

08/77

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Accompagnement du processus
d'individuation par la mise en jeu du
tiers en psychomotricité

Mémoire présenté par **Emilie POINOT** en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de Mémoire :

Anne-Laure GRINNAERT

Session de Juin 2008



REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à ma référente de mémoire, Anne-laure Grinnaert qui m'a soutenue, conseillée et orientée dans la réflexion et la rédaction de ce mémoire. De même, je l'à remercie pour sa disponibilité et son investissement aux travers des stages.

Je remercie l'équipe du CMPP pour leur accueil et les échanges qu'ils m'ont accordés.

J'adresse également mes remerciements aux maîtres de stages qui m'ont permis d'enrichir mon expérience clinique tout au long de mes années d'études.

Je remercie tous mes proches qui m'ont soutenue pendant ce travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION	1
--------------------	---

THEORIE

1. L'INVESTISSEMENT CORPOREL AU COURS DE L'INDIVIDUATION.....	2
1.1. La fusion mère-enfant.....	2
1.1.1. Un corps à corps : une rencontre	2
1.1.2. Les fonctions de l'environnement	4
1.1.2.1. La préoccupation maternelle primaire	4
1.1.2.2. Le holding.....	4
1.1.2.3. Le narcissisme primaire / l'estime de soi.....	5
1.1.2.4. La défaillance maternelle.....	6
1.1.3. Une psychomotricité centrée sur soi.....	7
1.1.3.1. Les états toniques primaires.....	8
1.1.3.2. Le dialogue tonique	9
1.1.3.3. La motricité réflexe.....	9
1.2. La « dé fusion » : une approche du corps propre.....	9
1.2.1. Du Moi corporel au Moi psychique.....	10
1.2.1.1. Le vécu sensoriel	10
1.2.1.2. Le Moi- peau.....	11
1.2.2. L'intégration psychomotrice.....	14
1.2.3. La naissance du désir chez l'enfant	16
1.3. Fin de l'individuation.....	17
1.3.1. Finalité du schéma corporel.....	17
1.3.2. La fonction motrice dans la connaissance du corps.....	17
1.3.2.1. Mouvement et locomotion	18
1.3.2.2. Un corps dans l'espace	18
2. LA FONCTION DE TIERS : les agents de l'individuation psychique et corporelle.	19
2.1. Le stade du miroir.....	20
2.1.1. Selon LACAN J.....	20
2.1.2. Selon DOLTO F.	21
2.1.3. La nécessité de l'autre	21
2.1.4. L'image du corps.....	22

2.2.	La relation d'objet : l'objet transitionnel.....	23
2.2.1.	La relation d'objet	23
2.2.2.	Les objets transitionnels	23
2.3.	Le rôle du père.....	25
2.3.1.	L'œdipe	25
2.3.2.	Le père : agent de défusionnement	26
2.3.3.	Le père : figure d'attachement secondaire	27
2.3.4.	Le dialogue phasique	27
2.4.	Le jeu.....	28
2.4.1.	Les premiers jeux naissent de la relation avec la mère	28
2.4.2.	La répétition et l'accès au jeu symbolique.....	29
2.4.3.	La fonction psychomotrice	31
2.4.3.1.	Le jeu dans l'intégration corporelle	31
2.4.3.2.	Le jeu en thérapie.....	32

CLINIQUE

1.	PRESENTATION DE L'INSTITUTION.....	33
1.1.	Le lieu de soins.....	33
1.2.	La fonction de tiers institutionnel.....	35
1.3.	La place de la psychomotricité.....	36
2.	ETUDE DE CAS : AZIZ	37
2.1.	Présentation	37
2.2.	Anamnèse.....	37
2.3.	Bilans	38
2.4.	Projet thérapeutique.....	41
2.5.	Suivi	41
2.5.1.	Compte rendu des différentes prises en charges et du quotidien	41
2.5.2.	Prise en charge en psychomotricité	42
2.5.2.1.	Comment l'aider à s'individualiser ?	43
2.5.2.2.	Comment l'aider à investir son corps ?.....	47
2.5.3.	Bilan de suivi en psychomotricité.....	50
2.5.4.	Prise en charge actuelle.....	51
2.5.5.	Orientation future	52

DISCUSSION

1. LA DOUBLE IDENTITE DU PSYCHOMOTRICIEN.....	53
1.1. Les fonctions maternelles.....	54
1.1.1. La fonction pare-excitatrice et de soutien psychique.....	54
1.1.2. Le dialogue tonique	55
1.1.3. Le regard.....	56
1.1.4. La parole.....	56
1.1.5. L'empathie.....	57
1.1.6. Le toucher	58
1.2. Les fonctions paternelles.....	59
1.2.1. Le cadre, les limites, la loi	60
1.2.2. Le lâcher prise, l'exploration.....	61
1.2.3. La triangulation, la socialisation.....	62
1.3. Le psychomotricien : un interlocuteur privilégié de la relation.	62
2. LE TIERS : ROLE ET PLACE EN PSYCHOMOTRICITE	63
2.1. La triangulation.....	63
2.1.1. L'œdipe rejoué.....	63
2.1.2. La triangulation psychomotrice	64
2.2. L'intérêt dans les relations fusionnelles	65
2.3. Les moyens à la disposition de l'enfant pour permettre l'individuation	66
2.3.1. L'imitation	66
2.3.2. L'identification	67
2.4. Un tiers « physique » en prise en charge	68
2.4.1. La place du stagiaire.....	68
2.4.1.1. Ma place en tant que tiers dans la prise en charge d'Aziz.....	69
2.4.2. La prise en charge parent/enfant : le psychomotricien fait tiers	70
2.5. Un tiers « symbolique » en prise en charge.....	72
2.5.1. Le travail de groupe.....	72
2.5.2. Le matériel.....	73
2.5.3. Le jeu	74
CONCLUSION.....	76

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

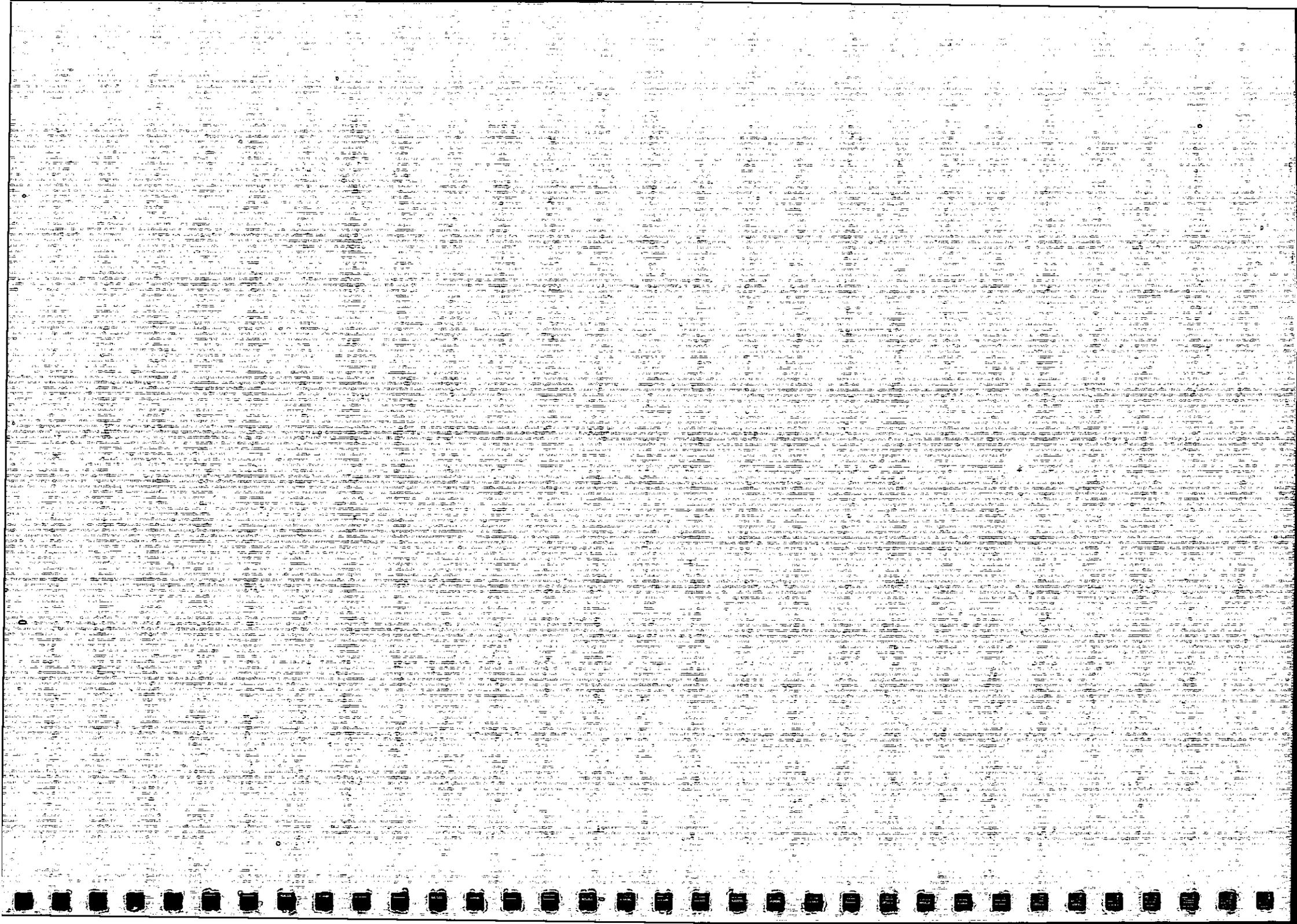
Pour le choix de mon sujet de mémoire, je me suis laissé porter par les rencontres, les observations et la pratique psychomotrice que j'ai faite au cours de mes stages. Quand j'ai rencontré Aziz pour la première fois, ses questionnements autour de la place de chacun en séance m'ont fait comprendre que cette nouvelle configuration de « triangulation » allait être l'un des axes de travail de cette année. Aziz était attaché à la relation duelle et montrait des difficultés à investir un corps solide et individualisé. J'ai alors compris que ma place de stagiaire était le symbole d'un tiers qui venait s'immiscer dans la dyade établie entre lui et la psychomotricienne.

Ainsi j'ai voulu approfondir ma réflexion sur la place du tiers en psychomotricité dans l'accompagnement du processus d'individuation de l'enfant.

Dans ma partie théorique, je montrerai comment l'enfant passe d'un état de dépendance à celui d'indépendance, avec pour finalité la connaissance et l'appropriation d'un corps propre. Je souhaiterais mettre en évidence l'intérêt d'une relation « symbiotique » entre l'enfant et sa mère qui lui permettra ensuite de s'ouvrir aux autres. Comment passe-t-il d'un espace unique, privilégié, à l'ouverture sur le monde et vers les autres ? Quelles sont les étapes de l'investissement corporel et les agents de l'individuation ? Quelle place et quel rôle pour le tiers ?

J'illustrerai cette problématique en développant les bases cliniques de ma rencontre avec Aziz au sein du Centre Médico Psycho Pédagogique. Comment Aziz a su ou non accepter cette nouvelle configuration ? Quelles-en-ont été les conséquences dans sa quête d'individualité et son investissement corporel ?

Finalement, j'en suis venue à me questionner sur la prise en charge psychomotrice. La mise en place du tiers étant nécessaire dans le cheminement normal du développement de l'enfant, je montrerai comment le psychomotricien intègre ce tiers et quelle représentation il peut avoir en séance ?



THEORIE

1. L'INVESTISSEMENT CORPOREL AU COURS DE L'INDIVIDUATION

« La voie de l'individuation signifie : tendre à devenir un être réellement individuel et, dans la mesure où nous entendons par individualité la forme de notre unicité la plus intime, notre unicité dernière et irrévocable, il s'agit de la réalisation de son Soi, dans ce qu'il a de plus personnel et de plus rebelle à toute comparaison. »

C. G. Jung - "Dialectique du Moi et de l'Inconscient"

Le terme d'individuation est utilisé par WALLON H. en 1952, pour définir le stade où l'enfant est capable de se reconnaître comme « unité » susceptible d'intégrer des groupes. L'enfant se construit une identité psychique et corporelle aux travers des relations à sa mère, pour lui permettre ensuite de s'ouvrir aux autres. C'est la relation ajustée entre lui et ses parents, qui lui permet d'accéder à des niveaux d'organisation psychique et corporel de plus en plus élaborés.

1.1. La fusion mère-enfant

« Au cours des trois premiers mois, les traces sensorielles, toniques, motrices, affectives et émotionnelles sont indissociablement liées dans le mode relationnel mère-bébé. Elles seront le point d'ancrage des processus de différenciation et structuration qui ponctueront les évolutions psychomotrices et psychiques. » (GAUBERTI M., 1993, p.10)

1.1.1. Un corps à corps : une rencontre

Pendant neuf mois, un être prend vie, se construit au travers du corps de sa mère. Elle est le support de l'évolution physiologique et psychoaffective de l'enfant. C'est elle qui le nourrit, le protège, régule les fonctions principales de son homéostasie¹. Elle est le point d'ancrage où l'enfant puise tout ce qui est nécessaire à la mise en place de ses activités organiques, de ses capacités sensitives et de ses bases affectives.

¹ *Homéostasie*: C'est le réglage des constantes physiologiques d'un organisme. Cf. *Dictionnaire Le Robert*

Une communication s'instaure déjà entre lui et sa mère. Il n'est pas encore là et loin d'être différencié mais il est déjà rêvé et fantasmé² par ses parents. La naissance sera la première rencontre entre deux mondes mais aussi, paradoxalement, la première séparation entre l'enfant et sa mère.

C'est un moment clé dans la vie du nouveau-né, mais aussi dans celle de ses parents. Il faut qu'ils laissent la place à un nouveau venu. La vie de couple se transforme pour accueillir un troisième. La naissance, c'est aussi faire le deuil de l'enfant imaginaire que les parents se sont créé pendant ces mois d'attente, pour apprendre à connaître son bébé « réel ». C'est découvrir un corps de nourrisson avec sa peau, ses volumes, ses formes.

« La confrontation corporelle avec son bébé demandera une capacité d'adaptation et d'acceptation de lui, différent et séparé d'elle [la mère]. » (GAUBERTI M., 1993, p.6)

Parfois, l'arrivée d'un enfant peut être difficile à vivre. La santé mentale de la maman peut être touchée par une grossesse compliquée ou douloureuse. La naissance c'est aussi un remaniement dans la vie de la mère, liée à son propre vécu d'enfant, de femme qui peut lui faire écho.

Selon RANK O., cette première séparation entre la mère et l'enfant peut être traumatique, et source d'angoisses pour l'enfant qui passe d'un monde liquide à un monde aérien, d'un contenant chaud et rassurant à des « mains » qui le bousculent, le manipulent ; d'une mère du « dedans » à une mère du « dehors » ; d'un espace unique à un espace disjoint.

Malgré un développement conséquent pendant la vie intra-utérine, le nourrisson naît encore immature physiquement et bien sûr psychiquement. Il n'est pas prêt à affronter de trop grandes séparations. Sa mère continue donc de créer pour lui cette protection vitale qu'il a connu in utero et qui renforce leurs liens. L'enfant ne retrouve plus cet espace enveloppant du ventre maternel, il ne retrouve plus les limites qui l'entouraient, le contact du ventre tout autour de lui, un espace liquide qui le berçait et l'apaisait. Il cherche donc naturellement ces sensations utérines qui le rassurent, à travers le corps de sa mère qui répond instinctivement à ses besoins.

Mère et enfant se découvrent peau contre peau : un corps à corps nécessaire afin de prolonger leur union. Ainsi, durant la période intra utérine, puis après la naissance, se crée entre la mère

² *Fantasmé/Fantasma*: Le fantasme est « un scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort d'un désir inconscient. » Ce qui est fantasmé correspond à une production de l'imaginaire. Cf. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, *vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris

et son enfant un lien primordial d'attachement. Cette nécessité d'attachement, développé par BOWLBY J. comme un « lien primaire », c'est à dire inné, va conditionner de façon essentielle le développement de la personnalité de l'enfant.

C'est ainsi que l'enfant a naturellement tendance à se tourner vers l'autre et particulièrement l'objet d'amour : sa mère. L'attachement primaire, dès les premières semaines, engendre un capital d'estime de soi indispensable à l'enfant afin d'affronter de futures séparations. Ce comportement assure ainsi une double mission de recherche de protection et d'exploration sociale grâce à la disponibilité de la mère aux besoins de réassurance de l'enfant.

1.1.2. Les fonctions de l'environnement

Les fonctions de l'environnement, principalement représentées par la mère les premiers mois, ont un intérêt absolu afin de permettre le bon développement psychique et corporel de l'enfant. WINNICOTT D.W. les a bien définies en énonçant particulièrement le principe de la préoccupation maternelle primaire. Les soins de la mère préviennent les distorsions du Moi de l'enfant car celui-ci est suppléé puis étayé par le Moi maternel.

« Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels » (WINNICOTT D.W., in GOLSE B., 2001, p.80)

1.1.2.1. La préoccupation maternelle primaire

La mère met tout son corps et toute son attention au service de son enfant. Cet état « d'empathie » sans limites est défini par WINNICOTT D.W. sous le nom de préoccupation maternelle primaire. La mère a la capacité de se mettre à la place du nourrisson pour répondre exactement à ses besoins. Pour cela elle doit pouvoir mettre de côté ses occupations et intérêts personnels pour se consacrer entièrement à son enfant. Cette capacité s'élabore progressivement au fur et à mesure de la grossesse.

1.1.2.2. Le holding

Ce concept est énoncé par WINNICOTT D.W. en même temps que celui du « handling » et de « l'object-presenting ». Ces concepts interviennent précocement dans la maturation du Moi de l'enfant. Ce maintien physique de la mère est une manière de contenir et soutenir un être immature psychiquement et physiquement en accord avec les variations toniques de l'enfant.

Lorsqu'il s'endort, la mère ressentira le tonus de son enfant diminuer, elle y répondra en participant davantage à son maintien de manière plus enveloppante.

Dans cette même perspective, ROBERT-OUVRAY S.B. parle de holding moteur comme « *l'ensemble des situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de sa mère en jeu : le porter, l'asseoir, le coucher, le lever, lui donner le biberon, en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant.* » (2007, p.123). C'est autour de stimulations sensorielles tel que le toucher, les vibrations, les tremblements, les saisies, que le holding moteur intervient.

S'il est assez conséquent, le holding donne à l'enfant cette continuité d'exister et contribue à sa maturation selon un processus « d'intégration » qui le conduit à un état d'unité, c'est-à-dire à la formation du Moi.

1.1.2.3. Le narcissisme primaire / l'estime de soi

Selon MAHLER M., la mère, totalement adaptée aux besoins de son enfant, le place durant les quatre premières semaines de vie dans une phase d'autisme normal où il croit être le seul à assouvir ses besoins. Il vit dans un système clos d'auto-régulation hallucinatoire, le sein faisant parti de lui-même, FREUD S. parle de narcissisme primaire. C'est un état « anobjectal », où l'enfant ne se différencie pas des objets extérieurs. Petit être centré sur lui, le nourrisson habite un paradis narcissique nécessaire à la constitution d'un sentiment de cohésion de soi. Par la répétition de bons soins (« handling »), par cette empathie profonde et le sentiment de toute puissance que la mère fait naître chez son enfant, elle lui permet de construire les bases d'un narcissisme solide afin d'affronter les épreuves à venir.

« *C'est pour S. Freud, à partir du Narcissisme Primaire que se développe le Moi en puisant une quantité d'énergie libidinale dans le □a et en répondant lui-même aux exigences pulsionnelles par l'autoérotisme.* » (GOLSE B., 2001, p.210)

De plus, grâce aux projets que les parents entretiennent pour leur enfant, grâce au regard complaisant et soutenant qu'ils portent sur lui, ils lui assurent une estime suffisante pour garantir une confiance en lui dans le futur.

En conséquence, si les conditions environnementales ne sont pas suffisantes ou favorables pour l'enfant, elles peuvent altérer son bon développement physique et psychique.

1.1.2.4. La défaillance maternelle

« La défaillance, c'est le « manque de mère » qui provoque un dysfonctionnement de l'interaction par blocages ou perturbations des relations multimodales entre la mère et l'enfant. » (GAUBERTI M., 1993, p.92)

Au cours des premiers mois, la mise en place du lien d'attachement est vitale pour l'enfant. Il est nécessaire qu'il puisse se rattacher à un objet d'amour mais aussi à sa fonction subjective de pare-excitation, de Moi auxiliaire, de contenant...

Quand la mère fait défaut, c'est à dire que le Moi auxiliaire n'a pas servi de pilier assez solide pour permettre la construction du Moi de l'enfant, celui-ci reste immature. Toutes les expériences sensorimotrices futures, de plaisir et de déplaisir, ne feront que morceler le Moi qui n'a pu être unifié dans une relation mère-enfant appropriée. Les angoisses seront trop fortes à gérer et l'enfant s'en défendra par une désorganisation psychomotrice.

Si l'objet maternel est absent et ne peut être remplacé dans le courant du deuxième semestre de la vie, le nourrisson tombe dans une dépression anaclitique. Selon SPITZ R. la perte d'objet d'amour peut être fatale pour l'enfant encore dépendant ou l'entraîner dans un fonctionnement psychopathologique.

MAHLER M. décrit les risques pour l'enfant d'entrer dans la psychose, suite à un encadrement maternel défaillant.

« ... le trouble central dans le cas de la psychose infantile est donc une déficience ou un défaut dans l'utilisation intrapsychique par l'enfant du partenaire maternant pendant la phase symbiotique, et son incapacité subséquente à internaliser la représentation de l'objet maternant pour une polarisation. » (MAHLER M., 2001, p.59)

Deux préalables sont nécessaires à la structuration du Moi de l'enfant et à la neutralisation des pulsions pour permettre un développement harmonieux. Ainsi, les stimuli intéroceptifs et proprioceptifs ne doivent pas être trop envahissants pour le nourrisson immature et la mère doit pouvoir les atténuer par sa fonction pare-excitatrice.

Plus tard (au stade de dépendance relative), l'enfant sera de plus en plus capable de se représenter une mère en totalité et non plus en tant qu'objet partiel. De même, par les expériences de frustrations, il pourra se différencier d'elle et des autres objets et accèdera au

principe de réalité. D'après WINNICOTT D.W., par cette différenciation avec le monde extérieur, le Moi de l'enfant se transformera en « self³ » mature.

Chez l'enfant psychotique, qui n'a pas réussi à entrer dans cette réalité où la mère est seule objet de satisfaction des besoins ; l'enfant se retire du monde objectal humain. FREUD S. parle de « coupure psychotique ». L'enfant reste fixé au stade des objets partiels, la représentation de la mère est fusionnée au self et accroît l'illusion de toute puissance. Chez ces enfants la limite du self et du non-self est floue tout comme leurs limites corporelles.

C'est en mettant en évidence les effets d'un manque ou d'une défaillance de l'environnement que l'on comprend sa nécessité dans le développement de l'enfant.

Parallèlement à ce soutien environnemental l'enfant développe des capacités innées pour accroître son potentiel psychomoteur.

1.1.3. Une psychomotricité centrée sur soi

Par sa physiologie particulière, le nourrisson en situation d'enroulement exprime une motricité centrée sur lui. Elle est indispensable dans la construction de sa propre identité.

A la naissance les schèmes moteurs de base⁴, sont libres et inorganisés. Encore trop immature, l'enfant n'est pas capable d'élaborer autour de cette expression incoordonnée. Les variations toniques sont ses seuls moyens d'expression. En s'y ajustant, en les liant aux affects et aux représentations, la mère par son propre état tonique communique avec son enfant et l'aide à devenir un être psychomoteur.

³ *Self*: lorsque le Moi devient une entité différenciée de l'extérieur, WINNICOTT D.W. lui donne le nom de « Self ». Le self est donc le Moi mature de l'enfant qui s'est constitué tout au long de la fusion avec la mère puis s'est différencié en faisant l'expérience des frustrations et sous le modèle des identifications. « Pour Winnicott le concept du self se fonde sur le sentiment de la continuité d'exister et désigne la personnalité corporelle sous sa forme biologique et psychologique. » Cf. GOLSE B., 2001, Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Masson, Paris.

⁴ *Schéma moteur de base*: C'est « la plus petite unité motrice structurée de notre organisation motrice. » p.34. Ce sont des unités motrices élémentaires (qui permettent par exemple à l'enfant de mettre son pouce à la bouche dès les premiers jours) qui vont s'associer et se coordonner au fil du développement neuro-moteur et en lien avec un maternage conséquent. Une fois associés ils donneront au corps sa forme dans l'espace. Cf. ROBERT-OUVRAY S.-B., 2007, Intégration motrice et développement psychique Une théorie de la psychomotricité. Desclée de Brouwer, Paris

1.1.3.1. Les états toniques primaires

« la tonicité se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p.43)

A la naissance, l'enfant découvre toutes ces expressions corporelles plus ou moins plaisantes. Les vécus originels, de quiétude et de déplaisir, se traduiront par des modulations du tonus musculaire : telles que le raidissement et la contraction pour les sensations désagréables et le relâchement pour les sensations agréables.

Selon ROBERT-OUVRAY S.B., par l'intermédiaire de ces états toniques vont se créer des classes de familles sensorielles : la famille du « dur » et la famille du « mou ». Par leur comparaison, l'enfant pourra intégrer des niveaux sensoriels plus subtils et enrichir sa conscience corporelle.

« Le projet humain d'individualisation psychomoteur dépend fondamentalement de la dynamique tonique à l'œuvre dès la vie intra-utérine. » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p.44)

Au tout début, dans le ventre de sa mère, le bébé est hypotonique. Totalemment porté, il subit les mouvements de la mère. Le tonus se développera ensuite durant la vie intra-utérine du bas de la colonne jusqu'à la tête. Il commencera à sentir des tensions dans les jambes, c'est le moment des premiers coups de pieds, puis ses mains se refermeront, ses bras repliés sur le torse.

A la naissance, le nourrisson présente une hypertonie périphérique contrastant avec une hypotonie axiale qui provoque l'enroulement naturel. Cet enroulement entraîne une motricité centrée sur lui qui enrichit déjà sa connaissance corporelle. Dans le monde aérien, le tonus évoluera physiologiquement dans le sens céphalo-caudal, c'est-à-dire de la tête vers le bas de la colonne vertébrale, ce qui lui permettra de tenir sa tête avant de s'asseoir; et dans le sens proximo-distal, de l'axe du corps vers les extrémités, lui permettant d'étendre le bras avant que sa main s'ouvre pour saisir un objet.

L'environnement joue encore un rôle indispensable dans la mise en mot des états toniques de l'enfant ainsi que dans leur interprétation. Cette verbalisation contribue à la mise en relation de l'état corporel du bébé et des affects qui y correspondent.

1.1.3.2. Le dialogue tonique

Au début de la vie le langage verbal n'est pas en place, c'est à travers le dialogue tonique que la mère, principalement, communique avec son enfant. Certains auteurs estiment que l'amorçage du dialogue tonique mère-enfant commence dès le cinquième mois de la vie intra-utérine, lorsque la mère ressent déjà les mouvements de son enfant à naître.

Les diverses « postures toniques » adoptées par le nourrisson sont à mettre en relation avec son expression émotionnelle. Les échanges s'effectuent par l'intermédiaire d'un langage préverbal constitué de vocalisations, de mimiques et de postures que DE AJURIAGUERRA J. nomme « dialogue tonique ». La mère répond aux attentes de son enfant. Elle interprète ses expressions, ce qui contribue, comme le « holding », à faire naître chez son enfant les sentiments de confiance, de sécurité et de continuité d'existence. De plus, par son adaptation corporelle l'enfant pourra lui aussi ressentir l'état affectif de sa maman et sa disponibilité.

« L'enfant gardera une empreinte indélébile de ce vécu tonique qui est issu (et tissé) de ces contacts avec le corps de la mère, avec lequel il se confond, s'identifie avant de s'en différencier. » (BALLOUARD C., 2003, p.71)

1.1.3.3. La motricité réflexe

Le nourrisson à la naissance est dirigé par une motricité réflexe qu'il ne peut donc pas contrôler volontairement. Certains de ces réflexes protègent naturellement des excitations trop intenses pour le nourrisson (l'éternuement par exemple), d'autres ont une fonction innée de relation tel que les réflexes de frouissement et d'agrippement. Ces réflexes sont les prémices d'une motricité en devenir tel que la marche et la préhension. Les sensations proprioceptives qui en découlent participent déjà inconsciemment à la construction de la connaissance de son corps, en s'inscrivant dans sa mémoire corporelle.

1.2. La « dé fusion » : une approche du corps propre

Suite à une période autistique normale l'enfant sort en partie de cet idéal narcissique dans lequel il était plongé. La dyade mère-enfant entre dans la phase symbiotique normale, décrite par MAHLER M.. Ils ne forment qu' « une unité duelle à l'intérieur d'une seule frontière commune » (MAHLER M., 2001, p.30).

Cette période de « dépendance relative » comme le dit WINNICOTT D.W., est marquée pour l'enfant par la reconnaissance de l'objet maternel comme réponse à ses besoins. Il comprend maintenant qu'il est dépendant d'elle, notamment par l'angoisse ressentie suite à l'absence maternelle. Il n'est plus tout puissant et devient capable d'établir une relation objectale⁵. Sa capacité à être seul en présence de sa mère marquera le moment de l'éloignement de la relation fusionnelle. Le corps à corps n'est pas abandonné mais prend une dynamique communicationnelle autour de la sphère tonique. L'enfant entame un processus de séparation.

Ce corps à corps mère-enfant, comme premier lien de communication entre ces deux êtres, passe donc prioritairement par les sensations tactiles transmises à travers la peau, et soutient l'unification corporelle. « *Toutes les stimulations cutanées, caresses, bercements, procurent à la peau une réalité perceptive qui étaye sa fonction de frontière entre le dedans et le dehors du corps ;(...)* » (GAUBERTI M., 1993, p.9). Ces stimulations contribuent à l'intégration d'une enveloppe corporelle et de limites stables afin de construire les bases d'un Moi corporel⁶.

1.2.1. Du Moi corporel au Moi psychique

« *Le commencement du sentiment d'identité individuelle et de la séparation de l'objet se trouve médiatisé par nos sensations corporelles* » (MAHLER M., 2001, p.64)

1.2.1.1. Le vécu sensoriel

Les notions de plaisir et de déplaisir, à travers lesquelles s'effectuent les représentations du Moi corporel, fondent ensuite le Moi psychique. Ces sensations contribuent au ressenti physique de l'enfant. Elles sont, pour l'instant, les seuls éléments de constitution de son schéma corporel. A ce moment, l'enfant possède des représentations corporelles rudimentaires qui lui permettent de faire le lien entre perceptions internes et externes, la peau délimitant ces deux ensembles. Ainsi l'enfant investit son corps non plus uniquement de

⁵ **Relation objectale** : Le terme d'objet en psychanalyse est à prendre dans le sens de « choix d'objet », « amour d'objet ». La relation objectale « désigne le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense. » Cf. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, *vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris

⁶ **Moi corporel** : Le sentiment d'individuation et de séparation de l'objet est médiatisé par nos sensations corporelles. Le schéma corporel, construit à partir des données tactiles, kinesthésiques, visuelles, proprioceptives et labyrinthiques, en est le noyau principal. L'intégration et la mise en relation de toutes ces données coïncident avec le premier maillon du sentiment d'identité et créer le Moi corporel. Le Moi corporel est global et prend en compte l'ensemble des sensations. Il est une entité du Moi-Peau qui, lui, est fondé sur le toucher uniquement. Cf. MAHLER M., 2001, *Psychose infantile Symbiose humaine et individuation*. Payot & Rivages, Paris

l'intérieur (proprioceptif) mais aussi de façon périphérique par les expériences sensori-perceptives qui définissent le corps propre.

Ces expériences sensori-perceptives *« favorisent ainsi la constitution d'un « sensorium » qui résulte du déplacement de l'investissement libidinal proprioceptif (...) vers la périphérie et sa transformation en un investissement sensori-perceptif »* (GOLSE B., 2001, p.97).

Ultérieurement, grâce à ce « sensorium », se construira les limites entre le « self » et les objets. A travers ce déplacement libidinal vers le système sensori-perceptif, l'enfant atteindra la différenciation entre lui et sa mère.

Pour WINNICOTT D.W., c'est une nécessité que l'environnement, plus particulièrement la répétition des bonnes expériences de maternage, intervienne dans le développement de l'enfant, pour permettre la formation du Moi corporel. La mère joue ainsi le rôle de Moi auxiliaire comme étayage du Moi de l'enfant.

Pour BASQUIN M., le Moi corporel se bâtit à partir du schéma corporel. Ce dernier se crée, en lien avec le système nerveux, grâce à une représentation psychique du corps et une expérience affective du corps dans la relation.

Les premières expériences corporelles construisent une ébauche du Moi de l'enfant dès sa naissance. Les perceptions extérieures accèdent à la conscience du nouveau-né et permet la construction de la conscience de soi.

1.2.1.2. Le Moi- peau

FREUD S. voyait déjà une relation entre l'aspect psychique et corporel. Ainsi il est nécessaire pour l'enfant d'avoir construit un corps unifié et sécurisant, afin d'accueillir la possibilité de penser. Cette corrélation vue par FREUD S. est reprise par ANZIEU D. sous le terme de Moi-peau, comme *« une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »* (ANZIEU D., in CHABERT C. et al, 2007, p.20)

Par les stimulations cutanées continues de la mère : telles que la tétée, les changes, les caresses, la peau permet de différencier une surface (face interne et externe) et un volume dans lequel l'enfant baigne. La peau prend alors une valeur « d'interface », limite entre

l'intérieur et l'extérieur. Ces stimulations accompagnées du bain de parole permettent d'accéder à la sensation de contenant et établissent une certaine communication.

La peau est donc représentative des fonctions du Moi. Ainsi ANZIEU D., par correspondance entre l'organique et le psychique, établit huit fonctions au Moi-Peau sur lesquelles s'édifie le Moi psychique.

- La peau soutient l'intérieur du corps tout comme le Moi soutient le psychisme. Le Moi-peau est à mettre en parallèle avec les conduites de « holding » et a donc une **fonction de maintenance**. Le soutien maternel prépare à l'édification du psychisme de l'enfant. Son élévation de pensée suivra son redressement corporel.

Si cette fonction est perturbée, la mère qui n'est pas suffisamment présente ne peut soutenir l'émergence du psychisme de son enfant. Celui-ci ne peut pas élaborer une pensée propre et autonome.

- La peau contient l'intérieur du corps et les organes récepteurs de stimuli externes tout comme le Moi-peau tend à envelopper l'ensemble de l'appareil psychique. Cette **fonction de contenance** est représentée essentiellement par la qualité de « handling » de la mère. Grâce au dialogue tonique primaire, elle permet à son enfant d'éprouver sereinement des sensations puis d'accéder à un aspect plus élaboré, ses affects devenus représentables.

Par manque de contenance, l'enfant risque de développer deux sortes d'angoisses. La première étant une excitation pulsionnelle diffuse et incontrôlable qui le pousse à se construire une carapace à travers la recherche d'une douleur physique ou psychique. La deuxième fait référence à une angoisse de liquéfaction de l'intérieur du corps, comme si l'enveloppe psychique (et corporelle) était trouée.

- La peau protège la couche sensible des excitations trop importantes et empêche les pénétrations néfastes tout comme le Moi mature de l'enfant, édifié sur celui de la mère, joue le **rôle de pare-excitation**. Le Moi traite les stimuli endogènes et exogènes de telle sorte qu'ils ne soient pas trop agressifs et envahissants. Il permet la continuité de penser.

Si la mère n'assure pas sa fonction pare-excitatrice au début de la vie, elle risque de faire naître une très grande angoisse chez son enfant, impossible à gérer et totalement destructurante pour lui.

- La diversité de texture, de couleur, d'odeur de la peau attribue une individualité à chaque sujet, tout comme le Moi-peau assure une **fonction d'individuation du soi** pour permettre l'existence d'un être unique. Pour atteindre une cohérence de penser, il faut avoir accès aux principes de pensée logique et à une pensée propre.

Lorsque l'enfant n'a pu se séparer de sa mère et s'individualiser avec un capital d'estime de soi, de confiance et de réassurance suffisant, l'accès à la pensée propre est impossible. Il aura toujours besoin de se coller à la pensée de l'autre pour soutenir la sienne. C'est le cas des problématiques psychotique où le Moi et le Non-Moi ne sont pas différenciés, le corps n'est pas unifié et reste morcelé.

- La peau regorge de cavités où sont logés les organes des sens. Le Moi-Peau relit entre elles les différentes sensations provenant d'une toile de fond tactile, afin de leur donner un « sens commun ». le Moi-peau a une **fonction d'intersensorialité**. La pensée est regroupée en ensembles structurés par un code commun à tous qui leur donne une signification.

Si chaque organe fonctionne indépendamment, si un sens commun n'est pas donné à un ensemble de sensations, si ces sensations ne trouvent pas de significations au niveau de la pensée, alors le corps peut être sujet à une angoisse de morcellement voir de démantèlement selon MELTZER D..

- Le peau à peau mère-bébé des premiers mois rend la peau du nourrisson sujet à l'investissement libidinal de la part de sa mère. Les soins de la mère amènent les plaisirs de la peau. Le Moi-peau sera la surface de soutien des zones érogènes, le lieu de différenciation des sexes. Il aura pour fonction le **soutien de l'excitation sexuelle**.

Un dysfonctionnement de cette fonction peut entraîner un investissement corporel plus narcissique que libidinal. L'enfant aura des difficultés à accéder à un corps plaisir.

- Grâce aux excitations externes, la peau devient une surface de stimulation du tonus sensori-moteur. Afin d'accéder à la pensée et donner de la force aux pensées il faut recharger en énergie tout ce système et disperser cette énergie de façon inégale dans les sous-systèmes psychique. C'est ainsi que le Moi-peau remplit sa **fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique**.

Si cette fonction ne se met pas en place, les risques d'une explosion psychique peuvent envahir le sujet.

- La peau permet la réception de données tactiles externes qui seront psychiquement intégrées sous formes de pictogrammes, selon CASTORIADIS-AULAGNIER P.. Cette représentation mentale de la réalité extérieure est appuyée par l'environnement grâce à « la présentation de l'objet » des parents à l'enfant. Elle permet l'enrichissement de données sensorielles venant du monde extérieur mais de façon sécurisante. On parle pour le Moi-peau d'une **fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles**.

L'angoisse relative à cette fonction se caractérise par le fait d'être marqué d'inscriptions désagréables (eczéma, rougeurs...) à la surface du corps ou au contraire quand les traces s'effacent ou se perdent.

ANZIEU D. place ainsi le corps au premier plan et décrit ces fonctions en suivant le développement normal du processus d'individuation de l'enfant. Elles sont la conséquence, d'une relation mère-enfant précoce, d'une qualité de maternage suffisante et des compétences innées de l'enfant. L'enfant doit aussi apprendre seul, grâce au sentiment de sécurité interne, pour exercer ses potentialités et activer son développement sensorimoteur.

A travers le toucher, le nouveau-né se construit un contenant capable d'accueillir un contenu de pensée. La formation du Moi-peau, ou de l'enveloppe physico-psychique, va permettre le passage du narcissisme primaire au narcissisme secondaire par le vécu intériorisé du corps, l'ouverture sur l'extérieur et l'investissement objectal.

Ainsi, les enveloppes psychiques s'édifient en lien avec les enveloppes corporelles. Selon ROBERT-OUVRAY S., l'évolution centripète de l'organisation motrice est à mettre en relation avec l'évolution narcissique du psychisme de l'enfant. Cette construction motrice étaye l'enfant dans son sentiment d'exister et sa sécurité interne.

1.2.2. L'intégration psychomotrice

« Au début de sa vie, l'enfant va donc découvrir et intégrer son corps de façon très partielle pour atteindre progressivement la première forme d'unité motrice autour du sixième mois » (ROBERT-OUVRAY, 2007, p.36)

Quand les réflexes archaïques s'estompent, en lien avec la maturation neurologique, la motricité du bébé est plus libre. Il découvre des mouvements qu'il répétera, construisant ainsi ses premiers schèmes moteurs. Les schèmes de bases se rassemblent et s'articulent pour permettre une unité motrice autour du sixième mois. L'unité psychique se construit

parallèlement, par l'ajustement des fragments du Moi. Le binôme plaisir/déplaisir permettra de différencier l'interne de l'externe puis le Moi du Non-Moi.

«Les rapports entre le corps de la mère et le corps de l'enfant se relâchent, en raison, d'une part de l'harmonisation de la fonction tonique du nouveau né (...) et, d'autre part, de l'émergence de certaines conduites intentionnelles et anticipatrices qui le rendent plus actif dans les échanges.» (GAUBERT M., 1993, p.10)

Les états extrêmes de contraction et de détente du début de la vie cèdent leur place à un tonus plus évolué. Un ajustement maternel efficace et une maturation neurologique normale permettent maintenant à l'enfant d'adapter son geste et de le contrôler.

Au niveau spatial, selon BULLINGER A., la posture symétrique en flexion privilégie un espace autour de la zone orale. Les postures asymétriques déterminent les espaces gauche et droit qui ne sont pas reliés entre eux. La coordination des postures asymétriques, grâce aux progrès dans les capacités de redressement et de rotation du buste, vont permettre le rassemblement de ces deux espaces. A ce moment là, la zone orale joue le rôle de relais. Quand l'enfant commence à mettre les objets à la bouche il relie ces deux espaces en un espace unifié : celui de la préhension.

Ainsi, par la maturation du tonus périphérique, l'enfant atteint la préhension et se tourne vers les objets extérieurs. *« (...) l'acte de préhension, par ces composantes, participe à la structuration de l'image du corps, à la spatialisation, et au processus d'individuation.» (GAUBERTI M., 1993, p.11).*

Entre huit et dix mois, selon PIAGET J., l'enfant accède à la permanence de l'objet. Il sera capable de se représenter l'objet malgré son absence. Il atteint un niveau d'évolution psychique supérieur. C'est alors que débute, en lien avec les capacités de préhension, les conduites de « lâcher / reprendre » qui place l'enfant en tant que sujet social et marque l'accès au niveau psychique à un tiers relationnel. Par cette action de préhension, l'enfant fait l'expérience d'un premier contrôle sur le monde environnant. Elle marque une distanciation et une différenciation à la fois psychique et corporelle de la mère.

L'enfant commence à différencier l'objet extérieur, il commence aussi à se différencier lui-même au travers du corps de sa mère qu'il voit maintenant comme objet total. Il accède à la notion de Moi global, symbolisé particulièrement par le stade du miroir (je retranscris ce stade en page 20).

La perception d'un corps harmonieux se poursuit par la découverte de son propre corps. Ses mains passent devant son visage, il les découvre, puis c'est le bas du corps qui va l'intéresser.

« *Le bébé qui s'aperçoit que sa main lui appartient est en même temps en train de construire sa capacité de relier les sensations, les perceptions, de former des pensées, il est en train de construire son espace corporel et d'individuer son espace psychique.* » (CICCONA A, LHOPITAL M., 2001, p.141)

La découverte du corps de l'autre est aussi un moyen pour l'enfant de connaître les différentes parties du corps humain, et donc du sien.

1.2.3. La naissance du désir chez l'enfant

Au départ, la mère manifestait une adaptation totale à son enfant. Maintenant, pour poursuivre cette différenciation en cours, la mère doit émettre un minimum de frustration. Par des « carences d'adaptation mineures » selon WINNICOTT D.W., la mère diminue son adaptation « parfaite » en lien avec la capacité croissante de l'enfant à pallier la défaillance maternelle. Pour cela l'enfant utilise plusieurs moyens : tels que l'expérience de la temporalité (l'attente), le début de l'activité mentale, le recours aux activités autoérotiques et la possibilité de rêver, de fantasmer, de se remémorer. Ces frustrations « *stimulent le fonctionnement mental venant en partie remplacer la bonne mère* » (GOLSE B., 2001, p.86).

Au début, quand l'enfant s'enroulait il cherchait simplement à apaiser ses souffrances. Maintenant qu'il connaît les réponses de satisfaction que sa mère peut lui procurer, quand il manifeste une tension d'appel dans la relation, c'est pour communiquer avec elle et retrouver la satisfaction. Le désir s'installe.

La mère crée pour son enfant un espace d'expression, de liberté pour que s'exprime un individu unique. Si l'adaptation est toujours totale l'enfant reste dans un principe de plaisir hallucinatoire. Sa capacité à se différencier du monde extérieur sera plus réduite. C'est la frustration qui va lui permettre d'accéder au principe de réalité. Si la mère ne permet pas à son enfant d'accéder au désir, des carences dans le processus de fantasmatisation peuvent s'installer. N'ayant pas la possibilité de mentaliser la mère, il peut entrer dans un mode psychopathologique.

C'est aussi à cette période que le père prend une place déterminante de tiers dans la dyade mère-enfant, afin de soutenir cette ébauche d'individuation. (Cette fonction sera développée en page 25).

1.3. Fin de l'individuation

« Une activité extéroceptive remplace peu à peu un investissement interne de l'attention, qui tout récemment encore, se fixait presque exclusivement sur des sensations internes désorientées symbiotiquement ». (MAHLER M., 2001, p.40)

Selon MAHLER M., cette phase d'ouverture est qualifiée par le terme « d'éclosion ». Elle est symbolisée par le plaisir des sensations externes et des stimuli internes qui se combinent dans le but de déplacer l'attention vers l'extérieur.

1.3.1. Finalité du schéma corporel

Suite aux expérimentations corporelles en fin de première année, les limites du corps sont plus stables et le schéma corporel mieux connu. Le sensorium atteint son état de maturation et permet une meilleure représentation intrapsychique du « Je », donc du corps propre.

L'investissement libidinal se déplace sur le corps. *« L'enfant élabore une représentation stable de son « identité individuelle » par structuration de son Moi corporel » (GOLSE B., 2001, p.102).*

Le schéma corporel se spécifie. La mise en place des différentes perceptions qui nous animent : proprioception, sensori-perception, kinesthésie, entraîne une personnalisation du corps dans l'espace et l'accès à la représentation psychique du monde objectal.

La permanence de l'objet libidinal, qui suit la permanence de l'objet, résulte chez l'enfant de l'unification du bon et du mauvais objet qui étaient au départ distincts. Ces objets ne forment plus qu'une seule représentation psychique libérée des angoisses de séparation.

1.3.2. La fonction motrice dans la connaissance du corps

Grâce à la maturation du tonus de l'axe, l'enfant peut maintenant se tenir assis seul. Il libère ses mains et accède à une position plus en hauteur. Au même moment, l'enfant acquiert un Moi suffisamment autonome pour se maintenir seul. Cette élévation ouvre à l'enfant un champ d'exploration plus vaste qui suscite sa curiosité et son organisation motrice pour atteindre de nouveaux objectifs. Chaque enfant trouvera un mode de déplacement qui met en jeu son corps dans sa globalité et affine l'organisation de ses schèmes moteurs. Puis il atteindra une position érigée avec la station debout. L'enfant se dresse alors, face au monde.

1.3.2.1. Mouvement et locomotion

A la fin de la première année l'enfant développe une grande appétence à l'exploration motrice. MAHLER M. parle de « la période des essais ». Prêt à découvrir le monde qui l'entoure il va se séparer physiquement de sa mère. Cette séparation est souvent source d'angoisse, c'est donc par un schéma de déplacement « aller-retour » qu'il partira mais reviendra régulièrement vers sa mère pour se rassurer de sa présence.

D'autre part, conscient de sa séparation réelle avec sa mère il n'est pas encore capable de gérer seul les angoisses qui en découlent et craint de perdre l'objet d'amour. Mais d'un autre côté, une fois proche de sa mère, le risque de perdre cette autonomie nouvelle et si plaisante par un réinvestissement symbiotique est tout aussi angoissant. MAHLER M. décrit alors la « crise du rapprochement » : l'enfant élabore des mécanismes de défense (comme l'accès au symbolisme par le jeu, développé en page 29) pour ne pas risquer de retomber dans cette symbiose.

La marche permet aussi à l'enfant d'accroître l'unification et la connaissance de son schéma corporel par une modification des sensations perçues. L'appui devient plantaire, le regard peut se porter plus haut et la fonction d'équilibration est particulièrement sollicitée.

Le mouvement encourage la représentation unifiée de l'enfant par l'intégration de nouvelles parties du corps dans la conscience corporelle à travers leur mise en action dans l'espace.

1.3.2.2. Un corps dans l'espace

Quand l'enfant vivait en fusion avec sa mère, les espaces relationnels étaient proches voire uniques. L'enrichissement des aptitudes motrices lui a permis d'accéder à une autre perception de sa relation spatiale avec l'environnement. L'enfant a commencé à s'intéresser aux objets et à créer de nouveaux liens. La marche est l'échelon ultime de cette adaptation à l'espace. Le lien avec la mère est remis en jeu par l'augmentation de la prise de distance relationnelle. L'enfant n'est plus aussi dépendant de sa mère, il goûte à l'autonomie.

Son mode de communication essentiellement corporel s'est enrichi d'un langage verbal qui renforce cette distanciation. L'enfant se détache progressivement de sa mère, l'apparition du pronom « je » en est la conséquence.

« Le langage devient à ce moment-là un pont jeté entre la mère et l'enfant qui veulent bien connaître et reconnaître la séparation. » (BALLOUARD C., 2003, p.103)

Le langage, le jeu, l'imitation sont des actions relationnelles qui ont un rôle prédominant dans l'individualisation du sujet. A la fin de son parcours, il franchira la « crise des 3 ans » et comprendra qu'il existe en tant qu'individu unique. Cette étape marquée par l'opposition voit s'affirmer l'enfant dans son « Moi » par l'utilisation du « Je » et du « Non ». Il accède à une connaissance de lui plus mature et peut maintenant se tourner plus particulièrement vers les autres.

Le processus de séparation-individuation influence la construction d'un enfant unique et différencié des autres. Plus tard, d'autres étapes viendront accentuer ce processus, tel que les remaniements de la période de l'adolescence. La présence du tiers au cours de ces étapes viendra soutenir cette individuation et l'extériorisation de l'enfant.

2. LA FONCTION DE TIERS : les agents de l'individuation psychique et corporelle.

*« Une relation mère/enfant toute seule...ça n'existe pas ! Il faut encore y ajouter un tiers. »
(GREEN, in JOLY F., 1994, p.20)*

Le tiers dans la vie de l'enfant a différents visages. Parfois « unificateur », parfois « séparateur », il contribue à faire grandir de manière harmonieuse un être unique et différencié. L'entourage de l'enfant, les expériences qu'il sera amené à dépasser, mais aussi les lieux de vie (crèche, école...), lui permettront de s'ouvrir au monde et aux autres.

Le tiers est aussi présent en lui, dans la motricité de l'enfant et la connaissance de son corps. Selon ROBERT-OUVRAY S.B., grâce à une proprioception en plein essor l'enfant ressent les articulations intermédiaires comme tiers permettant le rapprochement de deux extrémités. Elle définit la possibilité pour l'enfant dès la naissance de penser qu'un objet tiers existe et lui permet de se différencier des autres tout en favorisant la relation triangulaire.

« L'introduction et l'effectivité d'un tiers dans la vie psychomotrice de l'enfant nous permettent de penser que la période du narcissisme primaire basé sur des relations binaires laisse la place à une organisation psychique différente basée sur la triangulation relationnelle » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2007, p.19-20)

2.1. Le stade du miroir

*« le stade du miroir constituerait la matrice et l'ébauche de ce qui sera le Moi »
(LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, p.452)*

2.1.1 Selon LACAN J.

Avant le stade du miroir, l'enfant connaît certaines parties de son corps, principalement la face antérieure qu'il a pu découvrir en l'explorant de ses mains et de sa bouche. Son dos est ressenti par le contact dans les bras de ses parents mais son visage lui est encore inconnu. LACAN J. décrit un enfant encore indifférencié de l'autre, encore dépendant et fusionné d'une imago maternelle et avec une perception corporelle morcelée.

Il développe alors l'importance du stade du miroir entre six et dix-huit mois pour permettre l'intégration d'un corps unifié et humanisé et la différenciation entre soi et l'autre.

Dans un premier temps, LACAN J. décrit le miroir comme une surface plane, visuellement réfléchissante. Les premières fois où l'enfant se regarde dans le miroir, il voit un autre enfant ou une image mais qu'il ne fait pas correspondre à sa propre image.

Seulement, l'enfant n'est pas seul devant le miroir, il est porté par l'un de ses parents qui lui désigne tant physiquement que verbalement, sa propre image. Ainsi, à travers le miroir, il reconnaît d'abord sa mère. Puis elle va verbalement lui décrire cette image qu'il voit de lui. Il comprend que celle-ci lui appartient qu'elle le représente, et il intègre ainsi les limites de son corps. Ainsi, l'image spéculaire lui renvoie un corps unifié, complété par des parties qu'il ne connaissait pas et cela contribue au perfectionnement de son schéma corporel. Ce serait dans le regard et dans la verbalisation parentale, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant découvrirait son unité.

*« Nous savons que dans la théorie de Lacan, l'image du « stade du miroir » anticipe, au niveau imaginaire, l'unité plus tardive du Je symbolique, et que cette image est avant tout un mirage de totalité et de maturation, face au réel dispersé et immature du corps infantile. »
(NASIO J.-D., 2002, p.60)*

Après cette expérience, l'enfant est dans un état « jubilatoire » : celui d'avoir pu accéder à l'assomption de son image et à l'unité corporelle dans le miroir qu'il ne maîtrise pas encore dans la réalité.

2.1.2 Selon DOLTO F.

La conception de DOLTO F. quant au stade du miroir, diffère de celle de LACAN J. selon trois points principaux:

Le premier tient du fait que LACAN J. décrit le miroir comme une surface plane tandis que DOLTO F. le voit comme une surface multi-réfléchissante tant sensorielle, visuelle, que psychique. Le miroir n'est qu'un moyen de se différencier, ce qui importe c'est la fonction relationnelle réfléchie par le miroir.

En second point, DOLTO F. met en évidence dans ce stade la finalité de l'inscription du sujet dans son corps et non le commencement, puisque pour elle l'enfant n'est pas morcelé lorsqu'il se regarde dans le miroir. Il possède déjà, avant la rencontre avec le miroir, une cohésion corporelle. Pour LACAN J. l'enjeu de ce stade réside dans la confrontation du corps réel et de l'image spéculaire, pour DOLTO F. il se situe entre l'image inconsciente du corps et l'image du miroir.

Finalement, pour LACAN J. l'expression qui suit ce stade réside dans une manifestation jubilatoire, contrairement à DOLTO F. qui décrit une épreuve angoissante et douloureuse pour l'enfant, résidant dans l'écart entre l'image inconsciente qu'il a de lui et le reflet de son corps réel.

2.1.3 La nécessité de l'autre

« A défaut de cette parole essentielle à la symbolisation, l'enfant effectuera certainement une expérience scopique- en constatant par exemple que son image disparaît quand il n'est plus devant le miroir, et qu'elle réapparaît quand il s'y replace-, mais elle demeurera, en l'absence de réponse et de communication, une expérience scopique douloureuse. » (DOLTO F., 2002, p68)

Afin d'extraire les bénéfices de ce stade pour l'enfant, LACAN J. et DOLTO F. évaluent un intérêt commun dans la présence absolue d'un autre auprès de l'enfant, connu et aimé, père ou mère, que je nommerai tiers. Ceci pour verbaliser à l'enfant ce qu'il voit, lui faire comprendre que cette image est son reflet, que ce n'est pas son corps physiquement et matériellement, ni un autre enfant. LACAN J. définit plus tard dans sa théorie le rôle primordial du regard, car c'est à travers le regard de l'autre que l'enfant se voit comme une unité.

La présence d'un autre est aussi fondamentale pour qu'il ait la possibilité de se comparer à lui à travers le miroir. Il découvre l'image de l'adulte à côté de la sienne qui lui montre qu'il est

un enfant différent de son père et de sa mère, puis des autres. C'est aussi le moyen de l'inscrire dans la réalité. A ce stade, l'enfant différencie sa mère, il sait qu'elle est réelle et il voit qu'elle a une image. Lui aussi possède une image donc il est réel.

Si le tiers n'est pas présent, n'ayant pas les mots qui accompagnent la vision de son image, l'expérience du miroir risque d'être très angoissante pour l'enfant.

Selon DOLTO F., l'image inconsciente du corps qui accompagne cette étape, peut être touchée et fragilisée. L'enfant recherchera toujours dans le miroir si son image correspond bien à son identité. Cette crainte peut diminuer les relations intersubjectives et l'enfant peut développer des pathologies narcissiques. Le schéma corporel, qui est associé à cette image, n'est jamais totalement intégré et le corps jamais totalement unifié

« Incontestablement, on a besoin de l'autre pour être soi ! » (NASIO J.D., 2007, p.127)

2.1.4 L'image du corps

Le concept d'image du corps est introduit par SCHILDER P. dans les années 1930. L'image du corps est ce que nous ressentons et voyons de notre corps. DOLTO F. parlera plus tard de l'image inconsciente du corps qui représente l'ensemble des impressions et ressentis du nourrisson gravé dans le psychisme par les sensations corporelles vécues à travers la relation avec sa mère. Elle se construit tout au long des trois premières années de la vie jusqu'à ce que l'enfant se découvre dans le miroir. Cette image se réactualisera durant la phase œdipienne. A partir des représentations naissantes de son corps, l'enfant se construit une image corporelle unifiée à travers le regard de l'autre.

NASIO J.D., définit trois composantes à l'image inconsciente du corps : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. L'image de base plus particulièrement, permet à l'enfant de s'ancrer dans un corps solide qui le porte. Elle lui donne l'impression que son être et son corps ne font qu'un et lui assure une certaine conscience existentielle. *« (...) l'image de base est la plus importante parce qu'elle garantit la sécurité d'exister (...) » (NASIO J.D., 2007, p38)*

L'image inconsciente du corps est *« la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques et actuelles. » (DOLTO F., 1992, p.22)*

2.2 La relation d'objet : l'objet transitionnel

2.2.1 La relation d'objet

« Spitz est le premier qui (...) a étudié systématiquement et précisé l'importance de l'objet dans sa spécificité, pour la structuration conjointe de la personnalité et du Moi du sujet par différenciation progressive d'avec l'objet, primitivement confondus. » (SPITZ R. in GOLSE B., 2001, p.216).

SPITZ R. développe plus particulièrement l'aspect de « relation d'objet », plus que d'objet lui-même, qui entre en compte dans toute théorie psychanalytique. Pour que la relation d'objet se crée et puisse s'étendre vers l'extérieur, il est nécessaire que l'enfant puisse intégrer un objet contenant.

L'objet contenant primaire est représenté par la mère et plus particulièrement par le sein, le mamelon dans la bouche de l'enfant, le lait qui nourrit et le fait d'être porté. La mère est garante de ces expériences sensorielles qui restaurent le bien être du nourrisson. Cet objet contenant réunit l'ensemble des pulsions et des représentations mentales encore désorganisées afin de leurs donner une signification. C'est en ce sens que KLEIN M. est la première à définir l'importance de la relation à l'objet réel dans la formation de la psyché.

Afin de lui attribuer cette fonction de contenant, l'objet extérieur doit posséder certaines qualités développées par BICK E.. Il doit être un lieu de confort, tant sensoriel qu'émotionnel. Il doit être exclusif et manifester une présence et une attention constante. Cette relation d'objet établie, l'enfant peut aborder sereinement l'espace extérieur et les objets environnants.

2.2.2 Les objets transitionnels

Au début de la vie, l'enfant se situe entre illusion et réalité. Il existe un « espace » entre ce que l'enfant croit créer et ce que sa mère lui apporte. WINNICOTT D.W. parle alors « d'espace transitionnel ». Il définit une aire transitionnelle d'expériences qui permet de faire coexister réalité intérieure et extérieure.

« L'aire intermédiaire à laquelle je me réfère est une aire, allouée à l'enfant, qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité. » (WINNICOTT D.W., 1975, p.44)

Dans les premiers mois, l'enfant n'a qu'une relation partielle aux objets et la mère n'est pas reconnue comme objet total. Plus tard, le bébé intégrera les objets extérieurs comme « objets-autres-que-moi », ce qui lui permettra de passer de la subjectivité à l'objectivité et d'avoir accès à la réalité pour sortir de son imaginaire. Ces « objets précurseurs » font d'abord partie intégrante du corps de l'enfant ou du corps de la mère.

Ensuite, un objet extérieur s'introduira selon une attirance de texture, de bruit, de forme, de couleur ou par sa symbolique et sera investi d'affects particuliers. L'objet transitionnel ne vient ni du dedans, ni du dehors, mais d'un espace tiers situé entre le Moi et le Non-Moi, entre l'enfant et sa mère. Il marque le lien entre eux deux, mais garde une accroche à la réalité qui sort l'enfant de l'omnipotence⁷ hallucinatoire.

La mère de pierre, 6 ans, vient nous parler avant le début de la consultation. Quand celle-ci repart ensuite en salle d'attente, Pierre ressort tout de suite de la salle pour aller la chercher. La séparation est compliquée pour lui, il a perdu sa mère biologique en Russie alors qu'il était bébé et a été placé dans un orphelinat avant d'être adopté à ses 6 ans. Nous discutons ensemble de ce moment difficile. On propose à la mère de laisser un objet à Pierre. Rassuré, Pierre prend l'objet et la séance peut se dérouler sans crainte. Pierre investit aujourd'hui, à chaque séance, une petite abeille en peluche. Il va lui donner vie et faire évoluer une histoire autour de celle-ci. Cette abeille représente un objet transitionnel qui l'aide à pallier les moments de séparation avec sa mère puis avec nous quand la fin de séance approche.

Le fait que l'objet soit animé d'un symbolisme certain, permet à l'enfant de différencier ce qui est fantasmé de ce qui est réel. Il peut, par exemple, expérimenter avec cet objet ce qu'il ne peut faire lui-même dans la réalité. WINNICOTT D.W. voit plus loin, en montrant que cette étape se poursuit et permet à l'enfant d'accepter ce qui est similaire de ce qui est différent.

Les objets transitionnels sont un moyen d'atténuer l'angoisse d'une séparation. Si cette séparation venait à durer au delà des capacités d'auto apaisement de l'enfant, l'objet risquerait d'être désinvesti ne jouant plus ce lien symbolique avec la mère.

⁷ *Omnipotence* : C'est la puissance absolue, la toute-puissance. Pendant les premiers mois, l'enfant est complètement dépendant de sa mère. Celle-ci en répondant instantanément à ses besoins, le plonge dans un état hallucinatoire d'omnipotence où l'enfant croit créer lui-même la réponse à ses besoins. Plus tard, au moment de la marche puis dans l'entrée au stade anal l'enfant rejouera cette omnipotence par l'utilisation du « non ».

2.3 Le rôle du père

Le père, jusqu'ici peu cité dans le développement de l'enfant, a pourtant un rôle primordial. Il est garant de la lignée familiale. Il est le plus souvent le représentant de la loi et détient les valeurs et la culture de la famille. Selon WALLON H., le père a une fonction particulière dans le développement sociopersonnel⁸ de l'enfant. Il est d'un côté l'agent qui permet l'ouverture au monde extérieur et l'acceptation des règles sociales et d'un autre côté le vecteur développemental de la personnalité de l'enfant à relier au concept de différenciation.

Vis à vis de la mère, il a un rôle de soutien pour l'aider à passer les étapes difficiles, les moments de doute, mais aussi pour partager les joies qui accompagnent l'arrivée d'un enfant. Il est vrai qu'au début de la vie de l'enfant, la mère tient une place prépondérante. Le père reste pour l'instant en retrait laissant la fusion mère-enfant opérer. Puis vient le moment où le père veut aussi retrouver sa place de mari.

« *Si papa intéresse maman, il m'intéresse aussi* » (RUF0 M., 2005, p.51), l'enfant qui s'identifiait à la personne qui s'occupait le plus de lui, autrement dit sa mère, aura maintenant un nouvel objet d'identification⁹.

2.3.1 L'œdipe

La triangulation œdipienne marque bien l'intégration du rôle du père dans la dyade mère-enfant. Pour FREUD S., cette période est délimitée approximativement entre quatre et sept ans, quand l'enfant fait la découverte des organes génitaux. Cet intérêt pour la différence des sexes met en évidence la composante libidinale qui réside maintenant dans la relation avec ses parents. Cette relation est marquée par l'ambivalence affective entre le parent de sexe opposé qui est aimé et le parent de même sexe qui est refoulé¹⁰. Pour le garçon, le père sera donc objet de haine, car ils seront rivaux. Pour la petite fille, il sera l'objet de toutes ses convoitises.

⁸ **Développement Sociopersonnel** : Concept développé par Wallon en 1954, qui peut être interprété comme une succession d'étapes marquées par les progrès dans l'élargissement du contexte relationnel, dans la différenciation soi/autrui et dans la conquête du contrôle de soi et l'affirmation de soi. Cf. LE CAMUS J., et al, 1997, Le rôle du père dans le développement du jeune enfant, Nathan, France

⁹ **Identification** : « Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » Cf. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris

¹⁰ **Refoulé** : « Au sens propre : opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion. » Freud y met un sens plus large en désignant le refoulement comme « prototype d'autres opérations défensives » Cf. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris

Lorsque ce stade est dépassé, il permet à l'enfant de reconnaître la différence des sexes et d'accéder à une représentation sexuée de lui-même par identification au parent de même sexe. Le Surmoi se construit par l'acceptation des interdits parentaux. L'œdipe permet l'intégration de la différence des générations et donc de l'interdit de l'inceste. L'assimilation de ces « lois » marque l'accroche de l'enfant dans la réalité. La période œdipienne met en scène un tiers séparateur, rival, mais aussi identificatoire pour le jeune enfant.

Selon LACAN J., si la triangulation œdipienne n'est pas possible l'enfant peut entrer dans la psychose.

2.3.2 Le père : agent de défusionnement

« Pour être bénéfique, la fusion si essentielle des premières semaines doit prendre fin. Peu à peu, la mère et l'enfant vont apprendre à se lâcher mutuellement, grâce notamment à ceux que l'on appelle les « tiers séparateurs » -le premier d'entre eux étant le père-, qui vont s'immiscer dans leur relation duelle, créant des espaces de différenciation. » (RUFO M., 2005, p.45)

Pour LACAN J. c'est toujours le père qui sera l'agent séparateur entre l'enfant et sa mère. Cette fonction de « séparation » s'est imposée en premier dans l'histoire de la psychanalyse. Tous les auteurs qui se sont penchés sur la question étaient bien évidemment d'accord sur le rôle fondamental de la mère, mais insistaient aussi sur l'intérêt de la fonction paternelle dans la construction de la personnalité de l'enfant.

Pour LEBOVICI S., suite aux travaux de FREUD S. sur l'ordre paternel, le père correspond à l'organisateur de l'œdipe. Il est le représentant de la loi et permet la construction du Surmoi de l'enfant. Pendant la période œdipienne il s'immisce dans la dyade mère-enfant comme agent frustrateur.

Pour assurer cette fonction de tiers, il faut que le père ait eu précocement des relations privilégiées avec son enfant. Ce dernier fait la différence très tôt entre sa mère et son père, notamment grâce au type d'interaction avec le père plus dynamique et plus stimulante, le timbre de la voix paternelle, la texture et l'odeur de sa peau. Ce sont toutes des sensations auxquelles le nourrisson est très réceptif.

2.3.3 Le père : figure d'attachement secondaire

Outre cette fonction principale de « dé fusion », le père est aussi le représentant d'une figure d'attachement pour l'enfant, après celle attribuée à la mère.

La théorie de l'attachement développé par BOWLBY J. définit pour l'essentiel un lien précoce entre la mère et son l'enfant. Mais suite aux travaux de SCHAFFER H.R., l'hypothèse d'une pluralité de figures d'attachement est confirmée donnant ainsi un rôle déterminant au père. La mère, de par sa place influente dans la vie de l'enfant (la grossesse, le nourrissage, les soins...), reste la figure d'attachement primaire nécessaire à l'enfant pour se constituer une base solide de confiance et d'estime de soi. Mais le père peut aussi avoir ce rôle, en tant que figure d'attachement « secondaire », par ses qualités affectives et relationnelles égales à celles de la mère et ainsi prolonger cette quête de confiance en soi.

Seulement, sa place reste secondaire car même si l'enfant développe des conduites d'affiliation égales entre la mère et le père, en situation inconnue ou angoissante (en présence d'un étranger par exemple) l'enfant se tournera vers sa mère dont le pouvoir de « sécurisation » reste plus grand que celui du père.

Anciennement réduit par les auteurs psychanalystes à la seule place de frustrateur et d'agent de séparation, le père peut tout aussi bien être représentatif d'une figure d'attachement conforme aux besoins exprimés par l'enfant.

2.3.4 Le dialogue phasique

Père et mère proposent au bébé des types d'interactions différents et complémentaires : le dialogue tonico-émotionnel pour la mère, le dialogue phasique pour le père. La contraction tonique, lente et soutenue utilisée dans le maintien de postures se différencie de la contraction phasique de type rapide et génératrice de mouvements. Phasique signifie musculaire mais aussi stimulant, incitant l'ouverture vers le milieu social.

Ce dialogue phasique qualifie des moments émotionnels privilégiés entre le père et son enfant. Selon LE CAMUS J., si le père a pu s'occuper précocement de son enfant, le dialogue phasique débute dès cet instant.

Le père se présente corporellement plus ouvert et occupe plus d'espace. Le canal tactilo-kinesthésique serait privilégié dans la communication avec son enfant, alors que la mère favoriserait le canal visuel et ferait passer ses émotions à travers les expressions du visage.

Selon LE CAMUS J., par son action dynamisante, le père facilite l'indispensable détachement du bébé depuis l'état symbiotique originel jusqu'à l'émergence du sentiment d'une existence distincte des autres. Il contribue à l'autonomisation de l'enfant et à son individuation « *c'est-à-dire vers la représentation élémentaire d'un soi unifié et rassemblé dans une entité organismique non morcelable* » (LE CAMUS J., 1995, p.60). Mais aussi à l'ouverture sur le monde extérieur par des stimulations sociales plus importantes que la mère.

« *A mon sens, les prises d'appui nécessaires à la construction de l'identité portent non seulement sur le corps propre, l'objet physique, le « chargé de soins » et le pair mais aussi sur cet autre-que-la-mère au statut bien particulier qu'est le père.* » (LE CAMUS J., 1995, p.60-61)

2.4 Le jeu

2.4.1 Les premiers jeux naissent de la relation avec la mère

La théorie du jeu, comme elle est énoncée par WINNICOTT D.W., est marquée par plusieurs étapes définies selon l'évolution du lien entre la mère et son enfant.

La première est représentée par ce que WINNICOTT D.W. appelle « l'objet présentant ». Elle caractérise cette période où la mère montre à son enfant ce qu'il veut au moment où il le désire. Ceci contribue à créer chez lui l'illusion de toute puissance. Ensuite se met en place ce jeu bien connu où l'enfant prend le jouet, le donne et veut le récupérer. Si la mère est bien présente à ce jeu, elle peut apparaître quand l'enfant le veut ou se laisser désirer par lui. Il est question ici d'aire de jeu entre l'enfant et sa mère où l'enfant fait l'expérience de l'omnipotence et de la réalité. Le stade suivant correspond à la capacité pour l'enfant de jouer seul en présence de quelqu'un. Maintenant assuré de l'amour et du soutien que sa mère lui porte, il peut faire abstraction de son absence et se la remémorer ensuite, lui donnant accès à une certaine autonomie. Finalement, l'enfant est prêt à débiter le jeu à deux. C'est d'abord l'enfant qui apporte le jeu et la mère qui s'y soumet. Ensuite elle pourra amener ses idées et verra comment son enfant s'y conforme où non...

« *Ainsi la voie est-elle toute tracée pour qu'un jeu en commun s'instaure au sein d'une relation* » (WINNICOTT D.W., 2006, p.99)

Le visage humain est le premier pré-jouet de l'enfant. Des jeux sont mis en place autour de ce visage tel que le « cacher-montrer » qui met en scène la présence/absence de la mère. La répétition de cette séquence est primordiale pour l'enfant afin qu'il puisse dépasser l'angoisse de l'absence maternelle.

Le pré-jouet est introduit comme élément tiers dans la relation mère-enfant. « (...) *l'élément tiers [est] régulateur quantitatif, rythmique et qualitatif* » (GUTTON P., 1973, p.12).

Quand la mère montre un jeu à son enfant, l'objet devient son représentant corporel partiel ou total. Par la proposition du jouet elle incite son enfant à s'ouvrir au monde extérieur et éveille sa curiosité. La mère accepte donc d'être absente (comme dans la phase de séparation-individuation décrite par MAHLER M.) et lui permet d'accéder à une autonomie progressive. Quand le jouet sera entièrement différencié, tout comme le Moi, il fera alors totalement tiers dans la relation mère-enfant.

Le jeu permet maintenant de rassembler réalité psychique et réalité extérieure. L'enfant rejoue les désirs qui lui ont été interdits, mais ceux-ci sont déformés par les principes du jeu (comme ça l'est dans les rêves). Ainsi la relation avec la mère peut être préservée. C'est-à-dire qu'il peut mettre en scène ses désirs et fantasmes inconscients, sublimés¹¹ par l'action de jouer.

Grâce au jeu, l'enfant accède à la notion de symbolisme. D'abord le jouet est le symbole de la mère, ensuite il s'introduit dans la relation comme tiers synonyme de dialogue.

2.4.2 La répétition et l'accès au jeu symbolique

Quand l'enfant joue, il répète des séquences de jeux sources de plaisir. La répétition s'inscrit dans la réalisation des pulsions partielles de l'enfant et la jouissance qu'il en retire en est la conséquence. De plus, FREUD S. y voit l'expression du refoulement. Les séquences antérieures se rejouent et le passé s'actualise à chaque scène du jeu. Mais la répétition n'est pas à chaque fois identique, une évolution transparait mettant en évidence la capacité de l'enfant à élaborer toujours un peu plus et accéder à la représentation et au symbolisme.

Il en est de même pour les soins maternels qui se doivent d'être répétés pour être intégrés et structurant pour l'enfant.

¹¹ *Sublimation* : « la pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés. ». FREUD S. définit la sublimation comme une activité de l'homme (artistique ou intellectuelle) sans rapport avec la sexualité, qui permettrait de dépasser les pulsions sexuelles, de les détourner. Cf. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, *vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris.

D'autre part, selon PIAGET J., le jeu s'inscrit dans une dynamique symbolique à la fin de la période d'intelligence sensori-motrice¹². Cette période est fondé sur les bases d'un rapport langagier ajusté entre l'enfant et son environnement, ce dernier acquiert la permanence de l'objet et sa pensée se secondarise.

Le jeu à un rapport symbolique entre l'imaginaire et le réel à travers les jeux d'imitations. C'est un moyen d'expression propre à l'enfant. « *Le Jeu symbolique dans sa fonction ludique essentielle, permet à l'enfant d'assimiler le réel au moi en transformant et en adaptant ce réel à ses désirs pour les satisfaire dans le jeu.* » (GOLSE B., 2001, p.235).

FREUD S. recherche ce principe de symbolisme en regardant jouer son petit fils de dix-huit mois. De cette observation il développera le concept du « jeu de la bobine ». L'enfant rejoue la séparation avec sa mère en lâchant un objet et les retrouvailles lorsque l'objet lui revient. Dans ce jeu l'enfant retrouve la maîtrise totale sur sa mère qu'il avait au moment de la symbiose. Il peut exprimer son agressivité envers l'objet introjecté (la mère) sans risque de l'anéantir. Il domine les angoisses nées de l'acquisition de la permanence de l'objet libidinal.

Jenny a 9 ans, elle est atteinte d'une infirmité motrice cérébrale depuis sa naissance. Il y a deux ans, Jenny a subi une opération chirurgicale importante souvent pratiquée chez ces enfants, pour lui permettre de marcher. Elle a eu très peur de cette opération et s'est sentie très démunie, sa maman ne l'ayant pas beaucoup soutenue. Elle a souffert sans avoir l'autorisation de s'exprimer. Aujourd'hui Jenny rejoue cette scène en séance. Mais cette fois-ci, c'est elle qui joue le « méchant » docteur intransigeant et nous, nous sommes les enfants qui subissent l'opération sans pleurer et « sans réclamer notre maman ».

Ainsi Jenny met en scène une épreuve difficile et même traumatique pour elle, avec cette fois-ci la possibilité d'avoir une action sur cette opération et de ne plus être du « mauvais côté ». Cette mise en scène lui a été proposée à plusieurs reprises afin d'exprimer sa douleur, car si on ne lui permettait pas de l'extérioriser par l'expérience corporelle, elle ne pouvait pas investir une autre activité.

¹² *Intelligence sensorimotrice* : PIAGET J. a travaillé plusieurs années pour décrire « l'intelligence de l'enfant ». Plus particulièrement la période sensori-motrice s'étale entre 0 et 24 mois. C'est la période antérieure au langage, le nourrisson ne présente encore ni pensée, ni affectivité liée à des représentations lui permettant de mentaliser l'objet absent. Mais le développement mentale est particulièrement rapide les premiers mois car il met en place les prémices des perceptions cognitives pour pouvoir accéder ensuite à des perceptions et constructions intellectuelles plus élaborées. A la fin de ce stade l'enfant entre dans la pensée symbolique Cf. PIAGET J., INHELDER B., 2005, *La psychologie de l'enfant*. Puf, Paris

Le jeu symbolique permet de faire ressortir et de résoudre les conflits affectifs et les besoins inassouvis. Il donne à l'enfant une occasion de revivre, en les transposant, des situations qui se sont avérées désagréables dans la réalité. Il lui permet d'assimiler le réel à son Moi en le fortifiant. L'accès au symbolisme dans le jeu est la marque d'une structuration de la pensée.

2.4.3 La fonction psychomotrice

2.4.3.1 Le jeu dans l'intégration corporelle

« Le jeu est essentiellement une séquence temporelle, mettant en scène l'image que l'enfant se fait de son propre corps » (GUTTON P., 1973, p.134)

Les premiers jeux de l'enfant mettent principalement le corps en action. C'est dans la rythmicité de jeux comme le « cacher/montrer » que l'enfant acquiert l'unité et la réalité de son corps dans l'espace et dans le temps. Au cours de son évolution et à travers le jeu, l'enfant affine la connaissance de son corps et la maîtrise de ses capacités motrices. Je développerai ce concept plus spécifiquement dans ma discussion.

A travers le jeu de découverte du corps de l'autre où l'enfant est témoin ou acteur, il peut compléter et mieux comprendre les mécanismes mis en action dans son propre corps. Afin de structurer l'image de son corps naissante l'enfant traverse deux stades selon HOFFER. Le premier est la différenciation du Moi et du Non-Moi à travers la sensation du toucher lorsque l'enfant touche son corps mais aussi le corps de l'autre. Dans cette dernière situation il n'a plus qu'un seul retour sensitif. Le second stade s'établit à partir de l'organisation des zones érogènes au cours de l'histoire de l'enfant.

Cette image du corps a une expression privilégiée dans la représentation de personnages au cours des séances de psychomotricité. Le dessin est aussi le lieu de toutes les identifications aux personnages mis sur papier.

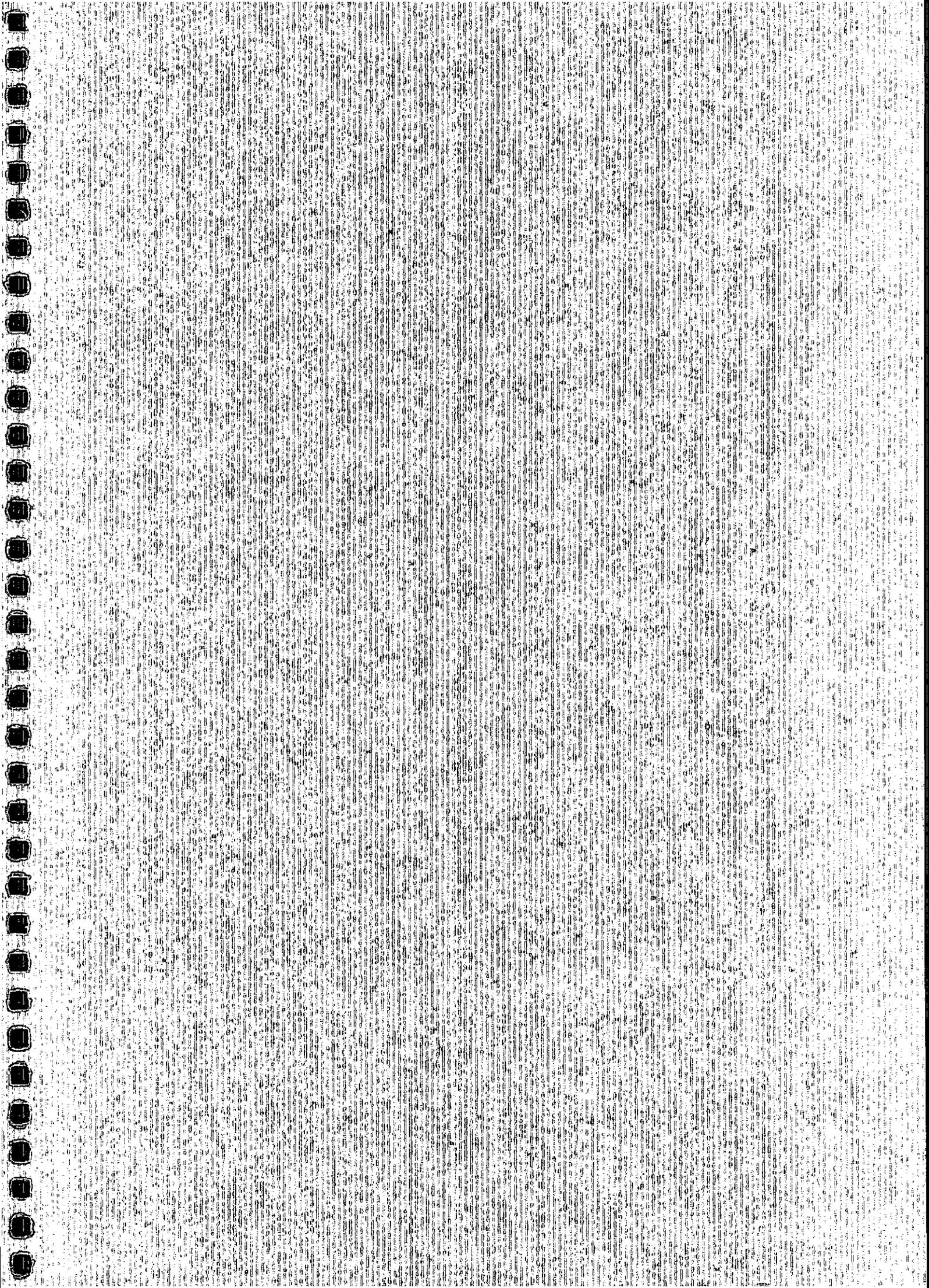
« C'est dans le jeu que l'image du corps est vécue » (GUTTON P., 1973, p.141)

2.4.3.2 Le jeu en thérapie

« *Le jeu constitue le lieu de rencontre privilégié du psychanalyste et de l'enfant, « voie royale » où se rencontre leurs inconscients.* » (GUTTON P., 1972, p.1)

C'est KLEIN M. qui la première établit le jeu dans les psychanalyses d'enfants. « *l'enfant traduit sur un mode symbolique ses fantasmes, ses désirs, ses expériences vécues* » (KLEIN M., in GOLSE B., 2001, p.236). Le jeu est un mode d'expression infantile exploitable par le psychanalyste. Contrairement à la réalité, dans le jeu, l'enfant a le contrôle, c'est lui qui décide comment l'expression d'une réalité pénible peut se reproduire, quelle place il aura et quelles actions il pourra entreprendre. Pour KLEIN M., c'est un moyen d'accès direct à la vie pulsionnelle de l'enfant grâce aux angoisses qu'il décharge dans le jeu.

Lors d'une psychothérapie d'enfant, le thérapeute apporte de quoi jouer et joue avec l'enfant. Pour WINNICOTT D.W., le thérapeute ne doit pas voir uniquement le contenu du jeu, mais aussi l'action de « jouer », le jeu faisant acte de communication dans un lieu et un moment précis.



CLINIQUE

1. PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1.1 Le lieu de soins

Le Centre Médico Psycho Pédagogique accueille des enfants et des adolescents ainsi que leur famille en consultation ou en traitement ambulatoire. Il propose des entretiens cliniques pouvant évoluer vers une prise en charge thérapeutique spécifique :

- Consultations thérapeutiques
- Psychothérapies individuelles
- Psychomotricité
- Orthophonie
- Groupes thérapeutiques
- Un suivi administratif et/ou social auprès de l'assistante sociale.

Le centre est sous la direction de l'Association de Prévention, Soins et Insertion (APSI). Elle a pour but de créer et de gérer tous services ou établissements pour enfants, adolescents et adultes dans le cadre du secteur social, médico-social et de la santé mentale, dont les CMPP. Ces derniers sont chargés d'assurer la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles de la personnalité et d'adaptation des enfants et adolescents.

➤ Qui adresse?

Les enfants ou adolescents qui sont reçus au CMPP, sont adressés par différents professionnels du secteur médical ou non. Dans le cadre de la scolarité, les enseignants peuvent remarquer des difficultés tant au niveau des apprentissages que du comportement et de la socialisation. Ce sont les parents qui, à ce moment là, prennent contact avec le CMPP pour un premier rendez-vous.

Le CMPP est aussi en lien avec d'autres institutions de soins tels que les SESSAD (Service Educatif de Soins Spécialisés à Domicile) ou les hôpitaux du département. Suite à ce travail de collaboration, des enfants peuvent être adressés au CMPP et inversement le CMPP fait appel à eux pour des bilans ou une prise en charge spécifique.

➤ Démarche d'accueil

Dans un premier temps, les patients sont accueillis par un psychologue dit « consultant » (son rôle est décrit en page 35). Après plusieurs rendez-vous, il essaye d'avoir un aperçu de la demande du patient et de sa famille et peut proposer des bilans dans différentes disciplines. Après une discussion interdisciplinaire en réunion de synthèse et un rendez-vous médical auprès du psychiatre de l'établissement, il oriente l'enfant vers une prise en charge ou un accompagnement individualisé et adapté en psychothérapie, psychomotricité et/ou en orthophonie.

Si un suivi en psychologie est mis en place pour l'enfant, le psychothérapeute ne sera pas le même que le consultant qui a reçu la famille. Celui-ci continue de voir régulièrement la famille pour faire le lien entre les différentes prises en charges, la famille et l'école. Ce travail est spécifique à chaque famille, par le cadre horaire, le contenu de la séance, les personnes présentes.

➤ L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est composée de :

- **Un psychiatre** : Qui est responsable du centre de soins. Il reçoit chaque enfant nouvellement entrant dans le centre. Il peut avoir un rôle de thérapeute ou de consultant dans le suivi de l'enfant et de sa famille. Il voit régulièrement les patients du centre pour faire le point sur le suivi.
- **Cinq psychologues** : Qui effectuent un travail de consultation ou psychothérapeutique.
- **Deux orthophonistes** : Qui réalisent des bilans et des suivis individuels.
- **Une psychomotricienne** : Dont je développerai la place et le rôle ultérieurement.
- **Une assistante sociale** : Qui intervient auprès des familles et fait le lien avec l'extérieur et plus particulièrement les écoles. Elle participe aux équipes éducatives des enfants avec le psychologue consultant, référant de l'enfant.
- **Une secrétaire** : Elle a un rôle prépondérant dans le fonctionnement de l'établissement. Outre le travail administratif, elle est l'interface entre les professionnels, les parents et les institutions.

➤ **La réunion de synthèse**

Cette réunion a lieu tous les lundis pendant deux heures. Toute l'équipe du CMPP assiste à la réunion. Le temps est divisé, entre les questions qui traitent du fonctionnement institutionnel et celles qui concernent la prise en charge des enfants du centre.

Par rapport aux nouveaux enfants qui arrivent au centre, les dossiers sont étudiés pendant la synthèse pour déterminer la suite de la prise en charge. De plus, un thérapeute peut faire part à l'équipe d'une difficulté ou d'un questionnement par rapport à un enfant et qui peut être traité en synthèse pour améliorer les conditions de suivi.

Le travail interdisciplinaire est primordial pour assurer une prise en charge globale et la mieux adaptée au patient. Ainsi, la circulation des informations, la complémentarité des points de vue et des compétences de chacun sont mis au profit d'un projet adapté et évolutif par rapport au patient. Au CMPP, chaque enfant est suivi par au moins deux thérapeutes, il est aussi en lien avec la secrétaire médico-sociale et parfois l'assistante sociale. L'échange clinique entre professionnels concernés, au cours des réunions de synthèse, est donc capital.

1.2 La fonction de tiers institutionnel

Parfois, faire la démarche auprès d'un centre de soins peut être difficile à entreprendre pour la famille. Difficile, car faire le premier pas vers le centre c'est aussi faire un premier pas pour concevoir les difficultés de son enfant et accepter de l'aide. Parfois les parents sont dans le déni et ne voient pas ou ne veulent pas croire à cette hypothèse. Pourtant, dans certains cas, les situations peuvent être critiques et l'intervention d'une aide extérieure est primordiale. C'est en ce sens que l'institution fait tiers. Elle permet parfois de refaire le lien entre un enfant et sa famille quand la situation est délicate.

Le consultant représente aussi ce tiers au sein du CMPP.

➤ **Le rôle de « consultant »**

Le consultant reçoit les familles pour le premier rendez-vous. Il évalue la demande et oriente, suite à la synthèse, vers différents professionnels pour un bilan ou une prise en charge. Une fois le suivi débuté, il s'entretiendra régulièrement avec les familles. Le consultant a une certaine connaissance du travail de chacun et pourra ainsi faire le lien entre les différentes prises en charge de l'enfant et sa réalité extérieure, c'est-à-dire sa famille et l'école.

Le consultant peut aider à faire exister l'enfant dans la famille en mettant en avant le suivi dont il bénéficie et l'intérêt du soutien familial. Fréquemment, l'enfant qui vient pour des difficultés propres porte en lui une histoire familiale lourde qu'il faut prendre en considération lors des entretiens familiaux. En effet, ce qui peut être mis en mot autour de la dynamique familiale peut aider l'enfant à avancer dans son propre travail. De plus, il est important de replacer l'enfant dans son quotidien et donc s'y intéresser, car c'est dans cette vie là qu'il évolue et que le travail effectué au CMPP a des répercussions. Ainsi les psychologues consultants participent, quand ils le peuvent, aux équipes éducatives, pour permettre de faire le lien entre l'évolution de l'enfant au CMPP et celle observée à l'école.

Le psychologue consultant fait le lien avec toutes les réalités de l'enfant, tandis que le psychothérapeute s'occupe, lui, de la réalité psychique de l'enfant.

Le consultant devra être garant du maintien des conditions de traitement décidées avec la famille. Il pourra ainsi introduire tout changement dans la prise en charge.

1.3 La place de la psychomotricité

La psychomotricienne au sein du CMPP intervient pour un bilan et/ou pour des prises en charge individuelles ou groupales.

En synthèse, elle peut être sollicitée par l'un des professionnels au sujet d'un enfant en particulier, et un bilan peut être mis en place. Un retour sur une prise en charge peut être demandé en synthèse ou pendant des moments informels, pour mettre en lien l'évolution du suivi en psychomotricité et celui d'un autre domaine ; ou au contraire des difficultés observées dans l'un des suivis peuvent se répercuter dans un autre. Ainsi le dialogue entre les différents thérapeutes est nécessaire pour établir un objectif plus approprié ou remanier le travail déjà mis en place.

La prise en charge en psychomotricité est parfois un préalable au travail orthophonique ou psychothérapeutique. L'enfant est parfois gêné par des difficultés psychomotrices (instrumentales et/ou relationnelles) qui l'empêchent d'être disponible pour les apprentissages, rendant difficile le travail en orthophonie. Dans un autre contexte, où le trouble psychique s'inscrit dans une dynamique corporelle, une thérapie psychomotrice peut être proposée afin d'aider l'enfant à prendre de la distance par rapport à son symptôme et lui

permettre de l'élaborer dans une psychothérapie future. La fin de certaines prises en charge est en réalité un pallier pour accéder à un autre type de travail pour l'enfant.

D'autre part le psychomotricien effectue un travail groupal en co-thérapie mettant en évidence les bénéfices d'un suivi interdisciplinaire. Leur regard professionnel est donc complémentaire, il enrichit la prise en charge.

2. ETUDE DE CAS : AZIZ *(Pour des raisons de confidentialité le nom du patient sera falsifié tout au long de cette partie clinique.)*

2.1 Présentation

Aziz a 8 ans quand je le rencontre en septembre 2007. Dans un premier temps, la psychomotricienne a d'abord parlé de ma future venue à Aziz et à sa maman. Il a tout de suite beaucoup questionné le cadre de la prise en charge pensant que j'allais prendre la place de la psychomotricienne, ce qui paraissait l'angoisser.

Puis une rencontre a été prévue pour me présenter à Aziz et à sa maman. Il me regardait avec de grands yeux un peu interrogateurs mais n'hésitait pas à venir me serrer la main poliment, toujours très sérieusement. La maman paraissait très enthousiaste à ma venue. Elle ne s'exprimera pas plus, la barrière de la langue semblant la mettre en difficulté.

Je vois donc Aziz tous les lundi matin pendant 30 à 40 minutes au sein du Centre Médico Psycho Pédagogique.

Aziz est suivi par l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement depuis deux ans. Lui et ses parents sont reçus par le psychologue consultant une fois par mois, pour un suivi familial. Depuis peu, il est aussi pris en charge par l'un des psychologues avec qui il a commencé une psychothérapie.

2.2 Anamnèse

Le récit de l'histoire d'Aziz a été fait avec une psychologue du centre qui l'a reçu avec ses parents en janvier 2006. L'école a orienté Aziz au CMPP pour des troubles du comportement ; il est agité, inattentif et opposant. D'autre part, des difficultés autour de la propreté en journée ont été mises en évidence.

Aziz a 8ans (6 ans et 4 mois au moment de l'entretien), il est le premier enfant d'une fratrie de trois. Il a une petite sœur de 6 ans et un petit frère de 2 ans (qui n'est pas encore né au moment de la rencontre). Lors de l'entretien, il se présente comme un petit garçon menu et vif, qui parle beaucoup mais dont le discours peut être confus et adultomorphe.

Ses parents sont d'origine marocaine. Monsieur est arrivé en France en 1973. Il a divorcé en 1995 et a déjà trois filles d'une vingtaine d'année quand il se marie avec la mère d'Aziz en 1997 au pays. Madame arrive donc en France en septembre 1998, sa famille restant au Maroc. Elle ne parlait pas français à son arrivée et n'a jamais été scolarisée au Maroc. Elle suit aujourd'hui des cours pour apprendre la langue française.

Madame relate une grossesse difficile ponctuée de vomissements importants, elle a pris très peu de poids. Madame est assez négative dans le récit de cette grossesse et des moments qui ont suivi. Suite au déracinement, il a peut être été difficile pour elle de penser cette grossesse n'étant pas dans les meilleures conditions, ce qui pourrait mettre en évidence une certaine dépression maternelle selon la psychologue consultante. Aziz est né par césarienne le 14 septembre 1999 en France.

Aziz est un bébé qui ne pleure pas d'après Madame, qui « reste les yeux ouverts ». Il n'aime pas trop le contact physique et Madame en a beaucoup souffert, ne sachant d'ailleurs pas comment s'y prendre avec ce bébé « inexpressif ». Aziz ne parlera qu'à 22 mois, il a un reflux gastro-œsophagien jusqu'à ses trois ans et n'adhère qu'à une alimentation sélective.

Aziz use beaucoup de provocation avec sa mère qui ne sait pas comment réagir, le père ne l'aidant pas vraiment à ce niveau. Le démarrage scolaire a été très difficile, Aziz avait très peu de contact avec les autres enfants ou alors sur un mode agressif.

2.3 Bilans

➤ Les bilans complémentaires

▪ *Entretien médical et psychologique :*

Aziz est vu par le médecin psychiatre de l'établissement ainsi que par la psychologue consultante (entretien décrit plus haut). Toutes deux concluent sur des difficultés importantes de séparation avec la mère et de reconnaissance de l'autorité, renforcée par l'arrivée future

d'un petit frère (en août 2006). A la maison, il est en rivalité avec sa sœur qui serait apparemment mieux investie par la maman. C'est un enfant intelligent qui paraît assez anxieux.

Un bilan psychomoteur est alors demandé pour mieux définir les difficultés relationnelles qu'Aziz présente et faire le point sur des troubles spatiaux repérés lors de la réalisation du dessin du bonhomme.

▪ *Ecole :*

Le retour que nous avons eu de la psychologue scolaire, au début de la prise en charge, nous indique des épisodes régressifs (encoprésie et énurésie secondaire) qui ne sont plus d'actualité aujourd'hui. Aziz a besoin d'une attention exclusive au travers d'une relation duelle. C'est un élève très isolé qui a très peu de contacts avec les autres enfants ou alors par la force.

Il redouble son CE1 cette année.

Une équipe éducative est mise en place en avril 2007, à laquelle il est dit qu'Aziz manque d'attention en classe, il s'investit de moins en moins dans son travail. Ils ajoutent qu'Aziz manipule l'adulte comme il manipule sa mère à la maison. Il a été mis en évidence la présence d'une certaine immaturité affective chez Aziz.

➤ **Bilan Psychomoteur**

Un bilan psychomoteur est réalisé à la fin du mois de janvier 2006, Aziz a alors 6 ans et 4 mois. Il se déroule sur 2 séances durant lesquelles Aziz se montre assez confus dans ses propos (surtout lors de la première séance). Il se colle aux murs en arrivant dans la pièce, il déplace sa chaise autour de la table pendant tout l'entretien. La relation n'est bien vécue qu'à distance, comme s'il avait besoin de la mentaliser. Son engagement corporel dans la relation reste pauvre et son discours est plaqué sur celui de l'adulte.

Motricité générale : L'examen tonico-moteur révèle une légère immaturité neurologique. Aziz présente des paratonies et des difficultés de relâchement volontaire. La coordination au niveau des jambes est difficile, il manque de précision et de souplesse dans les gestes.

Motricité fine et graphisme : L'habileté manuelle est lente et manque de précision. Au VMI (représentation de figures géométriques), un score de 10 points est obtenu correspondant à un âge équivalent de 5 ans et 7 mois pour un âge réel de 6 ans et 4 mois. La stratégie spatiale est de bonne qualité malgré un manque d'aisance gestuelle.

Il a une prise du crayon tridigitale, mais il présente des difficultés de régulation tonique et visuo motrice pour inverser le sens de rotation du poignet.

Schéma corporel : La connaissance des parties de son corps au niveau verbal est insuffisamment élaborée pour son âge. Il présente des difficultés d'orientation corporelle (réalisation en pièces à pièces par moment, à l'épreuve d'imitation de gestes de Berges Lézine). Aziz se désorganise corporellement quand il est en difficulté.

Le dessin du bonhomme correspond à son âge (14 points à la cotation de Goodenough, soit un âge équivalent de 6 ans).

Latéralité : La latéralité est homogène à droite.

Organisation spatiale : Il présente une bonne organisation spatiale, malgré une lenteur dans la compréhension de la symbolique d'une carte. Aziz repère la droite et la gauche sur lui avec concentration.

Organisation temporelle : La connaissance des notions temporelles est légèrement inférieure à son âge.

Conclusion :

Les conclusions de ce bilan révèlent un retard psychomoteur global. Ses difficultés toniques (immaturité neurologique) et de schéma corporel (corps vécu et connu) ont des répercussions : sur sa motricité générale avec un manque de précision et de souplesse, sur sa motricité fine avec des difficultés dans la régulation tonique et la précision du geste et dans le graphisme. Au niveau relationnel, Aziz a beaucoup de difficultés à s'installer dans la relation, il l'intellectualise largement et ne s'investit pas corporellement.

2.4 Projet thérapeutique

Une prise en charge en psychomotricité est envisagée, afin qu'Aziz puisse explorer son corps en globalité pour affiner sa régulation tonique et son schéma corporel.

De plus, après quelques séances, le projet thérapeutique s'est affiné. Aziz montre des difficultés à se différencier de l'autre, il n'arrive pas à penser par lui-même, il a très peu de créativité et se trouve en difficulté quand l'autre « ne fait pas comme lui ». Ainsi il préfère maîtriser les situations et reproduire des jeux déjà connus. Quand ce n'est pas possible et qu'il se retrouve face à un obstacle ou en échec, il présente un effondrement tonique qui peut être apparenté à une sorte de « fuite dépressive ».

Ainsi le projet thérapeutique pour Aziz s'est basé sur un travail autour du vécu corporel pour accéder à une meilleure connaissance et un meilleur investissement de son corps ; et parallèlement, les séances se sont orientées vers un travail autour de l'individuation qui semble ne pas avoir été bien intégrée par Aziz.

D'autre part, au début de la prise en charge, il s'est avéré qu'Aziz montrait des angoisses archaïques, qu'il pouvait exprimer à travers le dessin. Afin de pouvoir les élaborer, une prise en charge en psychothérapie a débuté depuis septembre 2007.

2.5 Suivi

2.5.1 Compte rendu des différentes prises en charges et du quotidien

Aziz et sa famille sont vus régulièrement par la psychologue consultante. Aziz vient le plus souvent avec son père car la mère reste à la maison pour s'occuper des deux autres enfants. Le père est donc présent aux consultations et les utilisent d'ailleurs beaucoup pour son propre compte, ne laissant que très peu de place à Aziz.

Les entretiens mettent en évidence des difficultés d'autonomie psychique pour Aziz, qui s'accroche au regard de son père, attendant l'approbation de celui-ci, quand c'est à lui de répondre aux questions. Aziz présente un narcissisme défaillant. Il a des difficultés à se situer dans la différenciation des générations, des sujets et des objets.

Dans l'espace de la psychothérapie, il y dépose ses angoisses, ses difficultés, à travers une verbalisation et une mise en mot du thérapeute. Dans cette prise en charge, Aziz se questionne autour des angoisses de séparation, de la fonction paternelle, et donc de sa position interne face à ces questions. Il s'interroge sur la symbolique du père et la place de chacun dans la famille, sur la différence de génération et la loi. Le thérapeute accueille ses questions, principalement autour de cette problématique œdipienne, les met parfois en évidence et aide Aziz à s'organiser autour de ses désirs.

Une prise en charge plus soutenue en psychothérapie pourrait être bénéfique, mais ceci dépend de l'évolution d'Aziz. Pour l'instant, pour des raisons cliniques et administratives ce n'est pas encore une priorité sachant qu'un suivi plus régulier nécessiterait une implication plus soutenue de la famille (ce qui peut être parfois pesant).

A l'école, Aziz a fait beaucoup de progrès depuis son redoublement en CE1, il est plus posé et peut avoir de bons résultats. Ses relations avec ses camarades sont de meilleure qualité, mais il n'a pas de « vrais copains » avec qui il joue de façon régulière. D'autre part, l'énurésie diurne a totalement disparu.

A la maison, les rapports sont moins agressifs vis-à-vis de la maman, mais il y a encore beaucoup de disputes entre Aziz et sa mère. Le papa n'intervient pas à ces moments là. Aziz cherche sa place et jouit de cette importance qu'il obtient aux yeux de sa mère quand il prend la position d'un petit homme prêt à la défier.

2.5.2 Prise en charge en psychomotricité

Un travail groupal avait été pensé pour pallier les difficultés d'Aziz à aborder une relation duelle. Mais n'ayant pu être réalisé, Aziz débute une prise en charge individuelle en novembre 2006, sur les conseils de la psychologue consultante qui le sent prêt à entamer ce travail.

2.5.2.1 Comment l'aider à s'individualiser ?

➤ **Difficultés de séparation**

La première fois que j'ai rencontré Aziz, il a ressenti la nécessité de resituer le contexte, à savoir que la psychomotricienne restait à sa place et que pour ma part je ne serai pas dans « son fauteuil » mais bien de l'autre côté du bureau comme lui. Il ne pouvait envisager une prise en charge à trois, pour lui la relation ne pouvait se vivre qu'en dualité. Je pense que ce paramètre est important à mettre en évidence dans la problématique d'Aziz car il présente des difficultés de séparation, qui sont nettement moindres aujourd'hui. Et lorsqu'il interroge la place de la psychomotricienne et ma place de stagiaire, il met en évidence sa peur de la perdre, la peur de perdre cette aide.

Quand nous venons chercher Aziz en salle d'attente il nous salue et part dans la salle de psychomotricité en courant. Arrivé à l'intérieur de la pièce il se pose contre le mur, dos au miroir et s'appuie les mains sur les genoux comme après une course effrénée (certainement que ce moment est un effort pour lui). Certes il connaît très bien ce temps de séance mais ce moment de « l'entrée » représente aussi le temps de la séparation d'avec sa mère. C'est un peu un moment de transition où il n'est plus sous la protection de sa mère, pas encore sous la nôtre, et où il doit accepter une certaine part d'autonomie.

Avant chaque séparation causée par les vacances scolaires, Aziz nous redemande la date de la prochaine séance et tient à ce que celle-ci soit notifiée sur un papier. Il fait très attention aux différents rendez-vous mis en place au CMPP. Aziz se repère bien dans le temps, mais a besoin qu'on le rassure quant à la continuité de sa prise en charge.

➤ **Le travail à trois**

Afin d'établir un mode relationnel basé sur l'échange triangulaire nous proposons à Aziz des situations à trois. Cette mise en action dans un cadre particulier est parfois difficile à maintenir pour lui. Nous élaborons souvent des jeux avec un échange de ballon. Ce dernier représente ici le lien entre les différents joueurs. C'est un moyen de faire circuler, échanger, mais aussi réunir et assembler. Pour Aziz cette situation de « triangulation » est compliquée, il cherche souvent à se défaire de l'exercice. Il se sent parfois fatigué à ce moment, il souhaite se reposer ou juste nous regarder faire. Cette fuite exprime bien la difficulté pour Aziz de

devoir se différencier et prendre des initiatives corporelles, puisque la relation à trois vient « casser » la relation duelle qu'il avait établit avec la psychomotricienne. Il doit maintenant partager une relation et accepter l'entrée d'un tiers.

Cette problématique se retrouve à l'école quand Aziz recherche une relation fusionnelle avec la maîtresse et n'arrive pas à entretenir des rapports, autres que par la force, avec ses camarades. Il est pénible pour lui de partager sa relation avec d'autres et accepter de ne pas être le seul « objet » d'intérêt de la maîtresse.

Partager une relation s'apprend au contact de la mère, du père et de la fratrie. C'est partager l'amour de sa mère avec les autres frères et sœurs, ce qui est tout aussi délicat pour Aziz.

De façon plus antérieure dans le développement de l'enfant, l'introduction du tiers et plus particulièrement du père, marque le moment où celui-ci « rappelle à lui » sa femme pour la « détourner » de son amour sans limite vis-à-vis de l'enfant. L'enfant n'est plus le seul centre d'intérêt de la mère, il peut ainsi se détacher d'elle et commencer à appréhender cette relation triangulaire.

Ma place en tant que stagiaire est le symbole de ce tiers frustrateur mais aussi liant qui s'immisce dans la relation duelle. Je définirai ultérieurement et de manière plus précise, mon rôle de tiers, pour réfléchir sur cette place particulière et les répercussions sur la prise en charge d'Aziz.

➤ **Les jeux de rivalité et le cadre**

Lorsque la perception individuelle ne suffit plus à assurer sa progression et sa motivation, l'enfant, de lui-même recherche les jeux de confrontation où il y trouve le moyen de se comparer à l'autre et d'accéder à de nouvelles identifications. L'enfant ne joue plus à côté de l'autre mais contre l'autre.

▪ **Le jeu de carte :**

C'est Aziz qui demande à faire ce jeu de carte. Avant de commencer, on rappelle les règles. La place des règles dans chaque jeu est primordiale pour son bon déroulement et implique la coopération de chaque joueur créant cet aspect collectif. « *Les règles se définissent comme des lois unissant les éléments de la structure ludique, dans l'espace et dans le temps.* » (GUTTON P., 1972, p.129).

Les règles sont les lois représentées symboliquement par le père. L'activité ludique fait passer l'enfant dans l'expression d'un monde fantasmatique, les règles sont là pour rappeler le principe de réalité dans lequel le jeu s'inscrit. Lorsqu'en dehors du jeu, les lois ne sont pas clairement établies il est difficile pour l'enfant de s'y rattacher quand elles se glissent dans l'activité ludique.

Aziz a choisi la bataille fermée, ainsi il ne faut pas regarder ses cartes. Quand il commence à perdre quelques cartes, il cherche à regarder son jeu pour anticiper le pli suivant. C'est un moyen pour Aziz de contrôler la situation où il se sent vulnérable. Malgré le rappel des règles c'est encore difficile pour lui de les respecter. Il nous fait part alors de sa crainte de perdre. Mais lorsque c'est la psychomotricienne ou moi-même qui perdons ce n'est pas pour autant une victoire ou un plaisir pour lui. Il montre un certain enthousiasme sur le moment qui cède vite la place à l'inquiétude. Si nous perdons allons-nous nous effondrer ? Quel sera l'impact ? Aziz a très envie de gagner mais il ne veut pas que l'on perde par sa faute. Il veut gagner sans nous faire perdre sans nous toucher ou nous éliminer.

▪ Le jeu de basket :

Cette rivalité difficile à élaborer pour lui, se retrouve dans le jeu de basket où Aziz dira : « je ne veux pas que tu perdes » puis se reprend rapidement et dit : « je veux gagner ». Cette ambivalence met en évidence la crainte pour lui de la perte en général. S'il gagne contre nous, il nous fait perdre et donc ne risque t'il pas de « nous » perdre ?

Par nos paroles rassurantes, nous montrons à Aziz qu'il peut gagner sans détruire l'autre. D'autre part, cette rivalité et compétition montre aussi que l'autre peut être « coéquipier » ou « rival » selon le cadre du jeu. On rejoint ici une notion développée par KLEIN M., où l'enfant entré dans la phase dépressive est capable de rassembler la « bonne » et la « mauvaise » mère, antérieurement séparées. Ces deux personnages symboliquement mis en scène dans le jeu, permettent à Aziz de ne pas être envahi par trop de culpabilité envers cet objet devenu total.

De lui-même, Aziz a voulu modifier les équipes. Je joue dorénavant dans les deux équipes. Je change quand un panier est marqué. Ainsi, quand je suis sa co-équipière, je peux le soutenir dans son « attaque » et par contre quand c'est à lui de défendre et de « protéger » son panier il est seul. Je l'accompagne dans son action et dans sa dynamique pour aller marquer « contre »

la psychomotricienne. Ma place de tiers est ici très bien représentée, je forme le lien entre Aziz et la psychomotricienne lui permettant de mieux vivre la relation avec une certaine distance et d'exprimer une certaine agressivité dans la rivalité.

Au début, Aziz semblait perdu dans une ambiguïté entre gagner et faire perdre ou perdre et laisser gagner. Il s'affirme maintenant à ce niveau, son intérêt pour gagner est plus grand et ne l'inquiète plus. Il est davantage impliqué dans la confrontation et les actions au basket peuvent durer plus longtemps sans qu'Aziz s'effondre devant un duel.

➤ Accès à l'imaginaire et à une pensée propre

Nous proposons régulièrement à Aziz de choisir les activités de la séance ou de mettre en place un parcours psychomoteur. C'est assez compliqué pour lui d'accéder à cet imaginaire. Quand il organise un exercice, les règles ne sont jamais très claires, le but final est souvent pauvre, l'action à mettre en scène est difficilement réalisable et généralement enfantine.

Aziz nous interpelle régulièrement pour que l'on trouve une idée d'exercice ou de jeu. Il préfère se mettre en retrait et s'appuyer sur notre soutien car l'accès à une pensée propre est encore difficile pour lui. Quand, dans le jeu de basket, je lui propose une nouvelle « tactique » pour marquer, Aziz ne peut pas me donner en réponse une idée personnelle sur une stratégie à mettre en place. Lorsqu'il s'agit de la mettre en action, Aziz est perdu et recommence le même schéma d'attaque qu'il maîtrise. A ce moment il reste bloqué psychologiquement.

Ce manque d'autonomie psychique, rappelle l'entretien psychologique avec le consultant où Aziz se raccroche au discours de son père pour se permettre ensuite de parler. Il n'ose pas mettre en avant ses idées, car penser par lui-même l'angoisse. Cette « capacité d'autonomie » demande une confiance en soi qui s'acquiert tout au long du développement psychologique de l'enfant en lien avec la relation à l'autre et particulièrement avec la mère. Aziz n'a pas acquis les bases de confiance et d'estime nécessaires à l'affirmation de soi.

Aujourd'hui, Aziz est capable d'accéder à une certaine part d'imaginaire, il explore de nouveaux jeux même si le but est encore flou. Beaucoup d'idées peuvent lui venir en tête ne sachant pas se concentrer sur l'une d'elle. Il accepte maintenant notre demande à imaginer un exercice et prend un temps pour se permettre de réfléchir.

2.5.2.2 Comment l'aider à investir son corps ?

➤ **Connaissance du corps, le corps dans la relation**

Avant mon arrivée, Aziz avait beaucoup travaillé sur la connaissance et la représentation de sa main et de ses doigts. Il lui était difficile de délimiter et de dissocier ses mains de ses avant-bras, tout était en « bloc ». Aziz n'avait pas une représentation claire des limites de son corps. Il lui a donc été proposé un repère visuel à l'aide de gants. Ceux-ci marquaient bien la limite entre l'avant bras et la main et permettait aussi de délimiter le contour de la main.

Du fait de ses difficultés dans la détermination des limites corporelles, Aziz abordait la relation sans pouvoir adapter la distance à l'autre, tant physiquement que psychiquement. Par exemple, au début de la prise en charge, à plusieurs reprises il voulait coller les tapis pour la relaxation. Ceci marque la volonté de rassembler deux corps distincts qui ne formeraient plus qu'un. Cette recherche de symbiose peut rappeler les problématiques psychotiques qui ne voient l'autre que comme le prolongement d'eux-mêmes. Des inquiétudes autour des difficultés mises en jeu par Aziz se sont posées en début de prise en charge, mais aux vues de son évolution, aujourd'hui Aziz s'est éloigné d'une structuration de type psychotique et aborde la relation de façon beaucoup plus adaptée.

D'autre part, Aziz peut aussi être dans l'hyper-contrôle. Quand on aborde un jeu ou un exercice de bilan, il cherche souvent à connaître la finalité de cette action, pourquoi il le fait ? Est ce qu'il le fait bien ? Aziz parlait énormément pendant la réalisation des épreuves. Il peut parfois chercher à combler le vide par un bain de parole apaisant. Ces questionnements sont aussi une preuve d'anxiété dans la réalisation de l'exercice afin d'anticiper un éventuel échec difficilement gérable pour lui.

Par rapport au contact physique, Aziz n'aimait pas vraiment ce mode relationnel en séance ni à la maison d'ailleurs. Il fallait souvent passer par un intermédiaire tel que le ballon, pour pouvoir le toucher, ou alors il fallait qu'il réalise l'exercice de contact lui-même sur son propre corps.

Aujourd'hui, Aziz peut découvrir le corps de l'autre au travers des épreuves de mobilisation passive, réalisées pour compléter mon bilan de suivi. Il a pu observer comment je faisais pour mobiliser et toucher la psychomotricienne, pour qu'ensuite je puisse le faire sur lui. Lorsque je lui cite les différentes parties du corps et verbalise sur leur état de tension, il peut alors

essayer de détendre certains membres spontanément. Aziz explore la contraction et la détente. Il peut différencier certaines parties du corps par un ressenti proprioceptif, tout comme le bébé enrichit son schéma corporel et ses sensations par un vécu extérieur (le toucher de sa mère et la lecture qu'elle fait de ses tensions et de sa détente) et un ressenti intérieur (à travers le cœur, le tube digestif...).

Aziz était très contracté au niveau de la nuque et des épaules. Il a d'ailleurs voulu arrêter de lui-même disant que c'était trop dur pour lui. Cette zone est assez angoissante pour lui. En effet, la psychologue me faisait part de son anxiété lorsqu'on lui mouillait les cheveux au moment du bain. D'ailleurs, pendant ce moment de détente, il soupèse beaucoup nos têtes et les compare au niveau de leur taille, leur poids, leur chevelure.

L'exploration du corps de l'autre est un moyen pour l'enfant d'enrichir son propre schéma corporel à travers la relation. C'est pour HARTMAN, l'un des moyens de différenciation du Moi et du Non-moi qui rentre en compte dans l'intégration de l'image du corps de l'enfant.

➤ **Le corps dans le mouvement**

Aujourd'hui, Aziz ne connaît pas encore bien son corps, il a donc des difficultés à s'organiser corporellement dans l'espace. Dans les jeux de motricité globale, il apprend à mobiliser son corps, à s'organiser dans une partie de basket par exemple. Quand il faut défendre et attaquer, il doit se déplacer dans la salle en fonction de l'adversaire, de la cible et en respectant les règles du jeu. Cela lui demande beaucoup de concentration car automatiquement il ne pourra pas suivre mes consignes lui indiquant une direction ne connaissant pas bien les repères spatiaux.

C'est à travers l'expérience motrice qu'Aziz découvre les possibilités de son corps en mouvement et peut enrichir ses compétences. Comme un petit qui découvre que sa main peut attraper, lâcher, amener à la bouche, de façon plus élaborée Aziz explore son potentiel physique et grâce à notre verbalisation il peut accéder à une représentation du mouvement. Cette mise en action corporelle, par une stimulation kinesthésique, lui permet d'intégrer corporellement puis psychiquement les repères spatiaux.

➤ **Le corps dans l'individuation**

Souvent, au début des séances, Aziz tenait à nous montrer les « bobos » qu'il avait pu se faire la semaine. Il pouvait aussi nous questionner sur les nôtres. Pourquoi est ce qu'on a des blessures ? Qu'est ce qui se passe dans notre corps ? Comment notre corps guérit ? Est ce que l'on va guérir ? Aziz se demandait peut être ce que son corps pouvait faire seul et qu'il ne pouvait contrôler.

Nous encourageons Aziz dans les comparaisons corporelles qu'il peut évoquer. Nous lui montrons aussi que certaines choses sont accessibles et réalisables pour lui alors qu'elles ne le sont pas pour nous et inversement. Aziz s'inscrit ainsi dans son corps propre, il apprend à le connaître, l'accepter en tant que corps différencié et à se faire confiance.

➤ **Effondrement tonique**

La perte de confiance lors des exercices plus difficiles, angoissants, pouvant entraîner l'échec, est retranscrite par l'effondrement tonique d'Aziz. Il s'écroule au sol, ferme les yeux, se coupe de la relation. Lors de ces effondrements, Aziz se replie, dos courbé comme en position fœtale. Cette position adoptée par le tout-petit est d'abord due à un tonus immature qui empêche le nourrisson de se redresser, mais c'est aussi un moyen de se protéger des agressions extérieures. La perte de tonus marque une défaillance de l'axe qui ne soutient plus le corps.

La psychologue consultante parlait d'une défaillance narcissique pour Aziz, qui pourrait s'exprimer à travers cet effondrement tonique face à l'échec.

Le narcissisme et l'estime de soi se construisent dans les premières relations à la mère. Celle-ci suffisamment attentionnée transmet cette confiance en soi nécessaire pour affronter les difficultés futures.

Afin de l'aider à se relever nous le rassurons par des paroles, en lui montrant qu'il est capable de se redresser et de continuer l'exercice. Le fait que nous lui montrions que nous pouvons, nous aussi, être en échec devant ce type d'exercice est rassurant pour lui.

Aujourd'hui Aziz s'effondre beaucoup moins, il peut maintenant trouver de lui-même des solutions quand la situation lui fait peur.

2.5.3 Bilan de suivi en psychomotricité

Un bilan complet a été proposé à Aziz en janvier 2006. Afin de pouvoir actualiser le projet thérapeutique et avoir une vue globale de l'avancée de la prise en charge, j'ai proposé à Aziz quelques exercices de bilan, réalisés aux cours des séances afin de ne pas gêner la poursuite du travail thérapeutique. Les évolutions d'Aziz que j'ai pu retranscrire plus haut se fondent sur des observations faites au cours de la prise en charge et sur les épreuves que j'ai pu lui proposer pendant le mois de décembre 2007.

Pour évaluer les **possibilités motrices** d'Aziz et son **expression corporelle dans le mouvement** j'ai fait passer la batterie du Charlop Atwell. Aziz réussit quelques coordinations mais les dissociations entre le haut et le bas du corps sont plus difficiles. A ce moment, quand Aziz échoue il peut se mettre en retrait et se recroqueviller, voir tomber au sol. Il lui faut un étayage important pour qu'il reprenne l'exercice. Il manque toujours d'aisance et de souplesse dans le mouvement. Il réussit souvent le premier essai mais présente des difficultés de continuité dans la réalisation du mouvement.

Il a une bonne capacité de compréhension et persévère, avec de l'aide, malgré ses difficultés.

Au niveau de son **tonus**, son immaturité neurologique est moins marquée. Quant à sa détente spontanée en mobilisation passive, Aziz présente des raidissements dans l'hémicorps supérieur. Le côté droit est dominant. Il est très contracté au niveau des épaules et de la nuque, le contact est difficile à cet endroit, il demande de lui-même que l'on s'arrête un peu. Au niveau des jambes, elles sont très raides et Aziz ne peut les relâcher, même sur demande. Ses difficultés toniques se rapprochent plus de troubles tonico-émotionnels vécu à des moments relationnels intenses où le toucher est au premier plan.

La **connaissance du corps** est encore floue. Les articulations ne sont pas encore bien repérées. Au niveau de l'**organisation corporelle**, Aziz est en difficulté dans la reproduction de gestes complexes qu'il réalise en pièce à pièce. Quant à la **représentation de son corps**, le dessin du bonhomme est un peu plus complet qu'auparavant mais les résultats sont encore en dessous de son âge. Le tracé est « brouillon ».

Aziz met en évidence à ce moment une certaine anxiété dans la réalisation du dessin. Il parle beaucoup durant la passation.

Au niveau **spatial**, Aziz connaît sa droite et sa gauche mais n'a pas acquis la réversibilité. De plus, j'ai pu m'apercevoir que durant les séances Aziz était en difficulté quand les consignes de jeu comportaient des repères spatiaux en référence à son propre corps. (« Fais un pas devant toi », « Recule »...)

Aziz est plus à l'aise dans **la relation**, il commence à aborder la relation à trois. Ses effondrements toniques sont encore présents mais il est capable de mettre en place des stratégies pour se maintenir.

Il cherche encore à se raccrocher à la demande de l'adulte, l'accès à l'imaginaire et à la pensée propre est encore difficile mais nettement en progrès. D'autre part, il commence aussi à tester le cadre de la séance.

Conclusions :

Aux vues de ce bilan et des observations, Aziz montre un progrès certain mais présente encore des difficultés au niveau de l'investissement corporel et dans l'organisation motrice et gestuelle. Aziz aborde la relation de façon plus posée et moins angoissante. Un début d'individuation est en cours.

Le projet thérapeutique déterminé en 2006 avec des axes de travail autour du vécu corporel et de l'individuation, me semble encore d'actualité mais à un niveau plus élaboré en lien avec les progrès d'Aziz. Ainsi à travers l'expérience corporelle et la mise en situation autour du jeu, nous sollicitons Aziz à se différencier, s'individualiser tout en l'invitant à investir son corps et mieux le maîtriser.

2.5.4 Prise en charge actuelle

Depuis le mois de janvier, nous commençons à aborder avec Aziz les coordinations manuelles autour du jonglage, ainsi que la coordination visuo-pédestre dans des jeux de foot. Aziz a des difficultés à s'organiser et le ressenti kinesthésique est faible l'obligeant à regarder ses mains et ses pieds pour réaliser une action. Nous partons souvent de sa demande pour l'inciter à imaginer des jeux et à adapter les consignes.

Maintenant, Aziz a acquis plus d'autonomie motrice, et persévère dans la réalisation des exercices, même les plus difficiles. Il entre dans une grande appétence pour l'apprentissage et demande de lui-même à s'exercer sur la réalisation des nœuds de lacets, le jonglage, l'imitation de gestes... Nous entendons donc sa demande que nous considérons dans le suivi.

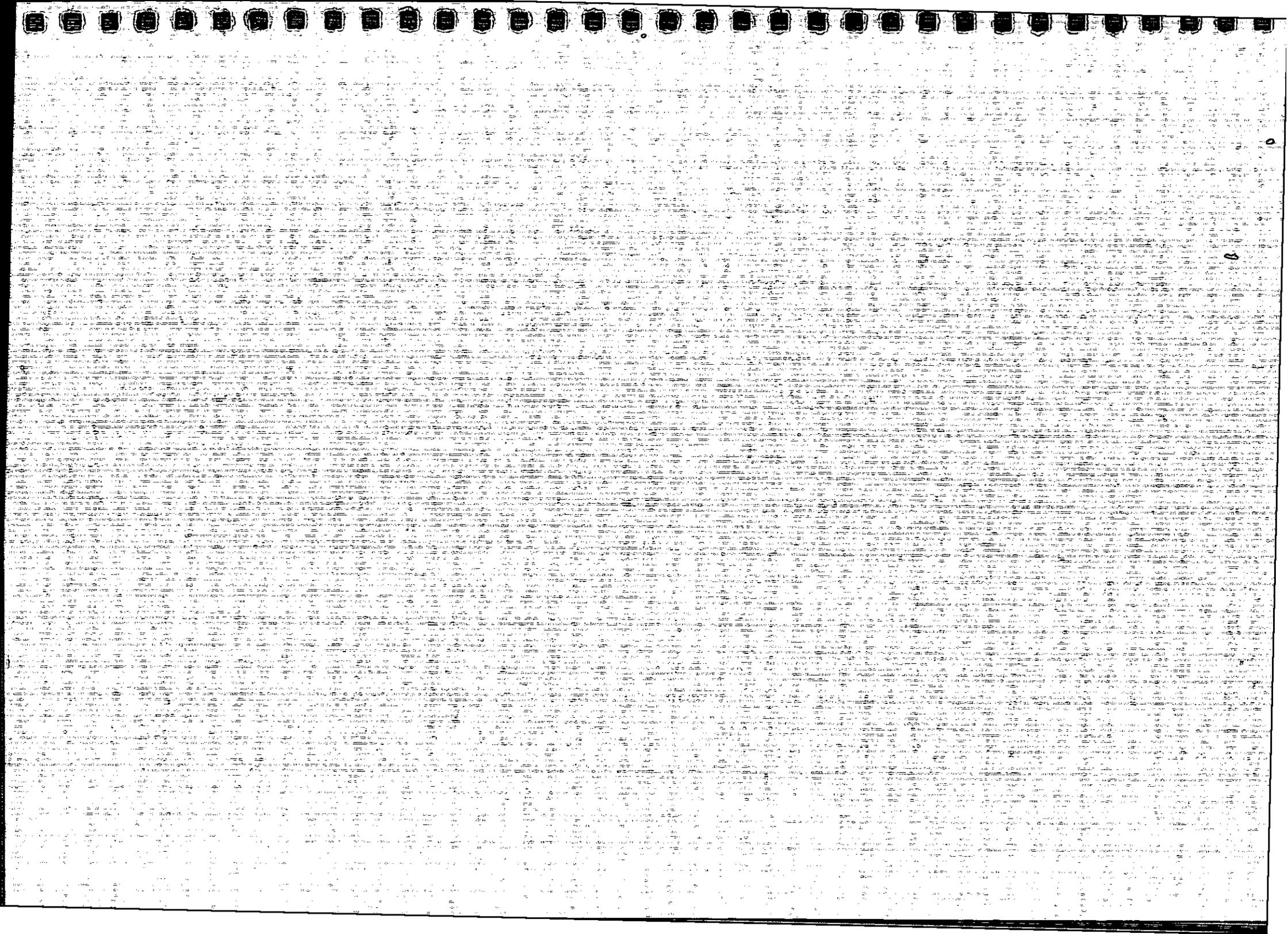
D'autre part, nous travaillons aussi autour des domaines encore difficiles pour lui, par exemple le tonus de soutien qui était encore précaire et mal assuré. Ainsi nous mettons en place un jeu de « combat » où il doit résister à mes « attaques » en mobilisant son tonus de soutien (tonus axial) et en étant agenouillé au sol. Aziz n'est pas angoissé par cette proximité physique, après quelques expériences de chutes, il persévère et il est même fier de me montrer ses possibilités et sa force, ce qui aurait été impossible pour lui au début de l'année.

Les effondrements toniques sont de plus en plus rares et Aziz sait se contenir et maîtriser son anxiété en cas de difficulté.

2.5.5 Orientation future

Aziz a fait des progrès dans le processus d'individuation et dans l'appréhension de son corps propre. La prise en charge individuelle en psychomotricité continuera certainement en affinant les axes de travail autour de la régulation tonique et du ressenti corporel dans une motricité plus élaborée et engagée dans la relation. La finalité de la prise en charge sera de pouvoir faire un relais avec un suivi en psychothérapie plus soutenu, pour lui permettre d'accompagner au mieux ses élaborations.

Il pourrait être aussi intéressant pour lui de débiter un travail groupal pour se confronter à ses pairs et travailler autour de la socialisation. Cette hypothèse n'a pas encore été élaborée en équipe.



DISCUSSION

1. LA DOUBLE IDENTITE DU PSYCHOMOTRICIEN

« Le psychomotricien qu'il soit homme ou femme, par le mode de relation corporelle qu'il établit avec le nourrisson [ou l'enfant], a toujours quelque chose à voir avec la fonction maternelle ; tout comme en présence de la mère ou avec un enfant plus grand, et par sa position de tiers, par la triangulation de l'espace, il a toujours quelque chose à voir avec la fonction paternelle. » (GAUBERTI M., 1993, p.93)

Le psychomotricien, intervient auprès de l'enfant pour le soutenir dans son développement. N'est ce pas le rôle de chaque parent ? J'ai voulu faire ce parallèle entre la façon dont la mère ou le père intervient dans le développement psychomoteur de leur enfant et comment le psychomotricien s'inspire de leurs fonctions dans sa prise en charge.

La psychomotricité s'est largement intéressée à la relation précoce mère-enfant. Elle s'inspire à travers les diverses modalités interactives qui s'installent dans la prise en charge : le contact, le non-verbal, le sensori-moteur, le regard, le tonico-émotionnel... Le paradigme du « maternel » a donc été développé (Cf. JOLY F.) pour référer à l'accompagnement en psychomotricité du développement de l'enfant.

La place et le rôle du père auprès de l'enfant a été moins mise en valeur que celle de la mère. Mais on l'a vu en première partie, sa fonction de tiers, séparateur ou unificateur, est pourtant primordiale et transparait à travers le psychomotricien.

J'ai souhaité séparer ces deux entités : la part d'action du maternel et celle du paternel ; cependant il ne faut pas pour autant les cliver totalement. Les fonctions paternelles et maternelles attribuées au psychomotricien restent subjectives et interchangeables. Même si elles sont plus représentatives de l'un ou de l'autre, elles ne sont pas pour autant exclusives à chacun.

Dans son suivi, le psychomotricien s'imprègne des modes relationnels et des fonctionnalités de chacun pour les retranscrire ensuite et accompagner au mieux l'enfant dans son évolution. Symboliquement investi d'une part de maternelle et d'une part de paternelle, il n'est pas pour autant cette mère ou ce père et il ne cherche pas à l'être. La distance relationnelle tant physique que psychique est bien différente entre un parent ou un thérapeute avec l'enfant. Dans son esprit la relation « thérapeutique » reste omniprésente.

Prendre la place d'un des parents pourrai limiter la part d'investissement parental dans le suivi de l'enfant. Le psychomotricien se placerait en tant que propriétaire du savoir et de ce qui est bien pour le développement de l'enfant, mettant de côté la place privilégiée des parents dans ce domaine.

1.1 Les fonctions maternelles

La mère plus que jamais présente dans le développement de son l'enfant, l'aide au travers de son corps, de ses mots, de son psychisme à se créer en tant qu'être moteur et pensant. Ainsi le registre du « maternel » fait référence selon JOLY F., à une attitude personnelle (une disponibilité psychique et corporelle), à des modalités d'actions et d'interventions spécifiques et enfin à une activité psychique (langage, mentalisation, verbalisation des affects...) qui accompagne toute action. Le psychomotricien n'est pas la mère, son action est une analogie au champ de fonctionnement personnel et relationnel de la mère.

« Cette clinique psychomotrice fait d'une certaine manière des différents vecteurs de la relation mère/nourrisson ses propres ressorts thérapeutiques, son axe d'intervention princeps et plus loin sa spécificité. [La mise en action corporelle en est le témoin principal] »

(JOLY F., 1994, p.19)

1.1.1 La fonction pare-excitatrice et de soutien psychique

Au début de la vie du nourrisson, la mère est dans la plupart des cas, très présente et attentive grâce à sa qualité de mère suffisamment bonne. Elle est imprégnée par cette préoccupation maternelle primaire aux conséquences vitales pour l'enfant. Pour protéger son enfant immature, elle fait office de pare-excitation en bloquant les stimuli trop envahissants.

Le psychomotricien, dans son rôle thérapeutique, soutient l'enfant dans son développement et est garant de la mise en place d'un cadre rassurant et adapté à l'enfant dans un souci semblable de pare-excitation. Il peut lui aussi, dans sa dynamique de travail, filtrer les stimuli trop néfastes pour l'enfant en adaptant les sources excitatrices. Par sa qualité d'écoute, son assise personnelle, son équilibre psychomoteur, il maintient l'enfant dans un cadre protecteur.

D'autre part, la pensée de l'enfant se structure par l'édification d'un Moi organisé fondé sur le Moi maternel. Au début de la vie elle est donc le soutien de son psychisme naissant.

Afin d'accéder à cette pensée propre, le psychomotricien doit permettre à l'enfant de se reposer sur son « psychisme ». Pour cela il met des mots sur les sensations expérimentées, rassure l'enfant dans ses découvertes et contient les angoisses qui pourraient émerger.

Dans la prise en charge d'Aziz, nous lui proposons le plus souvent d'inventer un parcours et d'imaginer les règles d'un jeu. De par ses difficultés d'individuation, Aziz a donc aussi des craintes à mettre en jeu sa pensée propre. Le plus souvent il se « raccroche » à notre discours. Une fois que l'idée est initiée, ou que des propositions de jeux sont amorcées, Aziz peut à son tour émettre ses propres réflexions. Notre soutien psychique est rassurant et structurant pour lui et lui permet petit à petit de se créer son espace de jeu.

1.1.2 Le dialogue tonique

Propre à la relation mère-bébé, le dialogue tonique est représentatif de cette dynamique communicationnelle qui s'établit dans les premiers mois de vie. *« En pensant le vécu psychomoteur du bébé et en le nommant, à travers les changements de posture et les ajustements toniques, le parent propose une forme au fond tonico-émotionnel vécu par le bébé. » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2002, p.64)*

De par son regard affiné sur les postures, les positions, les enroulements, les tensions corporelles, les mimiques émotionnelles, les rires..., le psychomotricien établit une lecture corporelle du patient. Il peut donc mettre en évidence le vécu de l'enfant, s'y adapter au mieux pour l'accompagner dans l'élaboration de son ressenti. Le psychomotricien est dans un dialogue tonique qui enrichit le processus de différenciation de l'enfant : *« nous allons répondre par un ajustement corporel, en nous positionnant de manière à être à la fois semblable et différent d'autrui. » (ROBERT-OUVRAY S.B., 2002, p.63)*

Quand Aziz s'effondre nous constatons sa chute et nous cherchons à comprendre quelle en est la cause: « le jeu est un peu difficile », « c'est la corde qui bouge trop vite ». On le rassure aussi : « c'est normal de ne pas réussir tout de suite » et on le encourage physiquement en lui donnant la main pour se relever et psychiquement en mettant des mots sur ses difficultés pour

qu'il puisse les affronter. Aziz doit pouvoir ressentir en nous une « assise », un étayage tonique suffisant sur lequel s'appuyer pour contenir son propre tonus. Notre verbalisation lui permet d'accéder, comme le tout petit avec sa maman, à une forme d'élaboration supérieure de son ressenti corporel. Il passe d'une sensation vécue à une sensation conceptuelle.

1.1.3 Le regard

Le nourrisson dès la naissance est capable de suivre du regard un objet attractif. Il fixe le visage de sa mère dans les moments les plus intimes, marque d'un dialogue qui s'établit entre eux. Le regard est primordial pour communiquer ses intentions, ses émotions et son ressenti. Il fait partie d'une des boucles fondement qui structure le Moi-peau.

L'enfant, évoluant sous le regard de l'adulte, est soutenu, reconnu et étayé dans sa relation au psychomotricien.

Aziz nous interpelle souvent pour que l'on regarde et reconnaisse ce qu'il est capable de réaliser. Notre regard tourné vers lui est dynamisant et revalorisant car il lui donne de l'importance, il est reconnu comme sujet. Ainsi, le regard thérapeutique participe à une attitude globale d'empathie, de soutien et d'étayage.

HAAG G., a beaucoup travaillé sur l'importance du regard pour soutenir le développement de l'individu. Il a une place formatrice dans les enveloppes psychiques. Le bébé s'appuie sur le regard de sa mère et dans un échange intense, il construit sa première peau psychique. Le regard de l'adulte porté sur l'enfant lui permet aussi d'éprouver un sentiment de profondeur. Il est unificateur de toutes les autres modalités sensorielles.

1.1.4 La parole

La place du langage intervient à des degrés d'intégration différents dans la vie de l'enfant. Le nourrisson est bercé in-utéro par la voix de sa mère, qu'il entend raisonner et vibrer. Ce bain sonore est rassurant et l'enveloppe dans un climat de sécurité. Plus tard, les mots des parents seront là pour illustrer les réactions toniques et affectives de l'enfant autour du plaisir et du déplaisir. Cette verbalisation est le moyen pour lui de distinguer les différentes sensations qui l'animent, pour se les représenter ensuite.

Quand elle n'a pas lieu, les sensations restent sans explications et peuvent être angoissante pour l'enfant. La mère apporte donc du sens et des liens à son expression sensori-motrice, qui lui permettra ensuite de penser par lui-même.

« ...les mots et les gestes enveloppent l'enfant, le retiennent, le contiennent, le soutiennent dans ce qu'il vit. » (ROBERT-OUVRAY S.B, 1999, p.4)

Une fois acquis, le langage est un moyen pour l'enfant de s'exprimer, de communiquer ses pensées propres dans la relation. Même plus grand, les mots posés comme une enveloppe sonore, n'ont pas toujours valeur de communication, ils sont aussi le moyen de se rassurer et de retrouver la plénitude de la vie in-utéro, par le bain de parole maternelle.

C'est cette parole rassurante, enveloppante, valorisante, renarcissisante, signifiante, que le psychomotricien exprime en séance, face à celui qui se désorganise, se perd ou s'écroule. Lorsqu'Aziz s'effondre au sol devant l'échec ou la peur de ne pas réussir, la psychomotricienne se rapproche de lui, parle doucement avec des mots qui l'aide à se relever et à se maintenir dans un corps tonique et fort. Elle le rassure d'une parole enveloppante et le revalorise par un vocabulaire étayant.

Dans le cadre thérapeutique, le psychomotricien met des mots sur les échecs et les réussites de l'enfant. Cette verbalisation doit être valorisante pour lui, afin de favoriser l'estime de soi et lui permettre de s'améliorer. Mettre en évidence un exercice difficile dédramatise le plus souvent une situation d'échec. Pour Aziz, lui resituer le contexte de « l'apprentissage » en séance, en lui expliquant que chaque enfant doit s'exercer avant de savoir faire l'exercice, peut être encourageant et rassurant pour lui, et l'incite à persévérer.

1.1.5 L'empathie

L'empathie est la capacité de partager l'expérience subjective de l'autre sans perdre ses propres limites, sa place et son identité. L'empathie vise la compréhension de l'autre, de son bien-être ou de son mal-être par une attention et une écoute tournée vers lui. Elle a son origine dans la relation précoce mère-bébé à travers la communication non-verbale qui s'établit entre eux. WINNICOTT D.W. parle de préoccupation maternelle primaire pour désigner cet état d'empathie ultime que la mère développe pour son enfant.

En séance, l'expressivité de l'état du patient se fera le plus souvent sur un mode non-verbal par l'intermédiaire des émotions retranscrites par le corps du patient, par son expression tonico-émotionnelle. Le psychomotricien doit être attentif à cette expression corporelle et pour cela il doit être à l'écoute de son propre ressenti. De façon subjective, le psychomotricien va prendre conscience des affects qui l'envahissent pour comprendre le mode de « fonctionnement » du patient qu'il rencontre. Il se met alors à la place du patient et essaye, par ses verbalisations, de donner du sens aux manifestations mise en jeux.

Pour justifier cette fonction, je voudrais me référer aux enfants que j'ai pu rencontrer au CAMSP. Pour les plus petits qui n'ont pas acquis le langage, la psychomotricienne verbalise beaucoup les expressions mises en scène par l'enfant. Ma présence en séance a parfois suscité quelques mécontentements et la psychomotricienne pouvait les mettre en mots : « Maxime, il n'est pas content ! C'est difficile qu'Emilie soit là à me regarder ! Je ne veux pas faire les jeux ! ». L'enfant paraissait ensuite plus accessible, des mots ayant été mis sur sa difficulté. En se mettant à sa place, comme dans la rêverie maternelle¹³ énoncée par BION W., la psychomotricienne l'aide à exprimer autrement son ressenti puis lui permet d'élaborer un peu plus sur la situation en cours.

Quand Aziz s'effondre nous essayons de comprendre son mal être. Nous mettons des mots sur les impressions qu'il nous fait ressentir en tombant au sol : « Peut être que c'est un exercice difficile ? », « Il y a quelque chose qui te fait peur ? ». Ainsi l'action est pensée, elle a un écho vis-à-vis du psychomotricien et la mise en mot amène Aziz à chercher les causes de son effondrement et qu'est ce que cela lui procure.

1.1.6 Le toucher

L'investissement du corps propre passe par la somatognosie et le vécu à travers les expériences corporelles de toucher personnel et relationnel. Le toucher s'étend sur toute la surface de la peau. Il est étendu car il retient plusieurs sens distincts d'une intensité variable. Il est aussi primaire, car il est un élément essentiel, lors des premières années de vie, dans la construction d'un corps unique et personnel.

Le toucher, stimule de nombreux récepteurs à la surface de la peau qui font naître du plaisir le plus souvent mais aussi du déplaisir. Ces sensations enrichissent la conscience corporelle du

¹³ *Rêverie maternelle* : Comme capacité d'imagination intuitive de la mère qui lui permet d'accueillir les projections-besoins de son enfant, de penser sa psyché pour donner à l'enfant des pensées assimilables. Cf. GOLSE B., 2001, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Masson, Paris.

nourrisson. Elles lui permettent d'intégrer les limites de son corps et le rendent capable d'accueillir un contenu de pensée. Comme ANZIEU D. le définit à travers le Moi-peau, la peau possède une multitude de fonctions qui tendent à l'organisation d'un corps unique, solide et différencié capable de contenir une pensée propre.

Quand le toucher est trop envahissant pour l'enfant, n'ayant pas réussi à se construire un corps unifié et intègre, des angoisses de morcellement et d'intrusion peuvent s'y associer.

Le psychomotricien est parfois amené à toucher l'enfant et contribue à l'édification d'un corps « rassemblé ». Il doit, en conséquence de la problématique de son petit patient, adapter son toucher pour que celui-ci soit structurant et non-angoissant. Des contre-indications peuvent aussi amener le psychomotricien à ne pas toucher son patient. Il est nécessaire de les prendre en considération pour assurer le bien-être psychique et corporel du patient.

En début de prise en charge, Aziz supportait très peu d'être touché. Lors des mobilisations passives, nous avons respecté son souhait de ne pas être touché à hauteur de sa tête. Il était nécessaire pour lui de l'expérimenter sur l'autre afin d'anticiper les différentes manipulations et être ainsi moins angoissé. Par la suite, il a pu accepter cette expérience. Celle-ci lui a permis de mieux connaître les parties de son corps et d'enrichir sa conscience corporelle.

1.2 Les fonctions paternelles

Dans la vie de l'enfant, le père a une place déterminante mais pas toujours reconnue comme essentielle. J'ai tenté de montrer dans la théorie l'importance de son rôle de tiers. Il est le maillon qui crée la triangulation dans la dyade mère-bébé et la marque de la loi. L'avènement de la fonction de tiers paternel signe la différenciation du Moi et du Non-Moi et créer cet espace intermédiaire propice aux nouvelles explorations de l'enfant. Le père est aussi celui qui contribue principalement à la socialisation de l'enfant en tant que sujet parlant et désirant et à l'édification de sa personnalité.

Il ne faut donc pas s'enfermer dans une approche unique du « maternel », c'est pourquoi j'ai développé certains aspects de la fonction paternelle, que l'on retrouve dans la prise en charge psychomotrice.

1.2.1 Le cadre, les limites, la loi

Les règles ont toujours existé pour pouvoir structurer la vie en société. Les enfants les apprennent au fur et à mesure de leur éducation et s'en accommodent le plus souvent. Les règles et les lois qui régissent chacun de nous sont structurantes, autant quand on s'y soumet que quand l'enfant tente de les enfreindre. Par contre, si celles-ci sont trop restrictives, elles peuvent le limiter dans ses capacités à explorer, à imaginer et à créer.

La séance de psychomotricité offre la possibilité pour l'enfant de faire des expériences dans le respect de certaines lois. Même si ces dernières sont propres à chaque professionnel, certaines sont du moins indispensables : il est interdit de casser le matériel, de faire mal aux autres et de se faire mal. Ces règles, le psychomotricien en est le garant pour assurer la sécurité physique et psychique du patient.

D'autre part, dans la prise en charge psychomotrice, la distance spatiale et relationnelle entre le thérapeute et l'enfant est un axe de pensée. Elle est variable en fonction des besoins de l'enfant, mais certaines limites restent stables vis-à-vis de la distance personnelle et thérapeutique. C'est-à-dire que le thérapeute ne s'adressera pas à l'enfant et ne se comportera pas avec lui comme dans une relation affective établie entre un parent et son enfant.

Le cadre thérapeutique se caractérise aussi par une constance dans le lieu de prise en charge, l'heure, la durée, les intervenants de la séance et son fonctionnement. Cette structure est immuable et représente un repère fixe pour l'enfant. Elle pourrait être rattachée à l'imgo maternelle par son caractère contenant et sécurisant afin d'introduire une relation de confiance.

Dans la famille c'est le plus souvent le père qui est le représentant de ce cadre dont émane la loi. Seulement cette loi ne prend de valeur que si elle est reconnue par la mère. Au niveau culturel, la valeur et les représentants de la loi ne sont pas toujours les mêmes.

Dans les pays du Maghreb, d'où Aziz est originaire, c'est la mère qui s'occupe principalement de l'enfant jusqu'à ses sept ans. Il y a quasiment absence de loi de sa part. Le père fait figure de décisionnaire et son autorité n'est jamais contestée même si elle ne s'adresse pas directement à l'enfant. Plus tard, le jeune garçon passera une étape et entrera dans le monde des hommes. Il sera reconnu par son père qui deviendra alors un modèle d'identification.

Actuellement au cours des séances de psychothérapie, Aziz s'interroge beaucoup sur la place de chacun dans la famille. Le père ne s'imposant pas en tant que tiers dans les « disputes » entre sa mère et lui, il ne peut intégrer cette loi du père structurante et rassurante. Les limites ne sont pas stables et Aziz ne peut définir sa place d'enfant dans la famille.

1.2.2 Le lâcher prise, l'exploration

En psychomotricité, l'enfant peut s'exprimer dans tous les domaines et sur tous les sujets, il sait que le psychomotricien est présent pour lui. Nous l'avons vu, dans son rôle protecteur et sécurisant, le psychomotricien peut donc être l'assistant de l'exploration nouvelle de l'enfant. Il l'incite à s'essayer à de nouvelles mises en jeu corporel.

Quand nous proposons des parcours moteurs à Aziz, il peut être réticent lorsque des idées nouvelles émergent. Nous lui montrons en premier, il observe et peut ensuite s'y essayer. Les séances évoluent au fur et à mesure de ses avancées, pour enrichir au maximum les possibilités d'Aziz. Maintenant qu'il est rassuré sur ses capacités par notre présence, il peut s'exercer et aller de plus en plus loin dans ses découvertes. Il persévère de plus en plus dans les exercices, même les plus difficiles.

Au cours du processus d'individuation de l'enfant, la mère doit aussi savoir s'éloigner pour « laisser la place ». Pour cela elle doit être internalisée¹⁴ comme soutien pour permettre à l'enfant d'explorer le monde en toute sécurité intérieure. Suite au détachement corporel de la mère et à l'acquisition d'une part d'autonomie, l'exploration se fait de plus en plus vaste, étayée par l'enrichissement de l'activité psychomotrice.

Le père en tant que tiers, pourra accentuer cette ouverture sur l'extérieur. Par sa fonction dynamisante, nous l'avons vu dans le dialogue phasique, il renforce le sentiment de maîtrise de l'enfant et l'incite à s'ouvrir au monde. Il l'accompagne vers la conscience de ses progrès, galvanise l'estime et l'affirmation de soi, sur les bases d'un attachement sécuritaire à la mère. Il apporte à l'enfant le sentiment d'être capable de faire, de prendre des initiatives, de s'aventurer, de se mesurer à l'obstacle.

¹⁴ **Internaliser** : Processus par lequel un sujet incorpore à son propre système de valeurs, ainsi qu'à ses comportements et attitudes, des données extérieures.

Le psychomotricien à travers cette fonction paternelle contribue lui aussi au développement de l'initiative et du lâcher prise de l'enfant pour aller découvrir de nouveaux espaces. La proposition d'expériences psychomotrices multiples et variées enrichi la conscience corporelle, diversifie les relations et l'appréhension d'objets extérieurs qui augmentent les supports d'identifications.

Au début de la prise en charge, Aziz avait une imagination très pauvre et ses initiatives corporelles tout autant que psychiques étaient très restreintes. Avec différents supports : tels que des structures en mousse, des tapis, des jeux de sociétés, nous lui propositions diverses mises en scène, l'incitant à explorer toutes les possibilités que le matériel pouvait offrir. Une relation de confiance s'est instaurée entre lui et nous et il a pu se confronter à la notion de vide, aux roulades, à la perte d'équilibre...sans angoisses. Ces expériences l'on incité à chaque fois à détourner le matériel de sa fonction première pour trouver de nouvelles sensations ou imaginer de nouvelles utilisations.

1.2.3 La triangulation, la socialisation

Le père fait figure de tiers dans la relation duelle mère-enfant des trois premières années. Lorsqu'il s'immisce dans ce couple il crée la relation triangulaire en tant que nouvelle dynamique familiale. Cette configuration à trois est primordiale pour permettre à l'enfant de se différencier, s'individualiser et être capable de s'ouvrir aux autres.

Le psychomotricien utilise cet axe de travail, par l'intermédiaire de différents matériaux, médiations, ou cadres thérapeutiques que je décrirai en détails dans la seconde partie de ma discussion.

1.3 Le psychomotricien : un interlocuteur privilégié de la relation

L'attention, la réassurance, la fonction narcissique, l'incitation à l'investissement psychique et corporel du monde, le maintien, le soutien physique et psychique sont des qualités propres aux fonctions paternelles et maternelles, attribuées au psychomotricien pour aider l'enfant à se construire harmonieusement et sereinement.

Sa disponibilité affective et relationnelle (comme dans le cadre de la préoccupation maternelle primaire), sa capacité d'adaptation et d'attention vis-à-vis de l'enfant, place le psychomotricien comme interlocuteur privilégié dans l'échange.

Le psychomotricien cherche à favoriser le bien-être corporel et psychique de l'enfant, comme la mère peut le faire à travers les soins. Pour cela il établit un cadre thérapeutique fait d'adaptabilité aux besoins du patient. Il l'accompagne dans le ressenti de ce plaisir psychocorporel, par l'intermédiaire duquel il investira son corps et intègrera une image corporelle harmonieuse.

« La capacité de disponibilité corporelle diffuse du thérapeute est complétée par ses capacités imaginatives et créatives et par le plaisir du jeu et des échanges corporels (sensoriels, toniques, gestuels) » (GAUBERTI M., 1993, p.118)

2. LE TIERS : ROLE ET PLACE EN PSYCHOMOTRICITE

« Le psychomotricien, selon les cas et les moments de la cure, peut bien mettre en avant son fonctionnement maternel ou paternel, féminin ou masculin, il reste toujours le pivot et le garant du jeu, du paradoxe et de la tiercéité. » (JOLY F., 1994, p.21)

Tout comme l'intervention du tiers, la prise en charge psychomotrice peut aussi viser ce but d'individuation et de socialisation. Ainsi, je me suis posée la question de la présence du tiers dans la prise en charge pour atteindre ces objectifs. Est-il concrètement présent ou symboliquement ? Comment est-il représenté ?

J'en suis venue à m'interroger sur ce sujet en pensant à ma place de tiers dans la prise en charge d'Aziz. J'ai contribué, il me semble, à aider Aziz à se représenter en tant qu'individu unique et différencié, par la mise en place d'une dynamique de triangulation.

Outre la présence de stagiaire, le psychomotricien a d'autres moyens de retrouver cette mise en scène triangulaire.

2.1 La triangulation

2.1.1 L'œdipe rejoué

La présence d'un tiers en psychomotricité qu'il soit objet, personne, ou représentation symbolique permet de mettre en place une situation de « triangulation » qui rappelle celle du stade œdipien développé en théorie (page 25)

Cette triangulation est parfois rejouée en séance à travers des identifications à un tiers « puissant » à la fois envié et redouté, qui permet à l'enfant de passer à une étape plus évoluée

dans la relation faite d'ambivalence et détournée d'une relation directe où les sensations brutes sont au premier plan.

Lorsque le suivi d'un enfant peut se faire à trois, avec la présence d'un des parents, d'un co-thérapeute ou d'un stagiaire, le tiers est physiquement représenté par l'un ou l'autre des participants.

Dans la configuration actuelle, Aziz a par exemple la possibilité de s'identifier à l'une ou l'autre d'entre nous et peut rejouer le rapprochement de la situation œdipienne quand il décide de jouer « avec » moi, « contre » la psychomotricienne.

2.1.2 La triangulation psychomotrice

ROBERT-OUVRAY S.B. a beaucoup développé ce corollaire entre la triangulation qui réside dans la configuration corporelle et l'accès au tiers dans la vie relationnelle de l'enfant. Par sa motilité, l'enfant expérimente la triangulation motrice qui lui permet d'accéder à ce même schéma au niveau psychique. Chaque articulation intermédiaire permet de différencier deux espaces (par exemple la main et la bouche séparées par le coude) mais aussi de les rassembler. Cette appréhension précoce de la triangulation au niveau corporel, le plus archaïque et le mieux connu pour le bébé, est amenée à évoluer au niveau psychique. Pour cela l'intégration du père mais aussi des objets extérieurs dans la vie relationnelle de l'enfant, l'amènera à prendre conscience qu' « *il existe non seulement un écart, une distance entre deux sujets mais également un déplacement de l'un par rapport à l'autre ; la présence d'un tiers doit entériner ce décalage pour transformer la relation en un triangle dynamique* ». (ROBERT-OUVRAY S.B., 1999, in *thérapie psychomotrice* n°117, p.51).

Les enjeux de cette triangulation se situent dans la prise de distance avec la mère et dans la reconnaissance d'une différence entre eux qui marque aussi leur lien. Tout comme le coude sépare physiquement et différencie la main de la bouche, il peut aussi les relier. Le tiers peut donc être à la fois séparateur et unificateur dans une dyade, mais en créant toujours une distance spatiale et relationnelle entre eux.

Grâce à cette configuration triangulaire que l'on peut retrouver en séance de psychomotricité, l'enfant intègre la différenciation avec l'autre (précocement sa mère) et mesure son lien relationnel. Ainsi l'enfant peut aborder la relation thérapeutique de façon adaptée en concevant un espace intermédiaire entre lui et le psychomotricien.

Quand cette distance n'est pas intégrée, l'enfant peut entrer en relation de façon mal adaptée ou mal ajustée.

2.2 L'intérêt dans les relations fusionnelles

Naturellement l'enfant aura des conduites d'évitement de la nouveauté et de réassurance auprès de sa mère face à l'imprévu. Ces conduites sont rapidement dépassées par la curiosité de découvrir de nouvelles choses, si l'enfant a pu prendre du plaisir dans la manipulation d'objets extérieurs à la mère.

« Ces deux mouvements conjugués – de décollement du corps de la mère et d'attraction vers l'extérieur – sont indispensables pour l'individuation du nourrisson et l'appropriation de systèmes communicateurs non figés dans le tonico-tactile. » (GAUBERTI M., 1993, p.53)

Mais cette différenciation entre l'enfant et sa mère peut être entravée lorsque celle-ci est trop fusionnelle. Le fait de ne pas permettre à l'enfant d'accéder à un espace relationnel entre lui et elle, de ne pas le laisser devenir un enfant désirant, l'empêche d'accéder à l'individuation. Cette dépendance forcée, limitera la régulation autonome des stimuli externes et internes. Il ne pourra pas se construire un Moi fort, supportant son psychisme naissant. La « fusionnalité » se caractérise ainsi, par la fixation dans un seul espace commun, le bébé ne pouvant pas se créer un espace corporel personnel. De plus, la place du père n'est pas toujours reconnue dans cette dyade symbiotique de peur de perdre cet attachement inconditionnel.

« (...) les distorsions de la relation corporelle avec le « hors-mère » viennent de ce que le désir de la mère (exclusif ou refoulé) piège le nourrisson dans un espace clos, sans ouverture sur l'extérieur, donc sans impulsion des processus d'individuation. Si un tiers n'intervient pas pour inverser ce mouvement circulaire pathogène, l'enfant ne peut s'extraire de l'espace maternel (...) » (GAUBERTI M., 1993, p.56)

Cet état symbiotique manifeste un manque de sécurité interne. L'enfant utilise parfois cet attachement fusionnel comme seul moyen de communication, la distance personnelle n'étant pas intégrée dans ses limites conventionnelles. C'est souvent le cas chez les enfants présentant une pathologie de type autistique. N'ayant pas intégré les limites de leur propre corps et n'ayant pas entamé un processus de différenciation, l'autre sera considéré comme un prolongement d'eux même.

La relation fusionnelle avec le thérapeute peut se retrouver dans les problématiques d'enfant angoissés par la séparation et l'abandon. Le psychomotricien peut accepter cette relation fusionnelle nécessaire à l'enfant afin d'entrer en relation et se rassurer, pour ensuite l'aider à s'orienter vers ce processus de séparation-individuation en lui proposant un cadre sur lequel s'appuyer.

L'intervention d'un tiers dans ce type de relation est souvent nécessaire pour permettre à l'enfant de recréer cet espace intermédiaire et établir la distance nécessaire pour une relation vécue sans angoisses. Le tiers implique l'éloignement, la séparation, c'est pour cela que son apparition n'est pas toujours bien vécue par l'enfant.

Pour Aziz, dès mon arrivée, la situation triangulaire n'était pas envisageable pour lui et il n'imaginait qu'une relation duelle possible entre lui et le thérapeute. Ainsi, je ne pouvais que prendre la place de la psychomotricienne. Au début de la prise en charge, quand une situation de triangulation lui était proposée, il s'effondrait le plus souvent et ne pouvait pas participer à l'exercice prétextant une fatigue soudaine.

L'enjeu de cette configuration triangulaire pour Aziz est de trouver une place sécurisante dans la relation afin de le rassurer quant à ses possibilités d'individuation.

2.3 Les moyens à la disposition de l'enfant pour permettre l'individuation

2.3.1 L'imitation

« Dès les origines de la psychologie scientifique, au siècle dernier, l'imitation a été considérée comme la conduite fondamentale par laquelle l'enfant accomplit ses conquêtes, et parvient notamment à rompre la symbiose originelle pour parvenir à la distinction du moi et d'autrui » (NADEL J., 1986, p.17)

Quand tout se passe bien, l'enfant trouve les moyens de se différencier du monde extérieur pour appréhender un corps propre. L'imitation est l'une de ces conduites de différenciation.

Déjà bébé, il reproduit les mimiques du visage humain par imitation. Par cet intermédiaire l'enfant entre en contact avec l'autre, c'est une forme de communication codée qui s'installe.

On retrouve ces conduites d'imitations plus tard dans les jeux symboliques, où la petite fille et le petit garçon vont reproduire les mêmes actions que leurs parents (laver la maison, ranger

les papiers, pousser la poussette...). Entre pairs, les enfants utilisent beaucoup ce comportement qui est source d'enrichissement. L'enfant apprend par l'autre ce que son corps est aussi capable de faire et qu'il n'a pas encore exploré.

Aziz réalise des imitations mais souvent dans le but de retrouver une situation qu'il contrôle et ne pas s'aventurer dans l'inconnu. Il présente des difficultés à mettre en place une pensée créative face à ses troubles du schéma corporel et de l'investissement de son corps, il se raccroche de ce fait à nos propres idées.

Quand nous utilisons un ballon par exemple, il voudra utiliser le même que nous dans l'idée de « faire comme » nous. Pour Aziz montrer une part de soi différente de l'autre est assez angoissant pour lui car il n'ose pas s'affirmer par ses idées. L'imitation est un moyen de solliciter ses initiatives motrices afin de lui prouver qu'il possède les ressources nécessaires pour faire ses propres expériences.

Par rapport au processus d'individuation, l'enfant choisit son modèle d'imitation en lien avec le symbolisme qu'il lui attribue. Il y a différenciation quand le fait de « faire pareil » ne signifie plus « être le même ». A ce moment, l'enfant a acquis une certaine distance émotionnelle avec le sujet, les rôles sociaux de chacun sont clairs et intégrés pour que s'établisse une imitation source d'identification et de personnalisation.

2.3.2 L'identification

« Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., 2007, p.187)

Dans l'œuvre Freudienne, l'identification est au premier plan en tant que constituant de la personnalité du sujet. Elle a été mise en évidence principalement par son effet structurant au cours de la période œdipienne. La première identification appelée par Freud, identification « primaire », correspond au stade où l'enfant s'identifie à un objet sans en être différencié.

S'ensuivent les identifications secondaires, fondées sur les bases de l'identification primaire et qui permettent d'intérioriser l'environnement. Introjection et incorporation sont les prototypes de l'identification. Les objets incorporés nécessitent une distance nécessaire entre le Moi et l'objet pour ne pas qu'ils deviennent aliénant pour le Moi de l'enfant.

L'imitation est un concept qui utilise l'identification comme outils de différenciation et de personnalisation. L'enfant qui imite se compare à l'autre et s'attribue des qualités propres à celui qu'il imite. Lorsque l'imitation est plus élaborée, différée, l'enfant se différencie de l'autre et se conçoit comme extérieur à l'autre. Aziz se situe là à ce jour.

D'autre part, dans les moments difficiles pour Aziz, nous lui montrons que nous aussi nous pouvons échouer, que pour nous aussi il faut de l'entraînement avant de réussir. De cette façon Aziz peut mieux s'identifier à nous. Il est rassuré de voir qu'il n'est pas seul à échouer et peut reprendre confiance en lui.

2.4 Un tiers « physique » en prise en charge

2.4.1 La place du stagiaire

Le stagiaire a une place bien particulière sur le lieu thérapeutique et dans la prise en charge. *« Il se situe ainsi à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution. » (BALLOUARD C., 2003, p.125)* Il peut se positionner en tant qu'observateur des moments relationnels entre l'enfant et le thérapeute et intervenir dans l'action pour trouver sa place dans cette dyade. Il prend alors la place d'un « observateur-actif ».

J'ai eu quelques difficultés à trouver ma place, car justement j'étais soit totalement dans l'action, ce qui ne me permettait pas de penser la séance, soit totalement observatrice ne sachant pas comment intervenir dans le jeu. Mais au fur et à mesure, en ayant la possibilité d'être à la fois dedans et dehors, j'ai pu avoir un regard extérieur sur la prise en charge, me questionner sur la séance et échanger avec la psychomotricienne sur la clinique psychomotrice ce qui à enrichi mes observations. D'être aussi dans l'action, m'a permis de mieux me rendre compte de cette place symbolique de tiers que j'occupais et comment Aziz pouvait m'investir, quel place il m'octroyait et comment il gérait cette nouvelle configuration. Petit à petit, j'ai pu investir cette place « d'observateur-actif » en étant à la fois dans l'espace de jeu et en prenant de la distance pour observer ce qui se passait pour Aziz.

Le stagiaire devient donc la troisième personne présente dans la prise en charge qu'il ait un rôle actif, d'observateur, ou « d'observateur-actif », sa place peut se situer en tant que tiers. Cette présence est l'occasion de remanier la séance en intégrant une tierce personne. Les parents et le patient doivent être prévenus et doivent pouvoir choisir si cette configuration leur

convient. Un travail à trois peut donc débiter, pouvant faire intervenir de nouveaux axes thérapeutiques autour de la triangulation, de l'ouverture sur l'extérieur, de l'individuation.

Le changement de configuration de la prise en charge va modifier les choses au niveau des différentes relations préétablies et de la dynamique de jeu. Ensuite l'enfant aura à sa disposition différentes possibilités de réponse face à ce changement. Si le cadre s'installe en tant que tel, autour d'un travail en co-thérapie, la dynamique sera différente.

2.4.1.1 Ma place en tant que tiers dans la prise en charge d'Aziz

Lorsque je suis arrivée auprès d'Aziz, ma place était spécifique dans le sens où la prise en charge vécue à travers une relation duelle devenait triangulaire. C'est le cas à l'arrivée de chaque stagiaire, mais cela a eu un aspect thérapeutique dans la prise en charge d'Aziz, car il mettait en évidence une problématique autour de l'individualisation, et présentait des inquiétudes face à la triangulation. Aziz devait m'accepter en tant que « tiers » dans son suivi. Cela ne fut pas simple, car après avoir interrogé mon statut lors de la première séance, il a fallu me prendre en compte dans la réalisation des jeux, définir ma place, voire même me laisser une place.

Je me retrouvais parfois simple observatrice sans vraiment m'en rendre compte. La façon dont Aziz investissait la séance ne me laissait pas toujours d'espace. Seulement, comme ma place a pu être pensée par la psychomotricienne qui m'invitait à participer aux différents jeux, j'ai pu trouver un espace dans lequel m'inclure. Ainsi j'ai pu comprendre que le travail de tiers doit être pensé par quelqu'un d'extérieur avant d'être vécu.

Il en est de même lorsque dans la dynamique familiale, la mère ne laisse pas de place au père, celui-ci ne peut pas s'intégrer dans la dyade. Dans les familles monoparentale, il est important que la mère ait en tête que le papa existe et en parle à l'enfant pour qu'il soit symbolisé dans la famille et ses fonctions intégrées malgré son absence.

Je crée, par ma présence et mon action, un espace intermédiaire entre la psychomotricienne et Aziz. Cet espace est nécessaire pour l'enfant afin d'établir une relation de communication et devenir un sujet désirant. Il se bâtit grâce à l'éloignement maternel et l'implication paternelle. Comme on l'a vu dans les jeux de basket, je représente dans cet espace, « le lien » symbolique entre la psychomotricienne et Aziz, qui lui permet de vivre la relation avec une certaine distance, plus adaptée, moins envahissante et plus structurante.

D'autre part, dans les jeux à trois que nous mettions en place, le plus souvent, Aziz me mettait à la place de celle qui « aide », et la psychomotricienne était le plus souvent contre nous. Elle est la garante du cadre et de la loi et moi je suis présente pour le soutenir dans la confrontation au sein des jeux. Je l'assiste dans l'expression d'une certaine agressivité envers la psychomotricienne, lors des duels.

La relation entre Aziz et moi a donc évolué. Maintenant, quand un jeu à tour de rôle est mis en place, il n'oublie jamais de me rappeler mon tour. Il a lui aussi en tête que le jeu se réalise à trois et quand je n'y suis pas, une absence doit se faire sentir pour lui. La place de chacun étant définie, cette triangulation est devenue rassurante et étayante.

2.4.2 La prise en charge parent/enfant : le psychomotricien fait tiers

Pour développer cette partie je me suis appuyée sur mon expérience de stagiaire en Centre d'Action Médico Social Précoce. Les enfants sont reçus dans l'établissement entre 0 et 6 ans. Pour les plus jeunes la présence des parents est encore nécessaire. L'indication quant à leur participation s'établit aussi par rapport au projet thérapeutique de l'enfant. Par exemple, un travail mère-enfant peut être envisagé pour restaurer une relation ou au contraire travailler sur la séparation. Les parents peuvent aussi être présents pour que le thérapeute leur montre les aptitudes de leur enfant, quand ils sont démunis ou peu impliqués dans la prise en charge.

Dans la configuration d'un travail de « co-thérapie » avec les parents, j'ai voulu mettre en évidence le rôle particulier du psychomotricien qui fait tiers dans la relation parent-enfant. Quand celle-ci est difficile ou rompue, le psychomotricien peut servir de « lien » pour rétablir la communication.

Dans un premier temps, le psychomotricien observe la dyade, leur mode de communication et d'ajustement. L'enfant pourra commencer à se détendre, relâcher ses conduites d'agrippement et explorer la salle quand les deux partenaires (parent et enfant) auront acceptés la relation à trois avec le thérapeute. *« Ce n'est que dans un troisième temps que sera ouvert un tiers espace où interagiront directement le bébé [l'enfant] et le thérapeute. » (GAUBERTI M., 1993, p.76)*

Le psychomotricien restitue aux parents les messages corporels de leur enfant afin qu'ils puissent s'en saisir et poursuivre cet accordage. Il met des mots sur ce qu'il ressent de l'observation de l'enfant, valorise ses compétences, et verbalise ce que pourrait vouloir dire

l'enfant. Le psychomotricien favorise la rencontre entre eux deux, en mettant en évidence les canaux de communication de l'enfant. De plus, il soutient aussi les parents dans leur cheminement face à la maladie, au handicap. Il les aide à se sentir libérés du poids du handicap pour mieux investir la relation avec leur enfant.

Dans d'autres cas, le psychomotricien peut aussi amener une séparation entre l'enfant et ses parents. Il réussit d'abord à initier une confiance entre les parents et lui, puis il favorisera les situations où l'enfant évolue seul, même sous leur regard.

Dans les pathogénies des ajustements corporels (Cf. GAUBERTI M.), tel que la « fusionnalité » où la mère ne vit avec son enfant que dans la symbiose, le psychomotricien peut faire tiers pour que s'initient les conduites de détachement et d'accès au processus d'individuation. Mais cela ne doit pas être imposé, le psychomotricien stimule plutôt les conduites d'extériorisation, d'exploration de l'enfant, pour que de lui-même il se détache sans angoisses.

Le psychomotricien ne se met pas à la place de la mère mais propose des expériences corporelles et sensorielles, des échanges toniques et verbaux, pour pallier le manque de stimulation qui empêche l'enfant d'enrichir la représentation de ses éprouvés et de délimiter un espace corporel. Le rôle du psychomotricien est de pouvoir créer un espace intermédiaire où les choses peuvent être pensées autant par l'enfant que par sa mère et lui permettre de devenir un être désiré et désirant.

Dans les prises en charges mère-bébé : « *L'analyse psychomotrice (...) est symboliquement ce passage du un au trois, de l'espace commun de relation mère-bébé à l'espace tiers où le thérapeute intervient pour interagir avec le nourrisson, en passant par l'obligation médiation du deux, de l'acceptation d'ouvrir l'espace unique en deux espaces distincts mais toujours reliés pour qu'advienne le troisième...* » (GAUBERTI M., 1993, p.77) Le père peut être le symbole de ce tiers pourtant souvent oublié dans les pathogénies psychomotrices.

Les familles de migrants sont souvent touchées par des problématiques autour de la relation précoce mal assurée. De plus, la fragilité de la fonction paternelle se retrouve dans ces familles. Le plus souvent le père travaille, la mère est à la maison et par décalage culturel, elle ne s'implique pas dans les relations sociales. Elle est loin de ses racines, seule avec son enfant, elle ne peut investir l'espace socioculturel du pays. Cet éloignement peut entraîner des tendances dépressives.

Dans l'anamnèse d'Aziz, il est dit que sa mère est arrivée en France peu avant sa naissance. Son discours autour de l'accouchement est très dévalorisant ce qui peut laisser penser à une dépression maternelle. *« la grossesse et l'accouchement constitueront ainsi des moments d'effraction de l'enveloppe psychique, moments qui fragiliseront la mère dans ses capacités à être suffisamment contenant et sécurisante pour l'enfant, mettant ainsi à mal les fonctions de « holding », « handling » et « d'object presenting ». » (DELORME J., 2004, p.100)*

Lorsqu'elle a quittée le Maroc toute sa famille est restée au pays. En France elle ne travaille pas et ne connaît pas la langue. L'intégration a été très difficile. Dans ce contexte elle n'a pu établir une place constructive pour Aziz, penser son arrivée, et désirer communiquer avec lui. Elle dit qu'elle ne savait pas comment s'y prendre et paraissait très démunie avec ce premier enfant.

La maman d'Aziz a pu présenter des difficultés d'ajustement tonico-affectif dans la relation avec son enfant. Elle n'a pu transmettre les bases de sécurité à son enfant, cette continuité d'exister propre aux fonctions de dialogue tonique et de « holding », n'étant pas elle-même dans un climat de confiance et de disponibilité psychique.

2.5 Un tiers « symbolique » en prise en charge

2.5.1 Le travail de groupe

Le travail en groupe avec les enfants est source d'enrichissement. Plus que tout il est l'occasion de travailler autour de la socialisation. Il permet de limiter les relations duelles entre l'enfant et le thérapeute. C'est d'ailleurs ce qui avait été proposé à Aziz en début de prise en charge, pour pallier ses difficultés et ses angoisses face à la relation à deux.

Le groupe est aussi le lieu où l'imitation entre pairs est très présente et permet aux enfants, d'une part d'évoluer dans leurs acquisitions, mais aussi comme on l'a vu plus haut de se différencier de ses pairs.

La situation groupale n'est pas totalement représentative de la configuration triangulaire avec l'intégration d'un tiers physique. Elle est plutôt l'occasion de limiter la relation duelle, de favoriser les imitations et apporter aux enfants l'occasion de s'ouvrir au monde extérieur, d'être en contact avec d'autres enfants. Ces objectifs se recoupent avec ceux de la « tierceité ».

Maintenant qu'Aziz a bien évolué dans le processus d'individuation, le groupe pourrait être une possibilité pour lui d'affirmer son identité propre en la confrontant aux autres.

2.5.2 Le matériel

L'objet est le premier élément « en dehors » de la mère à être investi par l'enfant. Il marque le détachement de l'enfant à sa mère et permet d'introduire un espace intermédiaire entre eux. Les objets investis, nécessitent l'acquisition de la préhension et sous-entendent l'action de prendre, donner, échanger, s'introduire dans l'espace de l'autre et délimiter son espace propre. *« Agir sur un objet, c'est le concevoir extérieur à soi, donc détaché du corps ; prendre c'est pénétrer l'espace, contrôler le geste et maîtriser l'objet ; l'acte de préhension, par ces composantes, participe à la structuration de l'image du corps, à la spatialisation, et au processus d'individuation. » (GAUBERTI M., 1993, p.11)*

Lorsqu'un objet est introduit entre le psychomotricien et l'enfant, GAUBERTI M. parle de « relation médiatisée ». Elle peut avoir deux fonctions, soit quand l'enfant commence à être à l'aise dans son corps en mouvement, elle permet l'élargissement de l'espace relationnel, soit l'objet peut être un moyen d'approche quand l'enfant refuse le contact avec le thérapeute. Dans ces deux cas l'objet est échangé entre les deux sujets et marque un lien de communication qui s'établit entre eux.

En psychomotricité, le matériel est souvent utilisé comme médiation dans la prise en charge. Il peut être d'ordre moteur (structure en mousse, gros ballon, échelle, poutre, ruban, cordes...) ou d'ordre plus « cognitif » (peinture, feutres, jeux de société, musique...). Il est un outil utile pour faire varier les possibilités d'expression psychomotrice de l'enfant.

J'ai voulu faire ce parallèle entre la « tiercéité » et le matériel utilisé en psychomotricité suite à l'échange de ballon que nous avons mis en place dans la prise en charge d'Aziz. Déjà par sa structure, le ballon peut rouler entre les différents joueurs, il est ainsi représentatif d'un lien symbolique qui se crée et se déroule à chaque passage de ballon entre nous.

Au niveau spatial, une distance est établie entre chacun de nous, laissant apparaître un espace intermédiaire. Le ballon qui parcourt cette distance nous réunit en quelque sorte et pointe la différenciation de nos corps dans l'espace.

Le tiers est à la fois séparateur et unificateur. Ainsi par sa symbolique de lien communicationnel entre deux êtres distincts, le ballon fait tiers dans la relation. Aide t'il à se différencier alors ? De façon plus large le matériel en tant qu'objet « hors-mère/hors-thérapeute/hors-enfant » est donc l'investissement d'un champ extérieur à l'enfant, qui marque la distanciation entre l'enfant et son interlocuteur (la mère ou le thérapeute). Le

matériel varié mis à la disposition de l'enfant en séance de psychomotricité, l'incite à l'exploration et à la différenciation par la distanciation dans la relation duelle.

« L'utilisation de l'objet en thérapie psychomotrice vient à la fois marquer et réduire la distance entre les corps, en imposant un espace vacant entre eux tout en ménageant des liens privilégiés d'expression et d'échanges (...) » (GAUBERTI M., 1993, p.129)

2.5.3 Le jeu

Le jeu met en scène une situation de relation dans un espace, le corps étant le plus souvent au premier plan. *« Cette spatialisation est double : au niveau du corps et au niveau de l'environnement, dedans et dehors, le corps et l'objet, le joueur et le jeu, historiquement, l'enfant et sa mère. » (GUTTON P., 1973, p.133)*

Par rapport au processus d'individuation, le jeu se rapproche d'une réalité « perceptivo-motrice » par l'introduction du jouet ou de l'objet. Ce qui permet à l'enfant de faire la différence entre le monde extérieur et le monde intérieur. La mise en place du jeu lui permet d'investir des objets extérieurs à lui, de créer une communication avec un partenaire de jeu, de mettre son corps en action pour mieux l'appréhender.

Principal médiateur en psychomotricité, le jeu est tout d'abord une rencontre entre psychomotricien et patient. Chez les plus petits quand le langage est encore en cours d'apprentissage, ou lorsqu'il n'est pas possible, le jeu permet de trouver un mode de communication entre les deux protagonistes. Quand le psychomotricien est invité à jouer avec l'enfant, l'enfant s'ouvre à l'autre et se tourne vers l'extérieur.

D'autre part, le jeu est une mise en action du corps source de plaisir chez l'enfant. *« (...) le mouvement est naturellement source de joie (...) » (BALLOUARD C., 2003, p.36)*. L'enfant explore le monde en jouant, c'est sa principale source de curiosité et d'envie. Ainsi à travers les expériences ludiques, le thérapeute aborde des domaines psychomoteurs et mobilise l'enfant sur ses difficultés en rendant l'expérience attrayante, intéressante et de ce fait enrichissante. L'activité psychomotrice à travers le jeu permet à l'enfant de perfectionner ses possibilités en rendant l'apprentissage plaisant. Dans les jeux de motricité globale, inconsciemment ou non, la représentation du corps de l'enfant est enrichie par sa mobilisation active, le positionnement et l'organisation du corps dans l'espace et le vécu corporel.

Dans les séances avec Aziz, nous mettons en place des parcours psychomoteurs. Aziz invente des règles, met en place des tours de rôle. Pour marquer notre différence nous lui demandons de trouver des consignes adaptées pour nous qui sommes des adultes. Nous faisons parfois comme lui ou différemment. A travers les jeux de motricité globale, Aziz se différencie de nous sans que cela soit angoissant pour lui.

Le jeu est un support pour l'exercice de sa motricité globale puis de sa motricité fine. Il apprend à adapter son corps au milieu, il joue avec l'espace corporel dans l'espace environnant, ce qui suppose l'intégration d'un corps individualisé.

Le succès comme l'échec, qui interviennent dans les jeux de rivalité, sont l'occasion d'affirmer ses possibilités ou de se remettre en question pour s'améliorer.

De plus, l'enfant peut déposer dans le jeu ce conflit psychomoteur qu'il ne peut résoudre dans la réalité. On lui propose un espace d'expression corporel de son mal être psychique. Le travail du psychomotricien, à travers l'expérience corporel dans le jeu, se situe en amont d'une ouverture de la pensée et d'un travail psychothérapeutique ou d'une activité mettant en action la sphère des apprentissages scolaires (l'orthophonie par exemple).

Pour Aziz, le suivi en psychothérapie a débuté en septembre, suite à une prise en charge d'un an en psychomotricité. Il était nécessaire pour lui qu'il puisse exprimer ses difficultés à travers l'expression corporelle avant de pouvoir libérer sa pensée et élaborer sur ses angoisses.

CONCLUSION

L'enfant qui vient de naître doit apprendre à connaître son corps avant de pouvoir l'habiter et entamer un processus d'individuation. Dans ce cheminement vers l'investissement corporel, plusieurs étapes, intégrant l'autre ou non, vont s'enchaîner. Tout d'abord, le corps de l'enfant prend vie dans les bras de sa mère, il investit un espace unique mère-bébé avant de se détacher. La connaissance précoce de son corps se fera à travers les expressions toniques qui décriront ses états de plaisir et de déplaisir. De plus, les premières expériences sensorielles soutiendront la mise en place d'une pensée propre. La verbalisation parentale de ses éprouvés, lui fera atteindre un degré plus évolué dans la représentation de ses affects, ses émotions, ses ressentis et enrichira sa conscience corporelle. D'autre part, la maturation naturelle de ses capacités motrices lui permettra d'affiner ses gestes, d'expérimenter de nouvelles activités mettant en action son corps propre. L'accès à un corps et une pensée individualisés, enrichira son vécu corporel et l'incitera à mettre en avant ses compétences pour entrer en relation avec le monde environnant.

L'enfant se construit un bagage narcissique par l'intermédiaire de la relation précoce à sa mère, suffisamment contenant et rassurante. Etayer par le Moi maternelle, le Moi psychique de l'enfant s'élève vers l'autonomie. Il pourra ainsi se séparer d'elle et s'ouvrir sur l'extérieur, d'autant plus avec l'arrivée d'un tiers.

Au cours du développement de l'enfant, la situation triangulaire se retrouve à certaines étapes de façon physique ou psychique. Ainsi, l'intervention d'un « autre » que l'enfant, qu'il soit unificateur ou séparateur est toujours indispensable dans l'édification du Moi corporel et du Moi psychique. Le but étant pour l'enfant de pouvoir se construire un corps propre différencié des autres, pour entamer un processus d'individuation.

Quand cette évolution « normale » est entravée, le psychomotricien peut intervenir pour faire la liaison entre un corps et un psychisme qui ne se trouvent pas. En symbolisant ou en créant ce tiers, à travers la co-thérapie, le matériel, le jeu, la prise en charge groupale...il peut représenter le lien dans la dyade « corps-psyché » de l'enfant, afin que celle-ci s'autonomise.

L'individualité acquise, l'enfant peut accueillir ses pensées propres. Son contenant corporel peut maintenant être investi d'un contenu psychique, qu'il pourra élaborer par la suite pour lui permettre d'entamer un travail autour des apprentissages.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- ❖ BALLOUARD C., 2003, Le travail du psychomotricien. Dunod. Paris. pp 35-37, pp 69-127
- ❖ CARRIC J.-C., 1999, Développement psychomoteur de l'enfant normal. Vernazobres-Greggo. Paris. pp 40-41, pp 47-58
- ❖ CHABERT C., CUPA D., KAÏS R., ROUSSILLON R., et al, 2007, Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Erès. Paris. pp 20-30
- ❖ CICCONE A., LHOPITAL M., 2001, Naissance à la vie psychique. Dunod. Paris. p 317
- ❖ DOLTO F., 1984, L'image inconsciente du corps, Seuil. Paris. pp 147-163
- ❖ GAUBERTI M., 1993, mère enfant : à corps et à vie. Masson. Paris. p 157
- ❖ GOLSE B., 2001, Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Masson. Paris. p 303
- ❖ GUTTON P., 1972, Le jeu chez l'enfant. Librairie Larousse. Paris. p 176
- ❖ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, vocabulaire de la psychanalyse. PUF. Paris. p 544
- ❖ LE CAMUS J., et al, 1997, Le rôle du père dans le développement du jeune enfant. Nathan. France. pp 71-112.

- ❖ MAHLER M., 2001, Psychose infantile Symbiose humaine et individuation. Payot & Rivages. Paris. p 363
- ❖ NADEL J., 1986, Imitation et communication entre jeunes enfants. PUF. Paris. pp 90-95
- ❖ NASIO J.-D., DOLTO F., 2002, l'enfant du miroir. Petite bibliothèque Payot. Paris. p 133
- ❖ NASIO J.-D., 2007, Mon corps et ses images. Payot & Rivages. Paris. p 264
- ❖ ROBERT-OUVRAY S.-B., 2007, Intégration motrice et développement psychique Une théorie de la psychomotricité. Desclée de Brouwer. Paris. p 265
- ❖ RUFO M., 2005, Détache-moi ! Se séparer pour grandir. Anne Carrière. Paris. p 265
- ❖ TOURETTE C., GUIDETTI M., 1998, Introduction à la psychologie du développement. Armand Colin/Masson. Paris. p 191
- ❖ WINNICOTT D.-W., 1989, Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnemental. Payot & Rivages. France. pp 43-55
- ❖ WINNICOTT D.W., 2006, Jeu et réalité. Gallimard. France. pp 27-176

ARTICLES

- ❖ BRUCHON M., 2004, « Quand elle me prend dans ses bras ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice » in thérapie psychomotrice, n°138, pp 6-16
- ❖ CONCALVES E., 2001, « de l'investissement parental à l'enfant sujet de son corps », in thérapie psychomotrice, n°127, pp 6-68
- ❖ DELORME J., 2004, « Enfants de migrants et expériences transculturelles : *une approche en psychomotricité.* » in Thérapie psychomotrice, n°137, pp 98-106
- ❖ FERRARI P., Avril-Mai 1990, « dépendance et indépendance une approche psychopathologique et psychanalytique », in Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Année 38 (4-5), pp 180-185
- ❖ JOLY F., 1^{er} octobre 1994, « La référence au « maternel » dans le champ des thérapeutiques psychomotrices. », in Entretiens de psychomotricité, pp 16-21
- ❖ LE CAMUS J., 1995, « Le dialogue Phasique. Nouvelles perspectives dans l'étude des interactions père-bébé », in Neuropsychiatrie de l'enfance, Année 43 (1-2), pp 53-65
- ❖ RICHARD M.-F., 1989, « Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant », in Thérapie psychomotrice, n°83, pp 29-33
- ❖ ROBERT-OUVRAY S.-B., 18 septembre 1999, « Les niveaux d'organisation psychomoteurs et le développement psychique de l'enfant », in Entretiens de psychomotricité, pp 3-7
- ❖ ROBERT-OUVRAY S.-B., 2002, « le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice », in Thérapie psychomotrice, n°132, pp 62-67

MOTS CLEFS

**Individuation - Investissement corporel - Triangulation - Tiers - Différenciation - Dépendance -
Indépendance - Maternel - Paternel.**

RESUME

Un enfant ne saurait être autonome sans avoir été dépendant. L'enfant a besoin de l'autre, unificateur ou séparateur, pour se construire corporellement et psychiquement et atteindre un équilibre psychomoteur. L'intervention d'un tiers tout au long du processus de détachement de l'enfant, l'emmènera vers l'individuation et la possibilité d'élargir ses relations à l'environnement. C'est grâce à cette triangulation que l'enfant pourra se différencier et sera amené à investir un corps propre. Le psychomotricien à travers ce tiers concret ou symbolique, accompagne l'enfant vers l'harmonisation et l'autonomisation de la dyade « corps-psyché ». Le psychisme se construisant sur des bases corporelles, il faut pouvoir investir un corps individualisé pour accueillir une pensée propre.

KEY WORDS

**Individuation - Physical Devotion - Triangulation - Third- Differenciation - Dependence -
Independence - Maternal - Paternal.**

SUMMARY

A child wouldn't know how to be autonomous without having been dependent. The child needs the other, unifying or dividing, to build itself physically and psychically and reach a psychomotor balance. The intervention of a third throughout the process of detachment of the child, will take him towards the individuation and the possibility of widening his relations to the environment. It is thanks to this triangulation that the child can differ and will be foster to invest an appropriate body. The psychomotor therapist through this third, which can be concrete or symbolic, drives the child towards the harmonization and the autonomisation of the dyad "body-psyche". The psyche building itself on physical bases, it is necessary to be able to invest a body individualized to welcome an appropriate thought.