



HAL
open science

”Je suis, tu es, il était une fois...” : le jeu de faire semblant dans l’accompagnement d’un enfant avec un Trouble Envahissant du Développement

Pauline Rousselle

► **To cite this version:**

Pauline Rousselle. ”Je suis, tu es, il était une fois...” : le jeu de faire semblant dans l’accompagnement d’un enfant avec un Trouble Envahissant du Développement. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04718911

HAL Id: dumas-04718911

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04718911v1>

Submitted on 2 Oct 2024

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

“ Je suis, tu es, il-est était une fois...”

Le jeu de faire semblant dans l'accompagnement d'un enfant avec un Trouble
Envahissant du Développement

Mémoire présenté par Pauline ROUSSELLE

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

Session du mois de Juin 2024

Référent de Mémoire : Philippe MENSAH

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie mes maîtres de stages qui m'ont tous accueillis avec bienveillance au cours de ces trois années d'études. Merci à vous d'avoir partagé avec moi votre expérience et votre passion pour ce métier. C'est grâce à chacun d'entre vous que je sais aujourd'hui avec certitude pourquoi je veux exercer ce beau métier.

Je remercie tout particulièrement Karen Rochard. Merci pour ta gentillesse, ton accueil, ta confiance et ta patience. Je te suis reconnaissante pour tout ce que nous avons partagé au cours de cette année, merci pour ton soutien.

Je remercie Philippe Mensah, mon maître de mémoire, qui a su prendre le temps. Merci pour vos relectures et vos conseils avisés pour l'élaboration de ce mémoire, merci de m'avoir guidé avec bienveillance.

Je remercie tous les patients que j'ai pu rencontrer et accompagner. Ils m'ont guidé et ont soutenu mes apprentissages, c'est grâce à eux que ce métier me fait vibrer.

Je remercie tous les professeurs dont j'ai croisé la route au cours de ces trois ans. Merci pour la passion que vous nous transmettez dans vos enseignements.

Un immense merci au groupe 7 pour ces trois années formidables passées à vos côtés. J'ai été tellement heureuse de partager cette expérience avec vous tous. Et un merci tout particulier à Enora, Emeline et Charline, merci tout simplement d'avoir été là.

Merci à Enzo d'avoir supporté mes incertitudes pendant ces trois ans.

Je tiens à remercier toute ma famille et mes proches pour leur soutien. Merci d'avoir cru en moi dans les moments où je n'y croyais plus. Merci à toi Papa pour ton optimisme à toute épreuve, à toi Maman pour ta tendresse et ton réconfort. Merci à vous, Romain et Léa pour vos encouragements. Et un grand merci à Papou et Mamisa qui ont pris leur rôle de relecteurs très à cœur.

*“Quand je regarde un enfant jouer,
j’apprends, parce que ce sont les
enfants qui nous surprennent, et
nous émerveillent par leur générosité
et la singularité de leur création”.*

- Aucturier -

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
PARTIE I : LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE D'UN ENFANT AVEC UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT DANS UN SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE.....	9
I. L'institution.....	9
1. Le Centre Médico-Psychologique.....	9
2. L'association.....	10
3. Ma place en tant que stagiaire dans l'institution.....	11
II. Sofian.....	13
1. Présentation et anamnèse.....	13
2. Le contexte d'entrée au CMP.....	15
3. La première rencontre.....	16
4. Lecture psychomotrice : les résultats du bilan.....	18
5. Le projet thérapeutique en psychomotricité.....	23
III. Les Troubles Envahissants du Développement ou TED.....	23
1. Définition.....	25
2. Historique.....	26
3. Dans les autres classifications actuelles.....	26
a. Le DSM V.....	27
b. La CFTMEA.....	28
4. L'histoire du diagnostic pour Sofian et sa famille.....	28
a. L'annonce.....	29
b. Mon entretien avec la pédopsychiatre.....	29
PARTIE II : LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE DU PATIENT.....	32
I. Le concept d'image du corps.....	32
II. Les troubles de l'enveloppe psychocorporelle.....	35
1. La peau : une enveloppe physique.....	36
2. L'enveloppe psychique.....	36
III. Les angoisses corporelles archaïques.....	40
1. Principes généraux.....	40
2. L'effondrement.....	42
3. La dévoration.....	45
IV. L'angoisse de séparation.....	49
1. L'angoisse développementale.....	50
2. Quand l'angoisse devient pathologique.....	53

V. L'instabilité psychomotrice.....	55
PARTIE III : LE JEU COMME SOUBASSEMENT PRINCIPAL DES ACTIVITÉS DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT.....	60
I. Les définitions du jeu.....	60
II. L'évolution du jeu au cours du développement de l'enfant.....	62
1. Les premiers jeux du bébé.....	63
2. Les jeux fonctionnels.....	64
3. Les jeux de faire semblant.....	64
4. Les jeux à règles et jeux sociaux.....	66
PARTIE IV : LE JEU DE FAIRE SEMBLANT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE SOFIAN EN PSYCHOMOTRICITÉ.....	68
I. Le jeu en psychomotricité.....	68
1. Une activité psychomotrice en soi.....	68
2. Un terrain d'observation des aspects psychopathologiques.....	69
3. Le jeu de faire semblant en psychomotricité.....	70
4. La place du thérapeute.....	72
II. Les apports du jeu de faire semblant pour Sofian.....	74
1. Jouer ses angoisses, un moyen de représentation et de maîtrise.....	75
2. Un corps qui se rassemble et s'organise.....	78
3. D'un corps vécu à un corps perçu.....	80
4. Les limites du jeu dans la prise en charge de Sofian.....	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXES.....	I

INTRODUCTION

“Tu viens jouer avec moi ?”, qui peut prétendre n’avoir jamais au grand jamais entendu cette phrase lancée à qui veut bien l’entendre par un petit cousin, une jeune sœur ou même la fille du voisin.

Le jeu, nous le savons maintenant, structure le développement psychocorporel de l’enfant dès son plus jeune âge. Les différents services de pédopsychiatrie reçoivent des enfants et des adolescents dont les problématiques sont liées à un défaut de construction psychique et corporelle. Il est ainsi pertinent de s’intéresser à la manière dont le jeu permet d’offrir un soutien au développement psychocorporel de ces enfants et adolescents.

Pour cette troisième et dernière année d’études en psychomotricité, j’ai réalisé mon stage dans un Centre Médico Psychologique qui prend en charge des enfants et adolescents. Je ne m’étais jamais confrontée au milieu de la pédopsychiatrie, ce fut une réelle découverte pour moi. Je fus surprise en découvrant lors de mon premier jour à la toute première heure Sofian. Ce petit garçon m’a tout de suite interpellé. Son corps intact en apparence semblait parcouru de failles. Très spontanément, il s’est mis à jouer et nous l’avons accompagné. Je me suis alors questionnée sur la manière dont le jeu, une activité si naturelle pour l’enfant, pouvait être investi au service de la thérapie psychomotrice.

Beaucoup d’auteurs motivés par le courant psychanalytique se sont intéressés au jeu : ses caractéristiques, ses enjeux dans le développement, la thérapeutique mais aussi la pathologie. Ce n’est que récemment avec l’émergence de la psychomotricité que d’autres

auteurs se sont penchés sur une nouvelle compréhension du jeu en prenant en compte ses dimensions corporelles.

Dans ce mémoire, je m'interroge donc sur la manière dont le jeu et plus particulièrement le jeu de faire semblant, dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité, peut s'inscrire comme soutien au développement psychocorporel de l'enfant qui présente un Trouble Envahissant du Développement.

Mes observations de séance et mes lectures m'ont amené à me questionner sur différents points qui selon moi sont nécessaires à éclaircir pour pouvoir comprendre le cheminement de mes interrogations.

Dans un premier temps, je me suis intéressée à la manière dont s'articule la prise en charge spécifique d'un enfant avec un Trouble Envahissant du Développement dans un Centre Médico Psychologique. J'ai ensuite établi une présentation des différents aspects de la construction psychocorporelle de cet enfant qui met en lumière les particularités liées à son trouble. Puis je me suis questionnée sur la place que tient le jeu dans le développement de l'enfant. Ces recherches m'ont finalement permis d'orienter ma réflexion sur le rôle du jeu de faire semblant en psychomotricité et ce que cela a pu apporter ou non à un enfant qui présente une atteinte psychocorporelle majeure.

PARTIE I : LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE D'UN ENFANT AVEC UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT DANS UN SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE

I. L'institution

1. Le Centre Médico-Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est un établissement de soins publics dont le rôle est d'accueillir toute personne présentant des difficultés d'ordre psychique. Le CMP dispense consultations et soins médicaux, psychologiques et sociaux dans une prise en charge ambulatoire. Il est rattaché, en fonction de sa localisation géographique, à un centre hospitalier et intégré à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Le CMP accueille les enfants et adolescents entre 1 et 18 ans qui présentent des difficultés d'ordre psychologique, psychiatrique ou du développement, ainsi que leur famille ou tuteurs légaux. La prise en charge au CMP ne se substitue pas à l'intégration de l'enfant en milieu scolaire.

Afin de faciliter l'organisation institutionnelle, un médecin responsable chef de secteur coordonne les activités du CMP. On retrouve de nombreux corps de métier dont des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux ainsi que du personnel administratif. L'équipe se compose de médecins psychiatres, de psychologues cliniciens, de psychomotriciens, d'une orthophoniste, d'une assistante sociale et de secrétaires médicales. Ces différents professionnels se rejoignent chaque semaine lors d'une réunion appelée synthèse afin de faire état de l'avancement des prises en charge actuelles, de partager leurs questionnements et idées concernant certains aspects des soins des patients, de discuter de l'orientation et des indications de prises en charge pour des nouveaux patients. Une fois toutes les six semaines environ l'intégralité de l'équipe se réunit

pour une synthèse institutionnelle qui a pour but de traiter des sujets directement en lien avec le fonctionnement de l'institution et des rapports entre professionnels. La mise en place régulière de ces réunions participe à l'articulation des soins et donc à la possibilité de proposer aux patients une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Dans cet aspect de prise en charge globale, le CMP remplit des missions de diagnostic, de soin et de prévention. Il a pour rôle d'établir un diagnostic concernant l'état psychologique du patient, d'apporter des soins personnalisés et adaptés aux besoins, de soutenir le patient dans son développement, d'accompagner les familles et les proches dans une réflexion autour des difficultés de l'enfant ou de l'adolescent et si besoin, d'orienter le patient vers une structure qui pourrait proposer une prise en charge plus adaptée.

2. L'association

Le CMP dans lequel se déroule mon stage fait partie d'une association du Val-de-Marne qui regroupe plusieurs établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. C'est au cours des années soixante devant le constat d'une augmentation de la population atteinte de troubles mentaux que le directeur de l'hygiène sociale d'un service d'hygiène mentale décide de créer une association dont l'objectif serait de développer les capacités d'accueil des consultations pour les adultes. La création de l'association permet l'ouverture de CMP enfants, adolescents et adultes puis un peu plus tard d'un Externat Médico-Pédagogique (EMP) et d'un Externat Médico-Professionnel (EMPro).

L'association a pour vocation d'améliorer les conditions d'existence psychique et psychologique des personnes résidant dans le Val-de-Marne. Elle s'inscrit dans une action de

prévention, de diagnostic et de soins dans l'accompagnement des troubles psychiques de l'enfant et de l'adulte. L'association cherche à protéger et à défendre les intérêts des personnes psychologiquement vulnérables et réfléchit sur les moyens d'accompagnements dans le but d'une amélioration dans la santé aussi bien physique que mentale.

Aujourd'hui l'association compte des dizaines d'établissements parmi lesquels on retrouve entre-autres des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), un Centre Médico Psycho-Pédagogique (CMPP), une unité de psychiatrie périnatale ou encore un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).

3. Ma place en tant que stagiaire dans l'institution

L'association fait le choix chaque année d'accueillir des stagiaires au sein de ses différents établissements, dans tous les domaines professionnels que l'on y retrouve afin de permettre aux étudiants de se former le mieux possible sur un terrain clinique. Il est donc régulier que le CMP accueille sur plusieurs mois ou sur l'année des stagiaires en orthophonie, en psychologie, en psychomotricité, dans l'assistance sociale ainsi que des internes en médecine.

Afin de me permettre de voir le plus de choses possibles, il a été décidé que je suivrais ce stage de septembre à juin à raison d'une journée et demie par semaine. Ma maître de stage a estimé important que je puisse participer aux réunions de synthèse afin de m'intégrer au mieux et de pouvoir comprendre les enjeux du travail pluridisciplinaire au sein d'une équipe. Une première demi-journée de mon stage y est donc consacrée. Cette réunion

me permet d'échanger avec d'autres professionnels de santé sur certains patients que nous recevons en psychomotricité. Ceci nous permet d'avoir une approche avec d'autres points de vue. Cela nous amène à nous questionner, à avoir de nouvelles pistes de réflexion. Ces réunions permettent également un échange continu entre tous les professionnels qui ne se croisent pas tous les jours, c'est un espace inscrit dans une temporalité privilégiée qui permet à chacun d'affirmer sa place en tant que professionnel mais aussi en tant que personne au sein du groupe.

La seconde partie de mon stage se déroule sur une journée complète où j'ai l'occasion d'accompagner ma maître de stage sur ses différentes prises en charge. J'assiste et participe donc à plusieurs séances individuelles mais également à un groupe "corps et langage" avec des enfants de 3 à 5 ans en cothérapie avec l'orthophoniste de la structure. Pendant une courte période au début de l'année, que ce soit avec le groupe ou pendant les séances individuelles, je me suis placée dans une position d'observation active, puis au fur et à mesure, nous avons pris l'habitude avec ma maître de stage de co-construire les séances. J'ai également pu avoir l'occasion de faire passer les épreuves pour la réalisation de bilans psychomoteurs, de participer à l'écriture de comptes-rendus ou encore d'assister et de participer aux restitutions de bilan avec les familles.

Notre place en tant que stagiaire ne se résume donc pas seulement à apprendre comment pratiquer notre futur métier mais aussi à se questionner et à apporter des réflexions sur comment et de quelle manière nous souhaitons le réaliser. C'est pourquoi, assister à des prises en charge en psychomotricité me semble aussi important que de

s'interroger afin de comprendre le fonctionnement des structures qui nous accueillent et de parvenir à s'intégrer à une équipe pluridisciplinaire.

II. Sofian

1. Présentation et anamnèse

Sofian est un petit garçon de 5 ans né en avril 2018. Enfant unique, Sofian a grandi avec ses deux parents d'origine algérienne et arrivés en France plusieurs années avant sa naissance. Les deux parents présentent une situation professionnelle, économique et sociale stable. Les familles des parents sont toujours en Algérie et ce n'est que très récemment que Sofian a été leur rendre visite *in situ* pour la première fois. Dans sa famille, Sofian a un cousin de 5 ans son aîné, diagnostiqué récemment pour un trouble du spectre de l'autisme ou TSA.

Sofian est né une semaine avant le terme d'une grossesse normale et sans difficultés particulières. Monsieur et Madame racontent qu'il était un bébé ayant beaucoup de mal à dormir, qui ne supportait pas de rester seul et qui demandait beaucoup à être porté. Ils évoquent aussi que plus petit, il était facilement exposé aux écrans. La diversification alimentaire a été compliquée, il n'aimait pas les morceaux et encore aujourd'hui il présente beaucoup de difficultés d'alimentation avec une sélectivité particulière au niveau des aliments qu'il accepte de manger. En ce qui concerne le langage, Sofian a commencé à parler assez tôt sur un mode logorrhéique mais a vite présenté des troubles articulatoires importants. L'acquisition de la marche, elle, s'est faite plutôt tardivement vers 19 mois. Assez tôt, il a pu évoluer en collectivité auprès d'autres enfants. Son mode de garde principal étant la crèche, Sofian a eu accès à un environnement social favorable aux interactions

précoces. Sofian est décrit par ses parents comme un enfant plutôt maladroit dès le début des apprentissages, avec de grandes difficultés au niveau de la motricité fine rendant son autonomie au quotidien plutôt compliquée. Le sommeil est un point toujours prédominant aujourd'hui puisque Sofian montre des difficultés d'endormissement majeures et peut lui-même verbaliser qu'il n'aime pas dormir.

A l'école, dès l'entrée en petite section, Sofian présente des troubles du comportement. Il a beaucoup de conflits avec les autres élèves, il est très souvent seul et semble ne pas apprécier lorsqu'il y a beaucoup de monde autour de lui. Il ne joue pas avec les autres enfants et peut avoir un vocabulaire inadapté avec l'emploi de nombreux gros mots. Les adultes encadrants rapportent des conduites particulières caractérisées par des intérêts intenses portés sur des sujets précis et restreints parfois en décalage par rapport à son âge. Il s'intéresse beaucoup aux films de super-héros mais surtout aux méchants comme *Venom*, *le Bouffon Vert*, *Thanos*. En plus de cela Sofian est très souvent agité et il se met en danger régulièrement. Aujourd'hui, Sofian est en classe de grande section de maternelle. L'intégration auprès de ses pairs semble toujours aussi difficile et il peut maintenant avoir des comportements agressifs envers les autres enfants mais aussi les adultes.

Au cours d'un premier entretien, le père de Sofian évoque les difficultés que cela pose au sein du foyer familial. Sofian se montre tyrannique avec ses deux parents, il manifeste une forte opposition à leur égard. En plus de cela, il a beaucoup de mal à gérer sa propre frustration. Ceci donne lieu à de nombreux conflits et laisse place à un climat de tension particulièrement intense. Le père de Sofian semble fortement affecté par cette situation, il évoque sa souffrance et ses regrets quant à la nature de la relation qu'il partage

avec son fils. La maman quant à elle est très évasive sur le sujet et ne parle que des difficultés scolaires que cela engendre.

Au début de l'année 2022, Sofian démarre une prise en charge en psychomotricité au sein d'un cabinet libéral. Cependant, après seulement quelques séances, ce suivi s'interrompt, les parents rapportent que cet arrêt résulte d'un comportement agressif de la part de Sofian envers la psychomotricienne. Quelques mois plus tard, en mai 2022, il commence une prise en charge en orthophonie également en cabinet libéral. Cette prise en charge est toujours d'actualité et Sofian s'y rend à raison d'une fois par semaine.

2. Le contexte d'entrée au CMP

Sofian a 4 ans la première fois qu'il se rend au CMP. Il vient avec ses parents sur recommandation de l'école et d'un médecin qui, à l'origine, l'adresse pour d'importants troubles de l'attention. La première consultation a lieu en décembre 2022 avec sa consultante, une pédopsychiatre du service. Un suivi régulier est proposé à la famille mais cette dernière a des difficultés à honorer les consultations. Le médecin de Sofian a émis une demande d'évaluation TSA à la plateforme de diagnostic à laquelle le CMP est rattaché, Sofian se trouve à présent sur liste d'attente.

Après plusieurs mois de rendez-vous, un bilan psychomoteur est proposé aux parents dans le but d'avoir un aperçu plus approfondi de l'organisation psychomotrice de Sofian. Ceux-ci émettent une réserve mais finissent tout de même par accepter la rencontre avec ma maître de stage. Le bilan psychomoteur est alors réalisé en mai 2023 et la prise en charge en psychomotricité débute en septembre 2023.

3. La première rencontre

Lorsque je rencontre Sofian, le bilan psychomoteur a déjà été réalisé et cela fait plusieurs mois qu'il se rend au CMP pour des consultations avec sa médecin psychiatre. Le choix de ma maître de stage a été de ne me donner aucune information afin que je puisse le découvrir en faisant mes propres observations, en me posant mes propres questions. Elle souhaitait que je le rencontre dans la réalité d'une séance plutôt qu'au travers d'un dossier médical écrit. Pour cette raison j'ai trouvé pertinent de recréer ces conditions en exposant dans un premier temps le contexte de notre rencontre puis de développer dans un second temps les différents aspects de son fonctionnement psychomoteur qui ont pu être mis en jeu dans le bilan psychomoteur mais également dans cette première situation de rencontre.

Le 27 septembre 2023

"La cabane"

Lorsque je rencontre Sofian pour la première fois, cela fait déjà trois semaines qu'il a commencé les séances de psychomotricité avec ma maître de stage. Dans la salle d'attente, Sofian est avec sa maman, quand nous nous approchons pour venir le chercher il se cache immédiatement derrière ses jambes. Se dire bonjour est compliqué, il ne nous regarde pas, s'agrippe aux vêtements de sa mère et colle son visage contre son torse. Il semble lui dire quelque chose que nous ne comprenons pas, le son de sa voix est étouffé par le tissu. Avec l'aide de sa maman qui l'encourage, nous parvenons à le faire monter jusqu'à la salle de psychomotricité avec nous.

Dès qu'il entre dans la salle, Sofian court jusqu'à un coin éloigné de la porte et s'y recroqueville. Cette salle, il la connaît déjà, il y est déjà venu plusieurs fois. En revanche, moi, il ne me connaît pas. Ma maître de stage tente de m'introduire en me présentant, Sofian se contente de répéter plusieurs fois "Qui ?". Je m'approche alors à mon tour afin

de lui expliquer qui je suis et ce que je fais ici. Mais il se détourne, prenant soin de ne pas me regarder et s'enfonçant un peu plus dans le coin. Je décide alors à ce moment de me mettre un peu plus en retrait pour ne pas le perturber et je lui indique que je reste dans la salle mais que je m'assois un peu plus loin sur le sol.

Sofian porte sur lui un gros manteau, ma maître de stage lui propose à plusieurs reprises de le retirer pour être plus à l'aise mais il refuse systématiquement d'un "Non je veux pas" avec une voix rauque.

Après quelques instants de silence, il annonce qu'il veut refaire une cabane comme la semaine passée. Il garde toujours la tête baissée vers le sol avec le regard presque systématiquement dirigé dans cette direction, l'inclinaison de son visage ne nous permet pas de voir sa bouche lorsqu'il parle. Il semble présenter quelques difficultés au niveau articulatoires rendant ce qu'il dit parfois un peu difficile à comprendre.

Toujours sans un regard vers moi, il demande à ma maître de stage de venir se mettre à côté de lui pour l'aider à construire une cabane tout autour d'eux. Je reste en observation tandis Sofian montre du doigt les objets dont il a besoin pour construire sa cabane tout en accompagnant son geste d'un "ça" (des tapis, des briques en carton, un drap...). Ils commencent alors à ériger la cabane autour d'eux, Sofian ne veut pas de porte, il souhaite que sa cabane soit "toute fermée", alors brique par brique les murs de la cabane s'élèvent. Lorsqu'il n'a plus de quoi construire sa cabane à portée de main, il demande à ma maître de stage de lui apporter différents objets se trouvant dans la salle. Celle-ci lui propose alors de me le demander, je suis toujours à l'extérieur, il sera donc plus simple pour moi de circuler dans la salle pour récupérer les objets dont il aurait besoin. Au début, il se contente de répéter "Mais qui ? De qui tu parles ?". Petit à petit, voyant que ma maître de stage ne lui apporte pas ce qu'il demande, il se met à s'adresser à moi, sans me regarder en me pointant du doigt. A plusieurs reprises il me demande de lui apporter des objets afin de consolider la cabane. Au bout d'un moment il demande à ma maître de stage de sortir en indiquant d'une voix assez agressive "C'est MA cabane!". Nous nous retrouvons donc toutes les deux à l'extérieur de la cabane.

Sofian nous demande alors s'il peut avoir les legos avec lui à l'intérieur. Nous lui proposons de jouer tous les trois à faire des constructions mais il nous répond que ce n'est

pas pour jouer. Nous lui donnons les legos et avec les petites briques il commence à combler tous les trous laissés béants dans les murs de la cabane.

L'heure de la fin de séance approchant, ma maître de stage indique à Sofian qu'il est temps de commencer à ranger ce qu'on a utilisé. A cette annonce, Sofian s'effondre sur le sol, son corps ne tient plus, il hurle des gros mots et menace "ta gueule", "je vais te buter ta gueule". Avec ma maître de stage, nous essayons de mettre des mots sur ce qu'il pourrait être en train de vivre "tu es en colère, ça t'agace de devoir tout ranger ? Tu es triste de devoir laisser ta cabane et partir ? ...". Mais Sofian détruit sa cabane en donnant des coups dedans, il essaie de fuir en courant vers la porte de la salle. Nous parvenons à le rattraper et alors que ma maître de stage le tient entre ses bras, son corps s'effondre encore plus, comme s'il se laissait couler vers le sol. Après un petit moment, Sofian se calme un peu et accepte de m'aider à ranger les briques mais uniquement en se servant de ma main comme d'un objet intermédiaire, il pose les briques dans ma main et dirige mon bras pour les ranger à la bonne place. Une fois le rangement terminé, Sofian se précipite hors de la salle, descend les escaliers en courant et va attraper sa mère en la tirant par la manche vers la sortie.

4. Lecture psychomotrice : les résultats du bilan

Lorsque la réalisation du bilan psychomoteur commence, Sofian a tout juste 5 ans. Afin d'avoir une appréciation globale de son organisation psychomotrice, le bilan comporte plusieurs épreuves standardisées. Cependant en raison de nombreux refus de la part de Sofian et face à l'impossibilité de finir certaines épreuves, la plupart des cotations ne sont prises en compte qu'à titre indicatif puisqu'elles ne reflètent pas précisément les capacités de Sofian. Je vais tout de même les présenter ci-dessous afin d'en faire une analyse qualitative. Pour toutes ces raisons le bilan psychomoteur de Sofian se base également en grande partie sur de l'observation globale et du jeu spontané. Les différentes épreuves qui ont été proposées à Sofian sont les suivantes :

- Le test du dessin du bonhomme de Florence Goodenough
- Les somatognosies de Bergès
- L'épreuve graphique d'organisation perceptive de Hilda Santucci
- Les épreuves de rythme de Mira Stamback
- L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale de Laurence Vaivre-Douret (EMG)
- La batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant ou MABC-2
- L'examen du tonus

Dans un premier temps, le contexte général de passation du bilan a fait émerger chez Sofian des particularités comportementales. Tout d'abord on remarque chez lui une importante salivation qui n'apparaît pas hors de ce contexte d'évaluation, de ce fait Sofian bave abondamment. Il se montre opposant, refuse certaines épreuves et semble fuir le contexte d'évaluation en faisant dévier les épreuves sur du jeu. Les particularités liées à la situation de bilan comme le chronomètre et la prise de notes affectent Sofian qui se montre particulièrement nerveux, il pose beaucoup de questions et dit à de nombreuses reprises qu'il ne va pas réussir. La situation d'échec semble lui peser puisque malgré ses difficultés Sofian tente de trouver des stratégies de compensation pour détourner les règles et les consignes des épreuves afin de les réussir.

◊ *Relationnel*

Sofian se montre très distant au premier abord, il évite tout contact physique ou visuel. Puis très vite son comportement change, il cherche la proximité, le fait de ne pas connaître la personne ne semble pas le déranger. Il initie spontanément des jeux de bagarre où il peut se jeter sur les autres. Sofian montre un attachement ambivalent avec la

construction de relations interpersonnelles sans contenance. Il se montre parfois très proche et est dans le contact mais peut aussi être très évitant. Ces deux modes de fonctionnement peuvent s'alterner sur de courtes périodes au sein d'une même séance. Il entre facilement dans le jeu et sollicite l'adulte, il a beaucoup de mal à jouer seul mais se montre très directif et laisse peu de place aux autres dans le jeu à plusieurs.

◊ *Tonus et fonction tonique*

Les épreuves d'extensibilité et de ballant de l'examen du tonus ne mettent pas en avant d'hypotonie ou d'hypertonie de fond, on note tout de même quelques paratonies, à savoir des impossibilités de résolution musculaire, dans les deux membres supérieurs. Cependant, le reste du bilan est marqué par des épisodes très récurrents d'effondrement tonique où Sofian s'affaisse sur sa chaise ou s'écroule sur le sol et se retrouve complètement désaxé. Il est possible de mettre en lien ces épisodes d'effondrement avec les états émotionnels de Sofian. Ce type de comportement semble mettre en lumière les difficultés de Sofian dans ses capacités de régulation tonico-émotionnelle. Ainsi, ses capacités d'ajustements tonico-posturaux et la tenue de son axe corporel en sont grandement impactés.

◊ *Motricité globale , coordinations dynamiques générales et équilibre*

Les épreuves de viser et attraper du MABC-2 sont toutes échouées, Sofian a beaucoup de mal à rester concentré et seuls quelques essais peuvent être réalisés. Ces épreuves mettent en avant les difficultés de Sofian à se tenir dans l'axe. On repère également une course maladroite, il tombe souvent au sol et trébuche fréquemment. L'équilibre est difficilement tenu à pieds joints. Sur un pied, il ne tient pas plus de quelques

secondes. En raison de son effondrement marqué pendant le bilan, Sofian ne peut pas réaliser de sauts. Bien que cela reste difficile, on observe quelques améliorations motrices lorsque Sofian est plus apaisé, cela rejoint l'idée que les difficultés de régulation tonico-émotionnelle impactent Sofian dans sa motricité.

◊ *Motricité fine et graphisme*

La passation de l'EMG révèle des difficultés praxiques majeures. Il peine beaucoup à maintenir son attention, il s'aide régulièrement de sa main libre pour soutenir la main qui doit effectuer le geste. Les épreuves de dextérité manuelle du MABC-2 sont échouées. Sofian présente des difficultés majeures au niveau de la motricité fine, il fait tomber à plusieurs reprises les objets et ne parvient pas systématiquement à attraper les jetons et le fil. Au niveau du graphisme on observe une prise tridigitale correcte mais les tracés sont maladroits et imprécis. Pour l'épreuve du trajet du MABC-2, Sofian réalise 8 fautes sur l'unique trajet qu'il accepte de réaliser et qui correspondent à des dépassements de la ligne.

◊ *Représentations corporelles*

Schéma corporel

Sofian possède une bonne connaissance des parties du corps mise en avant par l'épreuve des somatognosies. Il a accès à un vocabulaire varié et peut nommer la plupart des différentes parties du corps sur lui-même. En revanche, la cotation de son dessin du bonhomme est chutée en raison de ses difficultés graphiques mais également en raison de la représentation d'un personnage aux caractéristiques non humaines (cf Annexe 1 p.I).

Image du corps

La perception de l'image du corps est difficilement évaluable par le biais de tests. Cependant, Sofian présente des insécurités corporelles majeures qui semblent prendre leur origine dans des troubles de l'enveloppe psychocorporelle. J'exposerai cet aspect plus en détail dans une autre partie.

◊ *Organisation temporo-spatiale*

Sofian possède de bonnes capacités de structuration temporelle. Il connaît son âge, se repère dans les jours de la semaine, il comprend et utilise correctement les notions temporelles de base comme aujourd'hui, hier, demain, bientôt, etc. La passation du Stamback est particulièrement difficile, Sofian peine à maintenir son attention, ainsi, seules deux structures sont restituées correctement. Au delà de cette épreuve, Sofian possède une bonne discrimination rythmique. Cependant il ne parvient pas à maintenir le tempo correct dans le temps en raison d'une dysrégulation tonique importante.

Au niveau de l'espace, on observe que Sofian se repère plutôt bien. Il parvient à retrouver la salle de psychomotricité dès la seconde fois où il vient au CMP et utilise et comprend les notions spatiales de base à savoir en haut, en bas, devant, derrière, sous, etc.

En conclusion, ce bilan met en avant les capacités cognitives de Sofian, sa connaissance du schéma corporel et sa bonne structuration temporo-spatiale. En revanche, il objective une instabilité psychomotrice avec beaucoup d'agitation, des troubles de la régulation tonico-émotionnelle et des troubles attentionnels majeurs. Il met en lumière la présence de troubles de l'enveloppe psychocorporelle avec des angoisses corporelles mais

aussi de performance et de séparation. On repère également des troubles praxiques importants.

5. Le projet thérapeutique en psychomotricité

A l'issue de ce bilan psychomoteur, il a été décidé de mettre en place une prise en charge individuelle sur le long terme. Dans l'intérêt de son suivi, Sofian vient une fois par semaine au CMP pour une séance de psychomotricité de quarante-cinq minutes. La prise en charge, dans une approche par le jeu, a pour but d'accompagner Sofian dans la prise de conscience de son corps et de ses limites corporelles dans l'optique de favoriser son sentiment de sécurité interne. Ceci va permettre de le soutenir dans sa structuration psychique et corporelle. Le jeu de faire semblant en particulier pourra lui garantir un cadre contenant et sécurisant sur lequel s'appuyer.

III. Les Troubles Envahissants du Développement ou TED

Dans le monde médical, il existe plusieurs classifications différentes des maladies. Ces classifications possèdent pour chaque trouble énoncé un nombre de critères diagnostics permettant la mise en évidence de la présence ou non du trouble chez un patient. Dans ce mémoire, je n'évoquerai que certaines de ces classifications dont les usages ont pu m'être présentés au cours de mes trois années d'étude dans les enseignements théoriques mais également lors des différents stages que j'ai effectués. Les classifications que j'aborderai donc dans cette partie sont la Classification internationale des maladies ou CIM, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM et la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ou CFTMEA. Actuellement, en accord avec les dates des dernières publications, nous utilisons la CIM 10, la version 11 étant en cours de

traduction, le DSM V publié en 2013 et révisé en 2022 et la 6ème révision de la CFTMEA parue en mars 2020.

Il paraît évident de penser que si chaque classification peut exister indépendamment et en parallèle d'autres, c'est qu'il existe des différences de nosographie au sein même de ces classifications. Pourtant, nous pourrions nous accorder à dire que les médecins ont la nécessité de partager un langage commun pour se comprendre et se faire comprendre et j'étendrai même mon raisonnement à tous les professionnels appartenant au milieu du soin. Mais pourquoi retrouvons nous donc plusieurs classifications des maladies et non pas une seule. Ces différences s'expliquent avant tout par des divergences d'inspiration théorique. Ainsi, on retrouvera des classifications d'inspiration psychanalytique, comportementaliste ou encore empirique. Ces désaccords entre les différents courants théoriques ne permettent donc pas actuellement d'établir une unification des diagnostics. Malgré cela, on retrouve tout de même des correspondances qui permettent de trouver les équivalences de diagnostics d'une classification à l'autre. Le choix de l'utilisation d'une classification en particulier se fera donc la plupart du temps par rapport aux courants de pensées théoriques auxquels se rattachent le professionnel ou l'institution.

Le CMP au sein duquel je réalise mon stage se réfère à la CIM 10 afin de proposer des diagnostics aux patients. Il me paraît donc évident de me placer dans un premier temps dans le référentiel de la CIM 10 afin de faire état des troubles de Sofian. J'évoquerai par la suite le parallèle entre ces différentes classifications pour la description clinique correspondant au profil de Sofian.

1. Définition

La première version de la CIM voit le jour en 1893, à l'origine de ce projet Jacques Bertillon un statisticien et démographe français qui souhaite réaliser un classification des causes de décès. Il faudra attendre la sixième version et l'implication de l'OMS dans le projet pour qu'en 1948 elle devienne officiellement la Classification statistique internationale des maladies. La classification ne répertorie plus seulement les causes de décès mais s'intéresse aux morbidités, les troubles mentaux y sont d'ailleurs intégrés à ce moment.

Dans la CIM 10, les TED se situent dans le chapitre V *Troubles mentaux et du comportement*, dans la sous partie *Troubles du développement psychologique*. Les troubles envahissants du développement y sont définis de la manière suivante : *“Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.”*

Il existe par ailleurs un sous-ensemble d'appellations permettant de préciser la nature du TED. On y retrouve alors l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, les autres TED et les TED sans précisions. Le diagnostic de Sofian indique “TED non spécifié”, dans la CIM 10 cette catégorie en regroupe deux autres que sont “Autres TED” et “TED sans précisions” (Raynaud, 2011).

Il est nécessaire, afin de préciser encore plus le diagnostic de l'enfant, de mentionner la présence ou non d'un déficit intellectuel. Chez Sofian on n'y associe pas de retard mental particulier, son fonctionnement cognitif est préservé.

2. Historique

L'appellation "Troubles envahissants du développement" fait son apparition pour la première fois dans le DSM IV en 1994 ainsi que dans la CIM 10 dont le projet débute en 1983 et mise en application en janvier 1993. L'arrivée de cette appellation dans les nouvelles classifications entraîne la disparition du terme psychose qui apparaît notamment dans les classifications précédentes comme le DSM III publié en 1980.

Bien que présente dans la CIM 10 et donc toujours employée, la notion de Troubles envahissants du développement disparaît de la nouvelle version du DSM V publiée en 2013 et y est remplacée par les Troubles du spectre de l'autisme.

3. Dans les autres classifications actuelles

Comme évoqué plus haut, il existe des correspondances entre les différentes classifications qui s'expliquent par les ressemblances des descriptions et des critères diagnostics de certains troubles. Il me paraît donc important de pouvoir faire état des appellations que l'on peut retrouver parmi les différentes classifications pour un trouble associant des critères diagnostics et symptômes cliniques similaires. Le trouble en question étant ici appelé dans la CIM 10 un Trouble envahissant du développement, nous allons voir à quelle dénomination il se rapporte dans chacune des classifications du DSM V et de la CFTMEA.

a. *Le DSM V*

Le DSM est un ouvrage de référence qui décrit et classifie les troubles mentaux, il est publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association). La première version de la classification voit le jour en 1952 faisant suite aux deux Grandes Guerres et à l'implication de nombreux psychiatres dans la prise en charge des soldats revenus du front qui présentaient des traumatismes. D'après les observations de ces patients, il y a eu une volonté de répertorier et d'établir une classification des différents troubles mentaux. Cette classification a depuis été republiée, révisée et actualisée avec les nouvelles données issues des travaux de recherches. A l'origine, le DSM est un ouvrage largement inspiré du courant psychanalytique, peu à peu il s'en détourne pour finalement s'inscrire dans une théorie qui se veut opposée à la psychanalyse, à savoir le comportementalisme.

En ce qui concerne les TED, le terme correspondant que l'on retrouve dans le DSM V est Trouble du spectre de l'autisme qui est inclus dans la partie des *Troubles Neurodéveloppementaux*. La notion de spectre est à l'image du spectre de la lumière, qui par diffraction résulte une multitude d'ondes de couleurs différentes. Elle évoque ici la grande variabilité des tableaux cliniques que l'on peut observer chez les patients. Cela implique ainsi la possibilité qu'il n'existe pas deux patients dont la manifestation des symptômes cliniques soit tout à fait identique bien que pouvant être très similaire.

Le DSM V introduit la notion de dyade autistique au profit de la triade présente dans la version 4. On évoque ici la présence de deux catégories de critères qui permettent en

partie de poser le diagnostic à savoir le *“déficit de la communication et des interactions sociales”* et le *“caractère restreint et répétitif des comportements”*.

b. La CFTMEA

La CFTMEA est une classification française psychiatrique et psychopathologique qui s’inspire du courant psychanalytique. La première version date de 1987. L’origine de ce projet est émis par le Pr Roger Misès qui souhaite établir une classification prenant en compte les enfants et adolescents et leurs spécificités. La CFTMEA est pensée pour compléter la CIM et le DSM qui sont eux beaucoup plus généraux. Depuis 2000 il existe un système de correspondance des différentes nomenclatures avec la CIM.

Dans la CFTMEA la nomenclature correspondante au Trouble Envahissant du Développement non spécifié est la Dysharmonie psychotique.

4. L’histoire du diagnostic pour Sofian et sa famille

Tout au long de cette année nous avons pu établir le constat avec les différents membres de l’équipe que la famille avait parfois du mal à honorer les rendez-vous en fonction de la nature de la consultation. Depuis le début de sa prise en charge en psychomotricité, Sofian n’a presque jamais été absent et les rares fois où ce fut le cas, sa maman a pris le temps d’appeler le secrétariat afin de prévenir et d’expliquer les raisons de son absence. En revanche, lorsque les rendez-vous concernent une consultation avec la médecin psychiatre, on observe une tendance à reporter, à annuler ou même à ne pas venir. Ceci m’a alors amené à me questionner sur les conditions de l’annonce du diagnostic.

a. L'annonce

Bien que la prise en charge de Sofian soit pluridisciplinaire et donc composée de plusieurs praticiens, le pédopsychiatre est la personne qui a pour rôle d'annoncer le diagnostic. Cette étape dans la prise en charge d'un patient peut se révéler difficile à accepter pour le patient lui-même et sa famille.

Selon moi, il est donc possible que cet évitement de la pédopsychiatre se révèle être une défense et un moyen de mettre à distance les difficultés de leur fils ou du moins leur objectivation. Si personne n'est là pour nommer ce dont leur enfant souffre, alors il ne souffre de rien.

b. Mon entretien avec la pédopsychiatre

Afin d'en savoir un peu plus à ce sujet, j'ai pu m'entretenir avec la médecin psychiatre de Sofian. Au cours de cet entretien, celle-ci a pu me livrer des informations pouvant donner du sens à l'évitement de certains rendez-vous précis. La prise en charge de Sofian a débuté de manière assez laborieuse. A l'origine, les parents viennent consulter pour les difficultés d'attention de leur fils suite aux conseils d'un médecin. Ils se montrent rapidement réticents lorsqu'ils comprennent qu'ils vont devoir revenir plusieurs fois. Après quelques rendez-vous, la pédopsychiatre évoque la notion de troubles envahissants du développement. Au-delà de cette annonce, elle explique que leur enfant a besoin d'un suivi régulier qui lui permettra de l'aider dans son développement. Outre l'annonce du diagnostic, les parents ont beaucoup de mal à accepter que leur fils ait besoin d'être suivi au CMP. Ils ne comprennent pas le fait que Sofian ait besoin de soins. La pédopsychiatre m'explique alors que malgré le fait qu'il soit suivi depuis avril 2023, l'heure n'est pas encore à l'annonce et à l'explication du diagnostic pour la famille, bien qu'il ait déjà été évoqué. Pour le moment la médecin veille à maintenir

en place les soins déjà existants et veille à accompagner les parents dans l'acceptation que leur enfant a besoin de soins pour pouvoir l'aider dans son développement, que ce sera le cas sûrement une grande partie de sa vie et que pour l'aider au mieux, il est nécessaire d'honorer les rendez-vous qu'on leur donne.

Au cours de ce même entretien, la pédopsychiatre m'explique que l'institution s'accorde à prendre en charge les patients le plus rapidement possible en s'adaptant avant tout à leurs besoins. Le diagnostic peut prendre parfois beaucoup de temps avant d'être posé. Dans l'intérêt des patients il faut veiller à leur apporter les soins nécessaires, et parfois donc avant même qu'un diagnostic ne soit prononcé. Elle m'indique alors, que finalement, les soins apportés à Sofian au sein de la structure ne dépendent pas seulement de la qualification de son trouble mais aussi des éléments psychopathologiques qui ressortent des observations cliniques qui ont pu être réalisées au cours des consultations précédentes.

Cet échange m'a beaucoup fait réfléchir. Ces explications ont pris sens et m'ont beaucoup interpellé. Selon moi, en psychomotricité, la prise en charge d'un patient et la construction de son projet thérapeutique ne dépendent pas tant de la nature du ou des troubles dont il est atteint mais plutôt des résultats du bilan psychomoteur et des observations cliniques que l'on peut faire de lui. Tous ces éléments nous donnent des indices sur le fonctionnement et la construction psychocorporelle de notre patient. Ainsi la prise en charge va s'articuler autour des difficultés qui sont propres au patient et à l'expression de son trouble. Rappelons que bien que l'on retrouve une sémiologie commune pour chaque trouble décrit, chaque patient possède une histoire singulière et un fonctionnement particulier qui le démarque des autres. Ainsi, il est selon moi indispensable de s'accorder à

prendre du recul afin de ne pas tomber dans une prise en charge qui se voudrait presque protocolaire en fonction du diagnostic posé. L'important est de réussir à concilier le tout.

PARTIE II : LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELE DU PATIENT

I. Le concept d'image du corps

Les nombreuses heures de stages consacrées à l'observation de Sofian puis aux échanges cliniques partagés avec ma maître de stage m'ont permis de repérer distinctement des fonctionnements psychopathologiques particuliers. Exposer et étudier ces différents aspects du fonctionnement de Sofian m'a permis de prendre du recul et de me rendre compte de la présence d'un élément majeur sous-tendant presque entièrement les spécificités de sa construction psychocorporelle. J'identifie personnellement cet élément comme la présence de troubles majeurs de l'image du corps.

Bien qu'étudié par de nombreux auteurs dans leur œuvre au cours de ce siècle, le concept d'image du corps semble encore aujourd'hui conserver quelques zones d'ombre donnant lieu, pour ma part, à quelques difficultés pour en saisir toutes les subtilités. Je m'efforcerai d'exposer ci-dessous les différents auteurs dont les écrits ont permis d'éclairer ma compréhension du sujet.

“Sous le terme de schéma postural, de schéma corporel, d'image de soi, de somatopsyché, d'image du moi corporel, de somatognosie, on englobe souvent des notions qui sont souvent considérées comme équivalentes par les auteurs. En fait, chacune de ces dénominations a ses caractéristiques propres tant par les limites qui les définissent que par la conception de base qu'elles impliquent. Ces formulations ne sont souvent claires que dans le cadre théorique par rapport auquel elles ont été définies” (Ajuriaguerra, 2017, p.198)

Cette confusion semble, selon J. de Ajuriaguerra, être en lien avec le référentiel théorique dans lequel on décide de se placer. Un concept défini selon des idées, des règles spécifiques et assimilable à un courant théorique particulier peut perdre tout son sens si l'on s'accorde à le penser selon un référentiel différent. Là, réside toute la difficulté de réussir à généraliser un concept pour qu'il puisse s'appliquer à toute réflexion et être compris universellement sans que le sens n'en soit changé par les divergences d'idées et de langage.

L'image du corps est un concept assez récent qui prend ses origines dans des théories essentiellement psychanalytiques. Le premier auteur à ouvertement expliciter le terme d'image du corps est Paul Schilder en 1930. Neurologue, psychiatre et philosophe de formation, il estime, comme le rappelle Bernard Meurin (2018), que l'approche neurologique appliquée à la compréhension du schéma corporel n'est pas suffisante pour témoigner de toute la subtilité des mécanismes qui sous-tendent les représentations du corps. Il s'accorde à penser l'organisme et la psyché comme formant un ensemble indissociable l'un de l'autre. Ainsi, il considère l'édification de l'image du corps comme résultante de la combinaison entre sensations et représentation psychique du corps. Dans son livre d'ailleurs intitulé "L'image du corps", Schilder ouvre son propos avec cette citation « *L'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. Autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* ».

Après Schilder, Françoise Dolto s'accorde elle aussi à démontrer que le schéma corporel et l'image du corps, bien que liés, n'en restent pas moins des concepts différents. Dolto (2014) considère l'image du corps comme inconsciente, elle serait « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines répétitivement vécues à travers les*

sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles » (Dolto, 2014, p.22). L'image du corps s'édifie selon Dolto sur les expériences et les histoires singulières de chaque individu. Ceci implique qu'elle est une donnée strictement personnelle traduisant de tout le vécu relationnel passé et qui s'actualise en permanence des informations du présent. Le schéma corporel, quant à lui, serait "l'interprète actif ou passif de l'image du corps" (*ibid.*), c'est la liaison des deux qui permettrait d'établir des liens de communication avec notre environnement.

Plus récemment, Eric Pireyre, psychomotricien de formation, propose lui aussi sa théorie de l'image du corps. Selon Pireyre (2021), si l'image du corps pose toujours autant de questions c'est que le concept demeure une théorie psychanalytique n'ayant jamais été complètement aboutie. Si certains auteurs comme Françoise Dolto, Paul Schilder ou encore Jacques Lacan se sont appliqués à décrire l'image du corps en y impliquant le désir, la libido et l'inconscient, ils ne se sont que très peu voire pas intéressés à la question de l'investissement corporel en tant que tel. D'autres, si l'on ne cite ici que Sami Ali ou Didier Anzieu, constatent toute la dimension somatique du concept mais sans jamais le nommer "*image du corps*".

Dans un souci de rassembler ces deux aspects, Pireyre développe sa théorie de l'image composite du corps. En partant des théories déjà existantes, Pireyre établit une liste de 9 sous-composantes de l'image du corps. "*Outre la continuité d'existence, l'identité et l'identité sexuée, il ajoute la peau psychique et physique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses archaïques du corps*" (Meurin, 2018, p.53). Le concept d'image du

corps prend ici tout son sens dans la clinique du psychomotricien dans la mesure où l'on y considère la prise de conscience du corps comme centrale.

II. Les troubles de l'enveloppe psychocorporelle

Le 13 décembre 2023

"La coquille"

Alors que Sofian se trouve dans une agitation particulièrement intense, il va chercher dans le coin de la salle la grande toupie verte. Il la place en plein milieu de l'espace, se retourne dans notre direction et nous lance : "Maintenant vous allez mettre l'autre par dessus pour tout fermer". A l'évocation de cette construction impliquant les deux toupies, je comprends que Sofian à l'intention de s'y réfugier. Je lui propose alors de prendre des couvertures et des oreillers afin de rendre la coque en plastique plus confortable. Il accepte, s'empare des tissus les plus lourds et volumineux et va s'installer dans la toupie, recroquevillé sur lui-même. Alors que ma maître de stage s'assure qu'il est bien installé, je m'occupe de récupérer la seconde toupie. Celle-ci est identique à la première à l'exception qu'elle est constituée d'un plastique transparent bleuté. Lorsque je retourne la toupie pour la placer au-dessus de l'autre et ainsi former une coquille, Sofian pousse un long soupir et lance "Mais il faut mettre une couverture au-dessus, là on voit à travers". Ma maître de stage sort alors un nouveau tissu que nous plaçons par-dessus cette coquille faite de plastique. Pendant quelques instants plus un bruit puis Sofian déclare que nous devons lui chanter une chanson. "Une chanson et après on y va ?" propose ma maître de stage. Sofian ne répond pas mais nous commençons tout de même à chanter la comptine.

La chanson se termine et nous prévenons Sofian qu'il est temps de sortir, lorsque nous retirons le tissu nous obstruant la vue, je découvre un Sofian complètement différent de celui que j'avais vu entrer à l'intérieur. A la place du petit garçon désorganisé et fuyant, je l'observe installé bien droit, le visage apaisé et soutenant notre regard.

1. La peau : une enveloppe physique

La peau est par définition l'organe qui enveloppe le corps. Elle se compose de trois couches distinctes ayant chacune des caractéristiques spécifiques. La couche la plus superficielle porte le nom d'épiderme, c'est la partie externe de la peau, celle qui est en contact permanent avec l'air qui nous entoure. Cette couche est imperméable, elle forme la barrière de protection de la peau. La seconde couche située sous l'épiderme est le derme, elle est composée de collagène et d'élastine. C'est elle qui confère à la peau sa résistance et son élasticité. La couche la plus profonde située en dessous des deux autres couches de peau est l'hypoderme. Elle sépare le derme des muscles et autres tissus sous cutanés. L'hypoderme constitue une réserve énergétique, elle tient le rôle d'isolant thermique et assure la protection des organes et muscles sous-jacents.

Les trois couches forment ensemble la peau dont les fonctions sont essentielles à la préservation du corps. Parmi ces nombreuses fonctions on retrouve entre autres le rôle de protection de l'organisme contre les agressions extérieures, la thermorégulation, la synthèse de substances essentielles au corps humain comme la vitamine D. La peau revêt une autre fonction qui n'est que très rarement évoquée, on le doit sûrement d'ailleurs à son caractère flagrant. Elle constitue les limites physiques du corps, lui donne son apparence et en dessine les contours. Cette dernière a toute son importance dans le propos que je soutiens dans cette partie.

2. L'enveloppe psychique

♦ *Le Moi-Peau d'Anzieu*

Nous venons de le voir, la peau constitue une véritable enveloppe physique délimitant les contours du corps. Ceci permet en partie de se reconnaître comme une personne physiquement distincte des autres. Cependant dans le processus de différenciation qui intervient au cours du développement de l'enfant, ce n'est pas seulement le *Moi* physique qui tend à se différencier de l'autre, c'est aussi le *Moi* psychique. Pour conceptualiser le Moi-Peau, Anzieu s'étaye sur des travaux laissés inachevés par Freud (Roussillon, 2008).

Selon Anzieu *"toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique"* (1995, p.61), il faut comprendre ici que le Moi-Peau va constituer le modèle d'une peau psychique qui s'appuie, pour se construire, sur les différentes fonctions propres à la peau physique. Anzieu en décrit d'ailleurs trois sur lequel le Moi-Peau va pouvoir s'étayer, la peau est *"le sac qui contient et qui retient le bon et le plein [...] l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur [...] un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relation [et la] surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci"* (Anzieu, 1995, p.61-62).

Les premiers étayages du nouveau-né sont contenus dans les contacts qu'il entretient avec la mère grâce aux stimulations tactiles lorsqu'il est porté, nourri, changé, manipulé. Toutes ces expériences enveloppantes vont permettre au bébé d'intégrer au fur et à mesure l'existence d'une limite entre le dedans et le dehors matérialisée par une surface qui inclut une face interne mais aussi une face externe. Ciccone dans un article en 2001 explique que, pour le nouveau né, percevoir la peau comme cette surface permet d'intégrer

la notion qu'il existe une limite entre l'extérieur et l'intérieur d'une part et engendre la sensation d'unicité de l'enveloppe corporelle d'autre part.

“Cette enveloppe sur mesure achève d’individualiser le bébé par la reconnaissance qui lui apporte la confirmation de son individualité : il a son style, son tempérament propre différent des autres sur un fond de ressemblance. Être un Moi, c’est se sentir unique”.

(Anzieu, 1995, p.84)

♦ *Les fonctions du Moi-Peau*

Anzieu détaille pour le Moi-Peau 8 fonctions qui s'étayent donc sur les propriétés de la peau physique : *la maintenance, la contenance, le pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles*. Chez Sofian, certaines de ces fonctions du Moi-Peau semblent faire défaut.

Dans un premier temps, on retrouve *la fonction de maintenance* qui s'édifie selon Anzieu sur le *holding maternel* développé par Winnicott et qui correspond à la manière dont le bébé est porté. A l'image de la peau qui maintient le squelette et les organes, cette fonction correspond à l'idée de *“maintenance du psychisme”* (Anzieu, 1995, p.120). Le portage du bébé par sa mère va induire l'édification d'un axe corporel stable qui va pouvoir servir de base à la construction psychique de l'enfant. Le défaut de cette fonction entraîne la construction d'une enveloppe superficielle, elle est présente mais ne suffit pas à garantir l'intégrité du corps et de la pensée. Pour Sofian, on peut imaginer que cela se traduise par sa tendance à s'effondrer au sol et à ses difficultés à se maintenir droit lorsqu'il est assis.

Lorsque ces comportements apparaissent pendant les séances, Sofian donne l'impression que plus rien à l'intérieur de son corps ne lui permet de se tenir debout.

Dans un second temps, je vais évoquer *la fonction contenante* du Moi-Peau qui elle s'édifie sur le *handling maternel* et qui correspond à la manière dont le bébé est manipulé lors des soins. La fonction contenante du Moi-Peau s'étaye sur "*la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes*" (Anzieu, 1995, p.124). Lors des premiers mois de vie, la mère va agir comme un réceptacle aux émotions et aux sensations que le bébé éprouve, elle va pouvoir les recevoir puis les transformer à la place de son enfant qui ne peut pas encore se les représenter seul. Grâce à cela, le bébé va pouvoir progressivement éprouver lui-même ces émotions et sensations sans pour autant qu'elles ne le détruisent. Le Moi-Peau va alors servir de contenant des pulsions internes. Lorsque cette fonction fait défaut, on observe une tentative de la combler en créant une "*écorce substitutive*" (Anzieu, 1995, p.124). La recherche de cette écorce se fait par le biais de la douleur physique ou des angoisses psychiques. Chez Sofian, du moins en séance de psychomotricité, on ne repère pas de comportements dont le but serait de ressentir de la douleur, cependant on observe bien une tendance à s'enfermer dans ses angoisses et à les rejouer en permanence.

Lors des premières séances, alors que Sofian ne me connaît pas encore, je fais intrusion dans son espace, un espace qu'il partage avec sa psychomotricienne, ma maître de stage. Durant les trois premières séances, Sofian a souhaité garder son manteau et ses chaussures. Dans la vignette "La coquille", Sofian, extrêmement désorganisé, éprouve le besoin de s'enfermer entre deux toupies. J'analyse ces comportements en faisant

l'hypothèse que l'enveloppe de Sofian est belle et bien construite mais qu'elle se trouve fragilisée. Il aurait donc besoin par moment de matérialiser cette surface pour en assurer les fonctions lorsqu'elles font défaut. La coque de plastique, les couches de vêtements ou encore les draps permettent de symboliser cette limite, cette surface qui sépare l'intérieur de l'extérieur.

III. Les angoisses corporelles archaïques

1. Principes généraux

Avant de me pencher plus précisément sur le cas de Sofian, je m'accorderai à placer un cadre théorique général en exposant ci-dessous de manière globale ce que peuvent être les angoisses corporelles archaïques.

La compréhension de ce concept, largement étudié et repris par de nombreux psychanalystes, semble, comme nous le rappelle E. Pireyre (2021), prendre toute son importance dans la pratique du psychomotricien qui s'accorderait à considérer dans sa clinique, le fonctionnement de l'image du corps de ses patients.

“L’angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu’il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c’est-à-dire qu’il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d’excitations d’origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles”. (Pireyre, 2021, p.124)

Les angoisses corporelles renvoient ainsi à des vécus corporels dont l'expérience est angoissante car non mentalisable par le sujet. Mais pourquoi parle-t-on d' "angoisses corporelles archaïques" ? La notion d'archaïsme fait référence au fait que ces angoisses sont

en réalité présentes dès la naissance, au début de la vie du bébé. Les angoisses archaïques seraient alors un phénomène normal s'inscrivant dans le développement du nouveau né. Pendant la grossesse, le futur bébé à naître se trouve dans le ventre de sa mère dans le liquide amniotique. Le moment de la naissance constitue une véritable rupture puisque le bébé va brusquement passer de ce milieu liquide à un milieu aérien où il va être soumis à la pesanteur, *“l'arrivée en milieu aérien va provoquer d'un seul coup de nouvelles sensations, tactiles, proprioceptives et gravitaires, à l'origine de ressentis – nouveaux et particuliers – d'angoisses corporelles” (ibid.)*.

Ce vécu d'atteinte de l'intégrité physique renvoie à ce que Freud a pu appeler dans son œuvre *Hilflosigkeit* et qui correspond à l'état de détresse originaire vécu par le bébé lorsqu'il n'est pas encore en capacité de subvenir seul à ses besoins.

Dans son article *“Fear of breakdown”* publié de façon posthume en 1975 et traduit par *“La crainte de l'effondrement”*, Winnicott fait état d'une angoisse qu'il appelle *“breakdown”*. Cette forme d'angoisse, observable chez certains adultes, serait liée à l'émergence d'éprouvés traumatiques originels déjà vécus par le patient lui-même. Winnicott assimile ce phénomène à l'état de désorganisation observable chez le nourrisson. Il va alors développer ce qu'il appelle les agonies primitives (*primitive agony*) afin de décrire le caractère brutal des éprouvés du nouveau-né lors de ces moments de désorganisation totale.

Le nouveau-né étant un être immature tant sur les plans physique que psychique, nous pouvons facilement admettre le fait qu'il n'ait pas encore pu développer les capacités psychiques nécessaires à la mentalisation de ces vécus corporels. La maturation de

l'organisme et des systèmes psychiques vont donner progressivement au bébé la capacité de surmonter ces angoisses archaïques par le biais des capacités de représentation. Jusqu'ici, si c'était la mère qui soutenait ce rôle de mentalisation à la place du bébé par le biais du portage physique et psychique, le bébé va pouvoir intégrer progressivement cette fonction et les expériences pourront alors être pensées. Dans la clinique, il est possible de rencontrer des patients pour lesquels ces angoisses ne sont pas assimilables, c'est ainsi que naît le caractère pathologique des angoisses corporelles archaïques.

Dans ses écrits, E. Pireyre (2021) fait état de quatre types d'angoisses corporelles archaïques. Il évoque l'angoisse de morcellement, l'angoisse d'effondrement, l'angoisse de dévoration et l'angoisse de liquéfaction. Je ne développerai ici que les formes d'angoisses corporelles archaïques imputables à l'organisation de Sofian, ceci va ainsi nous permettre de nous figurer les aspects de son fonctionnement psychocorporel.

2. L'effondrement

Le 4 avril 2024

"La chute suit l'ascension"

Sans attendre, Sofian s'élançait, très rapidement il se retrouve sur les barreaux les plus hauts du petit espalier. Alors que jusqu'ici il n'avait semblé émettre aucune hésitation ou appréhension, je le vois s'immobiliser quelques secondes puis, dans un élan désorganisé il se met à chercher en tâtonnant de nouveaux appuis pour ses pieds. Voyant qu'il se trouve dans une position qui lui semble inconfortable je m'approche un peu plus pour qu'il puisse sentir ma présence. Presque immédiatement, dans une voix étranglée que je ne lui connais pas, Sofian me lance « Retiens moi... ». Je m'approche donc encore un peu pour placer mes mains dans son dos afin de le sécuriser. Je sens alors une forte tension interne

ponctuée de nombreux micro mouvements de réajustement tonico-posturaux. Sofian tente de garder son équilibre et sa prise sur les barreaux aux moyens d'efforts toniques considérables. Alors que je le sécurise, il parvient à s'assurer un peu plus et se détend. Il entreprend de se retourner face au vide, je vois ses yeux balayer le sol du regard. Après avoir poussé un soupir, il me demande de le lâcher. Avant même que je ne puisse réagir, je sens une baisse brutale de son tonus musculaire, Sofian vient de lâcher les barreaux et se laisse tomber en avant.

La notion d'effondrement comme en parlait déjà Winnicott, renvoie à l'effacement brusque du tonus postural. Celui-ci nous permet de conserver des attitudes et donc par définition, le tonus postural oeuvre à lutter contre la force de gravité. C'est celui là même qui nous permet de nous tenir debout, assis ou allongé, de nous déplacer sans risquer de se retrouver comme écrasé contre le sol. Dans cet extrait clinique, on retrouve véritablement la notion de chute par résolution totale du tonus musculaire. Parmi la liste des agonies primitives qu'il expose, D.W. Winnicott en évoque d'ailleurs une qu'il décrit par "falling forever" (2019, p.20), on retrouve ici l'idée d'une chute sans fin, l'idée de tomber à jamais.

Sofian, dans un premier temps, confiant et sûr de lui, se lance à l'assaut de l'espalier, rien dans son comportement ou dans son état corporel ne laisse transparaître d'une quelconque appréhension. C'est une fois en haut que nous pouvons remarquer un changement radical. Pendant un temps, il semble se figer sur place, la peur l'empêchant d'initier ne serait-ce qu'un mouvement. Une brusque augmentation tonique paraît entraver toute possibilité de résolution musculaire. Dans cette disposition particulière Sofian se trouve perché au-dessus du sol, il y a donc de manière non imagée une véritable crainte de tomber, de chuter du haut de l'espalier. Cette crainte est telle qu'il ne possède pas la

possibilité de la surmonter. Il aura d'ailleurs besoin que je m'approche et que je marque un contact physique avec lui.

Comme pour toutes les autres formes d'angoisse, il faut veiller à distinguer, selon E. Pireyre (2021), l'effondrement, de l'angoisse d'effondrement. Pour tout un chacun, il est possible au travers de certaines expériences de ressentir ce vécu d'effondrement. Ce qui se distingue dans l'angoisse, c'est que l'on retrouve véritablement une annihilation du tonus. On identifie parfaitement l'illustration de ce propos chez Sofian. En effet, après être resté figé face à la crainte de tomber de l'espalier, on observe un basculement de la situation. On peut deviner dans cet extrait tout le travail de régulation tonico-émotionnelle, mis en jeu pour Sofian à ce moment. Au prix d'efforts considérables, il parvient non sans mal à se sortir de son état de stupeur. Alors qu'il se retourne et se retrouve face au vide sur l'espalier, nous pourrions nous attendre à retrouver de nouveau cet état de recrutement tonique intense. Ce n'est pourtant pas ce qu'il se passe, Sofian se laisse chuter par l'effacement de son tonus. Il est récurrent d'ailleurs d'observer ce phénomène au cours des séances.

Lorsqu'à quelques minutes de la fin de la séance, nous commençons à ranger la salle, Sofian se fige sur place, son visage laisse transparaître une expression de mécontentement. Il a les sourcils froncés et un rictus de colère marque son visage. D'un seul coup, il me semble voir le corps de Sofian se liquéfier sous mes yeux. Il se retrouve au sol donnant l'impression d'une flaque d'eau.

3. La dévoration

Le 17 janvier 2024

“Le crocodile affamé”

Ce matin là Sofian attend aux côtés de sa mère dans la salle d'attente, il est un peu agité et ne tient pas en place. Lorsque nous arrivons pour l'accueillir, il ne se cache pas sous les fauteuils comme il a déjà pu le faire auparavant. Dès que nous le saluons, sans un mot, il se précipite en dehors de la salle d'attente et nous précède pour monter les escaliers qui mènent à la salle de psychomotricité.. Il ouvre la porte d'un grand coup et entre dans la salle. Sofian semble motivé et prêt à démarrer la séance. Dès le seuil de la porte franchi, il nous expose une idée de jeu auquel il aimerait beaucoup que nous jouions. Ce jeu est différent de celui auquel nous nous prêtons chaque semaine depuis un moment déjà. Il nous dit que c'est le jeu du « crocodile qui mange ». Ce jour-là Sofian prend bien le temps de nous raconter, il ne se précipite pas pour parler, il choisit méticuleusement ses mots pour qu'on le comprenne mais il ne nous regarde pas, il se détourne ou regarde le sol. Sofian nous explique : le sol représente l'eau, ma maître de stage est un crocodile qui essaye de le manger et je dois l'aider à échapper au crocodile. Nous discutons ensemble afin de savoir quel matériel nous pourrions utiliser pour ce jeu. Sofian propose de délimiter « la mer » par des tapis bleus que l'on pose au sol. Il veut aussi qu'il y ait de grosses vagues dans cette mer. Après avoir balayé la salle du regard, il pointe du doigt un gros ballon bleu « ça c'est la grosse vague ». Je lui suggère de trouver un bateau afin de pouvoir flotter sur l'eau. Dans un premier temps, son choix s'oriente sur une grande toupie mais après plusieurs essais infructueux pour faire se déplacer le bateau nous décidons de choisir autre chose. Je propose à Sofian de prendre un grand drap sur lequel il pourra s'asseoir et que je vais tirer afin qu'il puisse naviguer dans toute la salle. Il accepte à demi-mot et s'installe sur le drap. Très vite, Sofian montre une certaine impatience à démarrer le jeu, il semble vouloir que tout s'enchaîne très vite et lance à plusieurs reprises à notre égard « Aller avance, et toi tu dois venir me manger ! ». Le jeu démarre et Sofian montre une excitation grandissante, alors que je tire le drap, il bouge dans tous les sens et pousse des cris, il semble complètement désorganisé. La première

fois que ma maître de stage s'approche pour l'attraper, il arrête immédiatement le jeu en prétextant vouloir nous rappeler les règles. Nous lui demandons s'il souhaite les modifier. Ce jeu est très rigolo mais peut-être fait-il un peu peur ? Sofian nous répond que non, lui n'a pas peur. Il veut recommencer. Lorsque nous reprenons le jeu, Sofian ne se comporte plus de la même manière, son corps semble traduire un état différent. Il se replie complètement sur lui-même, son corps est dans un état de tension extrême, il tente de se faire le plus petit possible. A partir de ce moment, chaque fois que « le crocodile » parvient à l'attraper pour pouvoir le « dévorer », il trouve une manière d'arrêter le jeu avant que celui-ci ne parvienne à ses fins. Nous lui proposons de nouveau de changer les règles s'il le souhaite, c'est vrai que le crocodile fait un peu peur et qu'on pourrait le faire devenir plus gentil. Sofian nous répond « Ça fait peur, mais moi non j'ai pas peur. Le jeu c'est que le croco il doit me manger mais on fait pour de faux. » Il semble chercher de la réassurance au travers de ses propres mots. Nous lui expliquons alors que lorsque l'on joue, on fait semblant, ce n'est pas pour de vrai mais que même si le jeu lui est faux, nous pouvons avoir peur pour de vrai. Malgré cela, Sofian souhaite continuer, les cris reprennent de plus belle, il donne des coups dans tous les sens, ses poings sont serrés et tout son corps est tendu, le jeu génère chez lui une peur véritable. Il finit par demander s'il peut s'enrouler dans le drap, je lui montre comment replier le tissu au-dessus de ses jambes. Sofian referme alors ses doigts sur les bords du drap et les replie sur lui pour s'envelopper à l'intérieur. Le drap l'entoure comme une seconde peau, cela semble l'apaiser, il pousse toujours des cris mais bat beaucoup moins des bras et des jambes. Alors qu'il se trouve dans un état de tension intense, Sofian se montre beaucoup plus accessible qu'à son habitude, il peut nous regarder, le contact physique est possible, à plusieurs reprises il vient se blottir contre moi pour se cacher. Cet aspect relationnel parfois si difficile pour Sofian semble aujourd'hui être moins compliqué. Au fil du jeu, le crocodile finit par réussir à attraper Sofian et à le « manger », il ne cesse de nous répéter « C'est pour de faux, moi j'ai pas peur. » Voyant que l'heure de fin de séance approche nous prévenons Sofian qu'il ne reste plus beaucoup de temps. Nous veillons à le préparer car la séparation est toujours difficile pour Sofian, il a beaucoup de mal à partir. Pour terminer cette séance il nous demande s'il est possible de faire un dessin de ce crocodile, mais « un petit crocodile qui ne fait pas trop peur avec des toutes petites dents ». Nous nous

installons à la table avec des feuilles et des crayons mais Sofian refuse de dessiner, il dit qu'il ne sait pas comment on fait. Alors nous lui proposons de dessiner chacun un crocodile et qu'il pourra garder les trois, il accepte cette proposition. Une fois que chacun a pu dessiner son crocodile, Sofian se ravise, il ne veut pas des trois crocodiles, il veut seulement « le mieux ». Il attrape rapidement une gomme et se met à effacer son propre dessin. Il répète que celui-ci n'est pas bien et que de toute façon il ne sait pas faire. La fin de séance s'avère plutôt compliquée, lorsque nous demandons à Sofian de remettre ses chaussures, il s'effondre. Son corps ne tient plus, il est sur le sol et se met en colère. Il dit des gros mots, se débat lorsque nous tentons de le contenir, et a un regard évitant. Il finit par soulever sa main en direction du visage de ma maître de stage et tandis qu'elle essaie de le rassurer en lui parlant, il tente de lui agripper la bouche tout en ne cessant de répéter "ta gueule" . Ses doigts sont repliés comme des griffes et à plusieurs reprises il cherche à saisir ses lèvres comme pour les pincer. Finalement au bout de quelques minutes, Sofian se redresse d'un seul coup et sort en courant. Il descend les escaliers et va s'agripper aux jambes de sa maman. Lors des quelques minutes d'échange avec la mère de Sofian, celui-ci n'a pas un regard pour nous, il s'agrippe et tire sur les vêtements de sa maman et y enfouit son visage comme s'il voulait s'y cacher. Sofian ne peut pas nous dire au revoir ce jour-là. Lorsque nous le saluons, il se dépêche de sortir du CMP en tirant sa maman par la main.

L'angoisse de dévoration, contrairement à l'effondrement cité précédemment, est moins flagrante chez le nouveau-né de quelques semaines. En effet, si le morcellement et l'effondrement apparaissent dès le début de la vie du bébé, c'est en raison de l'impossibilité de se construire dès les premiers instants de vie une enveloppe contenant et une image unifiée du corps. L'angoisse de dévoration apparaît alors plus tardivement lorsque le bébé a pu partiellement dépasser ce stade et commence à se percevoir comme distinct de l'autre. Dans le cas de Sofian, l'angoisse de dévoration semble être l'angoisse prédominante ou du moins celle qui s'exprime le plus chez lui. Cette observation personnelle pourrait cependant

être motivée par le caractère impressionnant des manifestations de ce type d'angoisse. Dans la culture populaire, la dévoration est un thème récurrent que l'on retrouve dans de nombreuses œuvres destinées aux adultes comme aux enfants, preuve ou non de la sensibilité d'une partie de la population à cette notion. Force est de constater que dès le plus jeune âge on nourrit l'imagination des enfants au travers de contes qui rapportent les histoires du Grand méchant loup qui avale Mère-grand tout rond et en profite par la suite pour croquer le Petit chaperon rouge ou encore l'obsession grandissante du crocodile qui se satisferait bien pour son quatre heure de ce cher Capitaine Crochet. Il n'est donc pas étonnant que chacun ait pu y être confronté à de maintes reprises dans sa vie.

Nos nombreuses séances de jeu avec Sofian ont systématiquement été marquées par ce thème commun de la dévoration. Il y a eu, entre autres, le clan des animaux herbivores contre le clan des animaux carnivores qui finissent par les dévorer jusqu'au dernier, la mise en corps du loup, du crocodile, du requin qui systématiquement souffrent d'une si grosse faim que leur unique but est de croquer les moutons, le plongeur ou le marin sur son bateau, l'énorme tsunami qui avale toute l'île sur son passage et tue par la même occasion tous ses habitants. Au-delà du jeu on retrouve chez Sofian une obsession pour dessiner des personnages dont la construction est pauvre pour son âge mais dont la bouche proéminente dévoile des rangées de dents pointues (*cf* Annexe 2, p.II). On repère d'ailleurs un vocabulaire explicite composé de mots ou d'expressions se référant à la bouche, parmi ceux-ci "ta gueule", "tais-toi", "je vais t'arracher ta gueule". Comme illustré dans l'extrait ci-dessus, on retrouve également une tendance à s'agripper à la bouche des autres, celle de ma maître de stage, de sa maman, de moi-même. Ce comportement donne l'impression que ce que représente la bouche lui est tellement insupportable qu'il semble vouloir la sceller, voire la faire disparaître. Ce que l'on peut également relever ce sont les troubles du langage

de Sofian qui se manifestent par d'importantes difficultés articulatoires. Lorsqu'il parle, Sofian semble 'manger' ses mots, il est parfois difficile de le comprendre tant il a des difficultés à vouloir, semble-t-il, faire sortir les mots de sa bouche.

Il semblerait qu'ici se jouent en boucle et sur tous les plans, les angoisses qui tourmentent tant Sofian, il s'y confronte constamment. On pourrait alors se questionner sur la fonction que pose cette omniprésence de la dévoration lors de nos séances de psychomotricité avec Sofian. Je développerai cette question plus bas dans une autre partie.

Freud décrit cinq stades psychosexuels de développement successifs dont le premier est le stade oral. Le stade oral se situe de la naissance du bébé jusqu'à ses 18 mois et se traduit par une érogénéité prédominante de la zone buccale, ce que l'on retrouve avec le réflexe de succion, la tétée mais aussi par la satisfaction totale que procure le fait que le bébé puisse se nourrir. Il est possible de rapprocher l'angoisse de dévoration à une fixation au stade oral, le patient conservant alors une obsession angoissante pour la zone buccale.

IV. L'angoisse de séparation

J'aimerais à présent m'attarder sur un autre aspect du fonctionnement de Sofian qui a pu se révéler plusieurs fois à la lecture des vignettes précédemment présentées. Les angoisses corporelles archaïques témoignent d'une véritable atteinte de l'image du corps. Bien que pouvant se manifester à n'importe quel moment, leur apparition semble favorisée par les moments de transition et de séparation. En partant de cette observation, j'émetts ici l'hypothèse que l'anticipation de la séparation ou la séparation elle-même pourrait avoir pour conséquence l'émergence des angoisses corporelles chez Sofian.

Il me semble, que chaque mercredi, le moment de la séparation est plus laborieux que la semaine précédente. Sofian parvient de mieux en mieux à s'ouvrir, il peut maintenant nous regarder dans les yeux, partager avec nous ses idées et prendre en compte les nôtres, depuis quelques semaines il semble même prendre du plaisir à nos jeux. Il sourit et rit de bon cœur, chose qu'il ne faisait pas il y a quelques semaines. Cependant, plus il semble prendre du plaisir à la séance, plus le départ est difficile.

Aujourd'hui avec ma maître de stage nous avons essayé un indicateur visuel pour que Sofian puisse anticiper la fin de la séance. Pour ce faire, nous avons posé, 10 minutes avant la fin, un sablier avec inscrit sur le dessus "10 min". Après avoir essayé plusieurs systèmes nous avons eu l'espoir que cette idée fonctionne un peu mieux que les autres. Mais en regardant Sofian, je me rends compte que le sablier n'a pas du tout l'effet escompté. Sofian est assis au bureau et regarde fixement l'objet, j'ai même l'impression que rien ne pourrait l'en faire s'en détourner. J'observe sa bouche s'étirer dans une moue de tristesse tandis que son regard exprime de la terreur. Les traits de son visage s'étirant de cette manière me donnent l'impression que son visage est en train de fondre comme de la cire. Je regarde son corps s'affaisser, son dos se vouter, ses épaules s'abaisser. Plus rien à l'intérieur de son corps ne semble le soutenir. A l'image de son attitude corporelle, Sofian parvient seulement à marmonner quelques mots qui sonnent comme de longues plaintes qui s'essoufflent au fur et à mesure: "nooon nooon, pas ça...".

1. L'angoisse développementale

Au cours de son développement, chaque enfant va traverser une succession d'étapes nécessaires à sa construction en tant qu'individu à part entière. Aujourd'hui, nous savons que l'angoisse de séparation fait partie intégrante et s'avère même être essentielle à ce processus de développement. De nombreux auteurs ont établi le constat que la plupart des enfants manifestent un état de détresse lorsqu'ils se retrouvent séparés physiquement de leur figure d'attachement principale. Cet état apparaît communément aux alentours du 6ème mois, bien que pouvant varier d'un enfant à l'autre, et s'étend jusqu'à la deuxième

année de vie de l'enfant. C'est ce phénomène que l'on va identifier comme l'angoisse développementale de séparation.

Dans son ouvrage, D. Bailly (1995) rapporte que Spitz, d'après l'observation de nourrissons, fait état d'une modification du comportement qui s'opère chez les enfants entre le 6ème et le 8ème mois. Si dans les mois qui précèdent, le bébé produit un sourire réponse quel que soit le visage qui se présente à lui, on observe à ce moment du développement un comportement de rejet de l'inconnu accompagné de manifestations d'angoisse. Spitz émet l'hypothèse que l'enfant, dès lors qu'il acquiert la capacité de discriminer le visage de sa mère parmi d'autres visages, va manifester de l'angoisse en réponse à l'absence d'identification du visage de la figure maternelle.

“Pour Spitz, l'angoisse du huitième mois indique l'établissement de l'objet libidinal proprement dit. Il ne s'agit donc pas d'un symptôme pathologique, mais bien au contraire d'un symptôme de progrès dans le développement de l'enfant”. (Bailly, 1995, p.4)

L'angoisse de séparation est identifiée par Spitz comme un marqueur du début de l'identification et de l'investissement de l'autre en tant que personne différenciée de soi. Si la séparation avec la figure d'attachement entraîne une réaction de détresse, c'est qu'il y a là l'établissement d'un investissement libidinal envers une personne distincte de soi-même puisque reconnue comme possiblement absente. L'enfant peut identifier cette figure d'attachement parmi d'autres personnes et la reconnaît donc comme un individu unique et à part entière. Cette angoisse du 8ème mois se révèle alors fondatrice puisqu'elle permettrait l'émergence de la différenciation Moi/Non-Moi.

Bowlby et Robertson (1952) se penchent également sur la question. Ils repèrent et décrivent trois phases, s'opérant dans la même période, par lesquelles passent l'enfant lorsqu'il se retrouve séparé de la mère. La mère étant ici identifiée comme la figure d'attachement principale. La phase de protestation se manifeste en premier par le biais d'une agitation motrice, des pleurs, des cris, etc. Puis suit la phase de désespoir correspondant à une tendance au retrait et à l'inactivité de la part de l'enfant. La dernière phase est celle du détachement où l'enfant va petit à petit réinvestir la sphère sociale et relationnelle en faisant abstraction de l'absence de la mère. La durée de la période de séparation va influencer les possibilités d'apparition des trois phases mais aussi l'intensité des manifestations. Dans son raisonnement, Bowlby identifie la phase de protestation comme l'équivalent de l'angoisse développementale de séparation.

“Pour Bowlby, l'angoisse primaire de séparation apparaît non pas comme une situation traumatique, mais comme le signal activateur d'un schème de comportement spécifique, la conduite d'attachement” (Bailly, 1995, p.6).

D'autres auteurs tels que Sigmund Freud, Donald Woods Winnicott ou encore Margaret Mahler évoquent dans leurs travaux l'angoisse liée à la séparation du bébé avec sa figure d'attachement. Il existe, en fonction des auteurs, quelques décalages concernant la période d'apparition de ces angoisses, mais chacun d'eux semble situer cette angoisse développementale de séparation au moment où l'enfant devient capable de se différencier de sa mère.

2. Quand l'angoisse devient pathologique

Au cours de son développement, l'enfant va acquérir le concept de permanence de l'objet que J.Piaget situe entre le 18ème et le 24ème mois de vie. A ce moment, il va avoir la possibilité d'accéder à la représentation mentale de l'objet absent. Ainsi, l'objet qui se trouve hors du champ de vision ne va plus complètement disparaître mais va pouvoir continuer d'exister par le biais des représentations mentales. Cela signifie donc que l'absence de la figure d'attachement est mieux tolérée puisqu'elle ne signifie plus sa disparition complète, *"l'image conservée pourra agir dans l'esprit en l'absence de la chose et suggérer ainsi l'idée de sa conservation"* (Piaget, 1977, p.11). L'enfant peut alors se figurer le retour de la personne absente puisque celle-ci ne cesse plus complètement d'exister lorsqu'elle n'est plus perçue visuellement. Les réactions anxieuses face à la séparation tendent alors à s'amoinrir. Avec le temps, elles sont de moins en moins marquées et deviennent de plus en plus rares. Cependant, il est possible, dans certaines situations, que l'anxiété de séparation revête un caractère pathologique. C'est ce que l'on remarque chez Sofian.

L'angoisse de séparation a été caractérisée comme trouble pour la première fois dans un article écrit par H.Estes, C.Haylett et H.Johnson en 1956. Ils décrivent ce trouble comme un *"état émotionnel pathologique"* impliquant l'enfant et la figure parentale dans une *"relation de dépendance hostile"* qui se caractérise notamment par un fort besoin de conserver une certaine proximité. Dans cet article Estes et coll. parlent donc du cas de figure dans lequel l'angoisse se joue directement dans le lien parent/enfant. Dans le cas de Sofian, cette angoisse n'apparaît pas comme spécifique à la relation qu'il entretient avec ses parents. L'angoisse de séparation peut émerger dès lors qu'une relation d'attachement se crée. Dans le cadre de la prise en charge, la relation impliquant patient et thérapeute

s'inscrit dans un processus d'attachement réciproque. Ceci peut expliquer les difficultés de Sofian à quitter le CMP et plus particulièrement la salle de psychomotricité à la fin de sa séance. L'angoisse de séparation dite pathologique est donc une angoisse qui se caractérise par un âge de survenu inhabituel et une très forte intensité dans ses manifestations.

Ces moments de séparation vont alors être marqués chez Sofian par des épisodes de désorganisation motrice intense. Nous faisons l'observation presque systématique d'un effondrement corporel majeur, d'agressivité verbale et parfois physique avec des morsures et des coups, des jets d'objets à travers la salle, une tendance à la destruction du matériel utilisé. Il arrive fréquemment que Sofian prenne un objet de la salle et tente de le dissimuler dans ses poches ou dans sa main pour l'emmener avec lui.

Après la tempête que nous venons de traverser, je trouve Sofian étrangement calme d'un seul coup. Il se tient debout près de la porte bien ancré sur ses deux pieds avec les mains dans le dos. Alors que quelques instants plus tôt il ne parvenait même pas à se tenir debout, Sofian affiche maintenant un air apaisé et il sourit dans notre direction. Ce n'est pas la première fois, je sais qu'il cache quelque chose derrière son dos, et ce quelque chose provient de la salle dans laquelle nous nous trouvons.

Avec ma maître de stage nous lui demandons de remettre à sa place ce qu'il a pris afin que nous puissions redescendre. Sofian s'empresse alors d'ouvrir la porte pour se jeter dehors. Alors que nous le rattrapons avant qu'il ne descende les quelques marches de l'escalier, Sofian s'effondre de nouveau sur le sol et ne veut pas se résoudre à lâcher l'objet. C'est alors que ma maître de stage lui propose "Si tu veux je vais te donner un papier sur lequel je vais écrire la date de notre prochain rendez-vous et tu pourras le garder jusqu'à la semaine prochaine, tu sais, comme la dernière fois". A cette proposition Sofian se redresse, il acquiesce et lâche alors le petit jouet qu'il tenait jusqu'ici dans sa main.

Cette question semble nous renvoyer au concept de *l'objet transitionnel* développé par Winnicott. *L'objet transitionnel* dans l'œuvre de Winnicott s'apparente au premier objet que l'enfant investit et reconnaît comme *non-moi*. L'objet qui prend souvent la forme d'une peluche ou d'une tétine, permet à l'enfant de lutter contre les angoisses et donc de se détacher progressivement de la mère ou de la figure d'attachement afin de pouvoir faire ses propres expériences. Dans le cas de Sofian, j'émet l'hypothèse que le fait de prendre un objet de la salle de psychomotricité et qui est donc, dans sa représentation, directement rattaché à ma maître de stage et à moi-même, lui permet de continuer à nous faire exister le reste de la semaine jusqu'au mercredi suivant. Par ce biais, il trouve un moyen d'essayer de lutter contre les angoisses qui le submergent à la fin de chaque séance. Le jouet qu'il dérobe ou le papier que nous lui donnons tient en quelque sorte ce rôle d'objet transitionnel.

V. L'instabilité psychomotrice

Le 18 novembre 2023

"La tempête"

Une fois dans la salle Sofian se dirige comme à son habitude vers la caisse qui contient les animaux en plastique. Il se précipite pour l'ouvrir et commence à en sortir chaque figurine. D'un air impatient il se retourne vers nous et nous lance sans même nous regarder "Mais allez, aidez moi !". Ma maître de Stage s'approche de Sofian lui signifiant que nous n'avons pas pu nous dire bonjour tant il s'est dépêché pour prendre les jouets. Sofian ne répond pas et continue de sortir mécaniquement les animaux. Je m'approche de

lui à mon tour, lui proposant de nous expliquer ce qu'il compte faire avec les animaux, auquel cas nous serons en mesure de l'aider à tout installer. Sofian soupire, puis comme s'il s'agissait d'une évidence nous dit : "Bah il faut les mettre là, par terre, en troupeau".

Nous nous asseyons alors tous les trois afin de placer les animaux pour qu'ils forment un grand troupeau. Une fois tout ce matériel installé, je demande à Sofian ce que les animaux ont prévu de faire aujourd'hui. Mais Sofian n'est plus avec nous, il est en train de se ruer sur la caisse d'instruments de musique. Il saisit un xylophone et commence à taper sur toutes les touches.. Afin de faire le lien, ma maître de stage propose un scénario, les animaux sont à un concert et c'est Sofian qui va jouer de la musique pour eux. Sofian rétorque qu'il ne veut pas jouer avec les animaux. Bien en mal de réussir à le convaincre, nous décidons finalement de nous tourner vers les instruments afin de nous lancer dans un concert endiablé. Cependant, quelques minutes plus tard, ce jeu n'est plus au goût de Sofian qui à présent se lance dans l'ascension de l'espalier. Ma maître de stage tente de contenir la situation en lui rappelant ce que nous sommes en train de faire et que s'il veut changer de jeu le mieux et d'en discuter ensemble afin de trouver ce qui peut convenir. Ma maître de stage lui propose de revenir avec nous mais Sofian redescend déjà de l'espalier pour se saisir à nouveau des animaux laissés au sol. Il nous invite à jouer avec lui.

Alors que nous commençons tous les trois à imaginer une histoire et à la mettre en jeu, Sofian se lève d'un coup : "J'ai plus envie". Il part fouiller dans un autre coin de la salle.

Nous lui signifions que cela serait bien de finir les jeux que l'on commence avant d'aller chercher autre chose. Cependant Sofian ressort déjà un gros ballon du coin de la pièce. Ce jour-là, les quarante-cinq minutes de séance se sont déroulées sans que nous n'ayons pu aller plus loin dans l'un des jeux que nous avons commencé.

Dans l'instabilité psychomotrice Maurice Berger (2013) reconnaît deux types d'instabilité, l'instabilité motrice qui se caractérise par une hyperkinésie, des difficultés à rester immobile, une activité ininterrompue, de la maladresse ou même une tendance à parler sans s'arrêter et l'instabilité psychique dont les manifestations se retrouvent plus dans les difficultés attentionnelles et de concentration. Fabien Joly (2005) ajoute quant à lui un troisième type d'instabilité qui met en jeu le versant psycho-affectif et qui va entraîner de l'impulsivité, des difficultés à contenir sa frustration ou encore des variations émotionnelles intenses.

L'instabilité est un concept qui est soumis à plusieurs modèles théoriques de compréhension. Maurice Berger (2013) expose dans ses écrits le modèle neurophysiologique qui avance l'hypothèse que l'instabilité aurait pour origine un dysfonctionnement cérébral a minima et serait donc la manifestation d'une perturbation cérébrale. Il développe dans une seconde partie le modèle psychodynamique dont les hypothèses s'appuient ici sur l'idée d'un *"Moi très fragile avec une faiblesse identitaire"* (Joly, 2005, p.118). Le modèle psychodynamique étaye cette théorie sur différents axes de réflexion. Ces courants théoriques apportent des étiologies qui mettent en jeu des processus différents concernant l'émergence de l'instabilité. Cependant il faut garder à l'esprit que souvent l'origine de l'instabilité, qu'elle soit symptôme ou syndrome, s'avère être multifactorielle.

Bien que le cas de Sofian ne fasse pas exception sur ce point, je ne peux pas me permettre d'exposer toutes les hypothèses concernant l'origine de son instabilité

psychomotrice, cela n'est pas ici le sujet principal de mon mémoire. Cependant, il me paraît intéressant de pouvoir rattacher cette question de l'instabilité avec les descriptions cliniques que j'ai pu exposer dans les parties précédentes. C'est ainsi que dans la continuité logique de cette partie sur le fonctionnement psychocorporel de Sofian, je vais me rapprocher de la théorie de Jean Bergès (1985) selon laquelle l'instabilité prendrait son origine dans une *“défaillance au niveau des enveloppes corporelles”* (Berger, 2013, p.15). L'instabilité ne serait donc pas provoquée par un dysfonctionnement cognitif mais par une fragilité des enveloppes. Comme j'ai pu l'évoquer un peu plus haut, Sofian laisse transparaître des défaillances au niveau de la construction de ses enveloppes. Dans sa théorie, Bergès avance que l'agitation se met en place dans le but d'une recherche constante des limites et des frontières, c'est dans l'agitation et le mouvement que vont se matérialiser les enveloppes qui n'ont été intégrées que partiellement. Chez Sofian cette instabilité va se manifester par des épisodes d'agitation motrice récurrents, on peut également y associer son discours logorrhéique, ses explosions émotionnelles ainsi que ses importants troubles de l'attention. C'est d'ailleurs ce dernier point qui a amené les parents de Sofian à consulter un médecin puis à venir au CMP. L'instabilité se révèle envahissante au quotidien et induit des difficultés sociales évidentes. Dans le cas de Sofian, l'instabilité a un retentissement important dans le cadre de l'école, ses difficultés attentionnelles ne lui permettent plus d'accéder correctement aux apprentissages et l'intégration avec ses pairs s'avère très compliquée. De ce fait, Sofian se retrouve souvent isolé des autres enfants. Le risque dans cette situation serait que Sofian accumule un retard important dans les apprentissages et qu'il finisse par ne plus pouvoir le compenser.

L'instabilité pourrait aussi être un moyen pour Sofian de lutter contre ses angoisses archaïques. Tout comme la désorganisation qu'éprouve le bébé lorsqu'il est en proie à des angoisses qui ne peuvent pas être calmées par le portage de la mère, l'enfant va s'enfoncer dans un tourbillon d'agitation. Cet agir externe va avoir un rôle de décharge et de défense contre les attaques internes angoissantes *"L'angoisse qui ne se dit pas s'agit"* (Birraux, 2009, p.20).

"L'agir corporel, par essence développemental chez l'enfant, participe à l'évolution du sujet, et il est donc difficile de reconnaître quel agir ou ce qui en lui est pathologique et ne l'est pas, l'enfant nous confrontant sans cesse et inévitablement à la question du corporel. [...] Ainsi, il s'agit d'étudier la représentation de soi et les images du corps qui la constituent"

(Claudon, 2006 ,p.158).

PARTIE III : LE JEU COMME SOUBASSEMENT PRINCIPAL DES ACTIVITÉS DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT

I. Les définitions du jeu

“Le jeu”, un mot bien connu de tous, employé quotidiennement et pouvant être décliné sous ses formes “jouet” ou encore “jouer”. Ce terme pourtant si présent dans notre quotidien ne semble pas être pourvu d’une définition claire et précise. Dans la pensée générale, nous pouvons nous accorder à dire qu’à l’évocation de la notion “le jeu”, chacun, du moins chaque personne dont l’appareil à penser le lui permet, a la possibilité de se figurer à sa manière ce que signifie ce mot. Cette idée de ce qu’est le jeu est globalement commune à tout le monde, bien que chacun en ait sa propre représentation distincte de celle des autres. En effet, la représentation mentale de ce qu’est le jeu à tout un chacun, implique communément la présence d’un signifiant et d’un signifié. Le signifiant constitue la représentation mentale de l’aspect physique, de la forme du mot, il est singulier à chacun puisqu’il dépend en partie des expériences personnelles. D’une personne à l’autre, le mot “jeu” va pouvoir évoquer entre autres une partie de carte, un puzzle, des passes avec un ballon. Le signifié, lui, s’apparente à la représentation mentale même du concept du jeu. Afin de comprendre les éléments qui nous permettent d’accéder à cette idée commune globale, je vais présenter ci-dessous la définition du jeu que l’on peut retrouver dans les dictionnaires le Larousse et le Robert.

Dans le Larousse on retrouve la définition suivante :

JEU, nom masculin : *“Activité d'ordre physique ou mental, non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir”.*

Le Robert référence pour le même mot :

JEU, nom masculin : *“Activité physique ou mentale dont le but essentiel est le plaisir qu'elle procure”.*

Dans ces définitions issues de deux dictionnaires français de référence, on retrouve deux fois la déclinaison de la forme physique ou mentale de l'activité et surtout la notion de plaisir. C'est ce principe que l'on va retrouver de commun dans l'idée que chaque personne peut se faire du jeu. Lorsque l'on joue, on éprouve du plaisir ! Le jeu est d'ailleurs l'activité que l'on associe aux plus jeunes, aux bébés, aux enfants, parfois aux adolescents, plus rarement à l'adulte.

Cette omniprésence du jeu dans notre quotidien nous pousse à nous demander, le jeu n'aurait-il tout de même pas autre fonction que de procurer du plaisir à celui qui s'y prête ? Winnicott, célèbre théoricien du jeu assurait, *“jouer c'est une expérience : toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie”* (Winnicott, 2020, p.103).

Psychanalyste mais pédiatre de formation, Winnicott s'accorde à penser le jeu différemment de ses collègues avant lui. Mélanie Klein, saisit le jeu dans son utilisation

comme un moyen thérapeutique. Winnicott considère le jeu comme une “thérapie en soi” (Winnicott, 2020, p.102). Le jeu est une activité spontanée et universelle de l’enfant, il s’inscrit dans son développement et y est même fondamental. *“L’activité de jeu facilite la croissance et par la même, la santé. Jouer conduit à établir des relations”* (ibid. p.90).

Aujourd’hui, il semble que la portée développementale du jeu ait été saisie et qu’elle ne fasse plus question, du moins dans le référentiel propre à notre culture. Les professionnels de santé et de la petite enfance sont de mieux en mieux formés et de nombreux moyens de prévention sont mis en place dans l’accompagnement des parents et des familles. Ludovic Gaussoit en 2001 rapporte les propos du sociologue Roger Caillois, *“Le jeu est une activité sérieuse, éducative, pédagogique, qui contribue au développement affectif, sensori-moteur, cognitif, moral, intellectuel et social de l’enfant d’une part, au développement des plus hautes manifestations de la culture d’autre part”* (Caillois, 1967).

II. L’évolution du jeu au cours du développement de l’enfant

Le jeu est un sujet qui a suscité et suscite encore aujourd’hui beaucoup d’intérêt. De nombreux auteurs se sont essayés à la théorie du jeu chez l’enfant. C’est pourquoi il existe une multitude d’écrits qui tentent de détailler et d’expliquer le jeu sous tous ses aspects développementaux, thérapeutiques et psychopathologiques. Nous l’avons vu, le jeu s’inscrit chez l’individu comme organisateur de son développement, il va intervenir sur différents plans développementaux comme la motricité, le psychisme, la cognition ou encore le psycho-affectif. Comme le rappelle Fabien Joly, le jeu suit une *“trajectoire développementale”* (Joly, 2015, p.12), le bébé puis l’enfant, au cours de son processus de

développement va passer par ce qui pourrait s'apparenter à des stades du jeu. On ne parle donc pas du jeu mais des jeux. Winnicott s'était déjà penché sur cette notion de *jeux* en distinguant les notions de *play*, qui s'apparente au jeu spontané de l'enfant et le *game* qui lui correspond aux jeux qui se construisent sur des règles. Piaget, de son côté, différencie trois types de jeux : les jeux d'exercice, les jeux symboliques et les jeux de règle. Bien d'autres auteurs ont également proposé leur propre classification, c'est pourquoi il me semble compliqué d'en admettre une unique qui prédominerait sur les autres. Il y a beaucoup de facteurs qui interviennent dans ce processus complexe qu'est le jeu et cela implique donc des variations d'un individu à l'autre, établir une classification la plus exacte possible et pouvant être assimilable à chaque individu ne semble donc pas réalisable. Cependant, dans l'intérêt de l'écriture de ce mémoire, en me basant sur des lectures plus contemporaines de Fabien Joly (2015) et Anne Gatecel (2016), tous deux psychomotriciens, je vais m'efforcer de présenter 4 types de jeux qui structurent le développement de l'enfant.

1. Les premiers jeux du bébé

A sa naissance, le bébé est un être immature, c'est par le biais des *jeux sensoriels* selon Bernard Golse et *jeux d'éveils* pour Anne Gatecel qu'il va pouvoir se construire. Piaget appelle cette période du développement le stade sensori-moteur, elle se situe de la naissance à 18-24 mois. Selon Anne Gatecel (2016), pendant les deux premières années de sa vie, le bébé va apprendre à découvrir son corps et à explorer son environnement grâce aux jeux d'éveils. La motricité du bébé qui dans les premières semaines de vie dépend de réflexes, va être intégrée sous contrôle volontaire. L'activité psychomotrice de l'enfant va lui permettre de maîtriser son corps, l'exploration sensorielle des objets et du monde qui l'entourent vont lui permettre de comprendre qu'il est capable d'agir sur le monde grâce à

l'action. A cette période, chaque objet, la balle, la voiture, le hochet, est idéal pour expérimenter de nouvelles choses, les secouer, les entrechoquer ou encore les lancer. Les expériences sensori-motrices vont permettre à l'enfant d'intégrer la conscience de son corps. Les jeux interactifs entre les parents et le bébé vont lui permettre de pouvoir s'inscrire en tant qu'acteur dans la relation à l'autre.

2. Les jeux fonctionnels

Dès que l'enfant a pu acquérir une maîtrise suffisante de son corps, il va se tourner vers des jeux dits fonctionnels. Bien que les âges divergent en fonction des auteurs, on peut situer leur apparition après la première année de vie. Dans ce type de jeu, l'enfant recherche la maîtrise littérale de l'objet. Il l'investit dans sa fonction première. C'est le temps des jeux de construction, d'emboîtement, de transvasement. L'enfant *"reproduit pour le plaisir du mouvement des gestes adaptatifs"* (Gatecel, 2016, p.32). Selon Anne Gatecel, (2016) ces jeux ont toute leur importance dans le développement psychomoteur, grâce à la répétition de mouvements, ils mettent au travail la préhension, les coordinations, l'équilibre ou encore les déplacements. Ces jeux ont également un intérêt cognitif, l'enfant va manipuler les objets, il va les explorer, tenter d'en comprendre les fonctionnements dans la répétition. Le recours à ce type de jeu est également indicateur de l'apparition prochaine de la fonction symbolique, c'est grâce à cela que l'enfant va être capable de nommer les objets, de se les représenter par le biais de symboles et d'y faire référence lorsqu'ils ne sont pas là.

3. Les jeux de faire semblant

Comme je viens tout juste de l'évoquer, le jeu permet le développement de la fonction symbolique. Les auteurs situent l'apparition des jeux de faire semblant vers l'âge de

18 mois à 2 ans. Dans l'œuvre de Piaget, les jeux symboliques se traduisent par l'émergence de la capacité à représenter un objet par un autre, "*un cube de bois devient une voiture miniature, représentant ainsi un objet réel vécu dans une relation avec autrui*" (Aucouturier, 2017, p.13). Le jeu de faire semblant se caractérise littéralement par le fait de jouer à faire semblant, l'enfant fait comme si. Il va investir des objets afin de les mettre au service de son jeu. En fonction du thème évoqué, l'objet va pouvoir revêtir une signification différente. L'enfant va alors créer des situations imaginaires sous formes de scènes et y mettre en jeu les objets. Ces situations peuvent être inspirées de la réalité, de ce que l'enfant a déjà vécu ou de scènes auxquelles il a pu assister, ou s'appuyer sur des éléments et personnages fictifs.

En se basant sur les travaux de J.Piaget, Odile Périno (2014) distingue les *jeux de rôle* des *jeux de mise en scène*. Les jeux de rôle s'apparentent à des scènes où l'enfant se place comme un "acteur" qui incarne un personnage, il le met en corps. Pour cela il s'appuie sur les compétences motrices qu'il a précédemment acquises, il peut sauter, courir, porter, grimper... Il fait vivre son personnage dans l'action. Au début, l'enfant n'a que peu accès à l'imaginaire, c'est pourquoi il va beaucoup s'appuyer sur les objets dont il dispose pour construire son jeu. Il va les investir, dans un premier temps, dans leur utilisation concrète, puis petit à petit, il va en détourner la fonction. Ainsi la cuillère en bois devient en un claquement de doigts l'épée d'un chevalier bagarreur et la boîte en carton se transforme en volant de voiture de course.

Le jeu de mise en scène apparaît un peu plus tard. Il consiste en la manipulation de figurines à l'effigie de personnages ou d'animaux. L'enfant ne va plus lui-même incarner son personnage, à la place il va donner vie à plusieurs figurines simultanément. Les scènes

sorties de l'imaginaire de l'enfant, toujours inspirées de la réalité ou fictives, prennent forme dans la manipulation de ces petits personnages souvent faits de plastique. D'après J.Piaget, le jeu de mise en scène émerge parallèlement à *“un souci croissant de vraisemblance et d'imitation exact du réel et par l'apparition du symbolisme collectif”* (cité par Périno, 2014, p.179). En effet, la possibilité d'instaurer un jeu de faire semblant à plusieurs, implique en partie d'avoir accès à une représentation commune de la symbolique des objets inclus dans le jeu. En cas d'absence de représentation commune, le jeu collectif n'est pas possible puisque chaque joueur possède une perception différente de l'action en cours.

Le jeu de faire semblant permet non seulement le développement de l'activité motrice de l'enfant par le biais de la mise en mouvement et de la manipulation d'objets en partie, mais il permet également de mettre au travail ses capacités psychiques, de développer son imagination et d'enrichir son langage. Dans cette même optique développemental, le jeu de faire semblant va permettre à l'enfant de s'inscrire dans des échanges relationnels en intégrant d'autres personnes dans son jeu et en les faisant entrer dans son imaginaire (Anne Gatecel, 2016).

4. Les jeux à règles et jeux sociaux

Ce type de jeu arrive plus tardivement dans le développement de l'enfant, vers 4 ou 5 ans. On situe l'émergence des jeux à règles conjointement à la période d'établissement des liens privilégiés entre l'enfant et ses pairs. L'enfant va à présent créer des jeux qui s'appuient sur des règles, *“La règle du jeu a pour fonction d'organiser les relations entre les joueurs”* (Périno, 2014, p.187). Le bon déroulement du jeu entre chaque joueur implique donc une connaissance commune et un respect des règles qui sous-tendent le jeu. Lorsque nous

grandissons, nous avons recours à ces jeux sous forme de jeux de sociétés ou encore de jeux sportifs. Les jeux à règles et jeux sociaux permettent de développer les capacités cognitives et sociales de l'enfant. En effet, pour jouer, l'enfant doit pouvoir comprendre et appliquer des règles, énoncées ou non, qui structurent le jeu mais également être capable d'assimiler les compétences sociales admises dans le jeu en observant les autres joueurs.

Bien qu'ils soient présentés de manière chronologique par rapport aux périodes d'apparition, le passage d'un type de jeu au suivant n'exclut pas de revenir aux précédentes formes. Elles s'imbriquent même les unes dans les autres : dans un jeu à règle, il est tout à fait possible d'avoir recours à des jeux de faire semblant ou à des jeux fonctionnels.

PARTIE IV : LE JEU DE FAIRE SEMBLANT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE SOFIAN EN PSYCHOMOTRICITÉ

I. Le jeu en psychomotricité

Comme j'ai pu l'exposer dans la partie précédente, le jeu, loin d'être une activité anodine, au-delà d'être nécessaire dans le développement de l'enfant, en fait même partie intégrante. Il va maintenant être question de comprendre en quoi le jeu, qui est une activité *spontanée* de l'enfant comme le soutient Winnicott, revêt toute son importance dans la pratique de la psychomotricité. Bien qu'il puisse être utilisé comme simple moyen d'observation, le jeu se révèle également être une médiation privilégiée du psychomotricien.

1. Une activité psychomotrice en soi

Si pour des auteurs comme Gutton ou Klein, le jeu est principalement un moyen d'expression de la vie psychique et fantasmatique de l'enfant, on ne peut pas exclure que le jeu relève d'un fonctionnement psychomoteur. En effet, si l'on s'y penche quelque peu, on s'aperçoit rapidement de l'importance des implications du corps et de la sensori-motricité. Pour jouer, il faut penser et imaginer mais il faut aussi un corps qui peut incarner, se mouvoir, manipuler, rencontrer, interagir. *“Le développement des activités ludiques engage véritablement l'ensemble du corps dans la rencontre avec le monde des objets, tant au niveau des jouets manipulés qu'au contact du corps de l'autre”* (Boutinaud, 2017, p.242).

En tant que psychomotricien, lorsque l'on observe un enfant jouer, on peut se saisir du contenu du jeu, de l'histoire et de ce qu'elle raconte, mais il est tout aussi important de regarder comment l'enfant joue, comment il se déplace, la qualité de mouvement mis en jeu, comment le corps est investi. Au même titre que le *quoi*, que je rapproche du contenu,

le *comment* se révèle être, pour nous psychomotriciens, un indicateur essentiel concernant l'organisation de l'enfant.

F. Joly (2015) parle du jeu comme un "travail du jouer", l'enfant met au travail dans un élan, un temps et un mouvement commun les apprentissages cognitifs, la sensori-motricité et le corps en relation, il parle de ce processus comme un "*carrefour psychomoteur*". Mais si le jeu nous permet d'observer au sein d'une même activité tous ces éléments, serait-il possible qu'il puisse donc traduire de leur dysfonctionnement ?

2. Un terrain d'observation des aspects psychopathologiques

Bien que le jeu apparaisse dans l'œuvre de Freud et donc par définition dès le début de la théorie psychanalytique, il semblait jusqu'ici n'être considéré que comme mineur dans la clinique. C'est Mélanie Klein la première qui va introduire le jeu dans la prise en charge des enfants avec sa "*technique analytique du jeu*". L'approche par le jeu se place comme sa principale méthode d'analyse de l'enfant. Selon Mélanie Klein, l'enfant possède des processus de censure moins rigides que les adultes, le jeu va permettre l'émergence des préoccupations inconscientes de l'enfant là où l'on doit pratiquer l'association libre avec les adultes. Le jeu devient alors une règle fondamentale dans la cure d'enfants (Lenormand, 2012). En effet, tout comme le rêve ou le symptôme, le jeu semble fonctionner sur un mode proche de celui des *processus primaires*. Les processus primaires s'apparentent au fonctionnement de l'inconscient, tandis que les *processus secondaires* correspondent à l'activité diurne, la pensée construite et rationnelle.

Dans son ouvrage *La psychanalyse de l'enfant*, Mélanie Klein écrit *“L'analyse par le jeu avait montré que le symbolisme permettait à l'enfant de transférer, sur les objets autres que des êtres humains, non seulement ses intérêts mais aussi ses fantasmes, ses angoisses et sa culpabilité. Ainsi, l'enfant éprouve un soulagement considérable en jouant et c'est l'un des facteurs qui lui rend le jeu si indispensable”* (cité par Gatecel, 2016 , p.37).

Dans son approche, Mélanie Klein reste sur l'idée que le jeu est donc le moyen d'analyser la vie psychique de l'enfant, de révéler ses angoisses et ses fantasmes. Ici, seul le contenu du jeu est pris en compte. Avec l'établissement que le jeu relève autant du psychisme que de l'organisation psychomotrice globale de l'enfant, il est possible d'admettre qu'observer la manière dont l'enfant joue peut traduire de ses difficultés psychomotrices. Fabien Joly (2015) écrit que l'observation des conduites ludiques de l'enfant permet non seulement d'appréhender le fonctionnement psychique de celui-ci mais également les aspects cognitifs et psychomoteurs. Dans ce sens, il est donc possible de mesurer son organisation pathologique. F.Joly apporte *“l'idée que, comme tout processus, ce dernier [le jeu] peut être soumis à des distorsions pouvant même jusqu'à être qualifiées de psychopathologiques”* (Boutinaud, 2017, p.243).

3. Le jeu de faire semblant en psychomotricité

Le jeu, et c'est indéniable, s'est trouvé une place de choix parmi le large éventail de médiations que le psychomotricien possède dans sa boîte à outils. Catherine Potel nous dit même : *“Le psychomotricien a un savoir-faire du jeu”* (Potel, 2019, p.388). Le jeu de faire semblant met au travail l'individu sur les plans à la fois cognitif, psychique, corporel, psycho-affectif, il met en jeu l'imaginaire et permet la symbolisation.

“Le jeu est l’un des moteurs puissants d’intégration, d’élaboration et de transformation d’expériences concrètes en « matières symboliques », qui vont nourrir l’intelligence du sujet et le rendre à même d’établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s’éprouve, et ce qui se pense. Le jeu permet la compréhension, l’intériorisation. C’est l’un des maillons essentiels vers l’abstraction” (Potel, 2019, p.384).

Par l’agir corporel, le jeu favorise l’intégration psychique de nouvelles expériences. La mise en mouvement du corps contribue à alimenter l’imaginaire de l’enfant. Le jeu de faire semblant amène l’enfant à jouer ou plutôt à s’incarner dans des situations plus ou moins familières qui vont permettre de nourrir son bagage de représentations. En psychomotricité, le travail s’articule en grande partie autour des ressentis corporels, il se trouve que le jeu de faire semblant prend racine dans le vécu corporel et dans la manière dont l’individu va percevoir les choses. Il se construit autour des expériences relationnelles de l’enfant avec son environnement à l’image de la psychomotricité ou le cœur du travail se situe dans les interactions.

Jouer à faire semblant peut être utilisé dans maints cas de figure en psychomotricité. Par exemple, on peut s’en servir comme soutien aux habiletés sociales en imaginant des petites scènes de la vie réelle comme un dîner au restaurant ou un rendez-vous chez le coiffeur. On peut aussi s’en saisir pour travailler des aspects plus moteurs comme les coordinations dynamiques générales ou l’équilibre en feignant être un aventurier qui réalise un parcours de la mort avec à la clé la récompense du trésor. Le jeu de faire semblant se décline pour se mettre au service des difficultés de l’enfant. Ce qui va être important, c’est la manière dont le thérapeute va investir le jeu avec son corps mais aussi ses affects, comment

il s'en saisit pour pouvoir le transformer en réponse symbolique. L'enfant peut alors à son tour se saisir de cette réponse et l'intégrer comme représentation.

4. La place du thérapeute

Ceci m'amène donc dans une suite logique à me questionner sur la place du thérapeute psychomotricien ainsi que les rôles qui lui incombent dans la mise en place du jeu de faire semblant dans la prise en charge d'un patient.

Le jeu de faire semblant, pour qu'il reste du "*faire semblant*", se déploie dans une temporalité et une spatialité définie. Ces composantes viennent poser des limites qui vont permettre de pouvoir tout, ou presque tout, jouer sans danger. Le facteur de temps définit les contours temporels du jeu en objectivant un début et une fin. Hors de ces limites fixées, nous ne sommes plus dans le jeu. Le facteur d'espace permet de délimiter une zone précise qui s'apparente à un réceptacle qui contient ce qui est déposé au cours du jeu. Dans cet espace, on peut retrouver du matériel. Le matériel constitue un support à l'imaginaire de l'enfant. Ces éléments que je viens d'énoncer font partie de ce que l'on appelle le cadre et ici plus particulièrement le cadre thérapeutique. Pendant la séance, le psychomotricien se place comme garant du cadre, bien qu'il puisse être modulé, on veillera à ne jamais trop en sortir. Il sert à instaurer des limites sécurisantes, l'enfant peut se reposer sur lui et expérimenter, vivre des expériences sans risque qu'il ne se retrouve trop submergé par ce qu'il traverse. "*Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée*" (Potel, 2019, p.357).

Explication du contexte : Le jeu de cette séance, selon la proposition de Sofian, met en scène deux plongeurs qui observent les fonds marins, d'un coup un requin surgit et très affamé il tente d'attraper les plongeurs. A tour de rôle, nous nous plaçons dans la peau du requin puis dans celle d'un plongeur. Dans cette vignette, Sofian est le requin.

Alors que je tente de m'échapper, Sofian se lance à ma poursuite. Il met du cœur dans son imitation du requin, il copie l'aileron avec sa main, fronce les sourcils et montre les dents.

Sofian se rapproche de plus en plus de moi jusqu'à parvenir à m'attraper. Alors qu'il me saisit en m'entourant de ses deux bras, je sens ses dents s'enfoncer dans mon avant bras.

Alors que je laisse échapper un "aïe", ma maître de stage qui a assisté à la scène stoppe immédiatement le jeu.

Dans cet exemple, les limites posées par le cadre ont été franchies, à savoir, *on n'a pas le droit de faire du mal pour de vrai parce qu'on fait semblant*. Dès l'instant où Sofian franchit cette limite, ma maître de stage signifie verbalement que le temps de jeu est terminé. Si le jeu s'arrête à ce moment, c'est pour éviter que Sofian ne déborde et que ses pulsions n'exploient.

Le psychomotricien possède donc le rôle de garantir le cadre pendant le jeu mais également de manière générale pendant la durée de la séance.

A l'instar du magicien, le psychomotricien va aussi transformer. Mais transformer quoi ? Pendant le jeu, l'enfant qui expérimente de nouvelles choses éprouve des sensations, le psychomotricien va pouvoir recevoir, accueillir les ressentis bruts de l'enfant, il va les transformer en représentations par le biais du langage, elles pourront alors être intégrées par l'enfant. *"C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques"* (Potel, 2019, p.360). Cette capacité de

contenance implique aussi bien la dimension corporelle que la dimension psychique. Il faut pouvoir trouver des attitudes qui se marquent dans le corps et qui soutiennent corporellement le patient mais il faut également pouvoir s'appuyer sur ses ressources psychiques pour être à l'écoute et fournir une qualité de présence suffisamment adaptée à l'enfant pour pouvoir recevoir, calmer et contenir ce qu'il vit en séance (Potel, 2019).

Il me semble que l'on pourrait faire le lien avec les travaux de Bion qui s'appuient sur l'idée des identifications projectives de Mélanie Klein. Bion avance que le nourrisson, lors des premiers mois de vie, projette sur sa mère ce qui ne peut pas être contrôlé et mentalisé car trop difficile à supporter, comme certaines émotions. La mère qui se présente comme *contenant*, va rendre le *contenu* supportable en le transformant grâce à la voie du langage ou des gestes de portage qui apaisent. (Goyena et Leclerc, 2001)

Comme pour la maman, le psychomotricien, quand il utilise le jeu dans sa fonction de construction psychique, tient la place de contenant. Il a pour rôle de transformer les vécus du patient qui s'expriment par des extériorisations corporelles en jeu.

II. Les apports du jeu de faire semblant pour Sofian

Tout au long de cette année, j'ai eu l'occasion de suivre Sofian, de le voir évoluer au fil des jours. Pouvoir le voir chaque semaine en séance de psychomotricité et prendre ces moments en note m'a permis de me figurer le travail que nous avons pu accomplir tous les trois, Sofian, ma maître de stage et moi. J'ai ainsi pu me rendre compte de ce qu'avait réellement pu apporter le jeu de faire semblant à Sofian.

1. Jouer ses angoisses, un moyen de représentation et de maîtrise

Pour Sofian, le jeu de faire semblant est un moyen de mettre ses angoisses à distance. *“Ce qui fait surgir l’angoisse, c’est l’impossibilité dans laquelle se trouve le sujet à se représenter le conflit”*. (Birraux, 2009, p.19). C’est en jouant ses angoisses, en les mettant en scène, que l’individu va être capable, grâce à l’appui du thérapeute, de leur donner un sens et donc de se les représenter. Si l’enfant est en mesure de se représenter ses angoisses, alors celles-ci tendent à diminuer.

Depuis le début de l’année, nous le voyons, Sofian investit dans les scénarios de ses jeux, les angoisses auxquelles il est en proie. Ces jeux, dont le fond est souvent d’une grande violence, mettent en scène des bagarres qui vont jusqu’à la mort d’un ou des personnages, des scènes de dévoration, des catastrophes naturelles. Je me souviens notamment d’une scène qui impliquait un tsunami destructeur et meurtrier. Au-delà de la symbolique brutale de ces scènes, Sofian peut se montrer lui-même violent dans sa manière d’incarner un personnage avec son propre corps mais aussi lorsqu’il manipule des figurines.

“La mise en scène d’une violence fondamentale au cours d’un jeu, et contenue dans le cadre et les médiations de la séance, peut aider à la transformation d’une destructivité en agressivité, et favoriser le passage entre vécu brut et transformation symbolique” (Potel, 2019, p.399).

“Il est 15h et j’ai faim!”

Alors que nous sommes tous les deux cachés dans une cabane faite de tapis et de couverture, je sens Sofian se serrer contre moi. J’entends ma maître de stage s’approcher

de notre cachette à pas lourds. Sofian sert mon tee-shirt entre ses poings et y enfouit son visage.

Ce jeu, c'est Sofian qui en a eu l'idée. Le loup est dans sa maison tranquillement, mais à quinze heures il se met à avoir très faim, alors il sort de sa tanière pour aller croquer un petit mouton ou deux. Le jeu se décline sous forme de cache-cache, le loup dans sa maison compte jusqu'à quinze, les moutons qui se promenaient tranquillement doivent trouver une cachette avant que le loup ne sorte de chez lui.

Je sens maintenant la présence de ma maître de stage, penchée juste au-dessus de la cabane. Sofian doit la sentir aussi puisque je sens son corps se raidir de plus en plus. C'est alors que ma maître de stage dans une voix grave annonce "Miam miam j'ai très très faim, je me demande bien ce que je pourrais avaler aujourd'hui". Sofian murmure à côté de moi "non, non, non, non...". Alors que la couverture se soulève doucement et laisse entrevoir le visage de ma maître de stage, Sofian ferme les yeux et se met à hurler.

Dans le récit de cette vignette, j'ai souhaité faire transparaître le réel sentiment de peur, et je dirais même de terreur, que Sofian éprouve. Ce jeu, c'est lui qui l'a imaginé, qui en a pensé le déroulement, qui a choisi qui ferait le loup. Pourtant, alors même qu'il connaît l'issue du jeu, ses angoisses le rattrapent. Après ce passage, ma maître de stage a interrompu le jeu, nous avons accueilli les ressentis de Sofian tout en lui expliquant que dans cette salle, avec nous, rien ne pouvait lui arriver, que physiquement son corps n'allait pas être attaqué. Ce jour-là, Sofian a souhaité recommencer encore et encore cette même scène. Au fur et à mesure, il m'a semblé que l'angoisse qui le saisissait, l'envahissait un peu moins à chaque fois.

Sofian me fait signe de la main de le rejoindre. Il pose un doigt sur sa bouche me signifiant ainsi de ne pas faire de bruit. Je m'abaisse pour me retrouver à sa hauteur et il me chuchote : "Viens, on va aller le voir". Sur la pointe des pieds, Sofian s'approche du rideau

derrière lequel est cachée ma maître de stage qui joue le personnage du loup. Il me regarde quelques instants, j'ai l'impression qu'il cherche mon soutien par son regard. Je lui fais un petit signe d'approbation de la tête et lui montre trois doigts sur ma main. Un. Sofian prend une inspiration. Deux. La poitrine gonflée, il saisit le rideau. Trois . **"BOUH!"** .

Ces deux extraits sont issus d'une même séance au cours de laquelle, Sofian a réussi à se confronter au loup et a même pu finalement l'incarner lui-même. *"Le jeu symbolique peut servir à métaboliser les vécus traumatiques mais il peut être utilisé comme moyen de réassurance dans sa répétition même"* (Gatecel,2016, p.35). Il est très fréquent qu'au cours de la même séance, on fasse plusieurs parties sur la même scène du jeu. Souvent, la mise en scène est courte et ne dure pas plus de cinq minutes. Sofian demande alors de répéter la scène plusieurs fois. Parfois on conserve les mêmes rôles dans toutes les parties que l'on fait, c'était surtout le cas au début de l'année. D'autres fois, chacun notre tour, on incarne le "méchant" de l'histoire. Bien que Sofian se prête de plus en plus au jeu, il ne commence jamais par incarner lui-même ce rôle.

"Dans ce travail profondément psychomoteur, les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais des processus plus primitifs".

(Potel, 2019, p.404)

2. Un corps qui se rassemble et s'organise

Après avoir parcouru les pages de ce mémoire, cela n'a sans doute pas échappé à l'œil du lecteur, le corps de Sofian et ses représentations sont au cœur de ses maux. Ce corps avec lequel il ressent, avec lequel il s'inscrit dans un dialogue avec son environnement, la manière dont il le lui apparaît. Le corps c'est aussi le squelette qui tient le rôle de charpente osseuse, ce sont les organes qui assurent les fonctions vitales, les muscles, fascias et tendons qui dans une articulation complémentaire permettent la mise en mouvement du corps, les veines et artères qui permettent la vascularisation de tout cet ensemble et enfin la peau, la peau qui contient, la peau qui enveloppe le corps, la peau qui lui donne sa forme.

Le jeu de faire semblant met en jeu le corps dans la relation aux autres et au monde qui nous entoure mais il met également en jeu l'aspect physique du corps. La lecture des différentes vignettes donne à percevoir chez Sofian ce corps physique où s'exprime l'angoisse de ses préoccupations internes. Son corps s'effondre, se désaxe. Le corps est la surface directement en contact avec l'environnement, lorsqu'il fait défaut, il devient laborieux d'instaurer un quelconque dialogue. Nous l'avons vu, lorsque Sofian est effondré il est difficile de pouvoir entrer en contact avec lui, le faire revenir s'effectue au prix d'efforts considérables.

Le jeu de faire semblant implique d'incarner un personnage ou du moins de le manipuler afin de lui donner vie lorsqu'il se présente sous forme de figurine. Ces deux aspects nécessitent une mise en mouvement du corps. Au début de cette année de suivi avec Sofian, nous avons beaucoup joué avec les figurines d'animaux. Les premières séances pour Sofian ont consisté en un bras qui faisait bouger les figurines, tout son corps n'était pas

engagé. Ses histoires assez pauvres mettaient en scène deux animaux ou deux clans d'animaux qui se battaient entre eux. Au fur et à mesure ma maître de stage et moi avons apporté un peu d'imaginaire dans ses histoires, nous avons questionné les raisons de la bagarre, nous avons envisagé d'autres fins que la mort. En nous voyant nous prendre au jeu, faire des voix différentes, animer les animaux en impliquant tout notre corps, Sofian s'est lui aussi mis à investir la totalité du sien. Ce qui n'était qu'un bras est progressivement devenu un torse, un autre bras, une tête puis des jambes. Pas à pas nous avons été capable de quitter le sol et les figurines pour incarner nous même les personnages des histoires.

Pour jouer un personnage, il faut avoir accès à une représentation, la manière dont on le perçoit va influencer la façon dont on va le mettre en corps. Les qualités de mouvements mises en jeu ne sont pas les mêmes si l'on incarne un robot que si l'on se met dans la peau d'un cuisinier. Pour Sofian, il était surtout question de jouer un requin, un loup, un crocodile, des marins, des plongeurs ou des moutons. Cependant il est parvenu à s'engager corporellement dans le jeu, au fur et à mesure, je l'ai vu se redresser, moduler sa voix et emprunter des façons de se déplacer pour représenter au mieux le personnage qu'il jouait. Tous ces aspects mettent en jeu les qualités de régulation tonique et permettent à Sofian de s'engager dans un dialogue tonico-émotionnel avec son environnement. Lorsqu'il est dans le jeu, Sofian ne s'effondre plus, il est présent à nous par son esprit mais aussi par son corps.

3. D'un corps vécu à un corps perçu

Dans les premiers temps de la prise en charge, Sofian s'inscrit beaucoup dans un fonctionnement sur le plan cognitif. Il pose beaucoup de questions sans réellement se les approprier mais plus dans une quête de savoir. Il nous questionne sur les drapeaux des pays, les nombres d'habitants, la nature du régime alimentaire de certains animaux, les localisations de catastrophes naturelles, etc. Ceci ne laissait que peu de place aux expérimentations. Cependant, les jeux symboliques, parce qu'ils impliquent le mouvement et la mise en œuvre d'actes complexes intègrent une dimension sensori-motrice. Le jeu de faire semblant permet alors d'apporter un vécu sensoriel. Ces expérimentations donnent à Sofian la possibilité de vivre son corps.

Le corps vécu est une période du développement de la représentation du corps qui apparaît chez l'enfant de trois mois à trois ans environ. Durant cette période, l'enfant va progressivement construire la perception d'un corps unifié grâce à la répétition d'expériences motrices et sensorielles. Le corps vécu constitue les premiers moyens dont l'enfant dispose pour se représenter son corps. A partir de trois ans jusqu'à sept ans environ, on passe à la période du corps perçu. Grâce à la multiplication d'expériences sensorielles et motrices, l'enfant possède une meilleure compréhension de ses sensations corporelles. Il va à présent être capable de prendre conscience de son corps comme agissant dans un espace.

Dans le cas de Sofian, les expériences sensorielles amenées par le jeu de faire semblant vont faire naître des ressentis qui eux même vont faire émerger des affects. Grâce au cadre contenant offert par ma maître de stage et moi-même, ces ressentis bruts vont être transformés et vont pouvoir modifier les représentations que Sofian va intégrer.

4. Les limites du jeu dans la prise en charge de Sofian

Bien que, comme nous l'avons vu dans cette partie, le jeu de faire semblant a trouvé une place dans la prise en charge psychomotrice de Sofian, il n'en reste pas moins qu'il ne demeure pas la solution miracle qui viendra à bout de toutes ses difficultés.

Dans un premier temps, nous n'avons pas trouvé comment apaiser les angoisses de séparation de Sofian. Bien que nous ayons essayé par divers moyens, dont le jeu, d'accompagner les moments de séparation, Sofian vit toujours très mal la fin des séances de psychomotricité et s'en retrouve chaque fois complètement désorganisé. Il est vrai que parfois j'ai ressenti l'amère impression que tout ce qui venait d'être partagé durant notre séance s'écroulait d'un coup à l'image du propre corps de Sofian.

Dans un second temps, nous n'avons pas amorcé le travail concernant les troubles praxiques, l'instabilité et les troubles attentionnels de Sofian. Le jeu de faire semblant ne saurait prendre en compte dans un même temps toutes les subtilités développementales qui composent son fonctionnement. L'hypothèse est que tous les troubles énoncés ci-dessus, découlent d'une mauvaise intégration de l'enveloppe psychocorporelle de Sofian. Ainsi pour agir sur les praxies, l'attention ou encore l'instabilité, il faut en amont soutenir Sofian et l'accompagner sur ses troubles de l'image du corps.

Finalement, j'ai parfois pu questionner ma place et mon investissement dans les jeux de Sofian. En effet, très vite un schéma s'est installé dans lequel ma maître de stage jouait le méchant de l'histoire et Sofian me sollicitait pour le protéger de cette présence menaçante. Je me suis demandé pourquoi j'avais été investie de ce rôle. Si je n'avais pas été une

stagiaire, en aurait-il été autrement ? Au fur et à mesure de l'année, ces schémas se sont déconstruits à l'initiative de Sofian pour finalement laisser place à un fonctionnement selon lequel l'histoire est rejouée plusieurs fois. Ceci permet à chacun d'entre nous, et même Sofian, de prendre la place de chaque personnage.

CONCLUSION

Les recherches présentées dans cet écrit sont orientées sur le jeu de faire semblant et ses intérêts dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice. Les enjeux de ce mémoire étaient de chercher à comprendre de quelle manière le jeu de faire semblant, dans le cadre de l'accompagnement en psychomotricité, peut s'inscrire comme un soutien au développement psychocorporel d'un enfant qui présente un Trouble Envahissant du Développement.

Le jeu de faire semblant offre un espace sécurisant qui permet à l'enfant de construire ou reconstruire les liens interactionnels qui le lient à son environnement. La fonction symbolique tient dans le jeu de faire semblant une place prédominante puisqu'elle soutient les capacités de représentations de l'enfant dès son plus jeune âge. Un enfant qui ne présente pas de fragilités développementales a la possibilité d'accéder à ces moyens de représentation sans trop de difficultés. Certains enfants dont les processus de développement psychocorporel font défaut, ont bien plus de difficultés à accéder à cette fonction symbolique. Ainsi, dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité, le thérapeute revêt les fonctions de garant du cadre du jeu et de contenant. Il va être en mesure d'accueillir les éprouvés bruts qui émanent du jeu de l'enfant et qui peuvent se manifester par des angoisses. Le psychomotricien, au moyen du langage, va transformer ces éprouvés bruts en représentations élaborées que l'enfant va pouvoir assimiler.

Sofian présente un défaut d'intégration de l'enveloppe psychocorporelle, cette fragilité semble être vectrice d'angoisses corporelles archaïques majeures mais aussi d'instabilité psychomotrice. Après huit mois de suivi avec Sofian, on constate que l'utilisation

du jeu de faire semblant dans sa prise en charge a pu lui être bénéfique sur un certain nombre de points. Dans un premier temps, lui qui avait du mal à investir son corps dans le jeu peut désormais incarner des personnages différents en leur prêtant des attitudes, des qualités de mouvements et des caractères particuliers. Cet aspect met au travail chez Sofian des capacités de régulation tonico-émotionnelle mais aussi de la fonction de représentation. Sofian se trouve moins effondré au cours du jeu, il ne se laisse plus tomber au sol et parvient à maintenir un axe vertical. Ceci lui permet également de s'inscrire dans une relation aux autres et au monde qui l'entoure. Dans un second temps, on observe depuis quelques semaines que Sofian a la possibilité d'incarner les personnages de ses histoires qui prennent l'apparence de ses angoisses. Il semble également moins effrayé lorsque nous jouons. On observe les prémices de ses capacités de contrôle et d'élaboration autour de ses angoisses.

Bien que nous entrevoyons les prémices de possibles améliorations, il faudrait avoir un peu plus de recul et observer les résultats sur une plus longue période pour se rendre compte si le jeu de faire semblant a un réel impact sur le long terme. En effet, dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité, on observe des changements, mais le contexte de séance lui offre un cadre sécurisant dans lequel évoluer. En revanche, il est difficile de savoir si en dehors de ce cadre précis on observe les mêmes résultats. Les parents se livrent peu et l'espace de la salle d'attente n'offre que peu de discrétion, elle ne constitue pas un espace assez sécurisant qui permet d'engager le dialogue avec eux.

Pour la suite avec Sofian, il serait intéressant de se demander s'il faut persister dans l'utilisation du jeu de faire semblant ou si ouvrir la prise en charge à d'autres types de jeux ou de médiations lui serait bénéfique.

BIBLIOGRAPHIE

Ajuriaguerra, J. , Joly, F. et Labes, G. (2017). *Corps, tonus et psychomotricité*. VG éditions.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Aucouturier, B. (2017). *Agir, jouer, penser: étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique*. De Boeck supérieur.

Bailly, D. (1995). *L'angoisse de séparation*. Masson.

Berger, M. (2013). *L'enfant instable: approche clinique et thérapeutique* (3e éd). Dunod.

Birraux, A. (2009). Chemin faisant avec l'angoisse. *Enfances & Psy*, 42(1), 18-27.

Boutinaud, J. (2017). Réflexions autour du jeu chez l'enfant :enjeux psychiques et implications psychothérapeutiques. *Contraste*, 45(1), 225-247.

Cicccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102.

Claudon, P. (2006). L'instabilité psychomotrice infantile : représentation de soi et processus d'autonomisation. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 155-205.

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B. et Pull-Erpelding, M.-C. (dir.). (2016). *Mini DSM-5®: critères diagnostiques*. Publié par Elsevier Masson SAS, [2016].

Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne.
(s. d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

Dictionnaire français gratuit – Dico en ligne Le Robert. (s. d.).
<https://dictionnaire.lerobert.com/>

- Dolto, F. (2014). *L'image inconsciente du corps*. Éd. Points.
- Estes, H. R., Haylett, C. H., & Johnson, A. M. (1956). Separation anxiety. *American journal of psychotherapy*, 10, 682–695.
- Gaussoit, L. (2001). Le jeu de l'enfant et la construction sociale de la réalité: *Le Carnet PSY*, n° 62(2), 22-29.
- Goyena, A. et Leclerc, F. (2001). « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1727-1736.
- Joly, F. (2005). *L'hyperactivité en débat*. Érès.
- Joly, F. (2015). *Jouer: le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique* (2e éd). In press.
- Lenormand, M. (2012). Le jeu et les jeux dans la clinique de l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 299(6), 33-37.
- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. Dans *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60). Érès.
- Misès, R., Bursztejn, C., Golse, B. et Portelli, C. (2020). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2020. Correspondances et transcodage - CIM10*. Presses de l'EHESP.
- Périno, O. (2014). 11. Espaces des jeux symboliques. Dans *Des espaces pour jouer* (p. 169-186). Érès.
- Piaget, J. (1977). *La construction du réel chez l'enfant* (6th ed). Delachaux et Niestlé.

Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept* (3e éd). Dunod.

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

Raynaud, J.-P. (2011). « Ce qui reste et n'a pas été pris en compte : les TED-NOS ». *L'information psychiatrique*, 87(5), 387-392.

Roussillon, R. (2008). Le Moi-peau et la réflexivité. Dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 89-102). Érès.

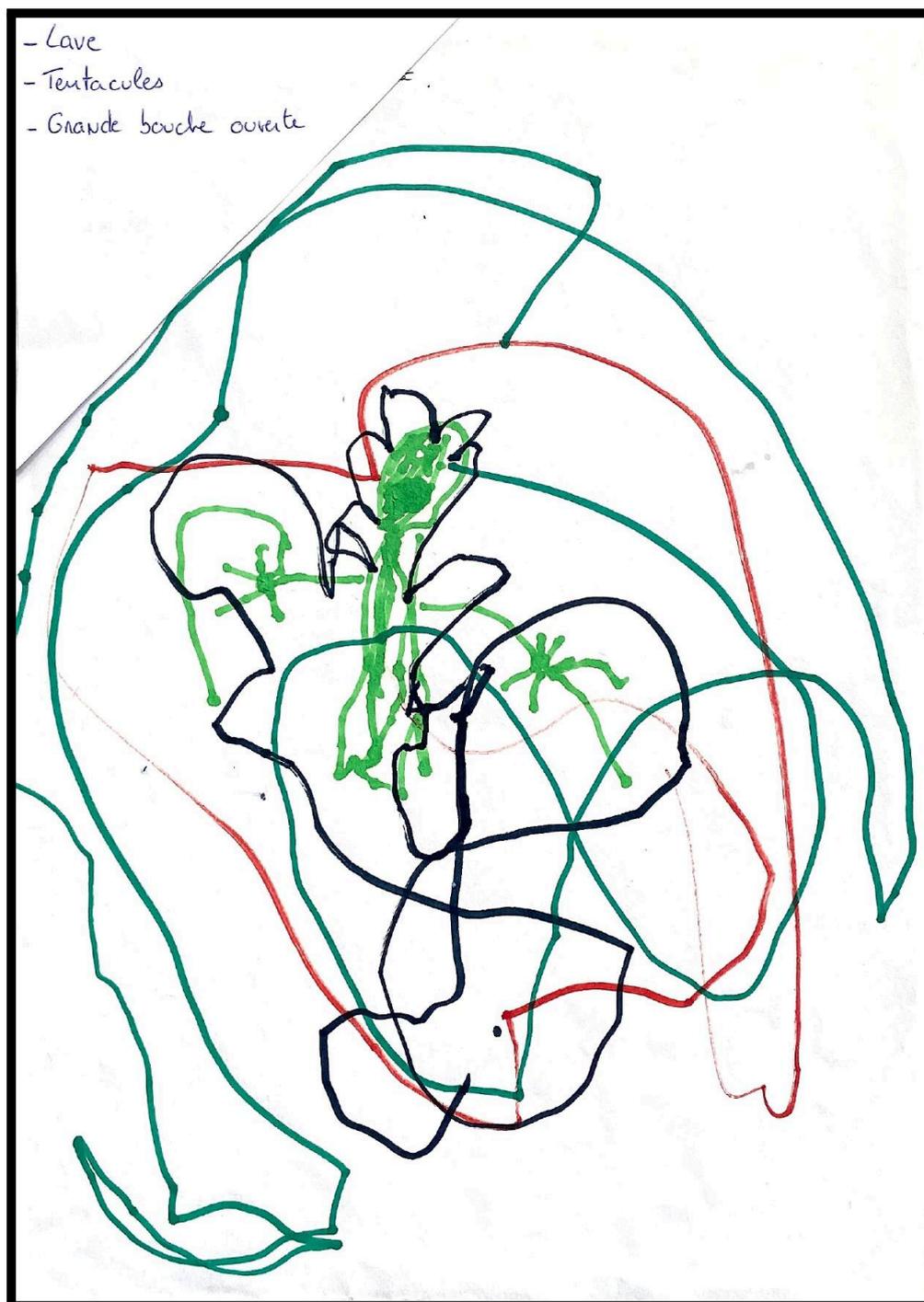
Schilder, P. (2017). L'image du corps. *Socio-anthropologie*, 35, 159-168.

Vachez-Gatecel, A. (2016). *L'enfant et l'imaginaire: jouer, créer, rêver* (Nouvelle éd). Dunod.

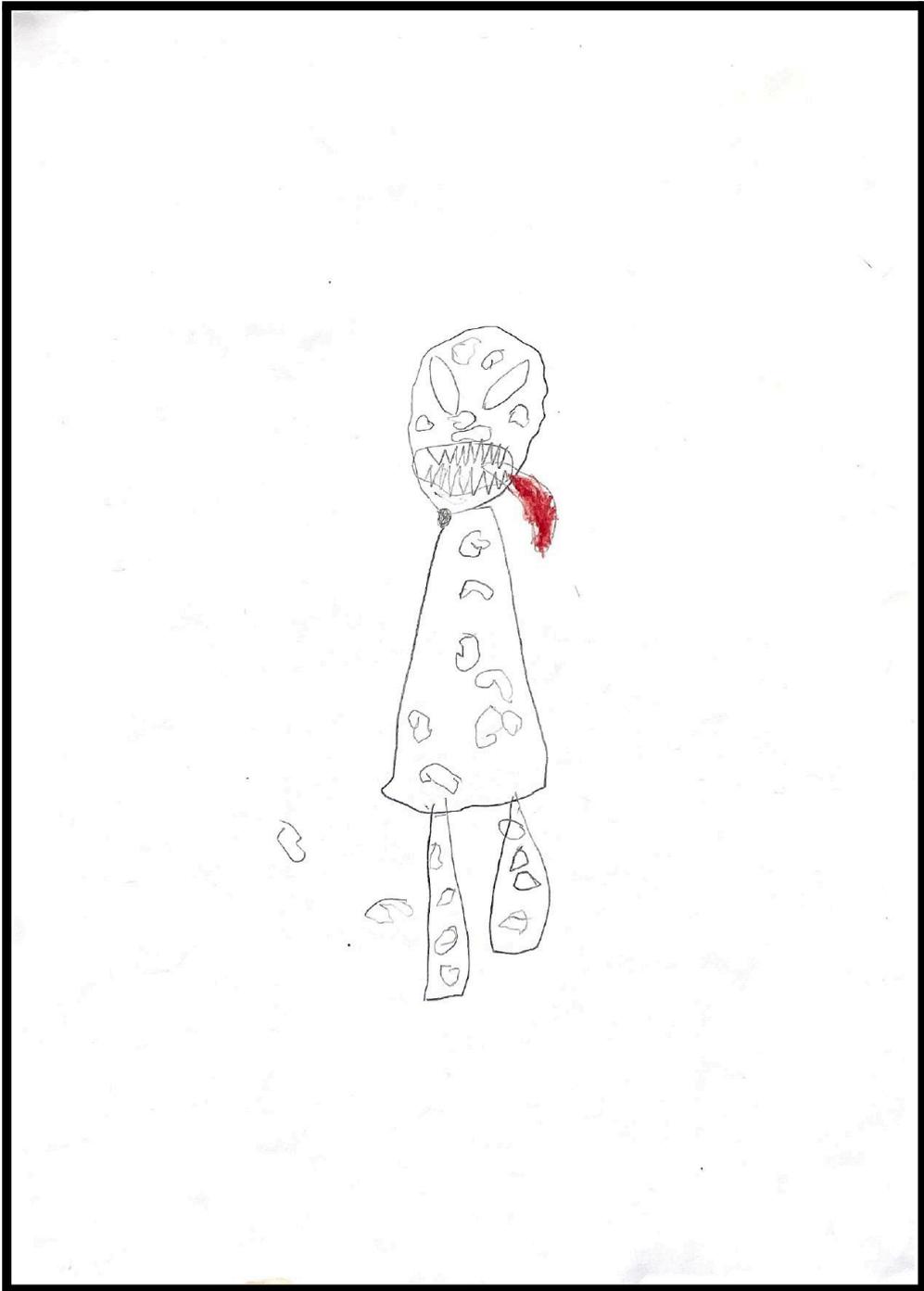
Winnicott, D. W. (2019). La crainte de l'effondrement. *Cliniques*, 18(2), 16-28.

Winnicott, D. W. (2020). *Jeu et réalité: l'espace potentiel* (traduit par C. Monod et J.-B. Pontalis). Gallimard.

ANNEXES



Annexe 1 : Le dessin du bonhomme de Sofian



Annexe 2 : Un bonhomme dessiné par Sofian

Résumé : Le jeu, activité principale de l'enfant, s'inscrit comme un organisateur de sa construction psychocorporelle. En jouant, l'enfant structure son développement mais il semble aussi nous informer sur la qualité de son processus d'individuation par lequel l'individu se reconnaît lui-même comme différencié de l'autre. L'intégration de l'enveloppe psychocorporelle fournit une base à cette construction identitaire. Ceci nous amène à nous questionner sur les implications du jeu qui serait intégré dans le suivi thérapeutique de l'enfant qui présente un défaut d'intégration des enveloppes. Cette analyse nous la ferons en suivant Sofian, un enfant avec un Trouble Envahissant du Développement pour qui la prise en charge en psychomotricité s'est orientée naturellement vers le jeu de faire semblant. L'observation du jeu de Sofian a permis de faire naître l'hypothèse d'une défaillance dans la construction des enveloppes; de cette défaillance émanent des angoisses corporelles archaïques ainsi qu'une instabilité psychomotrice. Le jeu de faire semblant semble lui offrir un espace propice aux expérimentations qui mettent au travail ses problématiques.

Mots clés : *Jeu, Faire semblant, Enveloppe psychocorporelle,angoisses corporelles archaïques, Image du corps, Psychomotricité.*

Summary : Playing, the child's main activity, is an organizer of his psycho-physical construction. By playing, children structure their development, but they also seem to inform us about the quality of their individuation process, through which they recognize themselves as distinct from others. The integration of psycho-physical envelopes provides a basis for this identity construction. This leads us to question the implications of play as an integral part of therapeutic care for children with a lack of envelope integration. We will do this by following Sofian, a child with an Autism Spectrum Disorder, whose psychomotricity treatment was naturally oriented towards pretend play. Observation of Sofian's play gave rise to the hypothesis of a failure in the construction of envelopes; from this failure emanate archaic bodily anguish as well as psychomotor instability. Pretend play seems to offer him a space conducive to experimentation that brings his issues to the fore.

Key words : *Playing, Pretend play , Psycho-physical envelope, Archaic bodily anguish, Body image, Psychomotricity.*