

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

L'imitation et le soin psychomoteur

**Être ensemble malgré les blessures relationnelles précoces et
le retard de développement**

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Chloé MANEO

Juin 2021 (Session 1)

N°1643

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

L'imitation et le soin psychomoteur

Être ensemble malgré les blessures relationnelles précoces et
le retard de développement

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Chloé MANEO

Juin 2021 (Session 1)

N°1643

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Ivan, mon maître de mémoire, qui a su être présent et toujours de bons conseils durant l'écriture de ce mémoire.

Merci Alice, Aline et Angélique ainsi que tous les maîtres de stage qui m'ont accompagnée et tant appris jusqu'ici. Je ressors grandie de ces expériences à vos côtés. Je suis reconnaissante d'avoir pu observer tant de façons d'exercer qui ont confirmé mon envie de devenir psychomotricienne.

Bien qu'ils ne liront probablement pas ces mots, je remercie profondément chaque patient rencontré lors de ces trois années de formation. J'ai tellement appris à leurs côtés, tant professionnellement qu'humainement.

Merci à mes amies de la promotion 2018-2021, pour tous ces moments partagés. Un grand merci tout particulier à mes amies de la "résidence secondaire" pour votre soutien tant physique que psychique durant cette dernière année.

Merci à cette promotion n'a pas jamais cessé d'être solidaire et bienveillante.

Merci à tous les relecteurs de ce mémoire pour leur investissement dans cette épreuve si importante à mes yeux.

Merci à ma famille et mes proches, de toujours croire en moi. En particulier, je remercie du fond du cœur ma mère, suffisamment bonne, pour le soutien inconditionnel qu'elle représente.

Merci Armand, pour ta présence malgré la distance. Merci me donner, de jour en jour, toujours plus confiance en moi.

SOMMAIRE

LEXIQUE

INTRODUCTION	1
1. PARTIE THEORIQUE	3
1.1 DÉVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF	3
1.1.1 Développement psychoaffectif harmonieux	3
1.1.2 Développement psychoaffectif carencé	6
1.1.3 Le développement psychoaffectif en situation de placement familial	9
1.2 LES CARENCES AU CŒUR DE LA CONSTRUCTION DE L'UNITÉ CORPORELLE À L'INTERSUBJECTIVITÉ	11
1.2.1 De la construction de l'unité psychocorporelle jusqu'au développement de l'intersubjectivité	11
1.2.2 Subjectivité et intersubjectivité dans un environnement familial carencé puis en situation de placement	14
1.2.3 Retentissement des carences sur les interactions sociales hors du cadre familial	15
1.3 CAPACITÉS D'IMITATION	17
1.3.1 Qu'est-ce que l'imitation ? Quand les avis divergent	17
1.3.2 Naissance et développement des capacités d'imitation	19
1.3.3 Le retentissement neurologique de l'imitation	20
2. PARTIE CLINIQUE	22
2.1 LE CENTRE D'ACTION MÉDICO-SOCIAL PRÉCOCE (CAMSP)	22
2.2 PRÉSENTATION DE MONA	23
2.2.1 La première rencontre	23
2.2.2 Anamnèse	24
2.2.3 Environnement familial	24
2.2.4 Premières années de vie	25
2.2.5 Historiques des suivis	26
2.3 BILAN PSYCHOMOTEUR	27
2.4 SUIVI PSYCHOMOTEUR	29
2.4.1 Expériences de manipulations fines par le prisme de la relation	29

2.4.2	<i>L'appui relationnel pour trouver l'équilibre</i>	31
2.4.3	<i>À la rencontre de soi à travers l'autre</i>	33
2.4.4	<i>Illustration d'un tableau affectif carencé</i>	35
3.	PARTIE THEORICO-CLINIQUE	39
3.1	ÉMERGENCE D'UN ENVIRONNEMENT RELATIONNEL SÉCURE ET STABLE, AU CŒUR ET HORS DES SÉANCES DE PSYCHOMOTRICITÉ	39
3.1.1	<i>Le placement en famille d'accueil : l'espoir d'un nouveau soutien développemental</i>	40
3.1.2	<i>Assurer une rythmicité organisatrice durant les différents suivis au CAMSP</i>	41
3.1.3	<i>Installation d'un cadre spatio-temporel sécurisant</i>	42
3.1.4	<i>Le psychomotricien comme soutien au corps défaillant</i>	44
3.1.5	<i>Le soin psychomoteur comme béquille relationnelle</i>	45
3.2	SOLLICITER LES CAPACITÉS D'IMITATION POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	47
3.2.1	<i>L'imitation comme appui aux apprentissages</i>	47
3.2.2	<i>L'imitation comme support à la construction de soi</i>	49
3.2.3	<i>L'imitation comme soutien des premières interactions avec les pairs</i>	51
	CONCLUSION	56
	BIBLIOGRAPHIE	

LEXIQUE

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

DNP : Dynamique Naturelle de la Parole

ITG : Interruption Thérapeutique de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAFRen : Service d'Accompagnement Familial Renforcé

TSA : Troubles du Spectre Autistique

« L'imitation, c'est comme une aventure, un voyage. C'est-à-dire qu'on offre à quelqu'un
qui ne voyage pas beaucoup, qui n'essaye pas grand-chose avec son répertoire, la
possibilité de partir en voyage avec nous. Ce n'est pas seulement la communication qui est
enrichie, c'est la curiosité pour la vie »

Jacqueline Nadel.

(Le blob, l'extra-média, 2018)

INTRODUCTION

« -Psycho-quoi ? Psychomotricien ? C'est quoi ? »

Une question fréquente mais simple à laquelle pourtant, il m'a toujours été difficile de répondre. Comment expliquer à mon entourage ce métier, cette pratique, cette conception du corps et de l'esprit ? Comment expliquer la nature de mes interventions lorsque, moi-même, la réponse n'apparaît pas clairement dans mon esprit ? C'est au cours de ma troisième année d'étude en psychomotricité que les nuages brumeux se dissipent et que je perçois, je ressens l'essence profonde de la psychomotricité. Tout particulièrement, c'est une simple rencontre, tout au long de ce stage, qui m'a tant questionnée et tant appris.

Cette première expérience clinique auprès du petit enfant fut un réel saut dans l'inconnu. Je me suis vue contrainte de quitter les idées préconçues que je pouvais avoir de l'enfant et de ses pathologies pour affronter parfois la dure réalité. Loin des jeunes enfants rencontrés en crèche, je découvre au sein de mon stage long au CAMSP le vrai visage du handicap et des différents retards du développement de l'enfant. À cela s'est additionné la rencontre avec les troubles intrafamiliaux, les difficultés du lien entre le parent et l'enfant et les problématiques de placements familiaux. Quelle épreuve ce fut de trouver ma place de stagiaire au sein de ce secteur qui avait tellement à m'apprendre. Quelle révélation de découvrir, un à un, les champs d'action du psychomotricien auprès de cette si jeune patientèle. Comment me positionner afin d'assurer sécurité et confiance à ces jeunes patients ? Qu'est-ce que la psychomotricité peut apporter à cet instant si précoce de l'enfance et si riche d'enjeux ?

Et malgré tout, ma curiosité débordait tant je voulais comprendre comment agir afin de permettre à ces enfants à mieux commencer leur vie, quelles clefs leur fournir, quelle aide leur apporter.

Mona, touchante et étonnante, représente en tout point mon apprentissage lors de cette expérience clinique. J'ai voyagé entre les réelles joies des acquisitions, des apprentissages ainsi qu'entre les terribles obstacles d'une si jeune vie. Comment me situer au mieux dans ce début de vie ? Comment soutenir le développement psychomoteur sans

nier les failles relationnelles ? Comment concevoir, percevoir et travailler avec et contre ces failles ?

Rapidement, au cœur de ma pratique auprès de jeunes enfants, la dimension omniprésente de l'imitation dans le développement a pris sa place. Mon intérêt s'est vivement porté sur ces capacités, leur présence dans le quotidien et les acquisitions psychomotrices de l'enfant. À quel point l'imitation représente-elle un support aux apprentissages ? Quels liens se dessinent avec la pratique psychomotrice ?

Est-il possible de lier ces questionnements ? En quoi la psychomotricité permet de lier, d'entremêler ces différents sujets ? De ces questionnements émerge une problématique à laquelle je tenterai d'apporter des hypothèses afin d'enrichir la réflexion autour de ce sujet : « Comment le soin psychomoteur peut-il soutenir le développement d'un enfant ayant souffert de carences affectives tout en s'appuyant notamment sur les capacités d'imitation ? »

Faisons quelques pas en arrière pour visualiser le contexte de la problématique.

Lors d'une première partie théorique, nous allons voyager afin de comprendre comment l'enfant se développe sur le plan psychoaffectif dans un environnement sain, puis nous verrons ce qu'il en est en présence de carences, et lors d'une situation de placement familial. Suite à cela, nous entamerons le sujet de la construction de l'individualisation et de l'intersubjectivité pour parvenir aux conséquences des carences au sein de l'interaction. Enfin, nous aborderons le thème de l'imitation en discutant de sa nature, de son développement ainsi que son fonctionnement neurologique.

Parlons ensuite du domaine clinique. Durant cette seconde partie, je vous présenterai la structure dans laquelle je réalise mon stage. Vous ferez ensuite la connaissance de Mona et son parcours de vie, son bilan psychomoteur ainsi que le récit de son suivi en psychomotricité.

Finalement, dans le but de lier ces deux premières parties et de répondre à mes questionnements, j'exposerai quelques hypothèses tout en m'appuyant sur des références théoriques afin de tenter d'éclairer la problématique. Les premières questions seront orientées sur la stabilité de l'environnement de l'enfant. Puis, nous pourrions porter notre attention plus particulière sur les capacités d'imitation au cœur du développement.

Durant ces quelques pages, nous allons traverser ensemble mes questionnements, mes doutes et mes certitudes.

1. PARTIE THEORIQUE

1.1 Développement psychoaffectif

1.1.1 Développement psychoaffectif harmonieux

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre ». (2001)

Par cette célèbre expression de Ajuriaguerra, j'introduis cette partie autour du développement psychoaffectif de l'enfant. J'utilise cette citation comme mise en exergue de la nécessité de l'environnement suffisamment porteur et soutenant sans lequel le bébé ne peut survivre. Cet environnement inclue la présence d'une figure parentale répondant aux besoins physiologiques vitaux de l'enfant tels que l'alimentation, l'hydratation, le sommeil, la santé et la propreté, le bébé ne pouvant pas subvenir seul à ses propres besoins fondamentaux.

Je vous présente dans les lignes suivantes quelques composantes au développement psychoaffectif que je considère comme équilibré. Je présente tout d'abord ce qui touche aux interactions. Ensuite, j'aborde le sujet de l'attachement.

Par les soins prodigués naît une forme de communication, d'échange entre un nourrisson et la personne qui répond à ses besoins. Comme Carric le mentionne, bien que le nouveau-né naisse avec un cerveau très immature, il présente des capacités remarquables par leur précocité et leur intensité : attention, mémoire, imitation et surtout communication. « Le bébé semble programmé pour communiquer avec son entourage ». (2000, p.50)

Selon le dictionnaire Larousse (2010, p.545), une interaction correspond à une « influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes. » La notion de réciprocité entre le bébé et sa mère apparaît, signifiant alors que l'échange n'est pas unidirectionnel, de la mère vers l'enfant. Cela me permet donc d'aborder le sujet des interactions précoces. Auparavant considéré comme partenaire de communication passif, le bébé est aujourd'hui bel et bien reconnu comme un individu doté de compétences de perceptions tactiles, proprioceptives, vestibulaires, olfactives, auditives, visuelles provenant de son partenaire social. Cependant, comme la définition du dictionnaire Larousse ci-dessus le mentionne, une interaction est une action réciproque. Dans ce sens, le bébé est un être capable d'exprimer ses préférences

(généralement le visage et la voix de sa mère). C'est en effet grâce à l'ensemble des capacités psychomotrices de l'enfant qu'il peut entrer en communication avec son entourage.

Afin de vous exposer les diverses natures des interactions précoces, je me permets de citer Lebovici (1989) qui a mis en avant les natures comportementales, affectives et fantasmatiques des interactions précoces.

Les interactions comportementales comprennent d'abord le versant corporel : Lebovici mentionne le holding, concept de Winnicott (2007), c'est-à-dire la manière dont la mère porte son enfant. Un second versant visuel est abordé, il met en évidence la grande importance des premiers regards pour la construction du bébé. Cela constitue un mode de communication privilégié entre une mère et son bébé. Ces interactions visuelles font écho à la fonction miroir de Winnicott. Enfin, le versant vocal est le dernier des interactions corporelles. Cela traduit l'expression des affects de l'enfant par ses pleurs et ses cris ainsi que la réponse de son parent. Cette interaction vocale participe à l'harmonisation de la relation.

Les interactions dites affectives englobent les dimensions émotionnelles, affectives de la communication. Le terme d'accordage affectif est évoqué par Stern en 1989. Cela s'apparente à l'attitude de la mère qui réagit en miroir face aux expressions de son enfant. Enfin, les interactions fantasmatiques correspondent à la manière dont la mère investit son enfant, comment elle parle de lui.

Au cœur des interactions mère-enfant, on retrouve un dialogue corporel capital : le dialogue tonique. Par le portage de la mère, via le holding et le handling, le bébé capte un ensemble de stimulations sensorielles « entraînant, à travers l'interaction, un recrutement et une modulation toniques. C'est une composante importante du partage émotionnel, permettant une progressive prise de sens des divers états toniques auxquels le bébé est confronté. » (Bullinger, 2007). Par ce tonus, l'enfant partage ses éprouvés et peut se faire comprendre par la présence maternelle. Celle-ci lui répond par sa propre modulation tonique. Voici un réel dialogue tonico-émotionnel, un partage d'éprouvés en système d'écoute-réponse, élémentaire à la construction psychomotrice.

Dès la naissance et à travers les interactions précoces, un besoin apparaît vital chez le bébé : l'attachement. Si je me réfère à la définition du dictionnaire Larousse (2010, p.76),

l'attachement est « un sentiment d'affection ou de sympathie éprouvé pour quelqu'un ou quelque chose ».

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, Carlson et al, (2007) relatent les travaux de Bowlby (1958). En s'inspirant des travaux de l'éthologie et des sciences cognitives, il élabore la théorie de l'attachement. Celle-ci émerge de la constatation des effets sur les enfants de carences relationnelles précoces (séparation, deuils, perte des parents) pendant la guerre. Bowlby suppose qu'une psychopathie peut se développer à la suite de troubles de l'attachement. Ces carences impactent la sphère émotionnelle.

Le maintien d'un lien fait éprouver un ressenti, la rupture fait éprouver un autre ressenti. Les émotions sont habituellement le reflet de l'état des liens affectifs d'une personne, donc la psychologie et la psychopathologie des émotions se trouvent être en grande partie la psychologie et la psychopathologie des liens affectifs. (Bowlby,2002).

Nous comprenons que ce développement psychoaffectif via le lien d'attachement assure à l'enfant une protection et un sentiment de sécurité interne. Il est protégé par son parent qui assure la satisfaction de ses besoins primaires, promesse de survie. Ce lien se solidifie progressivement dans le temps avec ceux qui lui prodiguent les soins et réponses adaptés à ses besoins. Celui ou celle que nous nommerons caregiver représente la principale figure d'attachement du bébé. Le bébé peut alors se lier à différentes figures d'attachement. Ces dernières sont présentes durablement et investies émotionnellement auprès de l'enfant. En effet, lors de sa croissance, le bébé distingue les individus par la régularité de leur présence, il peut donc orienter plus ou moins ses comportements. C'est aux alentours des 7 mois de vie que l'enfant développe une relation d'attachement franche et sélective à une personne spécifique. Alors, une hiérarchie se distingue entre la figure d'attachement principale et les figures secondaires. Cela sous-entend une continuité relationnelle dans l'environnement affectif du bébé.

Afin de vous présenter les différents patterns d'attachement que l'enfant peut développer, je vous expose La Procédure de Situation Étrange d'Ainsworth. Élaborée en 1978, cette expérience a permis de mettre en évidence différents patterns d'attachement. Parmi les quatre formes d'attachement, j'aborde à présent l'une d'entre elles. Les trois autres sont traitées dans la partie qui traite le développement psychoaffectif carencé.

Le premier pattern présenté par Ainsworth est l'attachement sécure. Il assure une stabilité émotionnelle de l'enfant. Les situations de séparation et de retrouvailles ne désorganisent pas l'enfant, les émotions négatives surviennent mais sans excès. L'enfant comprend que l'absence de son caregiver n'est que temporaire. Afin que l'attachement soit sécure, la figure d'attachement doit être disponible et accessible. Cette présence valorisante permet d'accroître la confiance en soi de l'enfant ainsi que la confiance envers ce caregiver.

Durant les deux premières années de vie de l'enfant, le maintien et la sécurité de ce lien d'attachement autorisent l'enfant à explorer son environnement, tout en sachant qu'il peut à tout moment se reposer (physiquement et psychologiquement) sur son caregiver. « Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement » (Dugravier et al., 2015). Ce lien de confiance soutient le développement de l'autonomie. C'est ce que Ainsworth (1969) nomme la base de sécurité. Cette base provient d'un lien stable, fiable et prévisible avec le caregiver. Ce dernier est en mesure de comprendre les besoins et inquiétudes de l'enfant afin de pouvoir les apaiser.

De la deuxième à la quatrième année de vie, les comportements d'attachement se modifient avec l'émergence des compétences cognitives et langagières. « Progressivement, l'enfant n'a plus besoin de la proximité physique avec sa figure d'attachement mais seulement d'être assuré de sa disponibilité, voire de son accessibilité » (Dugravier et al., 2015). L'enfant a intégré ce sentiment de sécurité interne, il est préparé, libre pour les apprentissages et nouvelles découvertes de son environnement. Effectivement, la séparation avec la figure d'attachement est tolérée.

Plus tard, la théorie de l'esprit se développe avec les notions d'empathie, de mentalisation et d'intersubjectivité. J'aborde quelques-uns de ces sujets dans la suite de cet écrit.

1.1.2 Développement psychoaffectif carencé

Afin de définir le terme de carence, je cite le dictionnaire Larousse (2010, p.161). Une carence du point de vue médical correspond à « l'absence ou présence en quantité insuffisante d'une ou plusieurs substances indispensables à l'organisme ». Une carence dite

affective correspond à « l'absence ou l'insuffisance de relations affectives de l'enfant avec sa mère durant la première enfance ». Grâce à ces deux définitions, il est aisé de comprendre la notion de manque d'un élément indispensable au développement qualitatif de l'enfant, et que celle-ci est influencée par l'attitude de la figure parentale.

Pour revenir sur le sujet du développement psychoaffectif de l'enfant, j'ai fait le choix de partager ci-dessous deux ensembles de troubles qui peuvent constituer des failles du bon développement psychomoteur de l'enfant. Je vous présente dans un premier temps des défauts pouvant se situer au cœur des interactions. Ensuite, pour mentionner les troubles de l'attachement, je reviendrai sur les trois patterns de Ainsworth, introduits précédemment.

Dans la construction psychoaffective de l'enfant, les troubles dans l'interaction peuvent survenir. Il est bon de garder à l'esprit que ces failles dans l'interaction, si elles ne sont pas régulières, sont normales, et font partie du développement de l'enfant. Dans le cas inverse, des perturbations de différentes natures peuvent affecter durablement le développement de l'enfant. Lebovici (1989) relève ces troubles de l'interaction selon deux perspectives temporelles. Il nomme tout d'abord une perspective synchronique, donc liée à un instant donné. Il expose les perturbations liées aux excès ou aux carences de stimulations ainsi que les stimulations dites paradoxales. Il nomme aussi une perspective diachronique qui s'inscrit de manière plus importante dans la durée. Celle-ci relève de la qualité de l'interaction, la quantité des interactions (hyper ou hypo stimulations) et l'aspect oscillant de la perturbation.

Tout le long de sa croissance, l'enfant se développe en s'appuyant sur ces modalités interactives, parfois instables. Elles servent de base de référence pour ses interactions avec d'autres partenaires relationnels présents ou à venir. Comme le mentionne Dugravier et al., (2015) « À partir des premiers liens, des premières interactions avec son entourage, l'enfant construit ainsi un modèle de relations interpersonnelles en situation de stress, le modèle interne opérant qui évolue au fil des nouvelles expériences avec ses figures d'attachement. ». De plus, comme Bonneville-Baruchel le mentionne « les ratés successifs dans les interactions précoces [...] ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de l'impulsivité » (2018). Nous pouvons comprendre que les interactions n'ont pas seulement un effet sur la relation aux autres, mais aussi à soi-même. Les perceptions corporelles peuvent être impactées, et cela inclue la manière dont l'enfant vit et se représente

son corps. Cela est intimement lié à la gestion émotionnelle. Les premières interactions sont donc aussi constitutives du développement psychomoteur de l'enfant, pas uniquement psychoaffectif.

Le risque principal d'une réponse insuffisante ou inadéquate de l'environnement aux besoins fondamentaux du petit enfant, est de constituer une situation de négligence. Cette situation risque de provoquer la perte ou d'entraver la constitution du sentiment de sécurité de base, assise fondamentale de toute dynamique de développement. (Bonneville-Baruchel, 2018)

Alors, si les bases sur lesquelles l'enfant se repose sont instables voire nocives, peut-il éprouver son corps de manière qualitative ? Sa construction psychocorporelle lui permet-elle d'agir sur son environnement ? Comment l'enfant pourra-t-il développer des interactions saines ?

Au cœur de ce développement psychoaffectif de l'enfant, les troubles de l'attachement peuvent survenir. Par l'expérience de la Strange Situation, Ainsworth a mis en exergue différents comportements d'attachement pathologiques qui s'ajoutent à l'attachement sécure mentionné plus tôt. Ces derniers pouvant représenter une carence majeure dans le développement psychoaffectif, je m'autorise à vous les décrire ensuite.

L'attachement insécure - évitant est le plus fréquent des comportements d'attachement pathologiques. Celui-ci apparaît lorsque la figure d'attachement ne répond pas de manière adaptée aux besoins de l'enfant. En réponse, il réduit l'expression de ses besoins pour ne pas se sentir vulnérable. En situation d'expérience, lors de la séparation, l'enfant ne manifeste pas de détresse. Les conséquences d'un tel attachement, d'après Carlson et al. (2007), sont l'émergence d'une distorsion majeure de la régulation émotionnelle et une exploration de l'environnement de qualité moindre. Le corps est alors moins éprouvé dans l'espace, les expériences sensorimotrices viennent à manquer.

L'attachement insécure ambivalent - résistant se développe lorsque les actions du caregiver sont adaptées mais parfois incohérentes : pas de continuité, ni de logique. L'enfant exprime de manière démesurée ses besoins pour avoir la certitude d'obtenir une réponse de son interlocuteur. Lors de la séparation, la détresse est maximale. Suite aux retrouvailles, l'enfant ne décolère pas, il est difficilement consolable. Cela se traduit dans le comportement psychomoteur par une faible exploration de l'environnement. Aussi, le manque de confiance

du bébé envers le caregiver se traduit par une recherche de contact extrême, voire inadaptée, sans l'obtention du réconfort désiré.

Enfin, le pattern d'attachement le plus rare est l'attachement désorganisé, conséquence d'une figure d'attachement qui n'assure pas vraiment les besoins de l'enfant. L'enfant ne ressent pas de protection, il ne comprend pas comment agir pour que son caregiver assure et réponde à ses besoins d'attachement. L'expression des affects de celui-ci est mal organisée. Selon Dugravier et al. (2015) « Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence ; c'est-à-dire d'enfants dont les figures d'attachement sont elles-mêmes terrifiées et/ou terrifiantes. » Ces enfants se retrouvent dans une ambivalence anxiogène. Le caregiver est à la fois source d'apaisement et source de peur. L'enfant est aussi bien dans une démarche de recherche et de fuite. Il est alors extrêmement difficile d'intégrer ce sentiment de sécurité, élémentaire à la construction psychomotrice.

1.1.3 Le développement psychoaffectif en situation de placement familial

Pour apporter davantage de précision, le placement judiciaire, d'après le dictionnaire Larousse (2010, p.783) correspond à une « décision d'un juge confiant un mineur en danger à une famille d'accueil ou à un organisme spécialisé. » Un placement judiciaire dure deux ans au maximum, mais elle peut être renouvelée. Cette mesure de protection vise à retirer l'enfant de son milieu familial qui ne peut lui garantir sa santé (physique, psychique et affective), sa sécurité, son éducation (Placement d'un enfant sur décision judiciaire, s. d.). Dans cette situation et en lien avec ma clinique développée ci-dessous, je vais centrer ma réflexion sur la conséquence des négligences familiales et de la séparation.

La négligence est la forme de maltraitance la plus fréquente, la plus méconnue et la plus délétère. Une situation de négligence consiste en un manque de protection venant de la figure parentale de manière chronique, elle est le plus souvent non-volontaire. Cette négligence peut provoquer des failles dans différentes dimensions : la socialisation, l'élaboration narcissique, la sécurité interne, le sentiment de soi, etc. Pour compléter cet apport sur la négligence, je vous présente ensuite quelques conséquences de la discontinuité relationnelle que subit l'enfant en situation de placement.

Carlson et al. (2007) déclare que ce sont les épreuves de séparations, de placements, d'hospitalisations qui représentent les perturbations les plus graves entre l'enfant et son caregiver. En effet, comme mentionnée précédemment, la continuité relationnelle est essentielle afin que l'enfant se développe de manière sécurisée. Cela lui permet d'explorer son environnement de manière confiante et de pouvoir être soutenu par l'appareil à penser de son caregiver. L'enfant élabore et s'appuie sur ce sentiment de sécurité qui lui permet d'explorer son environnement de manière sereine.

Les situations de séparation ne permettent pas à l'enfant de « construire » sa figure d'attachement. Par conséquent, la connexion à autrui et donc au monde se fait différemment. Le développement, qu'il soit perceptif, moteur, cognitif et émotionnel du bébé survient au travers de l'interaction avec l'adulte, figure d'attachement primaire, et l'absence d'une relation avec un partenaire peut être le moteur d'une désintégration, du désinvestissement du développement. La relation se situe comme point d'appui, comme levier du développement global de l'enfant afin de l'aider à s'élever, à s'autonomiser.

L'action du placement, bien qu'elle soit choisie pour le bien-être de l'enfant, peut être source d'angoisse et de détresse. Comme Bacro et al. (2019) le décrivent, tout placement implique une séparation avec la figure d'attachement principale, quelle que soit la nature de cette relation. Le vécu de perte et de séparation est intense. Ces changements fondamentaux de lieu de vie et d'environnement social demande à l'enfant de découvrir et de s'adapter à tout un nouvel environnement. Si le pattern d'attachement adopté par l'enfant était pathologique (insécure ou désorganisé), ce changement de cadre de vie accentue la dysrégulation émotionnelle déjà présente.

Cependant, le placement est pensé pour la sécurité de l'enfant. Toujours selon Bacro et al (2019), de nouvelles expériences relationnelles sont permises par le nouveau foyer. Celles-ci peuvent fournir à l'enfant un lien affectif sécurisant et cela participe à l'enrichissement et l'assainissement des patterns d'attachements.

Afin de conclure cette première séquence autour du développement psychoaffectif de l'enfant dans différentes situations de vie, il est bon de garder à l'esprit que l'enfant se façonne à partir des premières expériences de vie. C'est en s'appuyant sur ses ressources internes, qu'elles soient qualitatives ou non, que l'enfant va découvrir l'environnement et construire ses premières interactions, avec les autres et avec lui-même. À présent, la question

du lien à l'autre se pose : de quelle nature sont les interactions résultantes d'un lien initial carencé ?

1.2 Les carences au cœur de la construction de l'unité corporelle à l'intersubjectivité

1.2.1 De la construction de l'unité psychocorporelle jusqu'au développement de l'intersubjectivité

Avant d'être en mesure de prendre conscience de l'autre, l'individu doit avoir conscience de son individualité et de la différence avec l'autre, une autre unité. Pour cela, je vais exploiter en premier lieu la construction de l'unité chez le petit enfant. Celle-ci se construit en partie grâce aux interactions avec son environnement familial et social, et cela commence dès le berceau. J'aborde donc à suivre, la progression de l'état indifférencié à la construction de l'unité corporelle du sujet.

Dès les premiers jours de vie, le bébé se trouve dans un état d'indifférenciation globale (Ciccone & Lhopital, 2019). Il n'y a pas de séparation entre le sujet et l'objet, ni entre le psyché et le soma. Les éprouvés du bébé sont tous confondus : la faim, le manque, la douleur, l'absence, etc.. Il en est de même pour l'absence de distinction entre la mère et l'enfant.

Tous deux ont le sentiment de ne faire qu'un alors qu'en fait ils sont deux. Cette expérience permet au bébé d'être, ce qui lui donnera par la suite la possibilité d'agir, de faire et de subir. C'est ainsi que le nourrisson devient progressivement capable de faire l'expérience de soi. (Winnicott, 2007, p.56).

Grâce aux interactions avec ses pairs, les réponses plus ou moins adaptées qu'ils lui apportent, l'enfant peut progressivement différencier ses éprouvés corporels et émotionnels de son environnement. Les interactions précoces entre le parent et le bébé jouent un rôle majeur dans la compréhension des besoins. Par les soins et l'affection prodigués par ses caregivers, à travers la manière dont il est porté, touché, l'enfant ressent, s'habitue aux sensations qu'il perçoit. « L'existence psychosomatique est un accomplissement et, même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un humain qui participe activement au holding (maintien) et au handling (maniement) du bébé » (Winnicott, 2007, p67). Pour reprendre cette citation de Winnicott, c'est par la façon

dont la figure parentale porte, tient corporellement l'enfant, et aussi selon la manière dont il soutient l'enfant psychiquement que le premier sentiment de soi émerge pour le bébé. Contenu dans les bras du parent, l'enfant expérimente les notions de limite, de volume qui sont finalement les prémices de la représentation de soi. Ciccone (2001) traite le sujet de l'enveloppe psychique en citant Bick (1987) « Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé peut s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau ». Effectivement, l'éprouvé de contenance dans les bras, dans la pensée de l'autre permet à l'enfant de ressentir de la contenance dans son propre corps. Il ressent son unité corporelle.

Concernant l'unité psychique et « pour décrire le sentiment de sécurité interne et d'existence dans sa peau, on peut par exemple évoquer la métaphore non plus d'une enveloppe, mais d'un *objet interne support*, qui donne un appui au sentiment d'être ». (Ciccone & Lhopital, 2019). C'est donc par la présence et le soutien, tant physique que psychique, que la notion d'individuation va pouvoir émerger chez l'enfant.

L'éveil de la motricité, premièrement involontaire puis volontaire, entraîne la découverte pour le bébé de son corps dans le mouvement, via d'innombrables expérimentations. Dès les premiers mois, la maturation neurologique entraîne le déploiement des capacités toniques du nourrisson. Les acquisitions (soutenir la tête, déplacements, etc.) offrent à l'enfant un nouveau regard sur son environnement et ceux qui le composent : un nouveau monde à explorer. Les moyens de communication sont enrichis par le dialogue tonico-émotionnel. En grandissant, le bébé apprend à mieux sentir son corps via les différentes sensations et perceptions qui surviennent. D'après Carric (2000), les enrichissement sensoriels et la motricité collaborent étroitement, menant à une motricité plus volontaire. Le sentiment d'unité naît. La maturation anatomo-neurophysiologique couplée aux soins et à l'investissement parental permet au bébé de se construire autant psychiquement que physiquement.

« Si la perception, la sensorialité représentent l'un des fondements de la réalité psychique, l'autre fondement est représenté par l'intersubjectivité. Les compétences du bébé ne se développent que si l'environnement, l'objet, fait tout un travail psychique » (Ciccone, 2014). Cette citation me permet d'introduire le sujet de l'intersubjectivité. Effectivement, l'enfant prend conscience de son individualité, et par conséquent, il prend conscience de l'individualité de ceux qui l'entourent. Toujours selon Ciccone (2014) c'est dans

l'intersubjectivité que se fonde la subjectivité. Comment définir ces deux termes ? Selon Trevarthen & Aitken, la subjectivité consiste en la possession d'une conscience individuelle et intentionnelle. (2003). Bullinger ajoute que l'élaboration du sentiment de subjectivité naît des échanges, des interactions que l'organisme entretient avec son environnement. (2007). La subjectivité désigne la manière dont l'individu s'approprie son organisme et son environnement.

D'après Ciccone (2014), l'intersubjectivité « désigne à la fois ce qui sépare, ce qui crée un écart, et ce qui est commun, ce qui articule deux ou plusieurs subjectivités. » L'intersubjectivité consiste, selon moi, à rassembler ce qui fait du soi (personnel) et les subjectivités environnantes afin d'en faire du lien, de créer un espace commun.

Comment celle-ci naît ? C'est d'abord la mère, la figure parentale, qui prête son appareil à penser à l'enfant. Elle pense l'enfant, avec et pour lui. Celui-ci l'intègre et peut donc ensuite créer son propre appareil de pensées. La pensée se développe finalement dans le lien à l'autre, par le biais des interactions précoces. Pour illustrer un premier exemple de phénomène intersubjectif chez le bébé, Ciccone mentionne Trevarthen (1979) qui relate les proto-conversations entre le bébé et son partenaire : « l'enfant agit et observe pour voir l'effet produit, réalisant une évaluation émotionnelle et partageable de la réalité, développant une conscience commune ». En effet, très tôt, l'enfant est en mesure d'identifier les comportements lors de l'interaction. Trevarthen met en exergue le concept d'intersubjectivité primaire. Cela englobe l'accordage des interactions entre la mère et l'enfant grâce à une observation mutuelle attentive. Les états subjectifs de chacun sont coordonnés au cœur de cet espace intersubjectif. Trevarthen déclare que dès la naissance, l'enfant est réceptif aux états subjectifs d'autrui, cherchant à l'interagir avec. (Trevarthen & Aitken, 2003). Effectivement, « le besoin de communication du nourrisson déclenche la conscience initiale du Soi-l'autre et la réception des intentions et des émotions des messages intersubjectifs qui sous-tendent tout langage. » (Trevarthen & Aitken, 2003)

Plus tardivement, autour de la première année de vie, viendra l'expérience de l'attention conjointe, mettant en exergue l'intersubjectivité secondaire. Celle-ci est marquée par la compréhension de ses éprouvés propres, singuliers, distincts de ceux de ses proches. C'est le précurseur de la théorie de l'esprit.

1.2.2 Subjectivité et intersubjectivité dans un environnement familial carencé puis en situation de placement

Qu'en est-il de la construction de l'identité, de l'intersubjectivité, lorsque le lien précoce est défaillant ? Comment se développent la subjectivité et l'intersubjectivité chez un enfant dont le milieu familial ne répond pas à ses besoins affectifs ?

Achim et al. (2019), déploient le terme de « mentalisation » pour illustrer la compréhension de sa propre subjectivité et de celle d'autrui. Je me permets donc de faire le parallèle de ce terme avec l'intersubjectivité. Ces auteurs affirment que les carences compromettent le développement des capacités mentales et interpersonnelles, pourtant essentielles. « Ces enfants ont en commun des défauts significatifs au niveau de leur capacité d'autorégulation, et ce, tant au plan de la régulation de l'attention que de la régulation des affects et du comportement » (2019). L'écueil de compréhension de ses propres affects vient faire barrage à l'acquisition de la subjectivité. Comment comprendre que je ressens si je suis désorganisé par mes éprouvés ? C'est grâce à la relation d'attachement et à la qualité du jeu entre le parent et l'enfant que la capacité de penser de manière subjective et intersubjective émerge. En effet, c'est au cœur des interactions que l'enfant apprend, analyse ses éprouvés et leur répercussion sur son entourage. Or, quelles sont les conséquences si le parent n'est suffisamment engagé et sensible au développement de la capacité de représentation de l'enfant ? Le développement de la subjectivité et de l'intersubjectivité est entravé, inhibé. L'enfant est freiné dans l'exploration de ses états mentaux et ceux d'autrui.

Ces troubles de la relation à soi et aux autres ne sont pas définitifs. Lors du placement en famille d'accueil, une figure saine et sécuritaire peut accompagner l'enfant lors de ses explorations. Cela permet de relancer la machine à penser et d'accompagner la symbolisation à travers le jeu de manière adaptée.

Le jeu permet donc à l'enfant d'expérimenter des états mentaux et des comportements dans un cadre sécuritaire au sein duquel il n'est pas nécessaire de s'inquiéter de leur impact sur soi et sur autrui. Le jeu lui permet aussi de moduler, voire modifier ses états mentaux et les comportements y étant liés en vue d'une meilleure adaptation. (Achim et al., 2019).

Ainsi, il est possible de concevoir le manque d'harmonie dans les relations intra-familiales. En grandissant, comment l'enfant se situe, physiquement et psychologiquement avec sa figure d'attachement ? D'ailleurs, plus l'enfant est jeune lors de la survenue des carences, moins il est équipé psychologiquement pour répondre et réguler ses réponses. Il est vulnérable, alors l'appareil psychique, pour se protéger, développe une construction psychique particulière avec des systèmes substitutifs et défensifs pour « survivre psychologiquement et gérer leurs états émotionnels » (Bonneville-Baruchel, 2018). Pour illustrer le comportement de l'enfant ayant souffert de carences affectives, je cite de nouveau Bonneville-Baruchel (2018). « La relation à leur figure d'attachement ne paraît tolérable que dans le maintien de l'illusion d'un contrôle absolu. Ils sont très accrochés à leur objet d'attachement qu'ils sollicitent en permanence d'une manière ou d'une autre ». La qualité de la relation et des interactions est donc réellement impactée par le mode d'attachement adopté durant la jeune enfance. Le besoin de contrôle et de maîtrise marque une certaine forme d'insécurité psychique liée à la figure d'attachement.

1.2.3 Retentissement des carences sur les interactions sociales hors du cadre familial

Bonneville-Baruchel a su mettre en évidence les troubles graves des capacités de relation. Elle exprime les signes permettant de remarquer ces failles dans la relation : « dès que l'on tente d'entrer en contact direct avec eux, que ce soit physiquement, ou verbalement, voire pour certains, par le simple regard, car ce type de contact, à visée de rapprochement, d'amorce relationnelle, éveille une excitation très importante » (2018). Les liens relationnels avec un adulte sont très ambivalents. « attractif et angoissant [...] objet de désir et de terreur, séduisant et dangereux ».

Le tableau affectif étant perturbé, instable, il est fréquent qu'un adulte proche de l'enfant soit investi de manière intense, comme une figure d'attachement. Il est alors question d'un transfert affectif majeur. En conséquence, l'enfant tolère difficilement que l'adulte détourne son attention de lui. Cela fait naître des éprouvés de compétition avec les autres enfants. Pour obtenir cette attention permanente, l'enfant opte pour des stratégies excessives dans la proximité avec cette nouvelle figure d'attachement. Sans cela, la frustration déclenche l'expression massive de l'angoisse de l'enfant.

Au-delà de l'agitation motrice désordonnée, on perçoit la menace d'une totale désintégration vécue par l'enfant. Les comportements évoquent une lutte intense contre le danger de l'impuissance et la dissolution de son moi. Toute exigence à leur égard suscite d'abord chez ces enfants une très grande anxiété non élaborée, qui déclenche l'activation d'un modèle interne en réaction défensive d'agrippement et d'attaque, ainsi qu'un débordement qui se traduit souvent par des crises de colère. (Bonneville-Baruchel, 2018).

Les schèmes d'attachement et les interactions intégrés dès les premiers mois n'ont pas permis à l'enfant de constituer une sécurité interne, propice à l'exploration de l'environnement. L'enfant n'est pas en mesure de faire confiance à un adulte pour le protéger, il est en position d'évitement de schémas antérieurs de dépendance. Le choix se porte sur la maîtrise excessive de l'environnement et cela représente un frein majeur dans les apprentissages en relation avec autrui.

Lorsque l'enfant, ayant intégré un schème affectif carencé, se retrouve en situation de groupe avec les enfants du même âge, les relations peuvent apparaître tumultueuses. Reproduisant un schéma intégré, un modèle interactif répété, ce sont des enfants qui sont parfois perçus comme « tyranniques, brutaux » et qui sont fuies par les autres. Il est difficile d'amorcer la création de lien social, amical. Au sein d'un jeu, le respect des règles est difficile, il génère de la frustration, vécue comme insurmontable. La naissance de contraintes peut entraîner des crises de colère, de larmes, très destructrices pour l'enfant et son environnement qui peut se montrer violent. Alors pour éviter les situations contraignantes, l'enfant ayant souffert de carences affectives peut choisir de mener le jeu, décide des règles à son avantage. Le partenaire de jeu devient rapidement soumis, victime de l'attitude sadique de l'enfant. C'est pourtant dans ce cadre peut-être scolaire que l'enfant réalise les apprentissages sociaux les plus impactants. Comme Bruyant l'écrit judicieusement, « un élève seul, ça n'existe pas » (2014). Dans cet environnement scolaire, avec une figure adulte à laquelle il peut accorder sa confiance et d'autres enfants, de nouveaux processus vont rentrer en jeu. Dans ce contexte de socialisation, la question du semblable et du singulier se pose. Plus particulièrement, nous allons nous intéresser à cela au cœur de la partie suivante traitant de l'imitation.

1.3 Capacités d'imitation

Pour exploiter ce sujet autour des capacités d'imitation, je vais m'appuyer de manière générale sur Nadel à travers son ouvrage « Imiter pour grandir : développement du bébé et de l'enfant avec autisme » (2021).

1.3.1 Qu'est-ce que l'imitation ? Quand les avis divergent

Pour définir le terme d'imitation, le dictionnaire Larousse (2010, p.520) propose la définition suivante : « Action de reproduire l'allure, le comportement de quelqu'un, d'un animal, le bruit, le mouvement de quelque chose. Action de reproduire exactement : copier. Action de prendre pour modèle. »

Pour préciser cette première définition, je me suis appuyée sur plusieurs auteurs élémentaires de la psychomotricité. Or, aucun consensus n'est établi, les avis divergent sur la nature de l'imitation. Pour comprendre l'évolution des pensées, je me permets de citer différents auteurs ayant des conceptions différentes. Wallon reconnaît l'imitation comme « la reproduction de la succession exacte des gestes qui compose une action » et il distingue ce terme du mimétisme qui correspond davantage au fait de mimer dans le but de permettre le lien social » (Nadel, 2021, p31). En effet, il conçoit l'un comme la reproduction d'un schème moteur, peut-être dans le cadre d'un apprentissage. Il conçoit l'autre comme purement émotionnel et interactif. Piaget, comme Wallon, estime que le très jeune bébé n'est pas capable d'imitation. Il ajoute qu'à partir de 15 mois, l'enfant est doté d'une imitation dite intelligente car elle signifie l'accès à la représentation et permet donc une imitation sans modèle direct (Nadel, 2021, p32). Tous deux reconnaissent que le fait de reproduire une action familière n'est pas de l'imitation, cette dernière résiderait uniquement dans l'apprentissage de nouveautés.

Contrairement à Guillaume (1925), qui refusait à l'imitation le pouvoir de créer un mouvement nouveau, Wallon soulignera qu'elle suppose un « apprentissage muet » (1942/1970, p. 125), qui intervient entre la perception initiale du modèle et l'acquisition d'un nouveau geste, dont l'exécution dissocie, compose et recompose les acquis antérieurs. (Guillain & Pry, 2012).

Nadel se positionne sur le fait que « l'imitation est un phénomène qui prend des formes multiples, et selon ses formes, elle est plus ou moins exigeante en capacités. » (2021, p29). En effet, avant qu'un individu soit capable d'imiter, plusieurs conditions doivent être réunies. Le sujet doit posséder des capacités motrices suffisamment élaborées pour le mouvement, l'action souhaitée. Si les conditions motrices sont présentes, le sujet doit ensuite orienter son intérêt sur la source à imiter. Il est ici question des capacités attentionnelles. Bien que le sujet réunisse ces deux conditions fondamentales pour avoir la capacité d'imiter, la définition « imiter c'est faire comme l'autre » n'est pas suffisante. Nadel établit trois interrogations qui permettent de préciser la nature de l'imitation.

Imiter quoi ? On distingue ce qui est familier de ce qui est nouveau. Piaget et Wallon se sont positionnés sur le fait que reproduire des actions familières diffère de l'imitation. Cela restreint donc la capacité d'imiter à seulement reproduire des gestes nouveaux. Nadel précise que « l'on ne peut pas imiter des actions qui nécessitent des mouvements étrangers à notre répertoire ». De plus, le système nerveux et ses neurones miroirs sont plus sensibles à l'observation d'une action déjà réalisée. Alors, comment apprendre ? En s'appuyant sur ce que l'individu est capable de faire : son répertoire d'actions familières, il peut se saisir de chaque mouvement de chaque action pour en créer de nouvelles. « C'est grâce à ce répertoire d'actions familières que l'on peut apprendre des actions nouvelles ».

Imiter quand ? Que la reproduction soit synchrone, différée ou décalée, le sens n'est pas le même. Quand l'imitation est réalisée en même temps (synchrone), la valeur communicative est forte. L'action a un effet direct sur l'environnement du sujet, notamment sur le modèle qu'il imite. La notion d'apprentissage est présente dans l'imitation quand elle est faite en différé, du temps est passé entre l'action source et la reproduction, le plus souvent en solitaire. Elle implique la capacité de représentation mentale pour agir selon un item mnésique. Enfin, la dynamique sociale fait son retour dans l'imitation quand elle est décalée. Souvent lieu d'apprentissage, elle se réalise avec la demande du modèle « fais comme moi ».

Imiter comment ? La question de la qualité de l'imitation se pose. Le sujet reproduit-il de manière parfaite ou partielle ? Cela permet d'avoir une représentation des compétences motrices et attentionnelles du sujet. À cela s'ajoute la dimension de la motivation : imiter est un choix. La production ne sera pas la même selon si elle est spontanée ou sur demande d'un tiers.

En somme, l'imitation ne peut se définir aussi simplement que « faire comme l'autre ». Sa complexité réside dans toutes les nuances citées-ci-dessus.

1.3.2 *Naissance et développement des capacités d'imitation*

Le bébé peut imiter. Je conçois davantage le point de vue de Zazzo et de Nadel, par la récence et leur conception de l'imitation que je partage. Je m'appuie sur ce postulat pour développer ce thème autour de la naissance de l'imitation chez l'enfant. Il est bon de garder à l'esprit que les avis divergent autour des compétences du jeune bébé. De Piaget, Wallon jusqu'à Zazzo, Meltzoff et Moore, toute conception est différente, mais à ne pas négliger. Effectivement, Nadel (2021, p60) mentionne que le développement de l'imitation suit les *étapes du développement sensori-moteur* de Piaget. Les premières imitations sont observables dès la naissance, elles sont limitées aux mouvements faciaux. C'est ce qu'avait remarqué Zazzo, en 1945, en tirant la lange à son nouveau-né, qui a reproduit ce geste. Jusqu'à 9 mois de vie, l'enfant a la capacité d'imiter des mouvements impliquant son corps de plus en plus. C'est à partir de 9 mois que l'enfant peut imiter des gestes en vue d'un but. Cette période est charnière, entre 9 et 12 mois, car l'enfant peut commencer à apprendre en observant et donc par la suite, en imitant. On estime ensuite qu'à 30 mois, l'enfant est capable d'imiter des gestes non significatifs qui impliquent des parties non visibles du corps.

Alors, le développement de l'imitation se fait de manière intriquée avec les étapes du développement moteur. En plus des capacités attentionnelles et motrices, un autre facteur permet l'émergence de cette capacité : un environnement affectif sûr qui fournit des stimulations régulières et adaptées. J'appuie sur l'importance de la dimension sociale de l'imitation. En revanche, quels bénéfices trouve l'enfant à cela ? En quoi réside la motivation de l'enfant ?

L'enfant imite car cela lui est utile au cours de son développement. En premier lieu, cela lui permet d'associer la perception au mouvement. Avec répétition, le mouvement est de meilleure qualité car l'enfant exerce le contrôle et la coordination de ses mouvements. L'auto-imitation participe à cela, dans le sens où lorsque le bébé produit un mouvement (souvent par hasard), la répétition de ce même mouvement vient relier ses différentes sensations afin de connaître davantage son corps. Cela participe aussi à la distinction entre ce qui vient de lui, le Moi et ce qui provient de l'extérieur : le Non-Moi. Les perceptions ne sont pas identiques lorsque l'enfant se touche et lorsqu'il est touché. Pour citer Nadel, il est question pour l'enfant de « faire l'expérience de l'unité de son corps en exerçant la relation

entre perception et action ». Quand le jeune enfant imite, il apprend à considérer ce qu'il peut faire et ce qu'il ne sait pas faire : il parvient à faire la distinction entre les deux.

L'apprentissage, comme mentionné précédemment, est possible via l'imitation de nouvelles actions, à partir du répertoire moteur des mouvements familiers. Qu'en est-il des imitations des gestes familiers ? Pour les enfants n'ayant pas encore accès au langage, c'est un moyen de communication, une manière d'être en lien avec l'autre. C'est ce que Wallon (1934) nomme le « mimétisme affectif ».

1.3.3 Le retentissement neurologique de l'imitation

Il est désormais aisé de comprendre la richesse de l'impact de l'imitation lors du développement de l'enfant. Or, comment pouvons-nous comprendre ce fonctionnement au niveau cérébral ? Comment les apprentissages sont-ils possibles ? Je vais vous dévoiler à présent quelques études réalisées autour des neurones miroirs. Ces recherches nous permettent aisément de faire le lien entre la naissance de l'intersubjectivité, exploitée antérieurement, avec le pouvoir de l'imitation. Lors de ma précédente séquence traitant la nature de l'imitation, j'ai pu vous décrire que le sujet, pour imiter, se repose sur son répertoire d'actions motrices. Il est possible d'enregistrer et de visualiser le mouvement ainsi que les étapes qui le précèdent grâce à différentes techniques d'imagerie cérébrale. Elles nous permettent de visualiser les différentes zones de l'encéphale qui s'activent. Je vais vous présenter ensuite quelques études recensées par Nadel (2021).

Les travaux en imagerie cérébrale de Decety, durant les années 1990, se sont ciblés sur les actions de faire et imaginer faire.

Ses travaux convergent avec ceux de nombreux autres auteurs pour conclure que les aires cérébrales connues pour leur rôle dans la programmation motrice (c'est-à-dire l'organisation des étapes de l'action), sont actives au cours de l'imagerie motrice (la représentation mentale de l'action). (Nadel, p129).

Donc, l'action de s'imaginer faire active les mêmes zones cérébrales que l'action en elle-même. Cette faculté neuronale met en exergue le pouvoir de l'apprentissage par observation.

La seconde étude que je vous présente maintenant traite de la découverte des neurones miroirs par l'équipe de Rizzolatti. Nous savons que le fait de s'imaginer être en

action active bon nombre de réseaux neuronaux. Qu'en-est-il de voir une action se réaliser devant soi ? Les réactions cérébrales sont-elles les mêmes ? Lors de l'observation puis de l'action identique, il est remarqué l'activation d'une même classe neuronale. « Les neurones miroirs constituent une classe particulière de neurones corticaux, qui s'activent lorsqu'un individu exécute une action, mais, également, lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action » (Guillain & Pry, 2012). L'hypothèse alors émise est que le cerveau traduit directement l'observation d'une action en séquences motrices permettant son exécution.

De manière plus générale, la fonction miroir permet de comprendre l'autre via ses mouvements et gestes mais aussi par sa compréhension de l'action. Ce système neuronal est en étroite association avec le réseau neuronal de la mentalisation. « Le système miroir pourrait jouer un rôle fondamental dans l'établissement et le maintien des relations sociales ; il permettrait de comprendre ce que l'autre fait et ce qu'il ressent. » (Guillain & Pry, 2012).

2. PARTIE CLINIQUE

2.1 Le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)

Je réalise mon stage au sein d'un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) polyvalent. Je me rends sur place une journée par semaine, durant laquelle j'effectue, avec mes deux maîtres de stage, des prises en charge individuelles et groupales. Je rencontre durant cette journée des enfants souffrant de retard de développement psychomoteur, de suspicion de Trouble du Spectre Autistiques (TSA), de trouble du comportement...

En plus des psychomotriciennes et de l'équipe de direction, d'autres professionnels interviennent au CAMSP : une assistante sociale, une éducatrice de jeunes enfants, une ergothérapeute, un orthophoniste ainsi qu'un médecin pédiatre. Les suivis sont donc riches et permettent d'accompagner de la manière la plus complète les enfants.

Les enfants, âgés entre 0 et 6 ans, sont accueillis en ambulatoire. Ils souffrent de déficits moteurs, mentaux, ou sensoriels. L'établissement est polyvalent, c'est-à-dire qu'il n'est pas spécialisé dans une pathologie particulière. L'admission dans cette structure permet le diagnostic et, si besoin, le soin assuré par une équipe pluridisciplinaire. Une prise en charge aussi précoce laisse entendre l'importance des enjeux du Centre D'Action, tout d'abord en soutenant le lien parental. Certains suivis sont réalisés en présence du parent. Le développement de l'enfant, avec ou sans handicap, est au centre du travail du suivi. Les dimensions relationnelles, affectives sont mise en jeu. Ces prises en charge offrent aussi tout un espace de découverte tant ludique que créatif.

L'équipe pluridisciplinaire apporte un réel soutien au développement psychique et physique de l'enfant. Les prises en charges pluridisciplinaires sont fréquentes et multiples. Durant ma journée hebdomadaire, je participe à une première séance de groupe menée conjointement avec une psychomotricienne et une éducatrice de jeunes enfants, puis je prends part à plusieurs suivis menés avec un orthophoniste et une psychomotricienne.

2.2 Présentation de Mona

2.2.1 *La première rencontre*

Durant mon premier jour de stage, avant de rencontrer l'enfant que je nomme Mona, j'ai eu écho du triste début de vie de cette petite fille. Il m'a été présenté son environnement familial et les raisons pour lesquelles elle est adressée en psychomotricité. Elle sera la première patiente ayant souffert de carences affectives, de négligences et donc de placement familial que je rencontre. J'ignore quel est le profil auquel je dois m'attendre, mais j'imagine voir une enfant physiquement impactée par les carences connues. Quelle fut ma surprise quand une petite boule d'énergie à la tête blonde traverse la porte du CAMSP. Je rencontre une enfant alors âgée de deux ans et demi, souriante, les yeux cachés par quelques mèches de cheveux. Son attitude et son allure me font penser à celle d'un bambin. En effet, Mona ne parle pas et sa gestualité est très éloignée de celle d'un enfant entrant en maternelle. Après avoir gambadé énergiquement dans la salle d'attente, elle se cajole comme un bébé dans les bras de sa tutrice. La séparation avec « Tati » se passe bien, elle passe facilement de ses bras à ceux de l'orthophoniste. Mona est néanmoins silencieuse et très observatrice. Elle porte ses mains à la bouche, comportement qui signale déjà pour moi son retard de développement. En effet, l'action de porter ses mains ou des objets à la bouche est une manière pour l'enfant durant sa première année de vie de découvrir son environnement. Or, ce comportement s'amène à disparaître lorsque la motricité de l'enfant lui permet de partir à la conquête de son environnement.

C'est toujours dans les bras de l'orthophoniste qu'elle rejoint la salle pour son premier rendez-vous de la journée. Une demi-heure plus tard, il est l'heure pour Mona de la séance individuelle de psychomotricité. Nous lui proposons de venir jusqu'à la salle en marchant, ce qu'elle refuse timidement par un signe de tête. L'orthophoniste la porte donc jusqu'à la salle de psychomotricité dans laquelle elle accepte d'être déposée. Pendant les premières minutes, elle se montre plutôt réservée et silencieuse. J'ai le sentiment de légèrement l'intimider, elle ne me connaît pas encore. Je prends alors la décision de rester dans l'observation et de me mettre de côté afin qu'elle puisse s'habituer à ma présence.

Je vais maintenant vous présenter l'histoire et l'anamnèse de Mona. Je présenterai ensuite son bilan ainsi que son suivi psychomoteur. J'obtiens ces informations via le dossier médical de Mona, ainsi qu'en interrogeant ma maître de stage, l'orthophoniste et l'assistante sociale. Je n'ai pas eu l'opportunité de discuter avec ses parents, seulement avec la tutrice de la famille d'accueil.

2.2.2 Anamnèse

La grossesse est la cinquième de la mère, alors âgée de 25 ans. Sa première grossesse survient lorsqu'elle a 17 ans et se termine par une Interruption Thérapeutique de Grossesse (ITG) à cause d'une mort fœtale au bout du sixième mois de grossesse. Quelques années plus tard, sa seconde grossesse se clôture par une Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse (IVG). Les trois suivantes sont survenues avec deux ans d'écart entre chacune d'entre elles.

La fin de la dernière grossesse fut compliquée, la mère de Mona est alitée au bout de 6 mois de grossesse, c'est-à-dire au bout de 25 semaines d'aménorrhée. Elle est hospitalisée les trois jours précédents l'accouchement pour une prééclampsie. L'accouchement a eu lieu au bout de 37 semaines d'aménorrhée, par césarienne itérative. La naissance de Mona, est à l'image de cette fin de grossesse, difficile. Elle est rapidement prise en charge pour une détresse respiratoire. Mona reste hospitalisée 48 heures dans le service de néonatalogie pour désaturation.

2.2.3 Environnement familial

Mona est la plus jeune de sa fratrie. Elle est la troisième enfant de sa mère, et la seconde du père. À sa naissance, son frère et sa sœur bénéficient déjà tous deux d'une mesure de placement en famille d'accueil. Ces deux placements sur décision judiciaire sont dus à des comportements violents du père et incestueux du grand-père maternel, des carences éducatives et des négligences, tout cela aggravé par des déménagements fréquents. Ils furent placés dans la même famille d'accueil un an avant la naissance de leur jeune sœur.

Le père de Mona est plutôt jeune, il devient père pour la première fois avant sa majorité. Il présente une dépendance nocturne aux jeux vidéo avec inversion du rythme

nycthémeral qu'il ne reconnaît pas et pour laquelle il refuse les soins. Des actes de violences sont dénoncés envers ses enfants et son voisinage.

La mère de Mona est investie dans les premiers suivis de sa fille. Elle est en forte demande de conseils pour s'occuper de Mona, qui sont difficile à mettre en œuvre selon elle.

2.2.4 Premières années de vie

Deux mois après la naissance de Mona, un Service d'Accompagnement Familial Renforcé (SAFRen) est mis en place. Deux éducateurs interviennent au domicile, 6 à 8 heures par semaine, pour accompagner la famille.

Aux trois mois de Mona, le médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) s'inquiète du retard de tonus qu'elle présente. En effet, elle montre une mauvaise maîtrise de sa tête et ne se redresse pas en décubitus ventral. Son comportement visuel est anormal : une absence de suivi de cible, une absence d'accroche du regard ainsi qu'une absence d'intérêt pour les objets. La mère décrit aussi que sa fille rit aux éclats quand elle est tournée vers le mur.

Sept mois plus tard, le suivi oculaire est de qualité. Le médecin remarque que, bien que le retournement soit acquis, la tenue assise est impossible à cause d'une hypertonie des membres inférieurs. Il note un front bombé, une plagiocéphalie marquée (déformation crânienne positionnelle, c'est-à-dire l'aplatissement d'un côté de la tête) et une platycéphalie.

Dans la vie quotidienne, les qualités du sommeil et de l'alimentation sont bonnes. Les morceaux dans les repas sont tolérés depuis ses 8 mois sans l'apparition de réflexe nauséux.

Durant sa première année de vie, Mona a subi plusieurs bronchiolites et une pneumopathie. Cette dernière survient aux 10 mois de Mona et a été responsable de deux arrêts cardio-respiratoires. Elle a été hospitalisée 4 jours sous oxygénothérapie.

Des carences de stimulations familiales répétées ont conduit à un placement en famille d'accueil. La mère de Mona, pourtant avide de conseils, reconnaît avoir délaissé sa fille tandis que le père regrette la décision de placement et est en difficulté pour prendre sa place dans cette nouvelle situation (absence aux rencontres, retards fréquents...). Les deux premières familles à qui était confiée Mona ont dû cesser de l'accueillir à cause d'évènements familiaux. Gardons à l'esprit que Mona est âgée de moins de 2 ans lors de ces

nombreuses séparations et changements de logement. En lisant ces informations, je commence à percevoir l'instabilité dans laquelle Mona a évolué. Les liens avec sa famille biologique restent maintenus, Mona rencontre ses parents tous les jeudi matin. Elle rend aussi visite à ses frères et sœurs tous les 15 jours et prend plaisir à jouer avec eux.

Actuellement et depuis le début de l'année scolaire (septembre 2020), Mona vit dans une famille qui accueille aussi trois autres enfants de 8, 9 et 11 ans. Cette famille est très investie dans les prises en charge de Mona. Elle n'est pas scolarisée et reste donc auprès de sa tutrice durant la semaine.

En découvrant ce début de vie instable, je dresse un premier tableau affectif chaotique de l'entourage instable de cette petite fille. La question du lien relationnel commence déjà à se poser pour moi.

2.2.5 Historiques des suivis

Mona est adressée au CAMSP par le médecin de la PMI à l'âge de 8 mois car elle présente une hypotonie, une faiblesse dans les interactions et une déficience visuelle. Il y a une suspicion d'un retard développemental. L'hypothèse d'un Trouble Neurodéveloppemental est alors posée.

Mona débute sa prise en charge au CAMSP au cœur d'un groupe d'éveil ayant pour objectif de proposer un environnement d'éveil stimulant. À la même période, les parents de Mona bénéficient de guidance parentale.

À partir de la rentrée 2019, Mona participe à des séances éducatives ainsi qu'à un suivi groupal encadré par une psychomotricienne et un orthophoniste. Pour vous permettre de visualiser les premières progressions de Mona depuis son arrivée au CAMSP, je vous partage les observations des deux bilans orthophoniques réalisés à un an d'intervalle.

Le bilan orthophonique réalisé en janvier 2019, lorsqu'elle est âgée de 1 an, indique que les précurseurs à la communication sont en place. Mona regarde son interlocuteur, sourit et rigole. Le partage attentionnel peut avoir lieu. Concernant le langage expressif, l'imitation motrice est en cours d'acquisition, cela se manifeste par des mouvements de bouche. L'imitation vocale n'est pas encore notée. Il n'y a pas de pointage. Elle communique via des vocalisations. L'orthophoniste remarque un bavage important, dû à une hypotonie des lèvres

et des joues. L'objectif de la prise en charge en orthophonie est d'accompagner le développement du langage sur ses deux versants (compréhension et expression), soutenir les prérequis à la communication ainsi qu'améliorer la tonicité de la sphère orale.

À la rentrée scolaire 2020, un nouveau bilan orthophonique fut réalisé. Mona est âgée de 2 ans. Il mentionne le développement du langage expressif avec quelques mots. L'imitation vocale n'est pas présente. La compréhension lexicale est de qualité. Le bavage est en amélioration mais encore à travailler.

Afin de vous donner une représentation des prises en charge de Mona durant l'après-midi, je m'appête à vous décrire brièvement ses différents suivis. Je n'aborderai que certains d'entre eux lors de mes observations, mais il est bon de garder à l'esprit cet emploi du temps. En arrivant au CAMSP, Mona débute par une séance avec l'orthophoniste, c'est d'ailleurs l'unique suivi auquel je ne participe pas. Ensuite, il est temps de notre séance individuelle en psychomotricité. Après ces deux temps en individuel, Mona rejoint un groupe nommé Parli-bougeons, mené par l'orthophoniste et ma maître de stage, psychomotricienne, dont l'objectif est de stimuler les émergences motrices et langagières des deux enfants accueillis. Suite à cette première séance groupale, il vient l'heure du second groupe consacré à la Dynamique Naturelle de la Parole (DNP) toujours assuré par l'orthophoniste et la psychomotricienne. L'ensemble de ces suivis dure deux heures (une demi-heure pour chaque suivi). C'est un temps qui peut être long, parfois fatigant pour cette enfant. Nous concevons que les séances requièrent beaucoup d'attention et de travail.

2.3 Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été réalisé à la rentrée scolaire 2020, avant le début de mon stage au CAMSP. Mona est alors âgée de 2 ans. Voici à suivre quelques éléments du bilan que j'ai relevé. La séparation avec son assistante familiale est difficile, Mona pleure, puis accepte de venir dans la salle, portée dans les bras. Elle cesse de pleurer et prend possession de l'espace proposé. Pendant la rencontre, elle porte beaucoup les mains à la bouche, surtout pendant les moments de transition. Cela représente-t-il un signe de préoccupation ? Elle se montre plutôt coopérante, curieuse et souriante. Elle reste très peu de temps sur une même activité.

Concernant le développement psychomoteur, voici quelques observations afin de se représenter le profil psychomoteur de Mona.

En motricité globale : il a été remarqué une démarche maladroite et molle, due à une hypotonie de fond. Mona peut accélérer le pas, voire courir. Elle peut également réaliser quelques pas à reculons. Les changements de position sont réalisés avec la position du chevalier servant, prenant appui davantage sur sa cheville que sur le plat du pied. Cette mauvaise posture du pied est en lien avec son hypotonie de fond.

Dans l'espace : elle évolue de manière sécurisée dans son environnement, elle ne prend pas de risques et semble avoir conscience de ses capacités. Par exemple, elle évite soigneusement le banc, peut-être par appréhension.

Ses compétences en motricité fine restent significativement en dessous de la norme des enfants de son âge. Cela est impacté par le fait que Mona change très rapidement d'activité et ne va pas au bout de l'expérimentation. Concernant la graphomotricité, elle est encore dans une phase d'expérimentation où elle change de main et de prise de crayon. Elle peut laisser une trace et prend plaisir à manipuler.

À propos du développement de la sociabilité, la plupart des prérequis à la communication sont en place ou en cours d'acquisition. En effet, Mona présente un très bon élan à l'interaction. Les attentions partagées et conjointes sont possibles. Les imitations gestuelles sont possibles avec un jouet ou une action corporelle. Mona peut jouer à faire semblant avec une poupée.

En conclusion de ce bilan, un retard psychomoteur est marqué dans plusieurs domaines (tonus, équilibre, manipulations fines). Elle est de plus en plus à l'aise dans sa motricité globale et est très en lien avec l'adulte. Un décalage demeure présent dans le domaine du langage et de la motricité fine.

Le suivi initialement mené par ma maître de stage a pour axe de travail de continuer les expériences sensori-motrices. Les objectifs sont d'avoir la capacité de réaliser des constructions fines, de soutenir l'émergence de la graphomotricité ainsi que de garder une vigilance sur sa motricité globale et acquérir un meilleur équilibre. Par ces expériences, je comprends que Mona peut découvrir de plus en plus son corps et de surcroît, son corps dans le monde qui l'entoure.

2.4 Suivi psychomoteur

Je vais ensuite présenter le suivi psychomoteur de Mona que je mène, accompagnée dans un premier temps par ma maitre de stage puis progressivement seule. Au cours de cette prise en charge, Mona s'appuie sur l'adulte, autant corporellement que psychiquement. Ses compétences relationnelles sont un réel outil pour le suivi.

Pendant les séances axées sur le mouvement, je remarque qu'elle ne reste jamais bien longtemps en action. Elle cherche beaucoup à aller s'asseoir, sur une chaise ou bien sur un banc. Elle appuie tout son dos sur le dossier de la chaise ou sur le mur. Je remarque son hypotonie de fond par son besoin de soutien dorsal. Mais quand elle n'est pas assise, elle fait preuve d'une grande agitation motrice, normale pour un enfant de cet âge. Or, l'objectif du suivi de Mona est ciblé autour des expérimentations, alors, notre rôle n'est pas d'ajuster ce comportement moteur mais de lui permettre d'expérimenter de manière qualitative. Mona court d'un mur à l'autre de la salle, il lui arrive souvent de se prendre les pieds dans le tapis par manque d'attention, alors elle chute puis elle va s'asseoir. Et recommence à courir et chuter. Cette motricité débordante m'impressionne et me questionne sur comment nous allions pouvoir la faire revenir à l'exercice. Cependant, elle me donne l'impression d'apprécier être en relation avec nous, en effet, elle revient toujours à l'activité en cours, à laquelle nous l'attendions. Elle échange beaucoup de sourires, de rires et de regards.

2.4.1 Expériences de manipulations fines par le prisme de la relation

Je vais relater plusieurs extraits de séances durant lesquelles nous travaillons avec Mona sur les expérimentations autour de manipulations fines.

Lors d'une première séance, nous proposons à Mona une pâte à modeler sensorielle. Elle manipule beaucoup, par des découpages, des transvasements, des rassemblements. Face à elle, je joue moi aussi avec la pâte et je tente d'initier de nouvelles manipulations, par exemple celle de créer une boule. L'objectif est ici de lui permettre de réaliser des constructions fines par le média de l'expérience sensori-motrice. Quand je lui montre de nouveaux gestes avec la pâte, sa réaction est intéressante. En effet, au lieu de tenter de

reproduire elle-même le mouvement, Mona vient prendre dans mes mains. Cette attitude me questionne. Ne se sent-elle pas apte à réaliser certaines actions ? Ses capacités d'imitation sont-elles suffisamment développées ? Durant ses manipulations, Mona est silencieuse, observatrice. Je remarque peu de regards échangés mais Mona semble très intéressée par l'action de mes mains. J'émetts l'hypothèse que c'est une façon d'être en relation au sein d'un jeu. A-t-elle pu bénéficier d'une telle situation d'expérimentation en relation auparavant ?

Pour persévérer dans l'expérimentation tactile, nous lui proposons une bassine dans laquelle se trouve du riz ainsi que des récipients et outils de transvasements. A l'instar de ses expérimentations précédentes, Mona manipule avec intérêt. Elle transvase avec précision le riz d'un verre à l'autre. Cela lui permet de travailler ses coordinations bimanuelles et oculo-manuelles, toujours via différentes expérimentations sensori-motrices. À ses côtés, j'utilise l'une des cuillères afin de lui montrer comment continuer de transvaser mais avec une utilisation plus fine, dans le but qu'elle imite. De nouveau, elle vient saisir la cuillère que j'ai en main comme pour tenter d'en attraper l'expérience. Je dis attraper l'expérience, car elle prend la cuillère mais n'en fait rien. Comme si l'expérience était déjà réalisée alors elle avait juste à savourer le plaisir d'obtenir son résultat final. Ce comportement éveille en moi un sentiment d'incompréhension. Comment lui faire comprendre qu'elle peut, elle aussi, reproduire ces actions ? Cette scène me donne l'impression que Mona « vole » mon expérience pour la faire sienne. Cherche-t-elle l'objet animé car elle n'est pas capable de l'animer elle-même ? J'aimerais qu'elle puisse se saisir de ses capacités d'imitation en s'appuyant sur mon reflet en action pour agir.

La semaine suivante, pour assurer la continuité des séances passées, nous lui proposons à nouveau une activité de transvasement avec des marrons cette fois-ci. Après réflexion, je m'étais préparée à ne pas laisser Mona prendre dans mes mains ce qu'elle souhaitait mais de l'accompagner pour qu'elle puisse l'obtenir d'elle-même. Par chance, chacun des éléments du jeu de transvasement est présent en double exemplaire. Alors, au lieu de lui donner celui que je tiens, je lui désigne le même dans le bac. Mona ne me paraît pas contrariée de ce refus et tente de reproduire certains mouvements. Son regard peut voyager entre les manipulations de mes mains, et avec mon regard comme soutien. Était-elle assez en confiance, soutenue, pour se permettre d'expérimenter, en appui sur les manipulations devant elle. Ces conditions sont-elles optimales pour permettre l'imitation ?

Après de nombreux échecs elle a été capable de dévisser le bouchon d'une bouteille en plastique, c'est-à-dire tourner d'un côté en étant assez ferme dans la pression des mains, puis de mettre des marrons dans la bouteille et enfin de refermer la bouteille en vissant le bouchon dans l'autre sens. Pour cela, j'effectue les gestes à reproduire devant elle, et je l'accompagne manuellement lorsque cela s'avère nécessaire. Elle a su ajuster le tonus nécessaire et adopter une coordination oculo-manuelle efficace pour reproduire l'action. Je réalise que son appui sur l'autre est un outil efficace sur lequel il est intéressant de s'appuyer pour soutenir ses acquisitions.

2.4.2 L'appui relationnel pour trouver l'équilibre

Passons maintenant à un second angle de vue : celui de la motricité globale, du mouvement dans l'espace et de l'équilibre. Comme précédemment, je raconte plusieurs extraits de séances qui ont pu attirer mon attention quant à l'impact du psychomotricien dans l'accompagnement.

D'après son bilan, Mona évite la poutre et montre de faibles compétences en équilibre. J'installe donc le parcours en y ajoutant des modules qu'elle apprécie comme le tobogan, ainsi que d'autres modules à travailler comme la poutre. J'appréhende un peu cette dernière, l'idée que Mona puisse chuter m'effraie. Cela viendrait questionner la sécurité du cadre que je dois tenir. Je garde à l'esprit l'histoire de vie peu sécurisée de Mona, je ne souhaite pas que cela soit revécu lors des séances de psychomotricité. J'espère que le cadre de la séance l'installe dans un climat de confiance et de protection afin qu'elle puisse expérimenter sereinement.

Lors de l'exécution du parcours, Mona prend le temps pour chaque module, elle ne court pas pour passer d'une activité à l'autre. La voir évoluer ainsi me rassure et me permet de l'accompagner à son rythme, et au mien. Elle réclame mon aide en me tendant la main, appuyé d'un regard, pour monter sur la poutre. Elle est maladroite dans l'organisation de ses jambes et ses bras, et finit par passer la poutre à quatre pattes. Manque-t-elle de confiance en ses compétences d'équilibre ou en moi pour la sécuriser ? Je prends la décision de ne pas la forcer à se redresser dès le premier tour afin de lui laisser le temps de s'approprier ce nouveau module. Il est aussi question pour elle de savoir de quels appuis sont nécessaires afin de se sentir stable.

Au tour suivant, elle parvient à monter seule, bien que toujours maladroite. Je l'invite à se redresser afin qu'elle puisse simplement ressentir ce que le fait d'être en hauteur et en équilibre lui procure dans son corps. À ma grande surprise, elle ne refuse pas et doucement, elle se redresse. En cela, elle peut se ressentir stable, en équilibre, avec un polygone de sustentation moins large. Elle peut faire, en tenant ma main, quelques petits pas peu assurés puis descend. J'imagine que cela a dû l'impressionner car elle serrait ma main avec beaucoup de force et n'a pas effectué une grande distance.

La semaine suivante, j'ai collé la poutre au mur afin qu'elle puisse avoir un appui permanent, visuel et tactile tout du long. Elle peut monter seule, sans appui autre que la poutre. Mona se redresse ensuite automatiquement et passe la poutre en entier, en se tenant au mur à sa droite. Les pas sont toujours courts mais semblent vécus avec davantage d'assurance. Elle prend confiance en elle, et dans la stabilité et l'immutabilité de son environnement. Les appuis contre le mur lui ont permis de pouvoir créer son équilibre, solide, tout en étant debout et donc moins stable qu'à quatre pattes sur la poutre.

Lors d'une des séances qui a suivi, Mona est arrivée très agitée. Lors du parcours, elle fait preuve pour la première fois d'une grande rapidité qui me dépasse dans les exercices d'équilibre. Je crains qu'elle chute sans que je ne puisse la rattraper. La poutre était cette fois-ci placée au milieu de la salle, sans appui mural disponible. Après m'avoir devancé sur tout le parcours, Mona réclame finalement mon aide au moment de grimper sur la poutre. Je lui tends un long bâton que je place à l'horizontal devant elle à hauteur des coudes et qui permet de l'accompagner lors de sa progression sur la poutre, de la tenir psychiquement sans la tenir physiquement. Elle accepte ce nouveau matériel qui ne la freine pas pour autant. Au fur et à mesure des tours, sa rapidité est telle que j'en oublie de prendre le bâton. Je suis débordée par cette petite fille qui ne semble pas avoir conscience du danger. Elle glisse à la fin de la poutre et chute sur le tapis sans que je ne puisse la rattraper. Elle ne pleure pas et va s'asseoir en s'adossant au mur, comme à son habitude. Cette attitude marque-t-elle le besoin de soutien corporel, déficient par son hypotonie ? Dois-je comprendre cette réaction comme le besoin d'être tenue par le mur, élément permanent qui ne s'effondre pas comme la chute ? Mona ne souhaite pas recommencer, et je peux le comprendre, ceci a dû être très éprouvant pour elle.

La semaine suivante, alors que le parcours est en place lorsqu'elle arrive dans la salle, Mona exprime corporellement et dit « non ». Ne souhaitant pas qu'elle se bloque sur son

dernier souvenir de la poutre, je débute le parcours devant elle. Repérant un sourire naissant sur son visage, je pense parvenir à la motiver. En la sollicitant une nouvelle fois, elle me rejoint. Encore une fois, je peux m'appuyer sur la relation thérapeutique de confiance qui s'est établie entre nous pour travailler car elle me suit avec plaisir. Je tiens à faire le parcours entièrement avec elle pour l'accompagner, autant physiquement que psychiquement, dans une activité commune, un plaisir partagé. Le plaisir sensorimoteur qui émerge lui permet de pouvoir traverser les différents modules. Mona effectue plusieurs fois ce parcours. Finalement, elle parvient à passer pour la première fois la poutre seule sans tomber, je reste à ses côtés durant sa progression. Elle marche lentement, regarde ses pieds et lève les bras pour s'équilibrer. Son attitude montre la précaution et l'attention qu'elle porte à la situation. Il est possible qu'elle se souvienne de la fois passée et de sa chute qu'elle ne doit pas souhaiter revivre. Pourquoi avoir souhaité remonter sur la poutre ? Mona était-elle suffisamment stable et confiante au fond d'elle pour parvenir à une stabilité sur la poutre ? Ressentait-elle ma présence comme suffisamment rassurante afin de réitérer une expérience ayant été synonyme d'effondrement dans le passé ?

2.4.3 À la rencontre de soi à travers l'autre

Suite aux séances individuelles d'orthophonie et de psychomotricité, Mona rencontre d'autres enfants pour des séances groupales, co-dirigées avec l'orthophoniste.

L'un de ces groupes se nomme « Parli-bougeons » et, comme son nom l'indique, il a pour objectifs de travail le développement du langage et de la motricité fine et globale. Pour conserver son anonymat, je nomme Tim l'autre enfant qui participe au groupe. Pour le décrire brièvement, Tim est un jeune garçon brun de 3 ans, plutôt grand pour son âge. Il est très souriant, très joueur. Il présente un retard intellectuel, langagier et psychomoteur.

Lors de leur première rencontre, Tim se dirige immédiatement vers Mona. Il la regarde et la touche. Face à lui, Mona affiche un visage neutre. Elle a tendance à l'éviter et fuir puis venir s'asseoir contre l'un des adultes. Cette attitude de réassurance traduit-elle une crainte de l'inconnu, un besoin de soutien ? Considère-t-elle la présence de l'adulte comme suffisamment sûre ? Est-ce une première expérience avec un enfant d'un âge proche du sien ?

C'est au cœur de l'activité que la véritable rencontre avec Tim se produit. Sur les tapis au sol, nous proposons aux deux enfants une activité au cours de laquelle ils manipulent des gommettes puis les collent sur des supports divers. Cela leur permet de développer la motricité fine par la capacité de préhension adaptée. La coordination oculo-manuelle est également au travail pour coller la gommette au bon emplacement. Mona est focalisée sur sa feuille et ne porte aucune attention à l'autre enfant. Cette attention de qualité lui permet de se concentrer sur l'activité en cours. Le regard est correctement orienté. Je l'accompagne afin qu'elle décolle les gommettes avec la précision nécessaire. Le manque de régulation tonique entraîne le déchirement fréquent de la gommette. Comme à son habitude, Mona met un terme à l'activité en cours et part à la recherche d'un soutien dorsal. Seulement, cette fois-ci elle est suivie et imitée par Tim. Elle le regarde d'un air curieux. L'avait-on déjà imitée ? Quel effet cela lui provoque de se sentir copiée ? Cette ébauche de communication entre les deux enfants semble éveiller leurs intérêts mutuels. Suite à leur retour sur le tapis, la manipulation recommence. Ils sont à nouveau concentrés sur leur production respective.

Je choisis de coller une gommette sur mon front et de ne rien signaler aux enfants. J'attends d'eux qu'ils puissent prendre conscience des personnes qui les entourent, par le regard notamment. Cela est en lien avec les capacités d'individuation, de subjectivité, et de manière générale, du rapport à autrui. Par ailleurs, je crains que le port du masque freine les jeunes enfants à regarder le visage des adultes. Je doute de mon initiative un long moment : les enfants sont tellement absorbés par leur activité qu'ils ne lèvent pas le regard une seconde. C'est d'abord Tim qui lève la tête et qui remarque quelque chose d'inhabituel sur mon visage. Il rit et pointe du doigt l'autocollant rouge. Cet élan communicatif est encourageant, j'espère qu'il fera écho de la même manière pour Mona. Cette agitation attire son attention, à son tour, elle pose son regard sur Tim, puis sur mon front. J'assiste à de belles démonstrations d'attention partagées et conjointes, qui concrétisent l'amorce langagière. Tim prend l'une des gommettes et la colle, sans trop de délicatesse sur le front de Mona. Cette dernière, d'abord sidérée par ce contact brutal, commence à toucher son front. Par son éclat de rire, je comprends qu'elle a senti la gommette. Sans voir son reflet, Mona semble savoir qu'elle est dans la même situation que moi, sans qu'elle en soit à l'origine. L'a-t-elle compris ? Qu'entraîne la sensation de voir et de sentir simultanément ?

Lors d'une autre séance, toujours au cœur de ce groupe, j'ai été stupéfaite d'observer l'émergence spontanée d'un jeu qui demande pourtant un accordage relationnel de qualité.

En construisant une tour grâce à des cubes de taille croissante, la psychomotricienne entame un jeu où elle cache des figurines d'animaux à l'intérieur de la tour.

- « Où est la vache ? questionne l'orthophoniste. Elle est cachée ? »

Un jeu de caché-trouvé s'installe entre les enfants et les animaux de la ferme. Mona et Tim prennent chacun beaucoup de plaisir à détruire individuellement la tour afin d'y retrouver les animaux dissimulés. Le jeu ne me semble pas coopératif, les enfants partagent peu de regards et d'attention entre eux. Les interactions sont plus prégnantes avec l'adulte qui participe à la narration du jeu. Au bout d'un temps, et peut-être à l'évocation du mot « se cacher » et de l'action de dissimuler les animaux, Tim décide de partir se camoufler derrière les épais rideaux de la salle. N'ayant pas remarqué le départ de Tim, je me permets d'émettre l'interrogation suivante à l'intention de Mona :

- « Où est Tim ? »

Mona réagit immédiatement. Elle part à sa recherche dans la salle de psychomotricité. Je suis étonnée car lors de la séance, elle montre peu d'intérêt pour cet autre enfant. Quelle fut sa surprise quand elle le découvrit derrière les rideaux. Des éclats de rire des deux enfants s'entremêlent, ils continuent de se cacher ensemble, en mimétisme. L'alliance est fulgurante, comme innée. Sans communication verbale, sans mise en place de règle, le jeu s'installe et dure. J'observe une rythmicité au cœur du jeu se créer. Sans intervention de l'adulte, les deux enfants parviennent à alimenter ce jeu en créant de la nouveauté, en changeant de cachette par exemple. Quels sont les processus à l'œuvre dans la création de ce jeu ? Avons-nous, les soignants, un rôle dans cette nouvelle interaction ? Aurait-elle été la même en notre absence ? La création de ce jeu en imitant est-elle liée au développement du langage ?

2.4.4 Illustration d'un tableau affectif carencé

Pendant les mois suivants, je mène le suivi psychomoteur hebdomadaire de Mona seule. Désormais, ma maître de stage m'accompagne dans la préparation en amont de ces séances, ainsi que dans le retour que je peux lui faire.

La situation que je vais relater à présent s'est déroulée en février, bien plus tardivement que les situations précédentes. Il est bon d'avoir à l'esprit que je rencontre Mona toutes les semaines, seule et en groupe, depuis presque six mois de prise en charge.

Durant cette journée de février, avant que Mona arrive sur les lieux du CAMSP, je suis informée d'une réunion avec l'équipe du centre à laquelle la mère de Mona est attendue.

C'est donc la première fois depuis le début de mon stage que je vais rencontrer cette femme. Je peine à restreindre ma curiosité. Je m'apprête à observer ces interactions qui m'ont tant questionnées entre une mère et sa fille, séparées. Je vais pouvoir observer l'attitude de Mona en présence de sa mère, et la nature de ce lien qui m'intrigue. Elles arrivent toutes les deux, accompagnées de « Tati », la tutrice de la famille d'accueil. Les deux femmes discutent, puis la tutrice part. Mona, quant à elle, colle son visage contre la fenêtre du CAMSP et semble impatiente de pouvoir rentrer à l'intérieur. Elles rentrent ensemble et Mona, comme à son habitude, se sépare de son manteau pour jouer dans la salle d'attente. Je ne remarque pas de collage, pas d'attention démesurée. En fait, je n'observe rien qui viendrait m'interpeler quant à la négligence encourue au sein de cette famille. Seulement, cet engouement fut de courte durée lorsque la séparation entre Mona et sa mère s'impose. Je ressens le déchirement entre une mère et sa fille, que je n'avais pas eu à l'esprit auparavant. C'est la première fois que j'entends Mona pleurer. Cette séparation me semble autant difficile pour Mona que pour sa mère, qui peine à la quitter des yeux. Une fois dans la salle d'orthophonie, j'entends les pleurs de l'enfant cesser au bout d'une vingtaine de minutes. Vient ensuite l'heure de la séance individuelle de psychomotricité. Elle ne souhaite pas marcher alors je la prends dans mes bras, et nous traversons le CAMSP pour rejoindre la salle de psychomotricité. Cependant, sur cette trajectoire se situe la salle de réunion dans laquelle la mère de Mona se trouve. A l'instant où nous passons devant cette porte, Mona fond en larmes, se tordant dans mes bras pour rejoindre sa mère. Je me demande si ces pleurs traduisent vraiment le besoin d'être avec sa mère, ou alors masquent une incompréhension de la situation, intolérable ? Je choisis de ne pas nier ses pleurs et de lui dire que je comprends sa tristesse. Je lui raconte que oui, Maman est dans la salle et que pendant ce temps, nous allons jouer, comme d'habitude toute les deux. Je la tiens fermement dans mes bras, en espérant qu'elle puisse y retrouver du réconfort et s'y sentir soutenue et contenue.

En séance, malgré les jeux que j'avais disposés au préalable sur le tapis, Mona ne bougera pas du pas de la porte. Elle est inconsolable. Entre deux sanglots, elle réclame « Tati », puis « Maman », puis « doudou ». Je suis perplexe face à cette multitude d'objets réconfortants. Ou alors, ignore-t-elle quel objet peut répondre à son besoin, soulager sa tristesse ? Cette demande vive, en plein moment de désarroi vient traduire pour moi le désordre des repères affectifs de cette petite fille. Je comprends cette confusion dans le tableau affectif de Mona et ajoute celui-ci aux éprouvés de la situation actuelle.

Je me sens impuissante face à la détresse de cette enfant. Alors, dans l'espoir de lui apporter le soutien rassurant, contenant qu'elle nécessite, je me glisse entre elle et la porte, rendant minime la distance qui nous séparent. À cet instant, j'ai ressenti le port du masque comme un frein à cette tentative de communication, de réassurance. J'aurais souhaité qu'elle puisse voir mon visage tout entier pour y entrevoir les mimiques réconfortantes. Tentant d'être contenante avec mes mots, avec mon corps, j'essaie de faire descendre son rythme respiratoire affolant. Pour cela, il fallait que je puisse moi-même abaisser mon tonus, bien augmenté face à ce chagrin dévastant. Après l'avoir enveloppée, toutes les deux assises en tailleur, je commence à créer des bulles autour d'elle. Après réflexion, je pense avoir souhaité créer un contraste entre son vécu chaotique et la tranquillité du voyage des bulles. Avec la même idée en tête, je lui ai chanté des comptines, tout en l'enveloppant et initiant des balancements. Ses pleurs disparaissent progressivement mais je perçois que sa peine est toujours présente. Elle ne bouge pas de mes bras, et reste silencieuse, la tête baissée. Elle n'initie aucun geste, ne laisse transparaître aucune envie de jouer. Je me demande si cette passivité vient traduire son épuisement psychique ? Cette régression psychomotrice peut-elle être liée à la présence de sa mère, élément non habituel dans ce cadre ?

J'appréhende la sortie de la salle qui va, sans doute, raviver cette douleur. Et en effet, nous n'y échappons pas. Or, la réunion est finie et la mère biologique de Mona est déjà partie. Je prends le soin d'ouvrir la salle dans laquelle la réunion avait lieu pour lui montrer son intérieur vide afin qu'elle comprenne et voit que sa mère n'est plus présente sur les lieux. Bien que cela soit déséquilibrant, ce départ rétablit ce que je conçois comme le cadre initial du CAMSP pour Mona. C'est un lieu où sa mère n'est pas. Elle pleure encore mais se débat moins. Je m'interroge sur ce qu'elle a pu comprendre de cet événement. Je suis étonnée que le départ de cette maman ne provoque pas davantage de cris. Était-ce insupportable pour Mona de se savoir à quelques pas de sa mère ? Et maintenant, l'absence de l'objet est-elle plus supportable que l'idée de l'avoir à proximité mais ne pas pouvoir l'atteindre ? Cela me questionne sur la représentation qu'elle se fait de l'absence. La permanence de l'objet est-elle intégrée ?

À nouveau, nous imposons à Mona de changer de salle et de groupe pour rejoindre Tim. C'est la première fois que ce changement permanent de lieu et de personnes me fait violence. Cette instabilité ne m'était pas apparue comme désorganisante auparavant. Or, cela vient aujourd'hui éveiller des problématiques autour de la séparation très éprouvantes pour Mona. Suite à chaque crise de sanglots, Mona parvenait à se calmer avant d'être à nouveau

confronté à l'absence/présence de sa mère biologique. Arrivées dans la salle, je l'enveloppe à nouveau pour apaiser ses pleurs et pour la sécuriser : son dos contre mon ventre et mes jambes le long des siennes. Elle ne cherche pas à s'en défaire et fait reposer son dos sur moi, et cela durant la majeure partie de la séance. Étant avec Mona de sa séance individuelle en psychomotricité jusqu'aux deux groupes qui suivent, je suis un élément permanent de son cadre de soin, une présence immuable. Cela me fait écho à la manière dont elle pouvait s'adosser sur les éléments stables de son environnement, je fais référence au parcours illustré précédemment, lorsqu'elle s'assoit après avoir chuté, en quête de stabilité. Ce moment de séparation peut aussi être vécu comme un effondrement. Le besoin d'être soutenue s'impose. Je ressens sa fatigue psychique par la limitation de son activité et son besoin massif de soutien physique. L'hypotonie peut-elle être en lien avec des éléments psychiques ? Peut-elle être augmentée par un état émotionnel ? Au sein de la séance, elle se concentre sur les bulles qu'elle crée pendant de longues minutes. Le comportement en devient presque compulsif. C'est un jeu que j'ai utilisé pour apaiser sa détresse précédemment, il est possible qu'elle l'associe à cette fonction à nouveau. Elle ignore Tim dans un premier temps puis, quand elle aperçoit le bébé avec lequel il joue, elle s'empresse de le rejoindre. Elle prend soin de ce faux bébé en lui caressant le visage, en lui apportant un doudou. J'ai l'impression qu'elle vient créer la scène dont elle avait besoin. Elle est capable de symboliser ses ressentis pour les jouer avec Tim. C'est un comportement que je trouve évolué, car cela viendrait signifier qu'elle comprend ce qu'elle ressent, quelles réponses ont pu être apportées à ce mal-être.

Malgré la profonde désorganisation vécue, Mona a su trouver au cœur de l'accompagnement thérapeutique des appuis, des stratégies pour apaiser cette souffrance. Est-ce la réassurance du cadre de la séance qu'elle connaît ou bien le soutien relationnel et corporel que je lui apporte qu'elle parvient à surmonter l'épreuve de la séparation, de l'incompréhension ? Est-ce le fait de se retrouver chez autrui, dans une activité commune, qui permet à Mona de quitter cet état de désespoir ? Ce questionnement fait écho à la problématique : comment le soin en psychomotricité peut-il soutenir le développement d'un enfant ayant souffert de carences affectives en s'appuyant par exemple sur les capacités d'imitation ?

3. PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Afin de lier les dimensions cliniques et théoriques exploitées précédemment, j'aborde cette partie finale dans le but de répondre à la problématique de ce travail de mémoire : comment la prise en charge en psychomotricité peut-elle soutenir le développement d'un enfant ayant souffert de carences affectives en s'appuyant notamment sur les capacités d'imitation ? Comment accompagner de manière adaptée un enfant dont les repères affectifs sont ébranlés ? Je me suis posée la question de l'impact, de l'intérêt de la prise en charge psychomotrice au cœur d'une telle problématique. Quel positionnement doit adopter un psychomotricien pour soutenir le développement, sous tous ses angles ? En quoi l'imitation peut-elle être un appui, un levier dans la construction de l'identité, de la relation, de la communication et de tous les apprentissages ?

Pour cela, je vais en premier lieu tenter de répondre à la problématique touchant aux conséquences des carences et négligences et donc le besoin d'un cocon espace-temps-relationnel imprégné de stabilité. Ensuite, je vous présenterai de manière spécifique en quoi le travail autour des capacités d'imitation permet d'investir les apprentissages psychomoteurs et sociaux.

3.1 Émergence d'un environnement relationnel sécure et stable, au cœur et hors des séances de psychomotricité

Il est nécessaire de garder à l'esprit que le bon développement psychomoteur, et global par ailleurs, de Mona ne se limite pas aux séances de psychomotricité et autres dont elle bénéficie au sein du CAMSP. L'environnement dans sa globalité doit être pris en compte dans l'évolution, les progrès de l'enfant. Pour cette raison, j'aborde le sujet du placement familial avant de poursuivre avec des moments vécus au CAMSP.

3.1.1 Le placement en famille d'accueil : l'espoir d'un nouveau soutien développemental

Nous ne pouvons plus négliger l'importance d'un environnement stable et prévisible pour permettre les émergences et soutenir les acquisitions développementales et psychomotrices de l'enfant. Comme vous avez pu le lire lors du récit du parcours de vie de Mona, sa petite enfance était marquée par une instabilité spatiale liée aux déménagements fréquents et une instabilité relationnelle liée aux nombreux changements de familles d'accueil. Tout cela représentait un frein majeur au développement psychomoteur de l'enfant, tellement l'instabilité spatio-temporelle était liée à l'instabilité affective. Par ailleurs, Mona présente des comportements que j'associe à l'attachement insécure – ambivalent. En effet, j'é mets l'hypothèse que le comportement imprévisible et pas systématiquement adapté des parents de Mona a entraîné le développement d'un schème affectif délétère. Cela a pu s'observer notamment lors des instants de séparations vécus comme insurmontables et difficiles à consoler. Avec les lunettes de psychomotricien, ce pattern affectif se repère par la faible exploration corporelle et environnementale de Mona.

Bien que le placement familial représente une épreuve supplémentaire et que cela accentue la dysrégulation émotionnelle de l'enfant, le quotidien de Mona est tout autre à présent. Désormais, et depuis de nombreux mois, l'environnement spatial et social de Mona est prévisible pour l'enfant. L'assistante familiale se montre suffisamment dévouée et à l'écoute des besoins de Mona pour lui permettre de développer de nouvelles acquisitions. L'équipe professionnelle ne se rend pas au domicile de Mona et de sa famille d'accueil. Cependant, les multiples échanges entre la tutrice et l'équipe du CAMSP ne laissent aucun doute sur la bienveillance et le soutien qu'elle représente pour l'enfant. En effet, il est question d'avoir « conscience, voire conviction, de disposer d'une base sécurisée dans sa vie [...] dont on peut s'éloigner, mais dont on est sûr qu'on la retrouvera et que l'on peut y revenir se reposer, se ressourcer, se réparer avant de s'envoler à nouveau affronter et découvrir le monde et la vie. » (Bonneville-Baruchel, 2018).

Depuis septembre 2020, cette évolution dans un milieu de confiance, ceci corrélé aux différents suivis du CAMSP, s'illustre par une rapide progression des émergences et acquisitions psychomotrices. Mona a pu explorer ses compétences motrices et vivre son

corps dans le mouvement. Elle sait dorénavant marcher de manière fluide et équilibrée. Devenue très exploratrice, elle peut faire preuve d'impulsivité dans les exercices d'équilibre. Cela vient traduire, selon moi, le chemin restant à parcourir afin de vivre son corps de manière adaptée dans l'espace, sans mise en danger. Mona se montre extrêmement curieuse aux expérimentations et manipule aisément. En plus d'assurer une figure stable et sécurisée, la tutrice de Mona fait vivre jusqu'en dehors des salles de soin les objectifs de la prise en charge de cette dernière. Afin de vous permettre de visualiser cela, la tutrice nous raconte que Mona participe à étendre le linge car cela nécessite de manipuler les pinces à linge. J'ai pu lui partager l'effet de ces manipulations pour le travail des muscles de la main. Cet engouement moteur a pu être initié par l'intégration d'un ressenti de sécurité interne, permis en premier lieu par la continuité relationnelle qu'elle connaît à présent. Bacro et al. (2019) en citant Deborde (2016) affirment que « les professionnels de proximité peuvent jouer alors le rôle de tuteur de résilience en fournissant à l'enfant un lien affectif sécurisant, susceptible de lui permettre d'intérioriser une sécurité avec réélaboration de représentations d'attachement plus sécurisées ». Comme Ainsworth a pu aussi le décrire, c'est un modèle d'attachement sécurisé qui permet la stabilité émotionnelle, la confiance en soi et en l'autre de l'enfant. Les instants de séparation sont vécus de manière plus sereine. C'est en cela que le placement familial peut représenter une chance, un espoir afin de permettre à l'enfant de se saisir de tout son potentiel développemental.

3.1.2 Assurer une rythmicité organisatrice durant les différents suivis au CAMSP

Comme vous avez pu le lire précédemment, bien que Mona évolue de manière beaucoup plus sereine dans son quotidien, les différents suivis de sa journée ont pu être vécus de manière très douloureuse lorsque la faille de la séparation s'ouvre de nouveau. En particulier, la rupture est survenue lorsqu'un événement inhabituel intervient dans le quotidien de Mona.

En effet, depuis le début de sa prise en charge au CAMSP, Mona s'est habituée à quitter son assistante familiale afin de nous rejoindre en séance. Or, il n'a jamais été question pour elle de devoir quitter sa mère biologique à cet instant comme ce fut le cas. Cette séparation imprévisible n'a pu que bouleverser Mona, tant la situation est perturbante. Ce constat nous permet de réaliser que, bien que le travail soit à l'œuvre pour permettre à Mona de progresser,

nous ne pouvons en rien lui enlever son histoire et les blessures actuelles. L'enjeu pourrait être de l'accompagner pour survivre à cette ambivalence affective douloureuse. Comment nous, professionnels du CAMSP, pouvons-nous soutenir ses acquisitions au sein de ses multiples suivis sans éveiller de nouveau la souffrance de la séparation ?

Entre continuité relationnelle et rythmicité, une réflexion s'impose. Effectivement, Mona rencontre les mêmes professionnels et les mêmes enfants chaque semaine, au sein du CAMSP. Par conséquent, elle a pu s'habituer lors des nombreuses séances à évoluer en notre présence, dans différents espaces. La confiance a pu s'installer, progressivement, entre cette enfant et l'équipe professionnelle prenant soin d'elle, sans omettre l'importance du cadre, immuable. Ciccone (2005) évoque la présence de la rythmicité comme élémentaire à la formation de la base de sécurité. « L'absence n'est tolérable et maturative que si elle alterne avec une présence dans une rythmicité qui garantisse le sentiment de continuité ». Au sein des différents suivis, anticipés et prévisibles, l'enfant peut supporter la séparation. Elle peut entrevoir les retrouvailles à suivre, sans angoisse. La rythmicité des séances, des rencontres permet d'organiser la séparation, de la rendre tolérable. La transition entre la mère et le thérapeute est donc possible, car l'enfant, Mona, retrouve dans l'espace thérapeutique une expérience vécue, connue. Le cadre de la prise en charge apporte un appui solide, sur lequel Mona peut se reposer. Il est maîtrisé, contrôlé. Rassurant car indestructible. Contenue, sécurisée dans cet environnement thérapeutique, la souffrance de la séparation peut s'estomper tout en permettant de concevoir les retrouvailles.

3.1.3 *Installation d'un cadre spatio-temporel sécurisant*

Pour soutenir le développement carencé de Mona, nous avons étudié le fait qu'elle puisse prendre appui sur sa famille d'accueil, notamment sur sa tutrice familiale. Mona peut également se reposer sur la rythmicité organisante de ses suivis au sein du CAMSP. À présent, prenons du recul pour obtenir une vision d'ensemble.

Pour autoriser le déploiement d'un comportement d'exploration et d'expérimentation, l'enfant doit se sentir en sécurité là où il se trouve. Comment le cadre du soin psychomoteur peut-il représenter un élément soutenant et permettre les acquisitions ? Comment trouver dans l'environnement quelque chose de suffisamment étayant pour

permettre le développement ? Comment aider Mona, à travers ses multiples suivis et changements de salle, à se sentir contenue et sécurisée dans l'espace-temps du soin ? Nous avons vu un peu plus haut que la rythmicité, quand elle est anticipée et prévisible, peut organiser les temps de séparation. De plus, c'est en s'appuyant sur la régularité et la mémoire des séances que l'expérience prend de la valeur et de la qualité. Grâce à la continuité temporelle, prévisible, l'enfant peut devenir autonome dans son quotidien. Lorsque Mona sort de sa séance d'orthophonie, elle sait qu'il est temps de venir me rejoindre en salle de psychomotricité. Elle est maîtresse de cette action, de ce déplacement d'une salle à l'autre, car elle l'a appris et anticipé. Ce sont des instants qu'elle maîtrise, qu'elle peut contrôler.

En ce qui concerne la mise en place des différents espaces, elle doit correspondre aux attentes et aux besoins de l'enfant. En l'occurrence, le faible tonus de fond de Mona lui fait fréquemment ressentir le besoin de s'asseoir, de s'adosser. Donc, des chaises et des bancs sont toujours à disposition pour lui permettre de répondre à son besoin. Cependant, je veille à ce que celles-ci ne soient pas installées trop éloignées du cœur de l'activité afin de ne pas laisser sous-entendre que s'asseoir signifie l'exclusion du groupe. Mona est maintenant habituée à promener sa chaise dans la salle et de la disposer où bon lui semble.

Lors du suivi individuel et pour offrir des expériences sensorimotrices de qualité à Mona, je propose différentes activités. Toutefois, afin qu'elle puisse se saisir de chacune d'entre elles, je veille à ne pas surcharger l'espace de la salle d'une quantité trop élevée de stimulations. Je veille à ne pas proposer trop de matériel en même temps afin de concentrer son attention. Cela n'empêche en rien Mona de se faire entendre pour réclamer un jeu dont elle a le souvenir et l'envie.

De nouveau, Bacro et al. ajoutent que « tout contexte (école, famille, établissement) peut constituer un facteur de risque ou de protection » en fonction de la qualité des relations affectives offertes par ce milieu. Par ailleurs, de nouvelles expériences relationnelles de qualité constituent un facteur de développement favorable (2019). Pour permettre à Mona d'éveiller l'éventail de ses capacités, nous pouvons servir d'appui, de soutien physique comme psychique.

3.1.4 Le psychomotricien comme soutien au corps défaillant

Pour illustrer cela de manière plus particulière à la psychomotricité, j'ai fréquemment recours à l'apport de mon soutien corporel lorsque le sien s'avère déficient. La mise à disposition du corps du psychomotricien se dessine dans mon esprit comme une béquille, pour soutenir, porter le corps qui ne se suffit pas, qui se construit dans le manque. Est-ce aisé à concevoir ?

Le psychomotricien, dans sa pratique comme dans sa réflexion, part du corps de l'enfant, de sa motricité, de sa tonicité, de son implication corporelle et de l'inscription du corps dans l'espace. Dans ce dispositif théorique, il intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels. (Potel, 2019)

Plus spécifiquement, cette citation fait particulièrement écho à cette jeune patiente que j'accompagne corporellement dans son déficit tonico-postural. L'élan relationnel utilise la fonction tonique comme l'un de ses médiateurs. Et quand celle-ci est défaillante ? C'est alors que le corps du psychomotricien vient faire béquille pour assurer en partie le soutien tonico-postural. De plus cet accompagnement tonique entraîne un dialogue tonico-émotionnel et tonico-gestuel, porte d'entrée à l'écoute et à la considération de son propre corps et celui de l'autre. Bullinger (2008, p.67) présente l'instrumentation de l'organisme qui utilise des moyens sensorimoteurs pour entrer en interaction avec son milieu. « Ainsi les objets de connaissance, à cette période du développement, sont constitués par les interactions et leur retentissement dans l'organisme. Cet investissement privilégié fournit aussi les moyens toniques et posturaux d'expression vers le milieu ». En accompagnant le soutien tonique, j'ai espoir d'aider Mona à favoriser ses interactions avec son environnement, ses expérimentations. De plus, cela vient appuyer les émergences relationnelles.

Je vais à présent relater une situation groupale. Nous proposons aux enfants des encastrements d'animaux de la ferme. Cela leur permet de travailler la motricité du membre supérieur et cela permet l'émergence de sons et de mots. Lorsque nous sommes assis sur les tapis pour les encastrements, les expérimentations sont rapidement interrompues par une fatigue, liée au recrutement tonique que l'hypotonie axiale de Mona nécessite. Mona quitte alors l'expérience en cours, pourtant propice aux apprentissages, pour partir à la recherche d'un soutien dorsal. Cette hypotonie l'oblige à s'exclure du groupe. Afin de lui permettre de

persévérer dans les activités et de rester dans la dynamique groupale, je lui prête mon corps. Je lui prête mon corps, le temps d'une expérimentation, afin qu'elle puisse relâcher un peu du recrutement tonique qui lui était nécessaire. Son dos reposant contre mon buste, il ne lui est plus nécessaire de quitter l'activité groupale.

Elle peut aussi trouver du soutien lors des épreuves lui demandant de l'équilibre. À l'instar des exemples cités dans mon récit clinique, l'équilibre parfois précaire de Mona requiert toute mon attention. Au début de ses apprentissages, il était nécessaire d'utiliser le corps de l'autre, mon corps, afin de parvenir à la stabilité. Par mon accompagnement, Mona pouvait se sentir stable et confiante sur les modules. Progressivement, j'ai diminué mon accompagnement, qui se substitue par son environnement. L'enjeu présent est de parvenir à trouver l'équilibre en cherchant autour d'elle, par ses propres moyens, comme y réussir. Bien qu'il y existe une intervention de l'extérieur, l'autonomie est supérieure. L'objectif est intégré corporellement. Mona sait qu'elle doit traverser la poutre en s'appuyant sur le mur, par exemple. Il est question de tester ses appuis, se centrer sur son corps et ses ressentis pour dépasser cet obstacle. Finalement, l'étape finale de cette épreuve réside en l'autonomie totale. Trouver en soi l'organisation, la force et l'agilité pour coordonner son corps pour un but précis. L'investissement et la concentration corporels sont à leur apogée. Ils ont pu permettre à Mona d'être suffisamment stable et sécurisée pour traverser la poutre, loin d'une situation de dépendance. La psychomotricité s'illustre dans la recherche d'appui par le corps d'autrui pour intégrer et investir son propre corps, de la dépendance à l'autonomie d'action.

3.1.5 Le soin psychomoteur comme béquille relationnelle

Comme lu tout du long de ce document, il est facile de percevoir la place prépondérante qu'emprunte la dimension relationnelle dans le développement de l'enfant, sain et pathologique. Mona, autant que tout autre individu de l'espèce humaine, exprime le besoin fondamental de se développer en société, en appui sur l'autre humain, adulte. Focalisons notre réflexion sur l'impact relationnel de la psychomotricité. La relation se situe au parfait carrefour entre le corporel et le psychique, sans exclure les influences réciproques (Gatecel, 2009, p.73). En cela, le soin psychomoteur mérite sa place au cœur des problématiques relationnelles, affectives et interactionnelles. À partir d'expériences corporelles, de jeux, et d'expérimentations, accordons-nous, psychomotricien et patient, afin de participer à la construction identitaire de ce dernier.

La thérapie psychomotrice nous fait saisir à quel point la relation est importante. C'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment pour accepter d'être utilisé comme un médium malléable, mais, tout en se laissant glisser dans cet espace, il n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre. (Gatecel, 2009, p.73).

Ces quelques lignes provenant de Gatecel traduisent en tout point mon implication lors de nos rencontres avec Mona. S'appuyer sur la relation pour s'élever, grandir et s'autonomiser. J'entends ce support, aussi bien physique et corporel que psychique. Mona a pu, durant nos rencontres s'appuyer sur mon corps pour la soutenir dans les épreuves d'équilibre afin de parvenir à maîtriser le sien. Elle a aussi pu s'appuyer sur le reflet des différents membres du groupe pour agir, parfois par imitation, comme vous pourrez le lire dans la séquence suivante. De la même manière, « les capacités d'accéder à la représentation vont se construire à travers la relation psychomotrice » (Gatecel, 2009, p.75), car c'est grâce au prêt de l'appareil à penser du thérapeute que les associations mnésiques vont pouvoir s'engrammer, au sein de la relation intersubjective. En cela, je retrouve l'impact de la verbalisation des professionnels sur le vécu personnel de cette enfant, qui la suivent lors des différents moments du CAMSP. Il a été question de nommer les chutes et les accompagner, nommer les peurs afin de les surmonter. Poser des mots sur les émotions de chacun, traversées ensemble et permettre de faire grandir l'appareil psychique en construction de l'enfant.

Utiliser l'élan relationnel est un moyen pour favoriser les apprentissages, c'est un fait. Il est aussi question de favoriser la socialisation de l'enfant avec ses pairs. Afin de compenser ou bien même de renforcer, voire encore de communiquer, l'imitation apparaît donc naturellement comme un outil. Autant innées qu'à solliciter, les capacités d'imitation ne sont pas négligeables pour étayer le développement psychomoteur.

3.2 Solliciter les capacités d'imitation pour soutenir le développement psychomoteur

Jusqu'à quel point l'imitation est présente et utile dans le développement de l'enfant ?

Tout d'abord en raison de la place qu'elle prend dans le développement typique durant la période où s'édifient les moyens nécessaires pour accéder à la communication par le langage. Ensuite parce que les connaissances récemment acquises concernant le développement cérébral montrent les extraordinaires potentialités offertes par le couplage perception-action et suggèrent une organisation très précoce des systèmes neuronaux sous-jacents. Enfin, parce que l'imitation a un potentiel de moyens d'adaptation exceptionnel en raison des deux fonctions majeures qu'elle sert : la communication et l'apprentissage. (Nadel, 2021, p.200).

3.2.1 L'imitation comme appui aux apprentissages

Nous allons maintenant tenter de comprendre pourquoi solliciter les capacités d'imitation d'un enfant peut servir de levier pour permettre les acquisitions développementales. Durant nos premiers échanges avec Mona, j'ai rapidement été saisie par son élan relationnel. Une question s'est donc posée : comment le mettre au profit de ses émergences psychomotrices ? Cette petite fille s'appuie beaucoup sur l'adulte, dans tous les sens du terme. À mon tour, je peux m'appuyer sur la confiance qu'elle m'accorde pour lui permettre de grandir. Nadel précise que l'imitation permet de mobiliser un grand nombre de capacités de l'enfant.

« Ce sont les compétences potentiellement disponibles, quelquefois insoupçonnées, que nous voulons révéler [...]. Il s'agit de transmettre des stratégies permettant de contourner les processus déficitaires en stimulant la vicariance : si l'on se développe autrement, il faut avoir les moyens de fonctionner autrement et de développer des stratégies alternatives. C'est donc à l'environnement de fournir les dispositifs à partir desquels l'enfant orientera librement ses intérêts. » (2021, p.199).

En cela, je conçois que les séances de psychomotricité lui offrent un panel de stimulations, de propositions, sur lesquelles elle peut orienter son attention. Mona bénéficie au sein du

CAMSP d'un long temps de prise en charge durant lequel elle participe à différents suivis. Cela traduit donc un apport de stimulations, de nouveautés et d'apprentissages très riche.

L'imitation pour favoriser les apprentissages ? La réponse est définitivement oui. Mona, n'ayant pu expérimenter qualitativement dès son plus jeune âge, se saisit aisément des propositions faites lors des rencontres. Je m'apprête à faire écho aux récits cliniques. Lors de chaque activité proposée Mona participe, explore, avidement. J'entrevois cette recherche massive d'expérimentation comme un rappel de son retard de développement. Pour rappel, à cet instant Mona touche du doigt sa troisième année de vie. Selon *les étapes du développement sensorimoteur* de Piaget, l'enfant jusqu'à deux ans se situe dans une intelligence sensorimotrice. Gardons à l'esprit le motif de son adresse en psychomotricité : bénéficier d'un environnement stimulant. Il est bon de voir que Mona se saisit de cela. De plus, cela vient enrichir nettement son répertoire sensori-moteur. Initialement, lors de ces activités expérimentales, il était fréquent que Mona attrape le résultat de mon activité. « Cherche-t-elle l'objet animé car elle n'est pas capable de l'animer elle-même ? ». Je comprends actuellement cette attitude comme les prémices de l'imitation. Elle traduit l'intérêt porté à ma production, le regard qu'elle a posé dessus, l'envie de créer et d'avoir. Pour revenir à ses capacités d'imitation, nous nous souviendrons qu'un répertoire sensori-moteur riche permet bon nombre de recombinaisons motrices, menant à de nouvelles séquences motrices. « La plasticité interne permet la reproduction d'un acte qui appartient au répertoire moteur de celui qui imite. Mais elle rend également possible l'apprentissage de gestes inédits. » (Guillain & Pry, 2012).

C'est ainsi que Mona parvient, au fil des séances, à apprendre à effectuer certains gestes. Pour revenir sur l'un d'entre eux, Mona a appris à transvaser du riz avec une cuillère dans une bouteille en plastique. Cette action nécessite d'ajuster la force recrutée dans le membre supérieur qui tient la cuillère, et dans le bras qui soutient la bouteille. Les compétences de coordination oculo-manuelle sont aussi au travail. Mais comment organiser tout ce corps pour parvenir au but souhaité ? Grâce à une observation attentive, les neurones miroirs sont à l'œuvre. L'association de la perception avec le souvenir de l'action est faite. Pour l'accompagner dans les gestes, la guidance manuelle est efficiente. Plus Mona s'entraîne, plus les gestes sont précis.

3.2.2 *L'imitation comme support à la construction de soi*

Imiter pour affirmer l'individuation, c'est à nouveau un oui. Fondement de l'intersubjectivité, imiter implique la conscience de soi, et de l'autre. L'action d'imiter suggère la présence d'une autre personne, d'une autre subjectivité, qui présente sa propre motricité. Cela implique la conscience d'être soi, différent de l'autre mais capable de lui ressembler si l'intérêt s'y trouve.

Nous avons compris précédemment que cette conscience de soi, jusqu'à la construction du sentiment d'unité, s'élabore de manière précoce dans les premiers liens, les premières interactions. Lorsque la relation est de qualité et que les apports affectifs sont suffisamment soutenant, la construction de l'individualité survient par et grâce au corps de l'autre. Et quand cet autre est défaillant, négligeant ? L'enfant peut souffrir de carences, qui peuvent impacter le développement psychoaffectif et la construction de l'identité. En cela, le soin psychomoteur apporte des clefs afin de permettre la construction de cette individualité.

Lors des séances relatées précédemment, nous avons expérimenté différentes activités ensemble. En observant certains de mes gestes, je suppose que Mona a pu déceler ceux qu'elle savait faire et ceux qu'elle était en incapacité de reproduire. Cette capacité fait appel aux neurones miroirs. Ce sont les schèmes moteurs intégrés qui sont reconnus par son système nerveux. Pour illustrer ce propos, lorsque Mona me regarde transvaser du riz, d'une tasse à l'autre, c'est une expérience connue et maîtrisée. « Mon corps sait le faire. » Or, quand j'utilise une cuillère pour déplacer les grains de riz, Mona est en difficulté. Sa première réaction, expliquée plus tôt, est de prendre la cuillère de ma main. Le contraste entre elle et moi s'installe. Je sais faire, elle ne sait pas. L'individuation est bien marquée ici dans cette situation d'incapacité menant à l'apprentissage. Prendre appui sur celui qui sait pour être en mesure de faire, seule. Les prémices de l'imitation sont aussi de comprendre, de percevoir chaque individu avec ses capacités et incapacités propres. J'aborderai prochainement l'impact relationnel de l'imitation.

Imiter, c'est aussi apprendre à connaître et contrôler ses émotions seul et en lien avec autrui. Cela passe par la mise en mots, la reconnaissance d'expression émotionnelle chez autrui et l'assimilation de ces ressentis chez soi... Pour une enfant, comme Mona, dont

l'environnement social a longtemps été pauvre de stimulations, l'expression et la reconnaissance émotionnelle ont pu être impactées. J'observe en séance une réponse émotionnelle pauvre. Mona ne pleure pas quand elle chute, au contraire, elle affiche une neutralité impressionnante. Mona n'exprime ni tristesse ni colère lorsque Tim lui met un coup, ou lorsqu'il lui prend un jeu. Les séances de psychomotricité, individuelles ou groupales, permettent de vivre de nombreux moments, riches en émotions. Nous pouvons accompagner et verbaliser ces éprouvés, afin de permettre de les identifier sur soi et sur autrui. De nouveau, l'existence du système miroir, met en exergue l'importance de ce processus dans le développement de la subjectivité et de l'intersubjectivité.

Il semble donc que la compréhension de ces états émotionnels, observés chez autrui, dépend d'un système miroir autonome et spécifique, capable de coder ses postures, ses gestes et les expressions de son visage sur le plan viscéro-moteur. Cette compréhension en première personne, automatique et immédiate, serait une condition de l'empathie et, par là même, à l'origine des premiers liens sociaux. (Guillain & Pry 2012).

Par les expériences vécues ensemble, en relation, Mona joue et explore ses ressentis. Elle découvre aussi les éprouvés de ceux qui l'entoure. La compréhension des éprouvés d'autrui représente une forme d'empathie qui s'élabore également via l'imitation. « L'empathie semble être liée à l'imitation et aux mimiques expressives de l'émotion. L'imitation est, pour Wallon, une forme d'identification, un modelage postural, qui permet d'éprouver les sentiments éprouvés par le modèle. » (Guillain & Pry, 2012). C'est donc par le corps, par le vécu corporel que l'empathie se produit. L'expression posturale liée à l'émotion se partage en miroir et peut entraîner des réactions, des ressentis similaires. Dans ce sens, il m'est arrivé d'observer en séance l'apparition des pleurs en cascade. Pour illustrer cela, lors de l'exécution d'un parcours moteur, Tim chute et fond en larmes. Face à lui, cette réaction se produit en miroir. Mona, bien qu'elle n'ait pas chuté, se retire du parcours et affiche une expression triste. C'est ce que Wallon a pu caractérisé l'expérience émotionnelle par la « mise de soi en autrui, ou plutôt d'autrui en soi » (Guillain & Pry, 2012).

Il en est ainsi pour le partage émotionnel, l'imitation joue un rôle majeur. La mise en situation groupale avec d'autres enfants a aussi une place importante dans le développement, notamment dans l'élaboration de la communication et du langage.

3.2.3 *L'imitation comme soutien des premières interactions avec les pairs*

Mona bénéficie de deux séances groupales par semaine. Comme spécifié précédemment, l'un de ces groupes a comme objectif de stimuler le développement de la motricité et de la parole. Le second groupe utilise la Dynamique Naturelle de la Parole comme médiation pour permettre le développement langagier. Nous comprenons l'impact de ces séances sur le développement global de l'enfant.

Néanmoins, n'oublions pas les blessures relationnelles précoces encourues par Mona. Ces carences se distinguent dans son comportement tout spécialement en situation groupale par une recherche massive du contact de l'adulte. Il m'arrive de ressentir comme une compétition, une émulation entre les deux enfants du groupe. Cela peut être la cause de relations tumultueuses entre les enfants, lorsque Tim reçoit davantage d'attention que Mona par exemple.

Alors, quels sont les apports spécifiques à une prise en charge groupale ?

La première qualité du groupe qui me paraît fondamentale à vous partager, c'est le principe de l'appartenance au groupe. Se savoir membre, part élémentaire d'un corps, d'un groupe. Il est fort probable que le vécu de Mona me fasse ressentir la nécessité de rappeler cet aspect élémentaire. Être une partie d'une famille, notamment. Ce vécu d'appartenance, bien que non identifié à cet âge, ne perd pas d'importance et peut venir à manquer chez cette enfant. Voilà l'un des premiers points principaux du groupe.

De manière générale, le fonctionnement groupal propose aux sujets le constituant de s'approprier l'expérience du semblable et du singulier. À propos de la mise en place de groupes dans les structures telles qu'un CAMSP, Bougot et al expliquent que « très utilisé au CAMSP, il (le groupe) permet aux enfants de développer leurs potentialités, d'avancer dans la construction de leur sentiment d'identité. En effet, l'enfant se construit en présence de ses pairs par des jeux identificatoires multiples. » (2016). Cela permet à l'individu de découvrir, de stimuler des capacités encore insoupçonnées lorsqu'il est seul.

La notion de rythmicité est prégnante au cœur de ce sujet. Au sein du travail de groupe, il est nécessaire de faire respecter la temporalité de chacun des membres. La subjectivité de tous est présente : chacun peut exprimer ses ressentis quels qu'ils soient,

chacun peut jouer et expérimenter comme bon lui semble, selon ses capacités propres. « La performance n'est pas essentielle, c'est l'appropriation qui l'est : sentir, agir » (Bougot et al., 2016). De plus, c'est par la régularité des rencontres que l'expérience s'enrichit. Mona et Tim, en souvenir des fois précédentes peuvent agir l'un envers l'autre de manière plus adaptée. Ils apprennent à s'écouter et prêter attention l'un à l'autre. Cela laisse sous-entendre que les enfants reconnaissent la subjectivité de l'un et l'autre au travers des échanges, des premiers jeux, des expériences partagées.

La répétition des jeux, avec le même et avec différents partenaires, produit de la permanence et de la diversité. Le bébé y reconnaît des invariants : le principal de ces invariants est l'état émotionnel, qui est un auto-invariant, dit Stern, qui appartient au soi, et dont le repérage va développer le sens du soi. Et dans la diversité des expériences, le bébé va repérer l'altérité, reconnaître l'autre. (Ciccone, 2005).

Parfois, uniquement la dynamique groupale permet d'entrevoir et de stimuler de nouvelles possibilités individuelles. De façon plus spécifique, le groupe en psychomotricité est lieu d'expérimentations, parfois éprouvantes, mais facilitées par le partage groupal. Le travail, bien qu'individuel, permet aussi de comprendre l'ajustement à autrui ainsi que les limites qui s'imposent. Le corps est vécu, vu et partagé, dans ses capacités et ses difficultés. Grâce à ces apprentissages, le sujet se construit, et cela en appui sur ses relations. Ceci s'observe assez aisément entre Tim et Mona. Chacun présente des difficultés motrices propres qui s'expriment différemment lors de l'exécution du parcours moteur. Or, cela ne les freine pas pour expérimenter. Bien au contraire, il semble que la mise en situation groupale encourage l'un et l'autre enfant à participer. Mona semble y trouver un grand intérêt, bien plus important que lorsque je participe au parcours seule avec elle. Pourquoi ? Est-ce le fait de percevoir cet autre, semblable à soi dans ses capacités et difficultés ? Est-ce la possibilité de s'identifier à l'autre ? Cela participe à l'élaboration de l'individuation. Pour cela, les relations précoces ont toute leur importance. Mona, s'étant développée avec des relations précoces instables, adopte un fonctionnement groupal dans un premier temps particulier. Particulier car elle me semblait indifférente aux enfants de son âge. En effet, l'élaboration de l'intersubjectivité s'étaye sur les premières interactions avec ses pairs, sa famille. Cependant, le constat de négligences s'est posé. Mona fut freinée dans l'exploration de ses propres états mentaux ainsi que ceux d'autrui. Alors, comment savoir que la prise en charge groupale lui est bénéfique ?

Suite à plusieurs semaines de doute sur l'intérêt groupal de ce suivi, j'observe enfin les intérêts du groupe. Mona n'étant pas scolarisée, ni mise en lien avec d'autres enfants de son âge, elle a peu eu l'occasion de se confronter à un tel miroir. Après s'être habituée à cette nouvelle situation, la curiosité de cet autre apparaît, et autorise la naissance des interactions. Le groupe est un lieu d'identification et de projection à l'autre. Tout un travail identitaire est à l'œuvre. De plus, le travail groupal permet de renouer avec la capacité d'être ensemble. Être présent à soi-même, à son propre corps, tout en étant présent aux autres membres du groupe « et habiter sa place dans le groupe équivaut au fil du temps à habiter un peu plus son corps » d'après Bougot, Large & Perrier-Genas (2016).

Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle proposent une aire transitionnelle, un « terrain », un espace, où l'activité du « jouer » va faire transition entre soi et les autres. C'est le jeu qui va être la médiation centrale et qui va s'appuyer sur toutes les situations qui utilisent le corps comme vecteur d'expression. (Potel, 2019)

Au cours des prochaines lignes, nous allons voir en quoi le jeu permet l'expression par le corps. Durant nos premières séances groupales, il était rare que Mona entre en interaction avec les autres enfants du groupe. Elle est plus facilement en lien avec les adultes qui l'accompagne. Le jeu permet de créer un espace propre à chacun tout en étant ensemble. Si nous prenons l'exemple de Mona et Tim, fâcheusement occupés à coller les gommettes, nous pouvons concevoir que faire la même chose l'un à côté de l'autre représente une forme d'être ensemble. Jouer ensemble, c'est d'abord jouer à côté. Cependant, c'est bien au cœur des jeux spontanés que les deux enfants se sont réellement rencontrés. Je vous ai donné plus tôt l'exemple de la naissance d'un jeu de cache-cache. Tim se cache derrière un rideau et Mona le cherche. Elle relance cette dynamique ludique en imitant Tim, et donc en se cachant à son tour. Ce jeu a permis l'émergence d'une communication, d'un intérêt pour l'autre et donc, une possibilité d'imitation. En effet, toujours d'après Potel (2019), c'est grâce aux échanges que l'activité devient commune, qu'elle crée du partage, et donc que le travail thérapeutique est mis à l'œuvre. Potel ajoute que chacun, au cœur du groupe, doit trouver sa place (psychique et physique) afin de pouvoir s'y exprimer librement. « Les échanges dans le groupe sont autant du registre verbal que corporel et sont toujours au service de l'être. Être soi en relation avec les autres. » (Potel, 2019).

Ainsi, Mona et Tim, en se saisissant du cadre offert par la séance de psychomotricité, parviennent à créer ce jeu. Ce jeu qui leur permet d'apprendre l'un de l'autre et de ce qui émerge de cette relation ludique. Potel (2019) considère le jeu comme un levier pour les

capacités d'intégration et d'élaboration. De plus, l'utilisation du jeu pendant le soin psychomoteur suscite la symbolisation des expériences vécues. Ceci vient enrichir les capacités de reconnaissance, de perception et de représentation du sujet en établissant bon nombre de lien entre l'entièreté des sensations, des éprouvés, des pensées. Revenons à la naissance du jeu de cache-cache entre les enfants. Si nous exploitons cette potentialité ludique, il est aisé de repérer comment les enfants utilisent leur capacités d'imitation afin de rentrer en communication. Bien que tous deux présentent un retard du développement langagier, les interactions entre Mona et Tim ne sont pas entravées. C'est ainsi que l'imitation permet d'éveiller, de stimuler la communication, même privée de langage verbal.

À présent, intéressons-nous à l'imitation comme moyen de communication corporelle. Le regard psychomoteur me pousse à concevoir l'utilisation du corps en relation comme prémisses à la communication, de surcroît quand le langage verbal est récalcitrant. En cela, la pertinence de l'interdisciplinarité entre psychomotricien et orthophoniste lors de ce suivi groupé est absolue. Bien avant que ces enfants parviennent à l'utilisation des mots, le corps de l'enfant en relation lui permet d'adopter la dynamique de l'interaction, de l'échange, du langage. À nouveau, les capacités d'imitation viennent soutenir ces émergences, comme Nadel l'exprime si clairement « les jeunes enfants de 2-3 ans [...] avec les partenaires de leur âge utilisent l'imitation comme une sorte de ballet sans mots » (2021, p.80).

Ce ballet sans mots repose sur une rythmicité qui mène la danse interactive. On y retrouve la synchronie et le tour de parole qui constituent trois principes, indispensable à tout type de communication, qu'elle soit verbale ou corporelle. Commençons par la synchronie. Toute communication nécessite un accordage à son interlocuteur. Mona et Tim, pendant le jeu de cache-cache prêtent à chacun une attention toute particulière afin d'être convaincus de faire la même chose en même temps. Avoir conscience du rythme de l'autre permet de s'y ajuster si besoin pour ne pas mettre un terme à l'interaction, à l'imitation synchrone. Lors du jeu, c'est au moment des retrouvailles que le miroir est opérant : les deux enfants expriment tous deux la surprise en même temps, avec les mêmes sons et gestes. Poursuivons avec le tour de rôle. Que serait une conversation en imitation totalement synchrone ? Peu compréhensible. Alors, tout comme dans une communication verbale, l'alternance des rôles opère. D'abord Tim se cache et Mona le cherche. C'est ensuite à Mona de se cacher et à Tim de la retrouver. Cet échange de rôle se réalise de manière totalement innée devant mes yeux, sans préparation nécessaire. Chacun prête attention au corps, au mouvement, à l'attitude de

l'autre pour adapter sa propre attitude dans cette situation. Nadel précise que « derrière ce petit ballet qui se passe sans agressivité aucune, s'inscrit l'une des meilleures préparations aux situations de communication verbale. » (2021, p.84).

Ces actions interactives se produisent de manière très précoce entre la mère et l'enfant. La question de synchronie et du tour de rôle apparaissent très tôt dans le développement. Toutefois, nous voyons ici que, même si les premières interactions de Mona dans son cadre familial primaire étaient défailantes, celles-ci peuvent se rejouer au sein des séances de psychomotricité. Le groupe permet ainsi d'encourager le développement des appétences sociales de l'enfant.

Au cœur des relations entre chacun, l'identité se forge et s'affine. L'enfant apprend à réagir face à de nouvelles situations et son caractère s'affine au fur et à mesure des expériences. Par la relation duelle de l'imitation, les différents d'imitateur et d'imité sont riches d'apprentissage.

Être imité permet au modèle d'apprécier son pouvoir d'influence sur l'autre puisqu'il voit l'autre réaliser ses propres intentions. On peut en déduire les effets sur la compréhension de l'intentionnalité, ici directement accessible physiquement, touchant très profondément le modèle parce qu'il s'agit de soi, de ses mouvements, de son corps. (Nadel, 2021, p.88).

CONCLUSION

Ma rencontre avec Mona fut, en somme, un réel exercice d'humilité. Il fut question de concevoir ce que le soin en psychomotricité pouvait apporter à cette petite fille, dont les repères ébranlés ont représenté un frein massif à son développement. J'ai dû apprendre comment agir, comment me positionner à ses côtés pour lui permettre de trouver les appuis nécessaires pour grandir, pour évoluer dans le cadre de ses prises en charge. J'ai aussi découvert lors de cette traversée à quel point l'imitation est un outil fondamental, au service des apprentissages et des interactions. Son omniprésence durant la vie de chacun n'est plus à négliger, notamment durant les prises en charge.

Je suis reconnaissante d'avoir eu l'opportunité d'observer de semaine en semaine les progressions de Mona dans son environnement et d'entrevoir la fin de sa prise en charge à mes côtés. Évidemment, j'entends de nouveau le mot « séparation » raisonner dans mes oreilles. Celle-ci est préparée, afin qu'elle puisse être anticipée au mieux par Mona. De plus, l'arrivée de cette nouvelle année scolaire est signe d'un nouveau départ car c'est en septembre que Mona réalisera sa première rentrée à l'école maternelle. Cette opportunité représente en tout point ses progrès et amène son lot d'espoir quant à toutes ses émergences développementales à venir dans un lieu de socialisation.

Au cours de ce long voyage qu'était l'écriture de ce mémoire, ma réflexion s'est étayée, tout comme mon positionnement soignant qui a su s'affirmer. Mon apprentissage concernant le rôle du psychomotricien dans une structure telle qu'un CAMSP ne cesse de s'étendre. Face au développement de l'enfant, les champs d'action du psychomotricien sont multiples et riches de conséquences sur l'avenir de l'enfant. C'est bien ça, l'avenir de l'enfant, qui m'a tant marqué. Le psychomotricien a les cartes en main pour permettre à l'enfant de continuer sa vie le mieux possible, avec les soutiens, les supports et les accompagnements adaptés. Par mon investissement psychique et corporel auprès des patients, j'ai réalisé la force de cette pratique.

Par ailleurs, l'interdisciplinarité du CAMSP m'a amené à réfléchir sur les champs d'actions entremêlés des différents professionnels. Les nombreuses prises en charge conjointes entre psychomotricité et orthophonie m'amènent à penser le soin d'une manière plus ou moins entrelacée. Toujours avec l'imitation comme levier, la psychomotricité peut

participer à la production langagière, notamment en s'appuyant sur l'alliance avec le mouvement. C'est d'ailleurs l'objet d'action de la Dynamique Naturelle de la Parole (DNP) qui utilise le mouvement pour permettre l'émergence de sons, de mots. Comment pouvons-nous concevoir ce travail, ensemble, plus explicitement ?

Enfin, à la question tant posée : « Psycho-quoi ? » je me suis enfin vue répondre. En CAMSP, le psychomotricien est l'avocat du développement de l'enfant. Le psychomotricien incarne la béquille permettant l'envol des acquisitions psychomotrices. Le psychomotricien incarne tant de rôles et de fonctions qui me restent à découvrir.

BIBLIOGRAPHIE

- Achim, J., Domon-Archambault, V., Guillemette, R., & Terradas, M. M. (2019). Souffrances dans les liens parent-enfant : Réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, N° 8(1), 6-29.
- Ajuriaguerra, J. de. (2001). Ontogenèse des postures, moi et l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 128, 4-21.
- Bacro, F., Florin, A., Schneider, B., & Toussaint, E. (2019). Qualité de vie et représentations d'attachement d'enfants accueillis en foyer dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance. *Médecine et Hygiène « Devenir »*, 31, 165-185.
- Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, N° 7(1), 6-28.
<https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>
- Bougot, S., Large, J., & Perrier-Genas, M. (2016). Le groupe 1, 2, 3 soleil . In *Une pratique de soins précoces pour les enfants en situation de handicap* (p. 145-162). Éditions Érès.
- Bruyant, C. (2014). Intersubjectivité et subjectivation à l'école. *Enfances Psy*, N° 62(1), 92-105.
- Bullinger, André. (2007). Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 23-47).
- Bullinger, André. (2008). Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant : Les particularités du bébé à risque autistique. In *Les bébés à risque autistique* (p. 65-77).

- Carlson, E., Martins, E., Sampaio, D., Soares, I., & Tereno, S. (2007). Théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Médecine et Hygiène « Devenir »*, 19, 151-188.
- Carric, J.-C. (2000). *Le développement psychomoteur de l'enfant normal*. Editions Vernazobres-Grego.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Ciccone, A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(1-2), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.002>
- Ciccone, A. (2014). Perception et intersubjectivité aux sources de la pensée. In *La psychanalyse à l'épreuve du bébé* (p. 83-112).
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). L'introjection, son rapport à la construction de l'appareil psychique. In *Naissance à la vie psychique*. DUNOD.
- Collectif Larousse. (2010a). Attachement. In *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 76). Larousse.
- Collectif Larousse. (2010b). Carence. In *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 161). Larousse.
- Collectif Larousse. (2010c). Imitation. In *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 520). Larousse.
- Collectif Larousse. (2010d). Interaction. In *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 545). Larousse.
- Collectif Larousse. (2010e). Placement. In *Le petit Larousse illustré 2011* (p. 783). Larousse.
- Delion, P., & Vasseur, R. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. ERES.

Dolto, F. (2015). *Tout est langage*. Gallimard.

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, 14-22.

Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Heures de France.

Georgieff, N. (2014). L'intersubjectivité : Une perspective développementale. *Enfances & Psy*, 50-56.

Guillain, A., & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, Numéro 518(2), 115-127.

Joly, F. (2007). Le bébé psychomoteur : Julian de Ajuriaguerra et la conception psychomotrice du développement précoce. In *Sa Majesté le bébé* (p. 137-152). Érès.
<http://www.cairn.info/sa-majeste-le-bebe--9782749207957.htm>

Le blob, l'extra-média. (2018). *Autisme : Ilan, avant-après* [Vidéo]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=ayN-9vr73og>

Lebovici, S. (1989). L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. *Médecine et Hygiène*.

Nadel, J. (2019). Imitation et plasticité du développement. *Enfance*, N° 1(1), 133-144.

Nadel, J. (2021). *Imiter pour grandir : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme* (3e ed).

Placement d'un enfant sur décision judiciaire. (s. d.). Service-Public.fr Le site officiel de l'administration française. www.service-public.fr

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

Psychology Unlocked. (2017). *The Strange Situation | Mary Ainsworth, 1969 | Developmental Psychology* [Vidéo]. YouTube. https://youtu.be/m_6rQk7jlrc

thibs44. (2009). *The Strange Situation—Mary Ainsworth* [Vidéo]. YouTube. <https://youtu.be/QTsewNrHUHU>

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : Recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428. <https://doi.org/10.3917/dev.034.0309>

Winnicott, D. W. (2018). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard. (Original work published 1971)

Winnicott, D. W., Kalamannovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2007). *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage.

Vu par le maître de mémoire,

RIGAUD IVAN

Le 5 mai 2021, à Lyon

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

Auteur : Chloé MANEO

Titre : L'imitation et le soin psychomoteur.

Être ensemble malgré les blessures relationnelles précoces et le retard développemental.

Mots – clés : imitation – retard de développement – relation – soin psychomoteur – carences / imitation – developmental delay – relationship – psychomotor care - deficiency

Résumé : Dès la naissance, le bébé entretient des interactions avec son milieu. Celles-ci participent à l'élaboration du développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant. En relation, l'enfant s'appuie notamment sur ses capacités d'imitation. Cependant, que se passe-t-il lorsque l'enfant souffre de carences affectives et d'une mesure de placement familial. Ce mémoire relate quelques questionnements autour d'une rencontre, Mona, âgée de 2 ans. Tout au long de ce mémoire, j'illustre comment le soin psychomoteur peut soutenir le retard de développement. J'aborde aussi les pouvoirs de l'imitation au cœur du soin.

From birth, the new-born child has interactions with his environment. Those interactions allow psycho-emotional and psychomotor development. In relationship, the child relies on his imitation abilities. However, what happens when the baby suffers from emotional deficiencies and foster care measures? This final thesis relates to some questions about a meeting concerning Mona, who is 2 years old. Throughout this thesis, I show how can psychomotor care support this late development. I also mention the imitation's strengths in the therapy.