter l'alternance et l'attente. Par moment, il accapare le ballon mais peut, par la suite, le redonner. Nous réutilisons ce même dispositif ultérieurement en y associant des variations de rythme, les animaux se déplacent alors plus ou moins rapidement en fonction de leurs spécificités. Lorsque je lui passe le ver de terre, l'attente est trop longue, il trépigne et finit par me le prendre des mains avant qu'il n'arrive jusqu'à lui. Cependant, le ballon peut cette fois-ci circuler de manière plus fluide et il accepte mieux de le partager.

Entrer en relation est compliqué pour Hakim, le ballon permet de matérialiser la relation, la place, le tour de chacun et fait tiers entre lui et nous. « L'objet a pour fonction essentielle de favoriser et de faciliter l'ouverture à l'intersubjectivité. » (Bouvier, 2010, p.33).

3.2 Le drap de danse, médiateur entre dedans/dehors :

Dans la partie théorique, nous avons vu que l'acquisition de la représentation dedans/dehors, fondamentale dans la construction identitaire, prenait forme grâce aux interactions précoces lors du toucher ou du portage notamment. Pour les patients comme Hakim, ne supportant pas le contact physique ou ayant des difficultés dans la relation, nous pouvons utiliser le drap de danse comme objet médiateur.

Lorsque Hakim est à l'intérieur du drap de danse. Il bouge dans tous les sens, étire le drap autant qu'il peut. Dans ces séquences, j'ai vraiment l'impression qu'il cherche les limites de son corps. Puis, il vient sortir sa tête pour vérifier que nous sommes toujours présentes, nous sourit et prend une respiration. Le drap de danse permet alors de symboliser la différence entre lui, enfermé dans le drap et nous dehors. Pour venir à notre rencontre, il doit alors sortir sa tête du drap, ce geste fait alors l'intermédiaire entre l'intérieur et l'extérieur, lui et autrui.

Par la suite, il intègre des balles, représentatives d'éléments extérieurs, à l'intérieur du drap de danse. Après quelques mouvements enfermés avec les balles, il vient en mettre certaines dehors. A travers ce geste, il symbolise que des objets entrent puis ressortent, donc qu'une limite existe entre l'intérieur et l'extérieur. Ensuite, je lui propose de guider ses mouvements, ce qu'il accepte. Je lui fais alors prendre différentes positions, notamment celle en enroulement pour le regrouper. Le retour à une posture d'enroulement me semble importante pour Hakim qui est si préoccupé par les problèmes des adultes. C'est à travers cette position que « le bébé connaît le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié » (Robert-Ouvray, 2010, p.47). A d'autres moments, la psychomotricienne se met à sa tête, je me place à ses pieds et on peut alors lui faire ressentir grâce au toucher une unité corporelle importante à acquérir pour la construction de sa subjectivité.

La présence du drap de danse comme intermédiaire entre lui et nous, fait qu'il peut accepter d'être touché. A travers cet exemple je constate que :

« Ce qui est thérapeutique, c'est la rencontre entre deux niveaux de sens : un dispositif pensé, construit et encadré par des thérapeutes, et une matière capable de susciter envie et désir qui serve de médiateur. Le point de contact entre les deux niveaux n'est rien d'autre que le relationnel. La matière, l'objet concret présenté, médiatisent la relation entre le soignant et le patient, relation qui risquerait sinon d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale. » (Chouvier, 2010, p.32).

II. Corps en relation et émergence du sujet :

1. Corps accords, création d'un rythme intégratif :

La seule modalité tonique que connaît Hakim est celle de l'hypertonie, ses gestes sont brusques, précipités. Hakim est toujours en action et il ne connaît aucun moment de détente. Si j'interprète cette information à travers la théorie de l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray évoquée

plus haut, j'ai l'impression que l'intégration motrice est défaillante. En effet, il ne semble connaître que l'une des deux polarités, celle de l'hypertonie, du dur. Ainsi, il ne peut pas accéder à d'autres nuances toniques plus propices à l'harmonie de sa motricité et vectrices de relation.

Alors, en filigrane de toutes nos propositions se trouve l'idée de lui faire accéder à l'autre polarité tonique, celle de l'hypotonie, du repos. Notre but est d'essayer d'introduire dans ses actions un temps de latence, une pause, lui permettant la découverte progressive de ces deux extrêmes. Par exemple, lors d'un parcours qu'il répète en boucle en courant, je joue l'agent de circulation qui vient réparer le parcours et l'oblige à s'arrêter en l'empêchant d'avancer. Il peut s'immobiliser un court instant mais cela l'agace très vite et alors il me dépasse pour continuer sa course. Mon action n'était pas appropriée, sa durée ne permettait pas la création d'un aller-retour entre les deux positions qui est indispensable à leur intégration.

C'est lors d'une co-construction d'un jeu qu'il peut venir explorer une première alternance. Hakim demande à sortir les briques, la psychomotricienne se met alors à construire des tours qu'il prend un malin plaisir à détruire. Il répète l'expérience et quand la tour se détruit, en mimétisme, il s'allonge sur le matelas. J'ai alors l'image d'un robot qui se serait déchargé. Je me saisis donc de deux briques que je pose sur son corps en disant « *Bip bip moment de chargement de la batterie du robot* ». Il se laisse faire puis me dit « *c'est bon* » et repart en utilisant cette fois-ci un décompte avant de détruire la tour. Nous répétons l'expérience de nombreuses fois et les temps de chargement sont, à sa guise, plus ou moins longs. Nous avons ici deux espaces qui se font face : l'espace de destruction et l'espace de recharge/soin, représentatifs des deux pôles toniques : l'hypertonie qui détruit et l'hypotonie qui détend.

À la suite de cette proposition, il peut, lors d'une autre séance, proposer par lui-même l'instauration de ces deux polarités. Il nous entraîne alors avec lui à éteindre de nombreux feux. Nous courons en tournant très vite dans l'espace autour des matelas, tout en imitant le bruit de la sirène des pompiers. Puis, une fois arrivé sur le lieu de l'incendie, nous l'éteignons.

Lorsque le feu est maîtrisé, il indique que l'heure est venue de nous reposer et s'allonge sur le matelas. Ce repos est de courte durée car une nouvelle urgence nous attend. Là encore, nous répétons ce jeu de nombreuses fois. Il est intéressant de remarquer que lors de la pause, il peut parfois fermer les yeux. Puis, avant de repartir il nous regarde et si nous nous plaignons en disant que nous sommes encore fatiguées ou que nos yeux sont fermés, il peut parfois s'adapter et augmenter légèrement le temps de repos.

« Si la bipolarité est innée et immédiate, l'intégration des deux positions extrêmes, c'est-à-dire leur mise en rapport et leur dialectisation qui donnent accès à l'ambivalence est dépendante d'un rythme relationnel suffisant [...] Entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se construit en tant que sujet. » (Robert-Ouvray, 2010, p.86).

Ainsi, c'est ensemble dans la relation, en alternant les polarités toniques qu'a pu émerger la présence d'autres positionnements. Lors du jeu du robot, chacun a une position bien définie mais tout le jeu s'organise autour d'Hakim. Alors que dans le jeu des pompiers, même s'il nous dirige nous agissons ensemble dans un but commun. Nous sommes alors passées d'exécutantes, avec pour seul but celui de construire et recharger, à celui de partenaires avec qui il éteint le feu. L'accès à des moments de repos, lui a donc également permis l'instauration d'une intersubjectivité et donc d'être à l'écoute, attentif à l'autre.

2. Corps à corps, du toucher à l'affrontement :

Lors de la première partie de l'année, à chaque séance, nous proposons à Maria un temps d'échauffement corporel en individuel. Lors de cette proposition, elle dit souvent que la balle lui fait mal ou encore que les percussions corporelles lui sont douloureuses. La frontière entre l'extérieur et l'intérieur de son corps semble poreuse, le moindre contact la heurte. De plus, lorsqu'à un moment nous passons la balle sur notre tête, elle me répond : « *Mais comment je fais, je peux pas voir dedans...* ». Ici se pose encore une fois la question de la limite dedans/dehors, qu'est-elle censée apercevoir de son corps à l'extérieur ? C'est d'ailleurs peut-être à cette question qu'elle tente de répondre quand elle scrute inlassablement son reflet dans le miroir.

Dans la partie théorique, j'ai pu démontrer que l'enfant accédait à des représentations dedans/dehors stables grâce aux nombreux contacts physiques avec son environnement. Ainsi, dans la deuxième partie de l'année, nous décidons de créer un temps de conscience corporelle en duo, en incluant du toucher. « Le toucher s'inscrit dans le projet du thérapeute, [...] il peut soutenir un travail d'intégration corporelle en donnant au partenaire le cadre et les moyens de contacter des aspects essentiels, en particulier ses limites, ses zones fermées ou nouées, ou tout simplement moins investies. » (Lesage, 2012, pp.249-250).

Maria s'allonge sur le tapis et je viens lui proposer différents types de toucher avec ou sans objets médiateurs. J'utilise alors des balles à picots, des ballons semi-gonflés, des sacs lestés, des foulards etc. Avant de commencer, je lui explique ce que je vais faire et le cas échéant, je lui fais toucher l'objet que j'utilise. Je commence toujours par les pieds pour remonter jusqu'à la tête en nommant

chaque partie de son corps successivement. Je lui demande également régulièrement si elle souhaite que je fasse plus ou moins fort. Pendant ce temps-là, la psychomotricienne s'allonge sur un matelas à côté, les yeux fermés pour ne pas la déconcentrer où qu'elle se sente regardée.

Elle investit très bien ce temps, dit qu'elle adore « *les massages* » et se rallonge seule sur le tapis à chaque début de séance. Elle peut me dire quand c'est agréable ou trop fort. Cependant, elle semble avoir besoin d'être constamment en interaction, elle me parle, me pose des questions, fait parler ses mains, les objets. De plus, j'ai l'impression qu'elle cherche à se créer une carapace tonique en optant pour un tonus pneumatique, respiration coupée et les épaules contractées proche de ses oreilles. Il me semble que tous ces comportements la rassurent, rendent la situation moins impressionnante pour elle qui est de nature si angoissée et qui se retrouve alors au centre de l'attention.

B. Lesage nous dit que l'intérêt des approches corporelles, tel que le toucher, n'est pas « le plaisir que ce type d'exploration procure, mais [...] ce qu'elle modifie dans le rapport au monde et à soi » (Lesage, 2021, p.48). L'instauration de ce premier temps de conscience corporelle avec Maria a progressivement eu un impact sur le cours de nos séances. En effet, elle se mit, à la suite de ce temps, à faire des explorations par elle-même notamment de son corps en relation avec les objets de la salle. Ainsi, à la suite de notre moment en duo, elle s'intéresse à un des rouleaux en tissu qui semble l'intriguer. Ce rouleau est présent dans la salle depuis le début de son suivi mais c'est comme si aujourd'hui, il venait prendre une autre valeur. Elle explore donc cet objet en s'allongeant dessus, puis en se balançant. Elle finit par lui mettre des claques mais il n'est pas assez résistant et tombe à de multiples reprises. Je lui propose alors de le tenir pour qu'elle puisse, quand elle tape, sentir une résistance. Je suis alors entraînée à tenir le rouleau face à une salve de coups plus ou moins forts avec les mains, les coudes, les fesses, la tête. Puis, ce rouleau ne la satisfait plus. Elle en choisit un plus gros, plus dur, ceux des modules de psychomotricité. Elle investit alors tout l'espace de la salle en avançant à mesure qu'elle frappe sur le rouleau. Je joue toujours le rôle de support et je me retrouve donc à de multiples reprises coincée dans des recoins de la salle. Je suis impressionnée par son engagement tonique à cette occasion, tous ses muscles semblent être contractés des pieds aux mâchoires et la force recrutée est importante. Nous lui soulignons d'ailleurs à de multiples reprises, qu'elle est forte, qu'elle a des muscles. Nous lui demandons également si elle est en colère ou si c'est un entraînement et ce que le rouleau représente. Elle nous répond alors que c'est un entraînement et que le rouleau est « *quelqu'un, une personne* » mais sans être capable de nous la citer. Je ne peux alors pas m'empêcher de faire

le parallèle avec le harcèlement dont elle est victime à l'école. C'est comme si cette séquence lui permettait de rejouer ce vécu et de passer de la victime au bourreau.

A la lecture de cette séquence, nous avons l'impression qu'elle cherche corporellement à se construire « une densité liée à un saisissement tonique, impliquant une notion de limite et de contenance. » (Lesage, 2012, p.157). Cette densification est possible grâce au recrutement et à l'organisation tonique va se structurer autour d'un axe unificateur (Lesage, 2012). Les difficultés de construction de l'axe de Maria, évoquées plus haut, semblent alors être en lien avec cette recherche de densité.

Ainsi, nous orientons nos séances autour de la construction de son axe corporel. Encore une fois, c'est elle qui nous montre la voie à travers les actions réalisées à la suite du temps de conscience corporelle. Elle cherche à pousser, la psychomotricienne propose alors de travailler sur l'ancrage au sol. On s'imagine alors à tour de rôle être un arbre solide, avec des racines très profondes, que les deux autres essayent de déplacer. En effet, « la dynamique de l'axe est conditionnée par un bon ancrage dans le sol à partir duquel le corps s'érige dans un repoussé » (Lesage, 2012, p.165).

Elle cherche à tomber, je lui propose de faire le jeu de la bouteille ivre. Il consiste à nous tenir le plus droite possible, à nous laisser tomber et à nous faire réceptionner par les mains de notre partenaire situées dans notre dos. Puis, ce dernier nous donne une impulsion nous permettant de nous remettre droit. Se laisser tomber lui fait au début trop peur. Nous montrons donc l'exemple et elle doit, avec l'aide de l'une d'entre nous, nous réceptionner. Elle est alors très impliquée, son recrutement tonique est important et la force mobilisée pour nous repousser également. Elle finit par accepter l'échange des rôles et, même si elle se met en hyperextension, elle peut se laisser tomber puis prendre appui sur nous pour repartir. « L'émergence d'une tonicité axiale [...] se fait dans une dialectique support- poids- repousser » (Lesage, 2021, p.134).

Repousser est ce qu'elle recherche le plus. A tel point que lors d'une séance, elle fait des grognements, fronce les sourcils et avance sa tête devant nous comme pour nous provoquer. J'ai alors l'impression qu'elle cherche le contact avec sa tête, j'avance donc la mienne. Elle colle alors son front contre le mien et à l'image d'un affrontement de gladiateurs tente de me repousser.

Nous essayons de détourner le jeu en lui disant qu'on peut pousser contre l'épaule ou alors contre le tapis collé au mur. Elle le fait un peu mais ce qu'elle recherche le plus c'est le contact frontal.

Ainsi, à travers cette séquence, elle semble s'affirmer, cherche à prendre sa place. Est-ce que le travail corporel mené autour de l'axe a une répercussion psychique sur sa construction

identitaire ? A la lecture de cette séquence et des dires de B. Lesage c'est ce que nous pouvons supposer : « l'axialité s'insère dans un ensemble de processus qui construisent ensemble ce qu'on peut appeler de façon globale la subjectivité ». (Lesage, 2012, p.156).

3. Du jeu au « je » :

Pour D.W. Winnicott, « jouer est une thérapie en soi [...] le jeu des enfants contient tout en lui-même » (Winnicott, 1975, pp.102-103).

F. Joly a développé l'intérêt du jeu comme médiation en psychomotricité, il constitue le « carrefour princeps du processus de subjectivation » (Joly, 2003, P9). Il participe également à la construction de l'enfant : « l'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps-en-relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle » (Joly, 2003, p.11). On voit alors que le jeu touche à la fois les sphères motrices, affectives, cognitives et représentatives. C'est ce qu'il appelle « le carrefour psychomoteur du jouer » (Joly, 2003, p.11).

C'est cette médiation que nous utilisons principalement lors de nos séances avec Hakim et Maria. Nous avons recours à ce que J. Piaget nomme les jeux symboliques, avec ou sans objets « l'enfant joue à "faire semblant" et attribue une signification aux objets. Il simule des événements imaginaires, interprétant des scènes au moyen de rôles, en imitant des personnages fictifs ou réels. » (Aucouturier, 2017, p.13).

3.1. D'Hakim le tyran à Hakim le partenaire :

Lorsque des jeux s'instaurent avec Hakim, cela se passe de manière spontanée. Il demande des objets tels que le sable magique, le parachute ou les briques et à partir de ce matériel on va inventer un jeu. Le parachute devient une cabane qui se transforme en école et le sable magique des gâteaux ou du thé à partager lors d'un goûter.

Au départ, lors de l'instauration de jeux symboliques, il est très autoritaire dans sa maîtrise du lien et de l'environnement. Il nous dicte nos comportements : « *Toi tu vas là !* » « *Toi tu fais ça !* » « *Non pas comme ça !* » ; il détruit nos constructions ou rejette nos propositions. C'est toujours lui qui joue l'adulte, il nous prépare à manger pour le goûter, joue le rôle du maître. Nous sommes les enfants qu'il fait attendre ou encore les mauvais élèves à qui il dit que le travail n'est tellement pas satisfaisant qu'il faut le mettre à la poubelle. Avec la psychomotricienne, nous nous retrouvons souvent exclues à tour de rôle. Je me suis questionnée, peut-être que dans ces situations il nous

faisait vivre ce que lui vivait dans le réel et notamment à l'école où il est en marge du groupe et se trouve en difficultés pour répondre aux attendus.

Nous cherchons alors dans le jeu à faire émerger d'autres possibles. Ainsi, lors de la préparation du goûter, nous imaginons que nous allons au parc, jouer, pendant qu'il cuisine. C'est donc à lui de nous appeler pour nous dire que l'on peut revenir et que c'est prêt. Cela le met donc dans une tout autre posture. Il doit sortir de la toute-puissance de nous faire attendre pour nous appeler et que l'on revienne vers lui goûter ses productions. Dans le jeu de maître et maîtresse nous avons intégré une récréation pour que l'on puisse aller s'amuser hors de la classe et qu'un autre espace existe dans la symbolisation, celui du plaisir et pas seulement celui de la punition. La présence de cet espace lui a permis d'accepter d'échanger les rôles et de passer du maître à l'élève.

Nous avons beaucoup travaillé sur le rapport à l'autre dans nos interactions. Nous alternions les positions, nous ne répondions pas à tous ses désirs, montrions notre insatisfaction. A fur et à mesure, quelque chose s'inscrit et il peut plus facilement prendre en considération nos propositions. Lors de jeux de construction, il nous demande si nous n'avons plus besoin d'une brique avant de la prendre. Il peut prendre spontanément un personnage pour incarner la fille et répondre au personnage de la psychomotricienne qui était à sa recherche. Lors de jeux de dînette, il prépare un gâteau, sans trop nous faire attendre et décide que l'on célèbre ensemble mon anniversaire. A la fin d'un jeu de docteur où je joue sa fille, après m'avoir fait pleurer en me piquant à de nombreuses reprises, il vient prendre soin de moi de manière maternante en me donnant des médicaments. Nous découvrons alors une autre facette d'Hakim et pouvons prendre plaisir à partager des jeux avec lui. Notre place n'est plus seulement d'être le mauvais objet qu'il martyrise mais nous sommes devenus de réels sujets, partenaires de jeux. A la fin d'une séance, il nous demande même si nous pouvons venir jouer chez lui. Il change lui aussi de rôle, passant du tyran à l'enfant prenant du plaisir à jouer ensemble et capable de moments de sollicitude.

Ainsi, à travers l'exemple d'Hakim je m'aperçois que : « le jeu peut alors prendre la valeur d'une "exploration" des situations subjectives, d'une "création" et re-création de la subjectivité, d'une découverte ou d'une invention d'une nouvelle forme de relation ou de rapport à soi-même ou à l'autre » (Roussillon, 2003, p.23).

3.2. De Maria la timide à Maria la chanteuse :

Avec Maria, nous jouons sans objets à manipuler, sinon elle se disperse dans son exploration et coupe la relation. Contrairement à Hakim qui introduit le jeu, c'est nous qui le portons auprès de Maria.

Lors d'une séance, nous lui proposons de réaliser des traversées, dont le début et la fin sont matérialisés par deux tapis l'un en face de l'autre. Nous faisons alors semblant d'être dans un environnement avec des conditions particulières : chaud, froid, pluvieux. Elle se saisit très bien du jeu, cela la fait même beaucoup rire. Par la suite, elle est même capable de nous faire des propositions, toutes plus loufoques les unes que les autres. On traverse en marchant sur des *pop-corn*, du poulet, des élastiques etc. Nous faisons, lors d'une autre séance, évoluer la proposition en incarnant des personnages ou des animaux. Elle nous surprend alors en imitant, le chien, le bébé et la star à la perfection. Elle, qui est de nature plutôt réservée, qui n'ose pas, qui craint de se faire mal ou de se salir engage toutes ses capacités expressives dans cette proposition. Elle adopte un air assuré en imitant la star qui se déhanche, elle rampe au sol comme un bébé et imite le chien en colère qui aboie très fort et fronce les sourcils.

Ultérieurement, je propose qu'on fasse semblant d'aller à la piscine pour aller au-delà de l'imitation et essayer de construire, avec elle, une histoire. Elle se transforme alors très vite en sirène qui se déplace en sautant pieds joints. Je l'imites, puis nous nous installons sur un rocher matérialisé par des modules. Je lui propose alors de chanter comme les sirènes. Elle m'écoute le faire et peut, par la suite, me suivre. A la fin de cette séance, elle a besoin d'un temps sur le trampoline avant de quitter la salle. Elle invente alors une chanson en sautant : « 1-2-3 Je chante, 4-5-6 une pétale de rose avec des paillettes, 7-8-9 je suis une sirène, je rentre à la maison ». Elle qui au départ paraissait si inhibée, qui n'osait jamais rien dire de peur de se tromper ou de nous déplaire, ose maintenant sortir sa voix et inventer sa propre chanson.

A travers ces séquences je constate à quel point, « le besoin d'expression est universel et il est redynamisé avec l'usage des médiations. Dire le soi, à travers [...] des créations [...] représente le fond de l'expressivité. Il s'agit du mouvement par lequel le sujet se révèle à lui-même dans la mise au dehors, sous le regard de tous, de ce qui constitue sa propre substance. » (Chouvier, 2010, p.34). L'utilisation du jeu, lui permet de braver les interdits internes qui la freinent dans son expression au quotidien : elle peut se salir, prendre de la place, proposer des choses par elle-même.

Cependant, je remarque que dans les jeux proposés, il y a très peu de paroles ou de dialogues. De plus, il est compliqué de reproduire dans le jeu partagé, des situations de la vie réelle. Lorsque pour la première fois nous lui proposons de jouer au docteur toutes ensemble, elle est gênée, ne comprend pas et demande s'il est possible de le faire plutôt avec une poupée. Elle finit par accepter, mais elle est peu participative, en retrait et nous laisse animer le jeu en répondant majoritairement par oui ou non. Quand c'est à son tour de jouer le docteur, elle se disperse. Elle sort alors du jeu en touchant les objets de la mallette nous interrogeant sur leur fonction. Je remarque à quel point, il est difficile pour elle de mélanger dans le jeu des aspects de la réalité : pourquoi jouer au docteur avec nous si nous ne sommes pas malades dans le réel ?

L'imaginaire auquel elle a recours est principalement peuplé de fées, de princesses et de sirènes. De plus, elle n'invente que très peu d'histoires et elle réalise des imitations de manière plaquée correspondant à ce qu'elle a pu voir dans son quotidien ou à la télévision. Je constate donc que l'accès à la symbolisation secondaire est en cours d'acquisition. Quoiqu'elle présente, elle n'est utilisée que pour se projeter dans un monde idéalisé. Elle ne peut pas encore s'approprier le jeu de faire semblant dans ses fonctions compensatrices ou liquidatrices comme l'expliquait J. Piaget. Utiliser le jeu pour revivre de façon déplacée quelque chose de sa réalité reste encore difficile. Pour l'aider dans cette tâche nous aurions pu, durant le jeu du docteur, introduire une poupée avant de lui demander de jouer elle-même la place de l'enfant malade.

Dans les deux dernières parties, j'ai montré les avancées de Maria et d'Hakim lors des séances de psychomotricité. Pour simplifier le récit et favoriser sa clarté, il a été organisé de telle sorte que ces évolutions apparaissent de manière linéaire. Cependant, comme j'ai pu le démontrer dans la partie théorique, la construction identitaire est plus complexe que cela. C'est un processus dynamique, constitué de régressions et d'avancées qui dépend de nombreux facteurs ; notamment, celui de la nature des échanges avec son environnement social (famille, école etc.)

Les difficultés psychomotrices auxquelles ils font face entraînent des répercussions sur leur scolarité. Ils redoubleront tous les deux une classe à la rentrée prochaine. Sur le plan familial, je me questionne. Si à leur contact j'ai connu un état de sidération, qu'en est-il de leurs parents au quotidien ? Comment se comportent-ils face à leur différence et leur particularité ?

III. Différences et relations avec l'environnement familial :

« *Si on avait pu choisir, forcément on aurait choisi un enfant parfait* », ce sont les paroles de la maman d'Hakim prononcées devant lui lors d'une fin de séance. Elle nous racontait alors les différends existant entre eux et la maîtresse concernant son passage en GS. Ainsi, de bébé miracle qu'ils attendaient tant et qui les comble de joie, Hakim est aujourd'hui un enfant turbulent, différent, que personne ne comprend. Ses parents le perçoivent alors comme « une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître [...] Cet enfant-là est loin, très loin, de l'enfant espéré [...] à savoir l'enfant merveilleux qui doit réaliser tous les souhaits secrets des parents » (Korff-Sausse, 2011, p.43).

Les parents d'Hakim semblent d'ailleurs avoir du mal à faire face à ce miroir brisé et à la réalité des difficultés de leur enfant. Les tensions autour du passage en CP en constituent un bon exemple. Ils y cristallisent toutes leurs attentes. Comme si ce passage dans la cour des grands pouvait tout réparer et notifier une avancée dans les apprentissages qui serait rassurante. Ils vont donc « déployer une suractivité dans le but de prouver [...] que l'enfant est tout à fait normal. » (Ringler, 1998, p.97).

Dans ce but, la mère s'investit, elle lui donne des cours particuliers à l'aide de jeux éducatifs ou de lignes d'écritures. Tel un adolescent à qui on demande de faire des efforts pour avoir un meilleur bulletin scolaire, ils lui disent que pour passer en CP, il faut qu'il se concentre, qu'il écoute et qu'il travaille dur. « L'enfant [...] nié dans sa spécificité douloureuse n'est pas loin d'être rejeté. [...] En tout cas, il n'est pas reconnu pour ce qu'il est » (Korff-Sausse, 2011, p.66).

La mère semble cependant plus au fait de la réalité. En effet, elle se charge de l'emmener à tous ses rendez-vous au CMP. De plus, c'est elle qui a convaincu son mari de monter un dossier pour qu'Hakim puisse bénéficier d'une AESH, ce qui, selon ses dires, n'était pas chose aisée. Le père n'est pas du tout investi dans le suivi d'Hakim. Il a accepté de venir une fois à un rendez-vous avec son consultant, mais en ce qui nous concerne, nous ne l'avons jamais rencontré. Il semble nier toute difficulté et est prêt à tout pour qu'Hakim passe au CP : payer un professeur particulier, le mettre en école privée ou encore faire entendre raison à sa maîtresse. « La troisième méthode d'administration du sentiment de faute que peuvent ressentir les parents devant leur enfant déficient consiste à expulser leurs sentiments et leurs penchants agressifs de leur monde intérieur en les localisant sur des personnes de leur entourage. » (Ringler, 1998, p.95).

Quant à Maria, à l'inverse d'Hakim, elle n'était pas attendue à la naissance. Comme expliqué dans l'anamnèse, dès son arrivée, les liens ont été compliqués à tisser entre la mère et son enfant. Aujourd'hui leur relation est teintée d'ambivalence. D'un côté, la mère s'investit dans le réel pour emmener sa fille à ses trois rendez-vous hebdomadaires d'orthophoniste et de psychomotricité malgré son emploi du temps de soignante très chargée ; de l'autre, ses paroles sont très dévalorisantes à son égard. Devant Maria, elle nous dit qu'elle oublie tout, qu'elle ne sait pas faire son cartable toute seule. Cependant, quand nous lui donnons des conseils pour l'aider dans cette tâche, elle ne s'en saisit pas et continue à nous énumérer tous ses défauts. Elle va jusqu'à parfois, nier toute sa subjectivité.

En effet, lors d'un rendez-vous avec sa consultante, elle a pu parler d'un probable déménagement au Portugal en présence de Maria qui joue à côté. La consultante demande alors si Maria est au courant, elle lui dit que non puisque de toute façon Maria ne comprend rien. De même, lors de la RESS de Maria, les discours des intervenants soulignent ses progrès. La mère, quant à elle, les attribue directement à Fatima, son AESH, qui l'aide au quotidien. La psychomotricienne met alors en avant le fait que Fatima n'est pas présente lors des séances de psychomotricité.

Dans cette séquence, il apparaît que la mère de Maria semble juste l'assimiler à une petite fille à problèmes. « Le handicap masque tout le reste de sa personnalité : il est handicapé ; il n'est que handicap. Les autres voient ses déficiences mais ne voient plus ses possibilités. [...] Il n'aura plus qu'à s'accomoder de cette image que les autres lui renvoient [...] qui risquent de le fixer dans ce rôle de l'enfant anormal et même d'en accentuer les traits.» (Korff-Sausse, 2011, pp.66-67). Je repense alors à la démarche si particulière que Maria prend parfois, semblable à celle d'une personne hémiplégique. Elle n'a pourtant pas de déficit moteur mais c'est comme si elle avait tellement intégré sa différence qu'elle s'était inscrite dans son organisation posturale.

Les parents sont d'ailleurs à la recherche d'explications médicales pour justifier le moindre de ses problèmes, jusqu'à se demander si la fatigue de Maria n'est pas liée à une apnée du sommeil. Après discussion, il apparaît que sa fille craint de dormir toute seule, son heure d'endormissement est donc tardive et elle fait de nombreux cauchemars. Sa fatigue semble donc plus liée à ses angoisses qu'à une possible apnée du sommeil. « Tout est mieux que l'incertitude insupportable qui laisse la porte ouverte aux fantasmes concernant une faute imaginaire. En l'absence de diagnostic, la responsabilité du handicap incomberait aux parents » (Korff-Sausse, 2011, p.109). Ne peut-on pas faire l'hypothèse que cette culpabilité qu'ils semblent chercher à effacer, à travers la recherche d'un diagnostic, ne serait-ce pas celle de ne pas l'avoir désirée ?

Lorsque j'ai défini l'identité, j'ai montré à quel point elle se basait sur la nécessité de pouvoir à la fois s'identifier et se différencier d'autrui. Hakim et Maria sont porteurs d'un stigmate les différenciant de leur famille et de leurs camarades d'école. Mais à qui peuvent-ils alors s'identifier pour construire leur identité ? « Différent des autres il cherche désespérément tel Narcisse, un miroir qui puisse refléter une image de lui-même » (Korff-Sausse, 2011, p.55). Est-ce à cette recherche que Maria est soumise dans sa dépendance à son reflet ? Ou alors : « Elle joue longuement à se mirer dans la glace avec un évident plaisir : elle se tourne et se retourne, faisant virevolter ses jupes afin d'en admirer tous les effets [...] Elle en fait trop. Vilain petit canard qui veut se faire croire qu'elle est cygne merveilleux ? » (Korff-Sausse, 2011, p.57).

Quant aux soignants, ils s'identifient fortement à l'enfant : « C'est pourquoi ils ne peuvent supporter qu'on le rejette, car il pourrait en souffrir, alors qu'eux, dans leur idéal thérapeutique, cherchent à favoriser son bien-être et son épanouissement » (Korff-Sausse, 2011, p.178). Moi-même, porteuse d'idéaux, j'ai de nombreux jugements à l'égard de ces parents et de leurs comportements. A l'écriture de ce paragraphe, ces derniers se modifient. Je prends conscience que leurs agissements servent de mécanismes de défense pour parer à leur propre culpabilité : se désidentifier de la souffrance de l'enfant pour mieux s'identifier à celle du parent, ici repose la mécanique complexe nécessaire à la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique. Au-delà de mon lien avec les parents, l'écriture de ce mémoire m'amène à me questionner sur la relation que j'entretiens avec ces deux enfants.

IV. Quand la relation pose question... :

1. Maria l'adhésive :

A l'image de son imaginaire peuplé de contes de fées, nous sommes pour Maria des personnes merveilleuses qu'elle admire et complimente régulièrement. La présence de cette représentation me met parfois très mal à l'aise, notamment, lors des temps de conscience corporelle en duo quand elle me fait de nombreux compliments : « *Ils sont beaux tes cheveux* », « *Il sent bon ton parfum* ». Prise dans un questionnement interne de la juste distance à adopter, je me trouve dans l'incapacité de répondre, je marmonne alors un merci teinté de gêne et de confusion. Ma maître de stage me conseille alors de lui poser des questions afin de la remettre au centre de la conversation. Par la suite, je détourne donc sa question en lui demandant « *Et toi tu te parfumes ?* » Elle me raconte alors comment son parfum sent, la forme qu'il a. Cette technique

permet de changer les positionnements dans la relation, de la place de sujet admirant elle devient sujet écouté.

En recherche d'attention et d'affection, elle veut me donner des bracelets ou me montrer toutes les belles choses qu'elle ramène de chez elle. Il me faut alors être toujours vigilante sur cette juste distance à adopter avec elle. Comment ne pas instaurer un rapport de copinage tout en étant contenante et agréable pour qu'elle ne se sente pas rejetée ? C'est là où le cadre instauré joue un rôle fondamental, il est possible d'y recourir pour expliquer la cause de mes actions.

En séance avec elle, me reviennent alors constamment les mots de certains de mes professeurs : « *Faites attention à la relation que vous instaurez avec votre patient. Adoptez un juste positionnement.* ». D'autant plus que l'instauration d'un moment de toucher donne une autre dynamique à la relation et peut amener à rejouer des vécus archaïques profonds.

C'est d'ailleurs lors d'une séance d'affrontement, décrite plus haut, que je me suis réellement questionnée sur ma posture. Front contre front, Maria semble ne pas vouloir se décoller. A tel point qu'avec la psychomotricienne nous avons l'impression qu'elle essaye de rentrer en moi. Je ressens alors un fort envahissement qui m'est très inconfortable mais je n'en dis rien. Heureusement, ma maître de stage intervient pour faire tiers, dit que c'est trop fort et qu'il serait préférable de mettre un coussin entre nos deux fronts.

Cette expérience a été émotionnellement forte pour moi. Je me demande donc à quel moment aurais-je dit stop ? Jusqu'où aurais-je été prête à lui fournir mon propre corps, comme médium malléable, afin qu'elle puisse vivre l'expérience corporelle dont elle semblait avoir besoin ?

Je n'ai aujourd'hui pas la réponse, mais avec le recul, j'aurais réagi différemment. Tout d'abord en évoquant oralement ce qu'elle semblait me démontrer dans son geste. Puis à l'image de l'action de la psychomotricienne, j'aurais instauré un objet médiateur. Cette expérience a donc permis de déclencher en moi un point de vigilance. Elle m'a fait me questionner sur mes intentions et m'a permis d'être plus au clair avec ma propre posture et la nécessité de poser des limites. « À nous de sonder nos demandes et de régler la question de nos désirs dans un cadre approprié, pour ne pas refuser [...] un travail essentiel et un outil qui répond dans bien des cas à leurs besoins authentiques et indéniables. » (Lesage, 2012, p.252).

Cependant, je sais que ce questionnement va être monnaie courante et indispensable dans ma future vie professionnelle et il me sera alors utile d'avoir recours à une supervision pour mieux identifier tous ces phénomènes « la disponibilité du corps est quelque chose qui s'apprend [...]

pour ne pas se perdre ou, tout simplement, pour ne pas trop s'épuiser. Et pour ne pas être vite saturé par ses réactions spontanées qui sont tout sauf thérapeutiques. [...] Ce qu'il ressent, ce qu'il éprouve sont des aides indispensables pour ne pas être trop perméable aux attaques (du cadre par exemple) tout en restant sensible. Pour cela, il doit être capable d'être simultanément dans une activité, sensorielle et motrice et dans une activité d'analyse » (Potel, 2015, p.53).

Cette disponibilité n'est pas chose aisée et demande de l'expérience. Il s'agit d'un réel travail de conscience pour être attentif aux moments, où, prise dans l'action, mes facultés d'observation s'amointrissent, prise dans l'affect, je me mets en retrait, fatiguée ou dans mes pensées je suis coupée de mes ressentis. Il me faut donc être à la fois en dedans et en-dehors de la relation. «On peut parler d'un dédoublement contrôlé, essence même de la qualité de présence du psychomotricien qui est à la fois impliqué dans sa pensée et dans son corps » (Potel, 2015, p.53).

2. Hakim le fuyant :

A l'inverse de Maria, Hakim est distant, tant par sa manière de contrôler la relation que par sa difficulté à être présent dans la séance. Notamment lorsqu'il utilise le « faux téléphone » qui le maintient en contact avec l'extérieur. Il n'apparaît pas à toutes les séances mais quand c'est le cas, nous avons repéré certains facteurs déclencheurs : les temps de transition, les instants d'émotions intenses ou encore les stimulations sensorielles provenant de l'extérieur (regard vers la fenêtre, bruit dans la salle d'attente). De plus, nous remarquons qu'il y a souvent recours quand il revient en séance après un temps d'absence.

Lors de notre dernière séance, avant les vacances de pâques, il y reste pendant une vingtaine de minutes. Contrairement à d'habitude où il semble n'appeler que son père et sa mère, il change au moins quatre fois d'interlocuteur. Dû à ses difficultés d'articulation, nous ne comprenons pas leurs noms ou la teneur exacte de ses conversations, nous n'en percevons que quelques mots. Ainsi, tout semble confus et les sujets se mélangent : il parle de mariage, de voter, de tuer le mouton et répète plusieurs fois à l'un de ses interlocuteurs qu'il est bête et qu'il ne comprend rien.

Démunies, nous essayons toutes les techniques possibles pour tenter de le faire revenir à la réalité de la séance : lui dire de raccrocher, mimer de l'appeler pour interrompre l'appel, parler plus fort en disant à ses correspondants qu'Hakim est occupé, jouer à côté de lui pour tenter de lui donner envie, lui montrer le *time-timer* pour montrer le temps qu'il reste de séances, le dessiner au tableau et inscrire dans une bulle tous les mots qu'ils prononcent.

Rien ne fonctionne. Lorsque la psychomotricienne va s'asseoir à côté de lui pour lui dire que maintenant ça suffit, il fuit et va s'installer plus loin. Face à ce comportement nous ressentons, toutes les deux, à la fois une certaine lassitude mais également de l'agacement. En effet, ce comportement qui avait cessé depuis quelques séances revient de plus belle, me donnant alors l'impression d'un échec. « Le risque pour les thérapeutes [...] est de se rendre trop perméables à la quête impatiente du résultat, de l'évaluation et de la preuve, et d'oublier que les méandres du développement [...] sont des lenteurs obligées pour une construction du sujet, celle-ci n'étant jamais définie une fois pour toutes » (Potel, 2015, p.32).

Dans ces cas-là, nous nous questionnons alors sur la suite que nous souhaitons donner à ce suivi. Comment l'accueillir en séance pour qu'il se sente assez contenu et qu'il puisse ne plus avoir besoin de recourir au téléphone ? Nous songeons alors, au retour des vacances de pâques, à installer le parachute avant son entrée pour qu'il puisse si nécessaire y trouver refuge et s'il le souhaite, construire une cabane. « Le patient attend, de façon implicite et non consciente, que son thérapeute tienne le coup, qu'envers et contre lui, il garde surtout son cap, qu'il soit solide pour contenir les tempêtes émotionnelles qui vont se jouer sur la scène de la relation » (Potel, 2015, p.112).

Outre le rejet que me fait vivre Hakim, je m'aperçois que son impulsivité me pousse inconsciemment à faire de même. Parfois, il s'approche de moi pour me tendre un objet, j'ai un mouvement de recul comme pour me protéger d'un geste mal contrôlé qui pourrait m'atteindre. Ainsi, je constate à quel point le rejet teinte la vie affective d'Hakim. Il le fait vivre aux autres, mais par ses propres comportements il se l'impose également à lui-même. « Le thérapeute investit le vécu corporel de l'autre et utilise son propre vécu émotionnel et corporel comme instrument de résonance, de compréhension des situations. » (Gatecel, 2012, p.57).

Leurs deux modes relationnels sont opposés, mais sont révélateurs de la même difficulté à se sentir sujet. Ainsi, il se retrouve incapable de pouvoir nous considérer comme tel. Cela nécessite donc d'accepter cette réalité et de pouvoir supporter toutes les conséquences qu'elle implique, tout en étant à même de poser des limites garantes de notre sécurité et de la protection de notre intégrité psychique.

« En faut-il de la force en soi pour supporter que les patients ne nous aiment pas, ou nous aiment trop, qu'ils nous jettent, qu'ils nous crachent, qu'ils nous dévorent » (Potel, 2015, p.81).

Le premier outil du psychomotricien pour soutenir un processus de construction identitaire, ne repose-t-il pas alors sur la solidité de sa propre construction subjective ?

CONCLUSION :

Au moment de clore ma réflexion, je m'aperçois que la construction de ce mémoire est à l'image du travail quotidien du psychomotricien.

Au départ, il y a la clinique, décrire les faits, les comportements des patients, leurs histoires. Puis, analyser mes observations, mes ressentis en séance et les questions qu'ils soulèvent. Face à Hakim et Maria, j'ai été sidérée. Cet état m'a amenée à me questionner sur leur subjectivité.

Ensuite, c'est en faisant appel à la théorie que j'ai cherché à répondre à ces interrogations. J'ai alors compris que la psychomotricité avait un rôle à jouer pour soutenir le processus de construction identitaire. En effet, c'est à travers le corps en relation que l'émergence d'une unité psychocorporelle devient possible. En filigrane de l'avènement de cette dernière se construit la perception de l'espace et du temps, elle-même indispensable à l'émergence de représentations corporelles stables vectrices d'un sentiment continu d'exister. C'est au carrefour de l'imbrication de toutes ces notions que se fonde la subjectivité et c'est à cet endroit qu'advient la psychomotricité.

Le temps de la discussion arrive, l'articulation entre théorie et clinique permet de mettre du sens sur ce qui se passe en séance. Il apparaît alors que la relation thérapeutique s'appuie sur la corporéité du psychomotricien, l'instauration d'un cadre et l'utilisation d'objets médiateurs. Ensuite, la description des prises en charge montre l'évolution d'Hakim et Maria dans l'expression de leur subjectivité. Cependant, en dehors des séances, leur lien avec leur entourage pose question. Interroger ce dernier me pousse également à analyser la relation que j'entretiens avec eux, ce qu'elle provoque chez moi et comment j'y réagis.

Je m'aperçois alors que même si les outils, les techniques, les théories sont importantes pour la construction de ma pratique, il est cependant préférable de ne pas trop m'y accrocher et de l'envisager plus comme le support pour penser ma clinique en aval de l'expérience. Ainsi, à l'inverse de mon ancienne vie professionnelle, je dois composer avec l'incertitude de la relation de soins et toutes les émotions que cette dernière peut engendrer. Comme disait Aristote « *Ce que je sais c'est que je ne sais rien* ». Il me faut donc sans cesse me questionner, remettre en cause mes certitudes, chercher, créer.

Outre l'acquisition de cette réflexivité, mon expérience avec Maria et Hakim en séance m'a également montrée la nécessité d'écouter mes ressentis et de faire confiance à mes intuitions. En effet, c'est lorsqu'elles guident mes actions que ces dernières ont le plus de résonance sur eux. En

adoptant, régulièrement, lorsque c'est possible, cette posture dénuée d'attentes, je leur offre alors un espace d'expression pour affirmer leur identité.

En parallèle, les séances avec Hakim et Maria ont également, avec celles de tous les autres patients rencontrés, concouru à la création de mon identité professionnelle. La relation instaurée avec mes maîtres de stages avec qui j'ai eu l'occasion régulièrement d'échanger y a également contribué. J'ai pu, à leurs côtés, m'identifier et m'inspirer de leur pratique, puis me désidentifier pour faire émerger ma singularité.

D'autre part, mon identité professionnelle n'est pas figée et est vouée à évoluer au gré de la clinique, de mes lectures et de mes rencontres futures. Celle d'Hakim et Maria connaîtra la même mouvance et va être façonnée par les futures expériences qui les attendent : déménagement, redoublement, rencontres, entrée dans l'adolescence. Comment vont-ils y faire face ? Et au-delà de la psychomotricité sur quelle personne ou espace vont-ils pouvoir s'appuyer pour trouver du soutien ?

En écrivant le point final de ce mémoire, je repense au chemin parcouru lors de cette reconversion. Mes qualités humaines, frein à la bonne exécution de mon ancienne vie professionnelle, forment aujourd'hui le fondement de mon nouveau métier. Le thème de mon mémoire précédent, « *Productivité, bien-être au travail et engagement des collaborateurs* », me semble alors à l'opposé de mon sujet actuel. Et pourtant, ces notions provenant du monde de l'entreprise ont désormais envahi le domaine du soin. Les temps de réflexions cliniques diminuent pour absorber la file d'attente, la création de groupes se multiplient pour augmenter le nombre de prises en charge. Les graphiques, les statistiques font leur arrivée dans les réunions de synthèse. Les budgets se resserrent et ont un impact sur la reconnaissance des soignants et la qualité du soin proposé aux patients. Deviendrais-je alors un jour trop humaine pour l'exercice du métier de psychomotricienne ?

Il m'est impossible de le concevoir car c'est cette qualité qui est au cœur du métier, de la relation thérapeutique et qui est garante du bon déroulé des soins. C'est donc sur cette humanité que je m'appuierai pour tenir mon axe et, tel un funambule, trouver l'équilibre me permettant de composer avec les exigences administratives sans jamais perdre l'essence de ma pratique de psychomotricienne.

BIBLIOGRAPHIE :

- Aucouturier, B.** (2017). *Agir, jouer, penser*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Bronstein, C., & Hacker, A.-L.** (2012/3 , 2012/3 Vol.76). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de la psychanalyse*, pp. 769-778.
- Bullinger, A.** (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* . Toulouse: Eres.
- Chouvier, B.** (2010, 2010/1 N°141). La médiation dans le champ psychopathologique. *Le Carnet Psy*, pp. 32-35.
- Ciccione, A.** (2005, N°53). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 24-31.
- Claudon, P., & Weber, M.** (2009, 2009/1 Vol.21). L'émotion - Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant. *Devenir*, pp. 61-99.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M.** (2004). *De la naissance à la marche - Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. Bruxelles: ASBL Etoile d'herbe.
- De Leersnyder, H.** (2008). Rythmes fondamentaux du bébé. Dans S. Missonnier, & N. Boige, *Rythm'n'babies* (pp. 33-38). Ramonville Saint-Agne: Eres.
- Ducret, A.** (2011). La contenance, histoire d'un concept. Dans J.-B. Chapelier, & D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité* (pp. 13-35). Toulouse: Eres.
- Edmond, M.** (2005). *Psychologie de l'identité - Soi et le groupe*. PARIS: Dunod.
- Gatecel, A.** (2012). *La psychomotricité relationnelle*. Paris: EDK.
- Giromini, F.** (2012). La médiation en psychomotricité. Dans B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 253-264). Toulouse: Eres.
- Golse, B.** (2008, 2008/2 Vol.51). Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie. *La psychiatrie de l'enfant*, pp. 325-337.
- Golse, B., & Simas, R.** (2008). La question du rythme entre empathie et intersubjectivité. Dans S. Missonnier, & N. Boige, *Rythm'n'babies* (pp. 59-64). Ramonville Saint-Agne: 2007.

- Houzel, D.** (2016, 2016/1 Vol.6). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfance*, pp. 115-130.
- Jaricot, B.** (2006, 2006/4 n°33). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, p. 80 à 91.
- Joly, F.** (2003). "Le travail du jouer" et ses déclinaisons. Dans F. Joly, *Jouer... le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique* (pp. 9-17). Paris: In Press.
- Joly, F.** (2009). Corps et psyché. Dans F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (pp. 175-194). Paris: Dunod.
- Joly, F.** (2011 , 2011/1 N°34-35). Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du XXI^e siècle. *Contraste*, pp. 213-235.
- Joly, F.** (2012, Vol.2). Le corps et l'inconscient chez l'enfant. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, pp. 285-321.
- Jover, M.** (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant. Dans J. Rivière, *Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles* (pp. 17-52). Marseille: Solal .
- Korff-Sausse, S.** (2011). *Le miroir brisé*. Paris: Fayard/Pluriel.
- Kunnen, E., & Bosma, H.** (2006, 35/2). Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique. *L'orientation scolaire et Professionnelle*, pp. 183-203.
- Lecomte, J.** (2019, mars-avril-mai). René Spitz - Le syndrome de l'hospitalisme. *Les grands dossiers des sciences humaines*, pp. 34-35.
- Lesage, B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse: Eres.
- Lesage, B.** (2021). *Un corps à construire : Tonus, spatialité, temporalité*. Toulouse: Eres.
- Livoir-Petersen, M.-F.** (2011, 34-35). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, pp. 93-132.
- Marcelli, D.** (2006). *La surprise chatouille de l'âme*. Paris: Albin Michel.
- Morin, C.** (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*. Toulouse : Eres.
- Mucchielli, A.** (2021). *L'identité*. Paris: Presses Universitaires de France .

- Nasio, J.-D.** (2008). *Mon corps et ses images*. Paris: Payot.
- Pireyre, E. W.** (2021). *Clinique de l'image du corps*. Malakoff: Dunod.
- Potel, C.** (2015). *Du contre-transfert corporel - Une clinique psychothérapeutique du corps*. Toulouse: Eres.
- Potel, C.** (2019). *Etre psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres: Toulouse.
- Ringler, M.** (1998). *L'enfant différent*. Paris: Dunod.
- Robert-Ouvray, S.** (2010). *Intégration motrice et développement psychique - Une théorie de la psychomotricité*. Paris: Desclée de brouwer.
- Roussillon, R.** (2003). Le jeu et la fonction symbolisante. Dans F. Joly, *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique* (pp. 21-32). Paris: In Press.
- Scialom, D., Giromini, F., & Albaret, J.-M.** (2015). *Manuels d'enseignement de psychomotricité - 1. Concepts fondamentaux*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Winnicott, D.W.** (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Mesnil-sur-L'Estrée: Payot.
- Winnicott, D.W.** (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

RÉSUMÉ :

En partant du descriptif de deux enfants rencontrant des difficultés à se sentir sujet, ce mémoire se questionne sur leur processus de construction identitaire. Il met en évidence la manière dont l'identité s'édifie dans des allers-retours incessants entre corps et psyché, soutenus par la relation à l'autre. Dans ce cadre, la psychomotricité peut constituer un vrai support, pour se construire une unité psychocorporelle, et à travers la relation thérapeutique permettre l'émergence de leur subjectivité. Pour ce faire, le psychomotricien s'appuie sur sa corporéité, l'utilisation de médiations, ses connaissances théoriques et ses capacités d'analyses.

Mots clés : psychomotricité – construction identitaire – relation – unité psychocorporelle – cadre thérapeutique.

SUMMARY :

By describing the paths of two children facing difficulties to feel their self concept, this research paper questions the essential steps of identity building process. It highlights the way one's identity gets built through an endless iterative process between mind & body, supported by the relationship to the others. In this context, psychomotricity can be a valuable asset to contribute to one's psychocorporal unity, and create subjectivity through therapeutic relationship. To achieve this, psychomotrician can rely on his corporeality, mediations using, his theoretical knowledges and analytical capabilities.

Keywords : psychomotricity – identity building process – relationship – psychocorporal unity – therapeutic framework.