



HAL
open science

**Je te tiens! Protège-moi... L'approche psychomotrice
auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du
Développement : être contenu, se tenir, s'ouvrir au
monde**

Lucile Jolly

► **To cite this version:**

Lucile Jolly. Je te tiens! Protège-moi... L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du Développement : être contenu, se tenir, s'ouvrir au monde. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867270

HAL Id: dumas-00867270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867270v1>

Submitted on 27 Sep 2013

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

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

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX II

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'état de Psychomotricien**

« Je te tiens ! Protège-moi... »

L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du

Développement :

Etre contenu, se tenir, s'ouvrir au monde

JOLLY Lucile

Née le 5 Septembre 1991 à la Roche sur yon (85)

Juin 2013

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX II

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'état de Psychomotricien**

« Je te tiens ! Protège-moi... »

L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du

Développement :

Etre contenu, se tenir, s'ouvrir au monde

JOLLY Lucile

Née le 5 Septembre 1991 à la Roche sur yon (85)

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont été présentes durant ces trois années de formation, et qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce mémoire :

Stéphane Pinchon, mon maître de mémoire, qui s'est montré à l'écoute et très disponible, m'apportant des conseils et une aide précieuse tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Sophie Naud, Guillaume Brissot, et l'ensemble de mes maîtres de stage, qui, par leur accompagnement, leur patience, et leurs conseils, ont partagé leurs pratiques... m'accompagnant dans l'élaboration de la mienne.

Tous les professionnels rencontrés au cours de ces trois années, pour avoir partagé leurs expériences, ainsi que les professeurs, pour leur enseignement.

Toutes les personnes qui ont lu mon mémoire, et m'ont soutenue dans ce travail.

Ma famille et mes amis, pour leur présence et leur immense soutien, ainsi que mes amies de l'institut de formation pour cette belle aventure de trois ans.

Sommaire

Avant-propos	1
Introduction	2
CHAPITRE 1 : DES ENFANTS PARTICULIERS EN PANNE POUR HABITER LEUR CORPS	4
1. Les enfants souffrant de TED.....	4
2. Impressions et questionnements : Comment habitent-ils leur corps ?.....	8
CHAPITRE 2 : ETRE CONTENU ET SE TENIR POUR « HABITER SON CORPS ».....	12
1. L'intégration d'une tenue dans le développement psychomoteur	12
1.1. Une tenue permise par la maturation neurologique	12
1.2. Les différentes étapes de l'intégration d'un axe	13
2. Pourquoi l'enfant va t'il avoir envie d'habiter son corps ?.....	16
2.1. Un environnement « suffisamment bon » au sens de Winnicott	16
2.2. Un sentiment d'être contenu	17
2.3. Des expériences émotionnelles nécessairement partagées	18
3. Habiter et se figurer son corps : le concept d'image du corps	20
3.1. Définition	20
3.2. Construction de l'image du corps.....	22
3.3. Le Moi Corporel de G. Haag	24
- Le tonus : base du sentiment d'existence	25
- Le sentiment d'entourance par la peau	25
- La formation de l'axe corporel	26
3.4. L'introjection d'une contenance	27
- La « peau psychique » d'E. Bick.....	28
- Le « Moi-Peau » de D. Anzieu	28

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS DES ENFANTS QUE JE RENCONTRE : UN DEFAUT D'HABITATION DU CORPS..... 31

- 1. Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps 31**
 - 1.1. Une sensorialité exacerbée 31
 - 1.2. Une perceptivité particulière 33
 - 1.3. Une difficulté dans la mentalisation et la représentation..... 34
- 2. Les troubles spatiaux-temporaux..... 35**
- 3. Les troubles du tonus : entre défaut de régulation tonique et moyen de se défendre .. 36**
 - 3.1. Une régulation en tout ou rien 36
 - 3.2. Le maintien d'une « image corporelle » au sens de Bullinger 40
 - 3.3. La « seconde peau musculaire » d'E. Bick..... 41
 - 3.4. Une recherche d'être contenu autrement...une contenance qui fait peur ? 42

HYPOTHESES..... 44

CHAPITRE 4 : L'APPROCHE DU PSYCHOMOTRICIEN : CONTENIR CES ENFANTS POUR LEUR PERMETTRE DE S'OUVRIRE AU MONDE 45

- 1. Un cadre contenant et sécurisant : du cadre institutionnel au cadre thérapeutique en psychomotricité..... 45**
- 2. Une « fonction de contenance » du psychomotricien ; lien avec le concept d'enveloppe psychique..... 47**
 - 2.1. Lien entre le cadre thérapeutique, le psychomotricien et l'enveloppe psychique 47
 - 2.2. La fonction « conteneur » et « contenant » du psychomotricien..... 48
 - 2.3. La « fonction de transformation » du psychomotricien..... 50

CHAPITRE 5 : EN PRATIQUE	52
1. Ma place de stagiaire.....	52
2. Le dispositif thérapeutique	54
2.1. La bisexualité psychique en pratique.....	54
2.2. Le dispositif pataugeoire	55
3. Etude de cas de Nicolas	57
3.1. Présentation générale.....	57
3.2. Anamnèse	57
3.3. Le point de vue de la psychologue	58
3.4. Mes observations	59
3.5. L'indication de prise en charge en psychomotricité.....	61
3.6. Déroulement de la prise en charge psychomotrice et son évolution	61
4. Etude de cas d'Emma.....	67
4.1. Présentation générale.....	67
4.2. Anamnèse	67
4.3. Le point de vue du psychologue	68
4.4. Mes observations	69
4.5. Son évolution depuis le début de sa prise en charge pataugeoire.....	71
4.6. Déroulement de la prise en charge psychomotrice et son évolution	72
 Conclusion.....	 80
Bibliographie.....	82

Avant-propos

Je rencontre Noémie lors de mon stage de deuxième année, effectué dans un service de psychiatrie adulte. C'est une jeune femme de 39 ans qui présente un autisme atypique avec, lors des phases de grande tension anxieuse, des conduites auto-offensives. Elle passe à ce moment-là par une période de plus grande déstructuration psychique : une prise en charge pack lui est alors proposée, afin de consolider son enveloppe.

Elle se présente à moi dans un fauteuil, maintenue au niveau de l'abdomen par une ceinture ventrale, avec les jambes repliées sous elle. Elle a de nombreuses cicatrices sur le corps, ses mains sont gonflées de façon importante, sa peau semble à vif à de nombreux endroits, et son visage est déformé.

Lorsque les aides-soignantes l'accompagnent à la prise en charge, elle cherche à taper son front, ses pommettes contre les coins des murs, ou alors à se taper et se mutiler.

Lorsqu'on l'invite à se lever de son fauteuil pour aller au sol sur les draps, elle se lève, fait quelques pas sur la pointe des pieds, le bassin en avant, le corps penché vers l'avant, et les bras fléchis comme en apesanteur au-dessus de son corps. Tout en regardant le plafond, elle passe directement de la position debout à la position assise au sol, en donnant l'impression de s'écrouler.

Le fait que Noémie s'apaise et devienne plus présente au monde qui l'entoure, une fois contenue dans le pack, m'a amenée à me poser de nombreuses questions. J'ai eu envie de continuer cette réflexion, auprès d'enfants en pédopsychiatrie, et d'en faire le sujet de mon mémoire.

Introduction

Avant de commencer ce stage, je m'étais fait une idée des enfants en hôpitaux de jour, que ce soit au travers de reportages ou de la vie de tous les jours. Pour moi, ces enfants étaient dans leur monde, comme dans une bulle, à laquelle on ne pouvait avoir accès. Le fait qu'ils ne nous regardent pas, nous évitent et semblent ne pas nous entendre me donnaient l'impression que l'on n'existe pas pour eux. Leur comportement « bizarre » me déroutait particulièrement : l'agitation de leurs mains devant eux, leur façon de marcher, sur la pointe des pieds, le fait que certains se tapent, ... Je trouvais ces enfants à la fois étranges, déroutants, et déconcertants, du fait que le monde dans lequel ils vivent nous échappe.

Une fois face à ces enfants, d'autres aspects de leur comportement m'ont questionnée. Un des premiers jours de mon stage, je vois un petit garçon, suivi par d'autres, courir dans ma direction, apeuré, venir se placer derrière moi, me tenir au niveau du dos en me disant « Je te tiens ! Protège-moi... », et s'en aller aussitôt quand j'ai voulu tendre mes bras. J'en observe un autre, un peu plus tard, s'accrocher, de façon très tonique, à un soignant, tout en lui demandant de le lâcher. Le paradoxe que j'ai perçu chez ces enfants m'a donné l'envie de comprendre ce qu'il se passe pour eux et ce dont ils ont besoin.

Ils semblent être dans une demande de sécurité auprès de nous, d'être tenus, protégés. Le sentiment de protection qu'ils évoquent reflète l'éprouvé que l'on peut avoir, dans notre vie quotidienne, ou plus généralement dans la société, d'être tenu dans les bras. Cependant, ils donnent l'impression de ne pas vraiment pouvoir l'accepter, et rechercher à se tenir par eux-mêmes, à travers leur tonus et leurs actions sur l'environnement.

Après quelques jours passés auprès de ces enfants, j'ai été amenée à poursuivre et approfondir ma réflexion entamée lors de ma rencontre avec Noémie. Pourquoi ont-ils une organisation tonique si particulière, avec une hypertonie dans leur démarche, et un effondrement tonique au sol ? Pourquoi ont-ils recours à l'hypertonie et l'autostimulation ? Pourquoi s'apaisent-ils tant, une fois contenus dans les coussins ou dans nos bras ? Quelle approche le psychomotricien peut-il avoir auprès de ces enfants qu'on ne comprend pas toujours, et qui semblent parfois dans de fortes angoisses/excitations ?

En faisant des allers retours permanents entre théorie et pratique, je tenterai de faire plusieurs suppositions. La régulation tonique de ces enfants semble refléter pour eux une façon de se tenir, une façon d'habiter leur corps. De par la consistance qu'elle entraîne, elle donne l'impression de leur procurer une tenue qu'ils ne semblent pas avoir intégrée. Cette réflexion m'amènera à poser une hypothèse de travail, pour réfléchir sur la spécificité du psychomotricien auprès de ces enfants.

Le plan de mon mémoire suivra donc le cheminement de ma pensée. Je ferai part, tout d'abord, d'un questionnement global sur les Troubles Envahissants du Développement, et sur la façon dont ces enfants habitent leur corps.

Je m'intéresserai ensuite au développement psychomoteur, et à l'importance du portage, présent lors des interactions précoces, dans l'appropriation progressive que l'enfant se fait de son corps.

Ces éléments permettront de tendre vers une meilleure compréhension des troubles et besoins de ces enfants, ainsi que des moyens auxquels ils recourent pour pallier ce défaut d'habitation du corps.

Je réfléchirai ensuite sur l'approche spécifique du psychomotricien auprès de ces enfants.

Deux études de cas viendront illustrer mes propos.

Tout en gardant à l'esprit qu'il faut parfois accepter de ne pas tout comprendre, j'essaierai, au long de ce mémoire, de mettre du sens sur le comportement de ces enfants, comportement parfois déroutant et impressionnant.

CHAPITRE 1 : DES ENFANTS PARTICULIERS EN PANNE POUR HABITER LEUR CORPS

Je rencontre ces enfants au sein d'un hôpital de jour qui accueille des enfants de sept à douze ans, présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED). Le propre de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie est de faire bénéficier à ces enfants d'une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée au projet thérapeutique de chacun, elle repose à la fois sur des actions médicales, éducatives, pédagogiques et thérapeutiques...ces différents domaines n'étant en aucun cas, exclusifs. Comme tout hôpital de jour, cette structure est en contact avec les familles, les écoles et les autres institutions que l'enfant fréquente. Le nombre de demi-journées de présence est décidé par le médecin du service, et c'est en fonction de celui-ci que peuvent être proposés les différents ateliers : atelier autour du livre, atelier danse, atelier jardin, prise en charge pataugeoire, etc... L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, d'infirmiers, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'une assistante sociale, d'une éducatrice, et d'institutrices spécialisées.

Je vais dans un premier temps m'intéresser aux Troubles Envahissants du Développement (TED) que présentent les enfants que je rencontre, pour ensuite faire part de mes impressions et questionnements.

1. Les enfants souffrant de TED

Définir les TED n'est pas chose aisée car ils peuvent revêtir différentes formes cliniques. Néanmoins, on peut dire que ce sont des troubles du développement qui ont en commun certaines caractéristiques essentielles :

- Des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques
- Des troubles de la communication verbale et non verbale
- Des comportements, intérêts, activités à caractère restreints, répétitifs et stéréotypés.

La classification de référence des troubles envahissants du développement retenue est la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle figure dans les recommandations publiées par l'HAS, et propose une catégorie intitulée "Troubles envahissants du développement" qui comprend :

F84.0 Autisme infantile

F84.1 Autisme atypique

F84.2 Syndrome de Rett

F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance

F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

F84.5 Syndrome d'Asperger

F84.8 Autres troubles envahissants du développement

F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision

Dans les TED, on retrouve également ce qu'on appelait auparavant les psychoses infantiles. Celles-ci correspondent à des troubles de l'organisation de la personnalité, et de la relation de l'enfant avec lui-même, avec l'autre et avec le monde extérieur.

Avec l'introduction du DSM V, le terme TED sera remplacé par Troubles du Spectre Autistique (TSA).

Plusieurs courants, aux approches variées et non exclusives, se sont intéressés aux TED.

Le courant neuro-cognitif

L'abord neuropsychologique cherche à comprendre le fonctionnement cognitif. Il a proposé et étudié plusieurs modèles pour comprendre les TED :

Un déficit des fonctions exécutives, c'est-à-dire de l'ensemble des fonctions nécessaires aux apprentissages, des opérations cognitives qui permettent d'aboutir à un comportement dirigé, autonome et adapté.

Une « faiblesse de la cohérence centrale », qui amène à traiter tous les stimuli de façon fragmentée, en insistant sur les détails, plutôt que comme un tout intégré et significatif. La cohérence centrale est une fonction qui permet de former un ensemble cohérent en intégrant des informations diverses de l'environnement.

Un déficit de la « théorie de l'esprit », avec une incapacité à attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui. Elle permet de considérer que les autres peuvent avoir des états mentaux différents des siens, et de se représenter les situations sociales, d'anticiper les conséquences de ses actes. Cette difficulté expliquerait les troubles de la socialisation, de la communication et de l'imagination.

Il y aurait également un « surfonctionnement » des traitements perceptifs, avec, chez ces personnes, une capacité de discrimination supérieure qui aurait pour conséquence une attraction de l'attention vers les aspects partiels et physiques de l'information au détriment des aspects globaux.

Les données neurobiologiques se basent, quant à elles, sur l'étude de la morphologie du cerveau, de son fonctionnement, avec les techniques d'imagerie, et sur des mesures biologiques. Ces études ont permis de mettre en évidence des anomalies d'activation de certaines zones cérébrales lors d'interactions sociales, d'expression d'émotions ou de tâches cognitives mettant en jeu par exemple la « théorie de l'esprit ».

L'intervention de facteurs génétiques parmi les causes de l'autisme est maintenant reconnue. Des mutations d'une dizaine de gènes ont été impliquées dans les syndromes autistiques.

Le courant psychodynamique

D'un point de vue psychanalytique, les symptômes des TED ne seraient pas la traduction simple de déficits, mais une défense contre l'angoisse résultant de trouble de la relation et de la structuration de l'identité.

Les particularités perceptives, sensorielles et motrices de ces personnes engendreraient des troubles dans la constitution du psychisme, et notamment concernant la constitution de l'image du corps et des enveloppes corporelles. Ces difficultés entraîneraient un débordement émotionnel qui aurait pour conséquence des difficultés dans le développement et l'organisation des perceptions sensorielles et de la cognition.

Les recherches psychanalytiques actuelles s'appuient sur des éléments fournis par les neurosciences, la psychologie du développement et l'observation des bébés. Selon les théories du développement, il est question chez ces personnes d'un défaut d'intégration et d'équipement. Cependant, je ne perdrai pas de vue qu'un défaut dans le développement psychomoteur ne préjuge ni de l'équipement inné du bébé, ni de l'inadéquation de l'environnement.

Je garde à l'esprit qu'articuler l'hypothèse d'une souffrance psychique et d'un dysfonctionnement cognitif, en lien avec un possible défaut touchant l'appareil neurologique, nous permet de garder une ouverture d'esprit favorisant la prise en charge de ces enfants.

Sans oublier la complexité de ces troubles, je souhaite, dans cet écrit, m'appuyer plus particulièrement sur ce deuxième courant, qui s'avère, en vue de ma réflexion, plus pertinent.

2. Impressions et questionnements : Comment habitent-ils leur corps ?

Les enfants que je rencontre lors de mon stage semblent ne pas traiter les informations du monde extérieur comme nous. Des évènements de la vie qui nous paraissent anodins, peuvent parfois engendrer chez eux des angoisses massives et déstructurantes. Comment appréhendent-ils le monde extérieur ? Quelles conséquences cela peut-il avoir sur l'investissement de leur corps ? On pourrait facilement se dire, au premier abord, que l'enfant autiste n'habite pas son corps. Or, je me suis rendue compte en les observant que je ne voyais chez eux que des manifestations émanant du corps : comportements étranges, stéréotypies, gesticulations, cris et grognements... Aussi étrange que cela puisse paraître, ces enfants auraient-ils leur propre façon d'habiter leur corps ?

La réflexion que je déroule au long de ce mémoire commence lors des premiers contacts que j'ai eus avec ces enfants :

Je suis dehors avec les enfants de l'hôpital de jour, la première vision que j'ai d'Aurélien est celle d'un jeune garçon, plutôt grand et mince, qui sort en courant de l'hôpital. On est alors au mois d'Octobre et il vient de pleuvoir. Il sort de la salle où il était, pieds-nus, sur la pointe des pieds, le bassin en avant, le corps penché en avant, et le regard dirigé vers le haut. Tout en sautillant, les bras ramenés vers l'avant, donnant l'impression d'être en apesanteur au-dessus de son corps, avec les coudes fléchis, les doigts écartés en direction de son thorax, il se tape au niveau des côtes. Il court de cette façon jusqu'au bout du parc, pour ensuite revenir à l'intérieur suite aux appels des soignants. Quelques minutes plus tard, j'observe Aurélien demander à être porté par un soignant en tendant ses bras, il passe alors de cette position debout montrant une hypertonie, à un effondrement tonique dans les bras du soignant, donnant l'impression de ne plus avoir de consistance. Il semble, alors, plus présent, et paraît apaisé.

A mon arrivée à l'hôpital de jour, la première chose qui m'a interpellée chez ces enfants a été leur posture et leur démarche. En effet, Aurélien m'a donné l'impression qu'il allait tomber à tout moment, du fait de sa démarche particulière. La peur de tomber qu'il m'a renvoyée dans sa posture reflèterait, me semble-t-il, une angoisse archaïque présente chez le bébé dans les premiers moments de sa vie, et en particulier à la naissance, et qui disparaît lors des premières interactions mère-bébé. Pourquoi sont-elles encore présentes chez Aurélien ? Du fait que les enfants que je rencontre sont souvent soumis à de fortes angoisses corporelles archaïques : se morceler, se liquéfier, ne pas cesser de tomber,...la perception qu'ils ont de leur corps se trouve altérée. Ils semblent vivre leur corps d'une manière particulière, comme un corps qui n'est pas unifié, comme un contenant défaillant. Ils semblent en difficulté pour le penser, et pour s'en faire une représentation corporelle. On peut penser qu'ils ont, de ce fait, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps.

Mon premier contact avec Nicolas, un autre petit garçon, m'a permis d'affiner mes observations, et m'a amenée à me questionner plus précisément sur l'organisation tonique de ces enfants et le rapport qu'ils entretiennent avec leur corps.

Je suis dehors avec les enfants de l'hôpital de jour, quand j'entends un jeune garçon monter la voix lorsqu'un soignant lui dit de ranger sa trottinette. Je rencontre ainsi Nicolas pour la première fois. C'est un petit garçon qui a une posture très tonique, avec les épaules en avant, les bras contractés, fléchis au niveau des coudes, les poings fermés. Suite à la demande du soignant, il signifie son désaccord en montant la voix, tendant son poing vers celui-ci en l'injuriant, courant jusqu'à l'autre bout du parc avec des mouvements peu coordonnés et très toniques, en criant, se tenant la tête, et pleurant. Il semble alors très tonique dans ses bras, et dans ses poings qu'il serre, tout en ayant une démarche vacillante. Il jette la trottinette qui est sur son passage, par terre, puis vient tomber au sol près des soignants, donnant alors l'impression de ne plus avoir de consistance. A d'autres moments, j'ai également observé Nicolas demander au psychomotricien de positionner des coussins sur lui, de façon à être complètement recouvert, ou encore de pousser un matelas contre lui, afin d'être bien serré entre celui-ci et le mur. On observe alors chez lui un certain apaisement.

J'ai également été interpellée par la posture et la démarche de Nicolas. Pourquoi ces deux enfants recourent-ils à l'hypertonie ? Serait-elle un mécanisme de défense contre les angoisses archaïques auxquelles ils sont soumis ? Cette hypertonie, ainsi que l'autostimulation, le démantèlement, et l'identification adhésive, que j'observe chez ces enfants m'ont donné l'impression que les sensations étaient importantes pour eux. Le fait qu'Aurélien se tape de cette façon au niveau du thorax m'a fait penser à Noémie. Je me suis sentie tout autant démunie face à l'un et à l'autre, mais, contrairement à l'an passé où j'étais restée dans l'incompréhension, j'ai eu l'impression, face à Aurélien, que se taper était pour lui une autostimulation, une façon de se ressourcer. Comme la plupart des enfants rencontrés lors de mon stage, que ce soit à travers la contraction de leurs muscles ou en se tapant au niveau du thorax, tous deux m'ont semblé rechercher à se sentir tenus, à ressentir du dur, du solide en eux. Pourquoi ont-ils besoin de cela pour se sentir solides ? Ce recours à un univers de sensations est-il leur seul moyen de se ré-assurer d'un contenant corporel défaillant, de se sentir exister ?

On peut poser l'hypothèse qu'ils recourent à ces comportements pour lutter contre ces angoisses corporelles massives auxquelles ils sont soumis. En leur procurant une certaine sécurité qu'ils recherchent, ces comportements semblent les rassurer, leur permettre de pallier la perception de leur corps comme non unifié. Cependant, ces derniers m'ont également donné l'impression, en contrepartie, d'entraîner un enfermement chez ces enfants, une difficulté à être en relation avec le monde extérieur, en bloquant la communication avec l'autre, ainsi que l'exploration et l'expérimentation des objets.

Ces enfants m'ont également paru, tous les deux, osciller entre une sorte de « tout-dur » au travers de leur hypertonie, et de « tout-mou » dans leur effondrement tonique au sol, donnant alors l'impression de ne plus avoir aucune consistance, de se liquéfier sous nos yeux, comme des flaques. Pourquoi observe-t-on un tel changement de tonicité chez ces enfants ? Pourquoi me renvoient-ils un tel sentiment de non-consistance dans ces moments d'effondrement ?

Par la suite, j'ai eu cette même impression de paradoxe « dur/mou » mais cette fois-ci dans leur propre corps : en étant très tonique dans ses bras et ses poings, Nicolas paraît contrebalancer son axe qui semble « ne pas tenir », on constate alors dans sa posture un « affaiblement » sur lui-même et une démarche avec un vacillement du corps entier. De même, en sautillant sur la pointe des pieds et en étant dans l'hypertonie, Aurélien semble « se créer un axe », qui paraît ne plus avoir aucune consistance une fois dans les bras d'un soignant.

Comment l'intégration de l'axe corporel se fait-il dans le développement de l'enfant ?
Pourquoi ces enfants semblent-ils ne pas avoir intégré un axe¹ solide ?

L'apaisement que j'ai perçu chez ces enfants une fois dans les bras du soignant, ou contenus par des coussins, m'a également fait penser à Noémie. J'ai pu observer chez tous les trois un réel changement de comportement, entre les moments d'hypertonie, qui semblent refléter certaines angoisses, et ceux où ils sont portés, contenus, où l'on observe une diminution des comportements évoqués plus tôt. Ceci entraîne donc, comme j'ai pu le noter face à Noémie, une plus grande disponibilité au monde extérieur. Pourquoi s'apaisent-ils tant une fois contenus ?

A. Ciccone et M. Lhopital considèrent que « *les angoisses corporelles primitives, angoisses postnatales normales, sont apaisées, soulagées par une « tenue » adéquate du nourrisson de la part de l'objet maternant, tenue à la fois psychique et physique* »².

Le psychomotricien peut-il, en permettant à ces enfants de se sentir contenus physiquement et psychiquement, les aider à tendre vers un apaisement et une diminution de ces angoisses corporelles massives ? Peut-il leur permettre, de cette façon, d'habiter autrement leur corps, de l'habiter de façon plus sereine ?

¹ En employant le terme « axe » je fais référence à l'axe virtuel longitudinal du corps, assimilé à la colonne vertébrale, qui oriente le corps, soutient la verticalité, et le plan de symétrie droite-gauche.

² CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, 2^{ème} édition, Paris, éd. Dunod, 2001, p.61

1. L'intégration d'une tenue dans le développement psychomoteur

1.1. Une tenue permise par la maturation neurologique

Le développement psychomoteur de l'enfant est en lien avec la maturation neurologique. Les réflexes archaïques observables à la naissance donnent une indication sur le fonctionnement sous-cortico-spinale, et évoluent au fil du temps pour devenir des conduites volontaires, intentionnelles, et maîtrisées au service de la relation à l'autre. Ils sont symétriques par rapport à l'axe vertical, sont orientés vers le devant du corps, dans un mouvement d'enroulement qui suit la colonne vertébrale, et sont constitués d'une suite coordonnée de séquences motrices. Le réflexe de Moro en est un exemple : un non-maintien de la nuque du bébé entraîne une extension de celle-ci, une ouverture des bras en chandelier, puis un rassemblement des bras du bébé : un retour sur soi protecteur, sorte d'autoconsolation. Ce réflexe montre combien il est nécessaire de tenir la tête de l'enfant afin qu'il puisse communiquer avec son entourage, et disparaît une fois que l'enfant pourra la tenir de lui-même.

Le développement du tonus est également fonction de la maturation du système nerveux, qui se fait selon la loi proximo-distale, avec une réduction du tonus des membres et une augmentation du tonus axial. Le tonus augmente dans les muscles extenseurs, dans l'axe, et l'expérience de la pesanteur ainsi qu'une diminution du tonus entraînent l'ouverture des bras, le nourrisson s'ouvre petit à petit. Cette maturation neuromotrice suit également la loi céphalo-caudale : l'augmentation du tonus débute au niveau de la tête, entraînant une possible tenue de celle-ci, et se propage tout au long de la colonne.

1.2. Les différentes étapes de l'intégration d'un axe

L'enroulement

On peut observer à la naissance une tendance du bébé à s'enrouler de lui-même, que ce soit sous l'effet du flux gravitationnel décrit par A. Bullinger³, ou en lien avec une répartition du tonus inégale au début de la vie : il est plus important dans les muscles fléchisseurs que dans les extenseurs, et on observe une hypertonie des membres et hypotonie du tronc. Au sein d'un environnement affectif suffisamment stable, cet enroulement ferait référence, pour S. Robert-Ouvray, à un rassemblement, à la formation d'une unité, à une phase narcissique où l'enfant se sent exister. Selon elle, « *c'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront* »⁴. Elle a théorisé trois schèmes de base autour desquels la motricité de l'enfant se construit : les schèmes d'enroulement/d'axialité/de coordination. C'est avec l'intégration de ces schèmes de base que l'enfant va progressivement intégrer son schéma corporel. Du fait de leur invariance (l'enfant plie les bras toujours de la même façon par exemple), ils vont donner lieu aux représentations.

La tenue de la tête

Le tonus va évoluer dans le sens d'une augmentation de la tonicité du tronc, permettant en premier lieu une tenue de la tête, puis du dos. Lorsque l'on soutient la nuque d'un bébé, les mouvements désordonnés peuvent cesser, comme le montrent Amiel-Tison et Grenier dans leur étude sur la motricité libérée.

En parallèle à la tenue et l'orientation de la tête permise par la maturation nerveuse, une diminution du tonus des membres va permettre le passage d'une flexion à une possible extension. Les bras se détendent, les mains s'ouvrent, et commencent à investir la préhension, avec une possible orientation de la tête et du regard vers l'objet convoité.

³ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.79

⁴ ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, éd. Desclée de Brouwer, 2002, p.46

La tenue assise

A 6 mois, l'enfant vit une étape importante dans son développement, il acquiert la station assise. Toute notre motricité s'organise autour de l'axe, le schème d'axialité décrit par S. Robert-Ouvray permet la considération du rachis comme axe du corps, la construction de la symétrie, et donc de l'espace droite/gauche. L'enfant peut alors assurer seul la « fonction de maintenance » décrit par D. Anzieu dans le « Moi-Peau », que sa mère assurait pour lui, c'est le début de l'intégration de la dimension verticale. Cette position lui permet d'appréhender le monde extérieur autrement, son regard s'horizontalise, ses mains se libèrent, facilitant l'exploration et la manipulation des objets. Elle permet au nourrisson de découvrir le monde environnant d'une autre façon et de susciter sa curiosité. Il essaye alors de s'organiser corporellement pour rejoindre les objets qu'il convoite. C'est une première prise de distance d'avec la mère, qui va étayer chez lui une capacité à penser, agir par lui-même, très importante dans la construction de son identité, c'est être soi face à l'autre.

Le changement de postures

Après 6 mois, les mouvements sont plus complexes, et on voit apparaître chez l'enfant des postures asymétriques décrites par Bullinger⁵. Elles forment pour l'enfant des espaces droit et gauche disjoints. Tant que la rotation du buste n'est pas possible, c'est la zone orale qui sert de relais entre les deux espaces, l'enfant transfère les objets d'une main à l'autre en passant par sa bouche. Les schèmes de coordination main-tête-pieds décrits par S. Robert-Ouvray vont permettre la torsion du buste, l'exploration des côtés, de l'arrière, des mouvements d'ouverture sur l'espace et sur le monde. Le bébé va devenir capable de passer d'une posture asymétrique à son inverse (la même, mais orientée de l'autre côté). Cependant, il va se retourner et prendre ces positions seulement s'il y a un objet dans son champ visuel qui attire son attention. Une fois que l'enfant a tonifié les muscles de son axe et maîtrise les rotations de son buste, il y a unification des espaces : droit et gauche, et création d'un espace de préhension, où les mains jouent des rôles instrumentaux complémentaires. L'enfant peut alors appréhender l'espace de manière unifiée et devient capable de passer l'objet d'une main à l'autre sans passer nécessairement par la bouche.

La motricité s'inscrit dans une répétitivité des mouvements, permettant à l'enfant de se les approprier. Ces répétitions ont une valeur organisatrice. Les expérimentations du bébé vont

⁵ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.140

l'amener à développer de nouveaux modes de déplacement comme le ramper et le quatre pattes. Il teste ainsi son équilibre, ses appuis, dans une lutte perpétuelle contre la pesanteur, et dans une recherche de maîtrise de son corps et de ses déplacements. Toutes ces expériences participent à la construction du schéma corporel et de l'image du corps.

La station debout

Au cours de son développement, l'enfant va progressivement dérouler son axe, se redresser et acquérir la posture verticale. Bullinger a montré l'importance des appuis dans la tenue de l'axe au cours du développement psychomoteur.

Tout au long du développement, l'enfant va expérimenter la solidité du sol et lutter contre les forces de gravité en le repoussant. Le repoussé du sol nécessite une recherche d'appui et une régulation tonique et posturale pour se déplacer, tout d'abord au sol, puis dans un mouvement vertical entraînant un redressement du corps. La verticalisation correspond à une recherche permanente de l'équilibre, à une lutte pour se mettre et rester debout. S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval considèrent que ces « *interactions avec le support et la gravité prennent leur source dans la relation au support parental (corporel et psychique) en même temps qu'elles permettent la construction et l'évolution du lien, plus large, au monde* »⁶.

En effet, il y a, derrière la marche, toute une dimension narcissique : se redresser signifie se porter soi-même. Elle ouvre un nouveau champ d'exploration et de déplacement nécessitant un sentiment de sécurité suffisant pour pouvoir s'éloigner en confiance.

« *Se relâcher dans l'appui, se rassembler et s'organiser autour du centre et de l'axe, s'enrouler/se dérouler, s'orienter, se repousser et aller vers, constituent les compétences de base pour une motricité intégrée et riche* »⁷. Cette phrase résume bien ce que j'ai souhaité développer dans cette partie. La construction d'un axe corporel suffisamment solide permet à l'enfant de se tenir seul, lui donne un ancrage corporel central, permettant une disponibilité périphérique. Cela demande un juste accord entre la recherche d'appui et l'envie d'aller vers, et donne la possibilité à l'enfant de s'ouvrir, d'entrer en relation avec son environnement et avec autrui.

⁶ ALBARET J.M., GIROMINI F., et SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, éd. De Boeck-Solal, 2012, p.156

⁷ Ibid, p.165

2. Pourquoi l'enfant va t'il avoir envie d'habiter son corps ?

2.1. Un environnement « suffisamment bon » au sens de Winnicott

Selon Winnicott, la mère a un rôle important à jouer pour aider le nourrisson à tolérer les stimulations qui vont l'envahir, il nomme cette présence attentive, la « préoccupation maternelle primaire ». Il la définit comme un état de sensibilité accrue qui permet à la mère de se mettre à la place de son enfant. Elle s'adapte à ses besoins, et, en répondant aussitôt à ses demandes, lui donne l'illusion de contrôler l'extérieur, de créer les objets qui l'entourent. Winnicott parle de « mère suffisamment bonne ». Une rythmicité autour de l'alternance besoin/satisfaction s'installe donc de manière précoce entre la mère et son enfant, elle permet au nourrisson de se construire une sécurité interne, indispensable à son bon développement. Cependant, il est nécessaire que la mère introduise progressivement un temps d'attente entre la demande de son enfant et sa réponse. En lui permettant ainsi de prendre conscience du monde extérieur, elle engage son individuation.

Le bébé n'a, dans un premier temps, pas conscience de son propre corps, c'est la mère qui le lui présente en jouant avec. On voit par exemple des mères qui jouent avec les pieds et mains de leur bébé lors des moments de change en les amenant dans le champ de vision de leur enfant. Il en est de même pour le monde qui l'entoure, n'en ayant pas conscience au début de la vie, c'est la mère qui va lui présenter les objets de son environnement, Winnicott appelle cela l' « object-presenting ».

Dans les premiers temps de la vie, le seul moyen pour le bébé de communiquer avec sa mère est de moduler son tonus. H. Wallon est le premier à mettre en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, il souligne son importance dans les interactions mère-nourrisson, parlant de « dialogue tonique » qui va s'établir entre la mère et son bébé. J. de Ajuriaguerra reprend la démonstration de Wallon, et parle de « dialogue tonico-émotionnel ». Il se produit une adaptation tonique des deux partenaires (le bébé se moultant dans les bras de la mère et celle-ci ajustant le tonus de ses bras). La mère tente de comprendre et d'interpréter les décharges toniques de son bébé et d'y apporter des réponses adaptées. L'enfant perçoit les variations de l'état affectif ou de la disponibilité physique et psychique de sa mère, et, dans le même temps, celle-ci constate les modifications tonico-émotionnelles de son enfant.

De véritables adaptations toniques et posturales se mettent en place entre les deux partenaires, et permettent la transmission des émotions entre parents et bébé. Stern parle d' « accordage affectif » qui permet au bébé et aux parents de se comprendre et de communiquer.

2.2. Un sentiment d'être contenu

La naissance est un gros bouleversement pour l'enfant, il passe d'un milieu liquidien où il a été parfaitement enveloppé et contenu pendant neuf mois, à un milieu aérien où il est soumis à de nouvelles sensations tactiles et gravitaires à l'origine d'angoisses corporelles archaïques : angoisse de chute, angoisse de non-limite,... Le nourrisson va alors avoir besoin de sa mère et de son portage pour supporter les nombreuses stimulations venant de son environnement, puis, progressivement, prendre conscience de son corps et avoir ce qu'on appelle un premier sentiment d'enveloppe, de « tout-autour ». Ce sentiment reflète la notion de contenance⁸, sur le plan physique mais aussi psychique, ces deux aspects étant intimement liés. Il s'agit pour l'enfant de se sentir tenu et contenu : dans son corps d'une part, avec une délimitation entre le dedans et le dehors et une intégration des modalités sensorielles, et dans sa vie psychique d'autre part, avec un sentiment d'existence et de sécurité interne.

Dans les premiers temps de la vie, le bébé ne peut se tenir seul. Ce sont les personnes de son entourage qui vont, en le maintenant et soutenant au niveau de la tête et du dos, lui permettre d'être disponible à la relation. Sa mère lui offre son propre corps comme appui, comme lieu de réconfort, comme base de sécurité. Pour cela, elle a des capacités de « holding » et de « handling ». Le « holding » est défini par Winnicott comme la façon de porter, de maintenir l'enfant tant dans son corps que dans son psychisme. Le bébé éprouve, à travers ce portage, diverses sensations tactiles sur l'ensemble de sa surface corporelle. Ce contact est propice à une première intuition des limites corporelles, qui n'aboutira que plus tard à une véritable prise de conscience de son enveloppe corporelle, de son unité corporelle, ainsi que de son monde interne contenant. Le « handling » est, quant à lui, assuré par la répétition des soins apportés au nourrisson. Le bébé intègre alors progressivement la sensation de support externe que lui offrent les bras maternants en perception d'appuis internes, tels son ossature et sa tonicité axiale.

⁸ Selon le dictionnaire Larousse, la « contenance » correspond à la quantité que peut contenir quelque chose. Elle peut également symboliser la manière qu'a quelqu'un de se tenir en telle ou telle circonstance, ce qui est intéressant au vu de la réflexion que je déroule dans ce mémoire.

La mère ne va pas seulement contenir son enfant physiquement, mais aussi psychiquement. Dans les premiers temps de la vie, le bébé s'exprime tout d'abord à travers son corps par des réactions toniques, posturales, des cris, des pleurs : des expressions corporelles sans représentation. Bion appelle cela les éléments primitifs ou « éléments β », ces éléments du psychisme du bébé n'ont pas, par eux-mêmes, la capacité de se lier entre eux. Le bébé projette alors ces éléments de son expérience psychique dans le psychisme de sa mère, qui va les capter et les retranscrire sous forme « d'éléments α », plus acceptables et assimilables pour son enfant. C'est ce que Bion appelle la « fonction α » ou « capacité de rêverie » de la mère. Celle-ci va penser pour son bébé et mettre des mots sur ses ressentis, elle prête son psychisme à son enfant, et l'aide ainsi à former son propre psychisme, pour qu'il puisse ensuite surmonter seul ses expériences angoissantes. La « fonction α » est « *d'abord dévolue à la mère, peu à peu l'enfant l'intériorise et devient capable de traiter lui-même ses propres expériences pour les transformer en pensées grâce à un « appareil à penser les pensées »* »⁹.

2.3. Des expériences émotionnelles nécessairement partagées

La tenue de l'axe dépend de la maturation neuro-motrice, de l'intégrité des systèmes ostéo-articulaires, musculaires, nerveux,... Mais ces systèmes ne vont être mobilisés que lorsque l'enfant va ressentir le désir de se tenir, se redresser.

Dans son développement, c'est en éprouvant le plaisir d'être en relation et en étant stimulé par son milieu humain, que l'enfant va avoir envie de communiquer, l'intention d'aller vers l'autre, d'entrer en relation ou d'explorer l'espace, les objets ou l'environnement. Comme le souligne V. Bury, « *la qualité des liens engagés avec son entourage incitera le bébé à un éveil psychomoteur et à une ouverture au monde de la communication* »¹⁰. Il est donc nécessaire que le bébé éprouve ce plaisir d'être en relation pour pouvoir se tenir seul, avoir envie de lutter contre les forces de gravité pour se redresser, tenir son axe et s'ouvrir au monde qui l'entoure.

⁹ HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, 2^{ème} éd., Paris, édition In Press, 2010, p.71

¹⁰ BURY V., *Investissement particulier du bas du corps et de la marche chez de jeunes enfants présentant précocement des troubles graves de la structuration de leur personnalité*, in « Thérapie psychomotrice –et recherches- » n°134, 2003, p.66

Le bébé doit également se sentir suffisamment en sécurité affectivement pour éprouver une curiosité, un besoin de découverte, de recherche de nouvelles expériences, lui donnant l'envie de s'orienter et se déplacer dans son environnement. Ce sentiment se crée dans le portage, et en particulier avec le contact du dos.

Une fois qu'il commence à se tenir seul, l'enfant éprouve une certaine fierté, il se sent de plus en plus solide et acquiert une maîtrise sur les forces de gravité, une maîtrise de son monde. Il éprouve un plaisir sensori-moteur face aux compétences de son corps qui agit sur l'environnement.

Au cours de son développement psychomoteur, l'enfant s'approprie progressivement son corps, et intègre un axe solide sur lequel s'appuyer. C'est, petit à petit, avec la maturation neurologique, la régulation tonique, ses propres compétences, et à travers ses expériences sensori-motrices émotionnellement partagées avec les personnes de son entourage, que l'enfant devient capable de se mouvoir dans l'espace pour son propre compte.

L'enfant a donc besoin de se sentir, avant tout, contenu par son entourage, et de faire l'expérience de son corps au niveau moteur, affectif, et cognitif, pour pouvoir se tenir, investir et s'approprier son propre corps.

3. Habiter et se figurer son corps : le concept d'image du corps

Dans la pratique psychomotrice, nous parlons souvent d'investir son corps ou encore d'habiter son corps. Mais que signifient ces termes ?

Du latin « habere » (avoir), et « habitare » (vivre, habiter, demeurer), « habiter » comporterait un sens de « tenir », « se tenir », « posséder »¹¹. J'entends par « habiter son corps » : l'investir, se l'approprier, le reconnaître, l'utiliser et le penser. Cela demande d'investir les fonctions instrumentales, toniques, praxiques et sensori-motrices, dans notre développement, notre histoire, et notre relation à l'autre. Cette expression que j'utilise tout au long de ce mémoire se trouve donc fortement intriquée avec la notion d'image du corps, et de schéma corporel.

3.1. Définition

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous portons en nous à propos de notre corps. Elle appartient à un registre inconscient et affectif, qui concerne la représentation de soi, et qui dépend de la singularité de nos expériences vécues.

F. Dolto parle d' « image inconsciente du corps », qui permet, selon elle, de prendre en compte toute l'importance de l'expérience corporelle dans la relation à l'autre, comme constitutive d'une identité subjective. Elle est « *propre à chacun [...], synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* »¹². Il existe, selon elle, trois modalités dans l'établissement de l'image du corps, qui sont « *l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène, lesquelles constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet* »¹³, et ce, à chaque stade de son évolution.

L'image de base, dite aussi « image de sécurité » est la plus fragile de ces trois entités. Elle permet à l'enfant de se ressentir dans une « *mêmeté d'être, c'est-à-dire dans une continuité narcissique et spatio-temporelle* »¹⁴. C'est à travers cette notion que s'élabore l'idée d'existence, rappelant ainsi « le sentiment continu d'exister » de Winnicott. L'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène sont reliées entre elles, et maintenues cohésives, par ce que F. Dolto nomme « l'image dynamique ».

¹¹ Le Petit Robert de la langue française, Paris, 2006

¹² DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, éd. Du Seuil, 1984, p.22

¹³ Ibid, p.49

¹⁴ Ibid, p.50

L'image du corps et le schéma corporel sont deux notions étroitement liées. Afin de bien les différencier, nous pouvons faire référence à la métaphore qu'utilise P. Delion dans son article *L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps* :

« Le corps comprend toute la matérialité physiologique avec ses plans de montage, de câblage et de fonctionnement qu'on appelle volontiers le « schéma corporel », tandis que « l'image du corps » est davantage la représentation des modalités de l'habitation de « la maison du corps », bien sûr en fonction de sa matérialité mais, surtout, de l'histoire qui va se dérouler dans cette maison »¹⁵.

Le schéma corporel, lui, est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient (lorsqu'il est sollicité de façon volontaire). S'il s'appuie sur des données physiologiques, et possède un support neurologique, le schéma corporel se construit toujours en interaction avec le monde des objets et des personnes. Il se structure par l'apprentissage et l'expérience, et désigne le corps en tant que référent spatio-temporel. J. De Ajuriaguerra le décrit ainsi :

« Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». (Ajuriaguerra, 1970)¹⁶.

En conclusion, « entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu »¹⁷. C'est en redynamisant le lien entre ces deux notions, qui sont intriquées et en permanente interaction, que le psychomotricien va permettre aux personnes qu'il rencontre de se construire une unité et une identité psychocorporelle. Celle-ci se base à la fois sur le cadre spatial de référence que lui offre son schéma corporel, et sur les représentations psychiques émanant de son image du corps.

¹⁵ DELION P., *L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps*, in « Corps, psychose et institution » sous la direction de P. Delion, éd. Eres, 2002, p.13

¹⁶ www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html

¹⁷ GUIOSE M. ; *Fondements théoriques et techniques de la relaxation*, www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/relaxation1.pdf

3.2. Construction de l'image du corps

Pour B. Golse, « *parler du corps convoque au premier plan toute la question des sensations et des perceptions (ancrage corporel) qui ne pourront devenir représentations qu'une fois prises dans le champ de l'interrelation* »¹⁸.

L'enfant va pouvoir avoir accès à la conscience de lui-même, de son corps, à la possibilité de le penser et de l'investir, à travers la construction de son image du corps. Celle-ci suit la logique sensations-perceptions-représentations, et nécessite le recours au milieu humain.

Les sensations

Les sensations représentent le premier niveau de conscience. Elles sont provoquées par une excitation physiologique qui est captée par un système sensoriel, elles peuvent être de différents ordres : extéroceptives (tactiles, visuelles, auditives), proprioceptives, et intéroceptives.

Dans les premiers temps de la vie, le bébé vit dans un état d'indifférenciation avec le monde environnant. Il est dans un corps à corps avec sa mère, qui tente de recréer l'impression de « matrice » que celui-ci pouvait ressentir in utéro. Il vit alors ces sensations de manière indépendante, sans possibilité de les relier entre elles. Il n'y a pas de prise de distance possible et le vécu de son corps est donc morcelé.

Les sensations ont un rôle essentiel dans la construction du futur espace corporel, elles s'unifient dès lors que l'espace psychique se crée. Petit à petit, les compétences sensorielles vont s'affiner, et son entourage va lui permettre d'intégrer ces sensations. L'environnement, et plus particulièrement le dialogue tonique entre le bébé et sa mère ou son substitut, va lui permettre d'organiser, traiter, différencier et mettre en lien ces différentes sensations, qui deviendront par la suite perceptions.

¹⁸ GOLSE B. ; *Du corps à la pensée*, PUF, 2^{ème} édition, Paris, 2001, p.337

Les perceptions

Au fil de son développement, grâce à son action sur le monde et les réponses de celui-ci, l'enfant va pouvoir avoir accès à la conscience de lui-même en tant qu'être différencié : c'est ce qu'on appelle les perceptions, second niveau de conscience. La perception est une mise en relation entre ce qui est perçu et celui qui perçoit ; tout comme, lorsqu'on touche on est touché. Cela va permettre les progrès psychomoteurs, l'acquisition des repères corporels et spatiaux fondamentaux (dedans/dehors, devant/derrière...). Cette phase s'intègre progressivement sur la base des expériences vécues corporellement par le sujet, avec l'alternance des phases de détente/insatisfaction en lien avec les réponses et réactions de l'entourage. La perception est déjà une interprétation des informations sensorielles.

Les représentations

Le stade des représentations est le troisième niveau de conscience, elles permettent d'évoquer des objets ou des situations non actuellement perçus et de les représenter au moyen d'un symbole. Elles sont possibles grâce à la répétition et à la cohérence des perceptions. Ces représentations permettent à l'enfant de se construire sur le plan psychique, en s'appuyant sur son vécu corporel : le symbole crée une distance entre soi et l'objet.

S. Robert-Ouvray parle d'étayage des paliers psychiques sur les paliers corporels. Par le biais des réponses et de l'ajustement de l'adulte, l'enfant va pouvoir intégrer ses propres états toniques sur lesquels vont venir se greffer les sensations corporelles liées à des états affectifs. Les affects vont alors pouvoir se corréliser entre eux grâce à la répétition, et les premières représentations vont naître.

En lui permettant de se représenter son corps comme une unité, dans une union psyché-soma, l'environnement va l'aider à se percevoir comme séparé de celui-ci. Le fait d'être différencié, de créer un « dedans » et un « dehors » permet l'acquisition d'une pensée autonome. Le contenant psychique, ce qu'E. Bick a appelé « la peau psychique » et D. Anzieu le « Moi-Peau », se construit donc par le détour de l'autre.

Le recours au milieu humain

En jouant avec ses articulations et en explorant les possibilités de son corps par lui-même, l'enfant va progressivement élaborer son schéma corporel. Mais, « *un bébé seul n'existe pas* »¹⁹ comme l'a dit Winnicott. C'est parce que l'environnement investit le corps de l'enfant que celui-ci pourra à son tour l'investir, et c'est sur cette base que se développe l'image du corps et le développement psychomoteur. Etre en relation est primordial dans la construction de l'image du corps : les sensations et éprouvés ne prennent forme et sens, ne se transforment en perceptions puis représentations, que par le détour d'autrui. En reprenant une citation de J. de Ajuriaguerra, F. Joly l'illustre bien : « *notre corps n'est rien sans le corps de l'autre* »²⁰. C'est seulement lorsqu'il fait l'expérience de sa motricité en relation que l'enfant va progressivement prendre conscience de ses capacités motrices, et intégrer son image du corps, ses possibilités et ses limites.

Du corps naît la pensée, et en retour, le corps et la réalité corporelle viennent contenir cette pensée. C'est ce contenant psychique qui semble défaillant chez les enfants que je rencontre. Est-ce parce qu'ils habitent leur corps sans le penser ? Ne peuvent-ils opérer cette transformation des sensations en traces psychiques, en représentations et en pensée ?

3.3. Le Moi Corporel de G. Haag

L'image du corps est une notion complexe qui peut être traitée sous différents points de vue. J'ai décidé de développer le Moi Corporel décrit par G. Haag, qui illustre la notion d'image du corps en partant du corps lui-même, du tonus, et qui me paraît refléter le cheminement de ma pensée.

Freud est le premier à parler de Moi Corporel, pour G. Haag, il correspond à l'auto-appropriation du corps et est identique à la notion d'image du corps. La genèse de celui-ci se décompose en trois grandes étapes : le sentiment d'entourance par la peau ou sentiment d'un « tout-autour », la formation de l'axe corporel unissant les deux côtés du corps, et l'auto-appropriation des membres inférieurs. Je parlerai plus particulièrement des deux premières étapes, qui, je trouve, sont les plus pertinentes au vu de ma réflexion.

¹⁹ WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, éd. Payot, 1969

²⁰ JOLY F., *Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°134, 2003, p.40-56

- Le tonus : base du sentiment d'existence

G. Haag considère que l'éprouvé musculaire, résultat de tension et mouvements, est à la base du Moi Corporel, elle l'associe aux « *manifestations d'un premier Moi* »²¹.

Le tonus est, pour le bébé, le premier moyen de se sentir exister. Dans les premiers temps de la vie, il est soumis à différents flux sensoriels, que A. Bullinger décrit au nombre de cinq : le flux gravitaire, tactile, olfactif, auditif et visuel. Ceux-ci entraînent chez le nourrisson un recrutement tonique global, qui lui permet de garder une intégrité corporelle. En effet, en plus d'être le principal moyen pour l'enfant de communiquer, le tonus lui permet d'avoir un premier sentiment de consistance, un premier sentiment d'exister. Lors d'une contraction musculaire, l'enfant éprouve une sensation de dur en lui, de consistance, qu'il va associer à l'état affectif de plaisir ou déplaisir dans lequel il est. Quand il est dans l'attente de sa mère il va par exemple contracter l'ensemble de ses muscles et associer cela à un moment d'insatisfaction.

Le tonus maintient les différentes parties du corps entre elles, et offre une « contenance » de soi-même, un sentiment d'unité corporelle et d'individuation. Selon S.Robert-Ouvray et A. Servant-Laval dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, il constitue une « véritable *« enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau* »²².

- Le sentiment d'entourance par la peau

Selon G. Haag, le nourrisson est soumis, à la naissance, à une perte de sensation d'enveloppement qui doit être reconstruite. Il a des angoisses post-natales, de chute et de liquéfaction, qu'elle considère comme un déséquilibre tonique progressivement colmaté par l'entourage, par une tenue physique et psychique. Le sentiment d'enveloppe, qui est de nature psychique, n'est établi selon elle que vers deux mois et demi.

Elle insiste sur l'importance de la concomitance de l'éprouvé tactile du contact-dos et de l'interpénétration des regards dans la création d'un « espace derrière ». Celui-ci reflète le sentiment que quelque chose entre et imprime au fond de la tête des qualités, contribuant à créer un fond, et à éprouver le sentiment d'entourance par la peau. En effet, « *la combinaison sonore, tactile du dos et pénétration du regard, les autres sensorialités étant moins visibles à*

²¹ HAAG G., *Le Moi Corporel*, in « L'enfant, ses parents et le psychanalyste » sous la direction de C. GEISSMANN et D. HOUZEL, Paris, éd. Bayard Compact, 2000, p.459

²² ALBARET J.M., GIROMINI F., et SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, éd. De Boeck-Solal, 2012, p.155

ce moment-là mais elles sont sans doute là, fait l'entourance »²³. Au départ, ce sentiment d'entourance ne prendrait pas en compte la totalité du corps mais seulement « *une émergence de la conscience de séparation en tête à tête et un peu le haut du corps* »²⁴. Il serait le résultat, selon elle, d'une première circularité, illustrée par les « boucles de retour », aller-retour qui s'organise dans les échanges avec la mère. Le soutien, le contact de la peau et le regard permettent la formation d'une boucle, entre ce que le bébé envoie à sa mère et ce qu'elle, dans son ajustement postural, dans ses paroles ou encore son sourire, lui renvoie. C'est cette boucle qui permet au nourrisson de se sentir unifié.

Selon elle, le nourrisson est dans un « collé à » du dos. Elle rejoint Grotstein et sa notion de « présence d'arrière-plan », à laquelle il a associé le concept d'« identité adhésive » décrite par E. Bick. Ce « fond » qui se constitue chez l'enfant participe à la mise en place d'un sentiment de sécurité de base et, plus tard, à la capacité du bébé à tenir seul sa tête et son dos. C'est secondairement que l'enfant va pouvoir intérioriser ce sentiment d'être « collé à » en sentiment d'enveloppe.

- La formation de l'axe corporel

Après avoir intégré le sentiment d'entourance de la peau, se forme, dans la genèse du Moi Corporel, l'articulation des deux côtés du corps autour de l'axe vertébral, qui sert de soutien à l'enveloppe.

G. Haag parle de clivage vertical dans les premiers temps de la vie, et développe le concept d'« objet latéral d'identification primaire ». Le bébé aurait un côté maman et un côté bébé, qui se rassembleraient sur l'axe dans un mouvement de fermeture quand la mère s'éloignerait: le bras maman cherche le bras bébé. Elle évoque une bisexualité des qualités parentales, elle parle de la mère et du bébé dans les deux moitiés du corps, et la fonction paternelle serait en lien avec l'axe médian. Selon G. Haag, la formation de l'axe corporel dans la genèse du Moi Corporel se fait à la fois par la construction du plan arrière de sécurité, et par la réunification d'un espace droit et d'un espace gauche.

Le regard a également une place importante dans cette étape. Selon elle, c'est l'éprouvé tactile du contact-dos associé à la double interpénétration œil/œil et bouche/mamelon qui construirait l'axe en « soudant » les deux hémicorps. « *Entre la « présence d'arrière-plan »,*

²³ HAAG G., *Interview de Geneviève Haag* par Jean-Marc Orjubin et Madeleine Tordjman, in « Thérapie psychomotrice - et recherches - » n°134, 2003, p.6

²⁴ HAAG G., *Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants artistes et psychotiques*, in « Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe » n°30, Ramonville, éd. Eres, 1998, p.2

probablement adhésive et bidimensionnelle, et la présence latérale s'installe progressivement la perception d'une profondeur »²⁵. Le regard de la mère crée la profondeur, ainsi qu'un espace derrière, ce qui permet le redressement et la verticalité de l'enfant à travers la position assise et la station debout. La construction de l'axe corporel est donc importante dans la construction d'une sécurité interne et d'un espace personnel.

La genèse du Moi corporel se termine par l'auto-appropriation des membres inférieurs avec réduction du clivage horizontal. La maturation neurophysiologique qui se fait dans le sens céphalo-caudal permet au bébé d'intégrer le bas du corps au travers d'expérimentations autour de l'attache du bassin : exploration des jambes et des pieds, rassemblement de celles-ci avec coordination haut/bas du corps, le redressement puis la marche, et un intérêt croissant pour les zones érogènes du bas du corps.

Le Moi Corporel de G. Haag montre que le sentiment d'enveloppe ne suffit pas pour habiter son corps, il faut également intégrer un axe corporel solide. Le corps est à la fois une enveloppe, donnant le sentiment d'exister, d'être dans sa peau, et un squelette interne, donnant l'éprouvé qu'il y a quelque chose sur lequel on peut s'appuyer.

3.4. L'introjection d'une contenance

G. Haag parle de la peau en terme d'entourance, d'« auréole », pour qualifier le sentiment de « tout-autour » qu'éprouve le bébé dans la concomitance de l'éprouvé tactile du contact-dos et de l'interpénétration des regards. Elle met cette étape de la genèse du Moi Corporel en lien avec l'introjection²⁶ de la contenance, présente dans les concepts de « peau psychique » d'E. Bick, et « Moi-Peau » de D. Anzieu.

²⁵ HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, éd. Bayard, p.112

²⁶ Le terme d'introjection est introduit par Ferenczi en 1909. C'est un processus qui consiste à « faire entrer dans son Moi la plus grande partie possible du monde extérieur » in *Naissance à la vie psychique*, de CICCONE A. et LHOPITAL M., 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 2001, p.17

- La « peau psychique » d'E. Bick

Avant le concept de « Moi-Peau » de D. Anzieu, E. Bick a créé le concept de « peau psychique ». Dans son article *L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* elle postule que « *sous leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent, de ce fait, être tenues passivement ensemble grâce à la peau qui fait office de limite* »²⁷. De ce fait, elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet extérieur contenant qu'elle appelle l'« objet contenant optimal », auquel le bébé s'identifie, et qu'il introjecte, afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. La fonction de contenance de l'objet optimal sera introjectée par l'enfant comme une peau, qui lui permettra de faire la différence entre soi et non soi. Cet objet contenant optimal est « *le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère* »²⁸. Ainsi, lors de la tétée, c'est la concomitance des différentes modalités sensorielles (le portage, l'interpénétration des regards, le contact du mamelon dans la bouche, les paroles apaisantes...) éprouvées dans un moment de sécurité et de plaisir partagé avec la mère, qui permet à l'enfant de vivre une expérience de rassemblement interne et qui lui procure son premier « sentiment d'être » contenu et contenant, comme une peau psychique.

- Le « Moi-Peau » de D. Anzieu

Lors des contacts corps à corps avec sa mère, et plus particulièrement au moment de la tétée, le bébé fait en même temps l'expérience d'un contact différenciateur au niveau de la bouche et du mamelon, d'un centre de gravité en lien avec la réplétion et d'un bain de chaleur, d'odeurs, de paroles,... dans la relation à sa mère. De cette expérience globale émane des sensations de volume et de surface chez le nourrisson, et la possibilité d'expérimenter un contenant à la fois corporel et psychique. Au cours des expériences de contact de corps à corps avec la mère, et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle, le bébé va acquérir la perception de la peau comme surface, comme enveloppe contenant, comme limite entre l'intérieur et l'extérieur, et garante de l'intégrité de son enveloppe corporelle. C'est ce que D. Anzieu a théorisé sous le nom de « Moi-Peau ».

²⁷ BICK E., *L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* (1967), in « Les écrits de Martha HARRIS et d'Esther BICK » sous la direction de HARRIS WILLIAMS, Larmor-Plage, éd. Du Hublot, 1998, p.135

²⁸ Ibid, p.136

Par cette notion, il entend « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* »²⁹.

Il en définit huit fonctions, qui s'étayaient sur les fonctions de la peau : fonction de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation du Soi, d'inter-sensorialité, de surface de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale et d'inscription des traces sensorielles tactiles.

Je me suis appuyée, sur les deux premières fonctions, qui m'ont m'aidée dans ma réflexion.

« *De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-Peau remplit une fonction de maintenance du psychisme* »³⁰. Cette première « fonction de maintenance du psychisme » se développe par intériorisation du « holding » maternel, façon dont la mère soutient et « *maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité* »³¹, et est extrêmement importante pour l'acquisition de la station assise puis de la station debout. Elle offre une solidité, un support au psychisme de l'enfant, et conditionne en partie l'intégration de l'axe comme quelque chose de solide. En effet, après avoir expérimenté un appui externe sur le corps de sa mère, le bébé va apprendre à se maintenir physiquement par lui-même, et, par la suite, se redresser en s'appuyant sur sa propre colonne vertébrale ressentie comme solide. Se redresser est à entendre corporellement mais aussi psychiquement, c'est pouvoir se mettre debout en tant que sujet, face à face avec autrui.

La « fonction de contenance » est, quant à elle, exercée principalement par le « handling » maternel, par les soins du corps que procure la mère à son bébé, et amène l'enfant à un sentiment de continuité d'existence. De même que la peau enveloppe tout le corps, le « Moi-Peau » enveloppe tout l'appareil psychique. On peut distinguer, dans cette fonction, deux aspects. A la suite de R. Kaës, D. Anzieu³² distingue le « conteneur », qui accueille de façon plutôt passive les productions du bébé, et le « contenant », réceptacle actif

²⁹ ANZIEU D, *Le Moi-Peau*, 2^{ème} éd., Paris, éd. Dunod, 1995, p.61

³⁰ Ibid, p.121

³¹ Ibid, p.121-122

³² ANZIEU D, *Les contenants de pensée*, ouvrage collectif, 2^{ème} éd., Paris, éd. Dunod, 2003, p.27

qui transforme les vécus corporels en éléments pensables. Ce dernier a un aspect plus actif et s'apparente à la « fonction α » ou « rêverie maternelle » décrite par Bion.

Ainsi, à travers l'expérience d'être apaisé, compris, dans le portage de la mère, l'enfant va développer le sentiment d'être contenu, qui est une création psychique étayée sur des expériences corporelles, notamment la peau. Il intériorise progressivement cette contenance, qui va être à l'origine des premières enveloppes corporelles et psychiques, et de l'appropriation de son propre corps. Je garde à l'esprit que parler ainsi d'enveloppe est une métaphore pour nous aider à penser notre pratique. Celles-ci sont tributaires de la disponibilité maternelle à son nourrisson, des compétences de l'enfant et d'une interaction entre eux suffisamment stable. C'est seulement une fois qu'il a intériorisé ce sentiment d'être contenu que l'enfant va différencier le dedans du dehors, le soi du non-soi, ...avoir un sentiment de sécurité et d'intégrité corporelle et psychique. Il intègre le sentiment d'un « tout-autour » comme un espace, l'espace de son corps propre, contenant et différencié du monde extérieur. Il prend progressivement conscience de la spatialisation de son propre corps, et, par conséquent, de la spatialisation du monde qui l'entoure.

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS DES ENFANTS QUE JE RENCONTRE : UN DEFAUT D'HABITATION DU CORPS

1. Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps

Dans la construction de leur image du corps, ces enfants paraissent bloqués au niveau des sensations. En effet, on constate chez eux une exacerbation de leur sensorialité, une perceptivité particulière, et des difficultés dans la mentalisation et la représentation.

1.1. Une sensorialité exacerbée

Comme on l'a vu précédemment, les enfants que je rencontre sont soumis à des angoisses corporelles archaïques qu'ils ne peuvent maîtriser : se morceler, se liquéfier, ne pas cesser de tomber,... Comment les rassurer face à celles-ci quand ils ne peuvent nous dire ce qui les terrorise et que nous n'avons aucun moyen de le découvrir ? Ils vont avoir recours à différents mécanismes afin de lutter contre ces angoisses, notamment le démantèlement et l'adhésivité, deux processus suscitant leur sensorialité.

Au cours de son développement, l'enfant se constitue « *un certain nombre de liens psychiques entre les différentes parties de son corps. Celles-ci ainsi réunies constituent pour lui le mantèlement de son appareil psychique* »³³. En cas de rupture de l'attachement, Meltzer parle de **démantèlement de l'appareil psychique** pour symboliser l'angoisse qu'elle engendre. Du fait d'une impossibilité à relier les différents sens entre eux, il entraîne chez l'enfant une perception fragmentée de l'objet et de lui-même. Celui-ci appréhende le monde comme une succession de données sensorielles plus ou moins attractives, et entre lesquelles il erre. Les enfants que je rencontre peuvent par exemple s'accrocher à une lumière, un son, un contact tactile, une odeur, ou un goût ; à des sensations qu'ils perçoivent comme séparées et qu'ils envisagent de façon juxtaposée. Ils fixent alors leur attention, à un moment donné, sur une en particulier, pour ensuite s'en détacher et se diriger vers une autre. Ce processus peut être mis en lien avec les études menées par les neuro-cognitivistes, qui notent, chez ces enfants, une « faiblesse de la cohérence centrale » (voir chapitre I).

³³ DELION P., *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*, Toulouse, éd. Eres, 2009, p.64

Emma est une petite fille qui m'a interpellée de par sa recherche de contact physique. Je suis assise sur un coussin derrière elle, un soignant l'incite à s'installer à mes côtés. Elle recule sans regarder et s'assoit dans un premier temps sur moi, puis juste à côté en me collant, affaissant son dos contre moi. Elle a tendance à se coller aux soignants, aux autres enfants, mais aussi aux objets de son environnement, qu'il est ensuite difficile pour elle de lâcher.

On observe chez elle, des comportements de « collé à », dans un contact indifférencié ; elle ne semble pas rechercher l'objet ou la personne en tant que tel, mais seulement une qualité de celle-ci, comme la qualité du contact ou encore la matière des vêtements, la texture,... C'est une pure recherche de sensation, de quelque chose qui est senti corporellement.

D. Meltzer, à la suite d'E. Bick, parle d'**identification adhésive**, processus utilisé dans le développement normal, mais qui devient un mécanisme défensif pathologique si le sujet y a recours de façon systématique. La défense par adhésivité consiste à « *s'agripper pour éviter la menace inhérente à chaque expérience de séparation, d'individuation* »³⁴. Elle supprime ainsi tout écart entre le sujet et l'objet.

Les comportements d'autostimulations que j'ai pu observer chez certains enfants peuvent également être mis en lien avec cette adhésivité.

Aurélien est un petit garçon qui, lorsque l'on met de la musique, sautille sur la pointe des pieds, ramène ses bras vers l'avant, avec les coudes fléchis, les doigts écartés en direction de son thorax, et se tape au niveau des côtes de façon répétitive.

Cette recherche permanente de sensation en se tapant rejoint l'identité adhésive développée par D. Melzer. Tout comme Emma, Aurélien semble s'accrocher à une sensation pour se tenir. Il en est de même pour son organisation tonique sur la pointe des pieds, ses crispations toniques semblent lui permettre de ressentir du dur, du solide en lui. C'est senti dans le corps et ça reste corporel, ça ne peut être mentalisé, ne peut devenir une expérience psychique et mentale.

³⁴ CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, 2^{ème} édition, Paris, éd. Dunod, 2001, p.102

F. Tustin parle « d'enfant à carapace » pour désigner les enfants autistes dont les « *protections prennent la forme d'un enveloppement au sein de sensations qui sont générées par leur propre corps* »³⁵. Les mouvements du corps de l'enfant produiraient des sensations qui engendreraient cette carapace.

1.2. Une perceptivité particulière

Il faut savoir que nous sommes, tous, traversés, à la naissance, par des angoisses corporelles archaïques. Cependant, le portage à la fois physique et psychique que va nous assurer notre entourage, va progressivement les faire disparaître, et nous amener à intérioriser une contenance, à percevoir les limites de notre corps, le percevoir lui-même comme contenant. Il a ainsi un rôle important dans la construction de l'image du corps.

On peut supposer que les enfants que je rencontre, qui ont souvent des difficultés à s'ajuster à leur environnement, n'ont pas pu intérioriser ce holding, et sont, de ce fait, toujours soumis à ces angoisses corporelles archaïques. Ceci influence la constitution de l'image du corps, et engendre chez eux une perception de leur corps comme non contenant, non fiable. L'enveloppe corporelle est alors appréhendée comme poreuse, trouée, menaçant d'exploser à tout moment, et de voir ses contenus se répandre à l'extérieur ; ce qui nous amène à penser que la « fonction de contenance » du « Moi-Peau » n'est pas établie chez ces enfants.

La distorsion de l'image du corps que cela entraîne, peut engendrer une perturbation du cadre de référence, du schéma corporel, et donc, par conséquent, de la qualité des réalisations motrices. En contrepartie, on peut aussi observer une dépendance du schéma corporel à des mouvements qui traversent l'image du corps, comme c'est le cas dans les stéréotypies. Elles font parfois preuve d'une grande adresse, mais reflètent un défaut dans la construction d'une représentation corporelle.

³⁵ TUSTIN F., *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1977, p.64

1.3. Une difficulté dans la mentalisation et la représentation

Ces enfants présentent des difficultés à mentaliser leurs expériences, ils ont plutôt tendance à mettre en acte.

Bullinger considère que les enfants autistes, du fait d'un défaut de coordination et de prise en compte de l'effet spatial des gestes, ne peuvent passer des représentations sensorimotrices aux représentations indépendantes de l'action. Ainsi, les représentations qu'ils ont de leur organisme, dépendent des signaux sensoriels et proprioceptifs issus des mouvements, et n'existent que lorsque l'action est engagée. La dimension tonique paraît donc importante tout autant comme point d'appui pour les fonctions instrumentales que pour la constitution des représentations de l'organisme.

Dans cette même idée, S. Robert-Ouvray parle de « *prévalence du pôle dur* » chez ces enfants, entraînant « *un étayage qui prépare la préséance de l'agir sur la mentalisation* »³⁶.

Selon elle, l'hypertonie que l'on peut observer chez ces enfants, ne leur permet pas d'assembler et coordonner les sensations, les affects et les représentations. En effet, elle considère que, dans sa période sensorimotrice, l'enfant intègre des pôles opposés (hypotonie/hypertonie, mou/dur, plaisir/déplaisir,...) à différents niveaux d'organisation, qui s'étayent les uns les autres : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif. C'est en différenciant les extrêmes toniques, sur lesquels s'étayent les autres paliers d'organisation, que l'enfant pourra différencier le dedans du dehors, et étayer sur ses enveloppes corporelles, ses enveloppes psychiques. Cela permet chez l'enfant « *d'une part, une intégration de l'organisation motrice, et d'autre part l'intégration par le psychisme de celle-ci pour assurer son identité psychomotrice* »³⁷.

En ayant recours à leur tonicité et à l'hyperfonctionnement de leur sensorialité, ces enfants semblent être bloqués au niveau des paliers toniques et sensoriels, sans possibilité d'accéder aux affects et représentations, et d'en faire une expérience psychique et mentale.

C'est au travers des interactions avec son environnement que l'enfant va progressivement mentaliser ses expériences et accéder aux représentations. En effet, si l'environnement est suffisamment régulier, stable et préventif, le bébé organise des repères organisateurs, invariants, qui donnent lieu à des représentations. On peut donc penser, qu'en mettant en place un cadre contenant et sécurisant, le psychomotricien puisse, en les aidant à faire des liens entre éprouvés et figurations, les accompagner dans cette mentalisation.

³⁶ ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, éd. Desclée de Brouwer, 2002, p.244

³⁷ Ibid, p.19

2. Les troubles spatiaux-temporaux

Le corps est le référent spatial de nos actions sur l'environnement. Sachant que ces enfants ne perçoivent pas leur corps comme contenant, ils n'ont pas de repères dans leur propre corps, n'ont pas intégré un devant, un derrière, un haut, un bas. N'ayant donc pas conscience de la spatialisation de leur corps, ils ne peuvent transposer de repère sur le monde extérieur, et ont, de ce fait, des difficultés à se repérer dans l'espace. J Boutinaud avance l'hypothèse que « *c'est l'absence ou l'altération de toute possibilité de s'appuyer sur son propre corps en tant que repère fondamental qui reste la source de ces phénomènes* »³⁸.

Dans *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, il relève une abolition des repères spatiaux chez les enfants autistes, dans les activités autosensuelles dirigées sur leur propre corps (comme si l'espace autour d'eux n'existait pas), les déambulations (comme si les limites de la dimension dans laquelle ils sont, n'étaient pas perçues), et les mouvements d'adhésivité sur un stimulus. On peut également observer une distorsion des distances de l'enfant avec son environnement : la proximité peut parfois être insupportable, et la mise à distance raviver une angoisse de séparation.

Cependant, on peut remarquer chez eux des réactions de forte angoisse face à un changement. Bien que leur perception du monde extérieur soit troublée, ils sont donc tout de même sensibles à la permanence de certains repères.

La perception temporelle semble, elle aussi, perturbée, avec une confusion des notions d'avant, d'après, un mélange des jours, mois, années, une non-intégration des différents repères de la journée... On peut la mettre en lien avec le « sentiment continu d'exister » de Winnicott, la « *propre continuité psychique et corporelle de l'enfant, repère là aussi fondamental pour que s'inscrive une certaine perception de la temporalité, se révèle marquée du sceau de la déliaison et de la discontinuité* »³⁹.

³⁸ BOUTINAUD J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} édition, Paris, éd. In Press, 2010, p.82

³⁹ Ibid, p.83

3. Les troubles du tonus : entre défaut de régulation tonique et moyen de se défendre

3.1. Une régulation en tout ou rien

Le psychomotricien et moi marchons dans le parc, entourant Aurélien en tenant chacun une de ses mains. Il a, alors, une posture très tonique, marche sur la pointe des pieds, son corps en extension, ses bras fléchis au niveau du coude et restant au niveau de son thorax. Nous marchons tranquillement sur l'herbe, quand, une fois arrivés au niveau de l'allée goudronnée du parc, il s'allonge brutalement par terre, sur le dos, donnant l'impression de ne plus avoir de consistance. Il se met à gémir et pleurer, lâche nos mains, et semble alors pris d'une forte angoisse.

Aurélien semble dans une contraction de son corps entier lorsque l'on se promène dans le parc. Il contracte ses pieds et mollets de façon à se tenir sur la pointe des pieds, ses bras qui restent comme en apesanteur, ses muscles extenseurs du dos avec hyperextension de son corps, ce qui entraîne une bascule de son bassin vers l'avant.

Comme la plupart des enfants que j'ai rencontrés lors de mon stage, il présente un défaut de régulation tonique. Son tonus semble organisé en tout ou rien, il passe brutalement d'une hypertonie dans sa posture debout à une hypotonie au sol. Les raidissements de son corps, et l'hypertonie semblent lui donner une certaine consistance. En effet, dès qu'il n'est plus dans cette hypertonie on observe chez lui un effondrement avec une impression de non-consistance de son corps.

Bullinger montre l'importance du milieu humain, et notamment du dialogue tonique, dans la régulation tonique de l'enfant au cours de son développement. On peut supposer que la difficulté de ces enfants, à s'engager dans un dialogue tonique, ne leur ait pas permis de réguler leur tonus, et de faire l'expérience d'un « premier sentiment d'exister ». Ils rechercheraient alors, à travers les raidissements et l'hypertonie, à donner consistance à leur corps, et à se sentir exister.

Ce défaut de régulation tonique peut être vu comme le **reflet d'un défaut d'intégration de l'axe.**

Nicolas est un petit garçon qui a une posture particulière. Le haut de son corps est penché en avant, donnant l'impression d'être plié au niveau de son bassin, il est très tonique dans ses bras et le haut de son corps. Ses jambes semblent suivre, avec peu d'appui dans la marche, et son pantalon, bien qu'élastique, est sans arrêt descendu sous ses fesses.

Tout comme la chute tonique d'Aurélien peut être mise en lien avec le passage de l'herbe au goudron, et une difficulté à intégrer la variation des impressions sensorielles venues de l'espace bas, la disparité tonique observée chez Nicolas entre le haut et le bas de son corps m'a donné l'impression qu'il était comme coupé en deux au niveau du bassin.

G. Haag parle de **clivage horizontal** et de non appropriation du bas du corps chez les enfants autistes. Ils sont pris, du fait d'un portage non intériorisé, d'angoisses de chute. Ils n'ont pas pu faire de lien entre le haut et le bas de leur corps, que ce soit à travers les retournements, les redressements ou l'investissement de la marche. Cela se manifeste, selon elle, par une marche sur la pointe des pieds, toujours compensée par un accrochage en haut (bras en chandelier, accrochage du regard à la lumière,...), de possibles chutes brutales au changement de texture du sol, et parfois un positionnement du pantalon trop haut ou trop bas. L'investissement du bas du corps s'achève avec l'acquisition d'une sphinctérisation intégrée.

Ces situations cliniques révèlent donc chez Aurélien et Nicolas un clivage horizontal avec défaut d'investissement du bas du corps.

Je croise Aurélien dans le couloir. Une soignante l’emmène avec elle dans le groupe de vie en lui tenant sa main droite. Il est alors très tonique du côté ou il est tenu, et semble hypotonique du côté gauche, donnant l’impression d’une démarche boiteuse.

La disparité tonique entre le côté droit et le côté gauche m’a, là encore, donné l’impression qu’il était comme coupé en deux.

G. Haag parle de **clivage vertical** chez les enfants autistes, ils n’auraient pas intégré et articulé les deux côtés du corps autour d’un axe solide.

Je suis avec Aurélien dans la salle où l’on peut écouter de la musique, il vient vers moi, me tire par un bras et m’incite à le suivre jusqu’au poste de musique. Il pose alors sa main sur le poste et appuie dessus de façon à presser le bouton afin de changer de chanson.

Il fait faire l’adulte à sa place, comme si notre main était le prolongement de son propre schéma corporel. Cette attitude est également révélatrice d’un clivage vertical.

Comme on l’a vu, l’enfant a besoin de se sentir contenu pour intégrer un axe solide sur lequel s’appuyer. En gardant en tête que ça ne préjuge ni de l’inadéquation de l’environnement ni de l’équipement inné du bébé, l’environnement et le nourrisson s’influencent l’un l’autre, on peut faire l’hypothèse que ces enfants n’ont pas pu éprouver ce sentiment d’être contenu et, de ce fait, ont un axe qui semble ne « pas tenir ».

AM. Latour souligne que « *le défaut d’intégration, chez l’enfant autiste, d’un squelette interne le met toujours en demeure de trouver de manière concrète dans les objets, dans les manipulations, dans les postures et les mouvements, cette tenue qu’il n’a pas pu s’intérioriser* »⁴⁰.

⁴⁰ LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007, p.81

Ce défaut de régulation tonique peut également être vu comme **le reflet d'un défaut d'intégration sensorielle**

Du fait de leur régulation tonique en tout ou rien, ces enfants m'ont paru au premier abord dans un paradoxe dur/mou à travers leur oscillation hypertonie/hypotonie. F. Tustin a étudié ce phénomène en l'associant à un défaut d' « *intégrations primaires* »⁴¹ des sensations de « dur » et de « mou » au cours des interactions précoces.

Selon elle, en faisant l'expérience conjointe de sensations de « mollesse » et de « dureté » dans un moment de tétée satisfaisant, le bébé va se trouver dans un état de « bien-être » tant psychologique que physiologique. A l'aide de la présence attentive de la mère et d'intégrations neurophysiologiques au niveau du cerveau et du système nerveux de l'enfant, il va transformer ces sensations corporelles en expériences psychologiques, et étayer son image du corps.

On peut supposer que l'organisation tonique des enfants rencontrés révèle un défaut d'intégration et de mise en relation de la sensation de dureté associée à l'inconfort, et de mollesse, associée au plaisir et confort. Ils n'ont, de ce fait, pas pu se constituer une image du corps unifiée et un sentiment d'identité.

Notre objectif va être de faciliter ces intégrations primaires, en les aidant à prendre conscience que ces sensations fondamentales rugueux/lisse, dur/mou, lumière/obscurité, chaud/froid, existent et peuvent entrer en interaction, dans leur propre corps ainsi que dans le monde extérieur.

Ces intégrations nécessitent d'être en relation, elles « *maintiennent la cohésion de l'enfant, mais, pour qu'elles s'opèrent, il a besoin de sentir que, dans le monde extérieur, il est fermement maintenu. Si ces intégrations primaires n'ont pas lieu, l'enfant reste à jamais dépendant d'un soutien extérieur* »⁴².

⁴¹ TUSTIN F., *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1986, p.174

⁴² TUSTIN F., *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1977, p.290

3.2. Le maintien d'une « image corporelle » au sens de Bullinger

Les enfants rencontrés durant mon stage me semblent sans arrêt en mouvement, je les vois souvent déambuler dans les couloirs. Ces mouvements, ainsi que l'hypertonie qui y est souvent associée, entraînent une mobilisation du tonus, et la conservation d'une consistance de celui-ci. On peut donc faire l'hypothèse que c'est une forme de solution compensatoire pour eux, qui leur permet de se sentir solides, consistants et tenus, et ainsi de pallier à la défaillance de leur image du corps.

A. Bullinger considère l'agitation de certains comme répondant à « *l'impossibilité de se construire une image du corps stable et permanente, les variations toniques tenant lieu de consistance : des impressions sensorielles en l'absence de représentation* »⁴³.

Il propose l'image d'une enveloppe corporelle dont la face interne serait constituée des variations toniques qui existent seulement pendant l'action, et la face externe, des coordinations donnant sens à ces variations toniques et indépendantes de l'action. Cette face externe serait comme une surface sur laquelle peut s'inscrire les impressions laissées par les milieux physiques et humains qui peuvent alors prendre sens pour l'enfant.

Dans le développement normal, c'est par la répétition des gestes que l'enfant en affine le contrôle. Mais cette répétition permet aussi de susciter, chez lui, un ensemble de sensations « ici et maintenant » qui constitue, pendant l'action, une configuration sensori-tonique qui est une première représentation de l'organisme en action, un premier contenant. A ce stade du développement, seule la face interne (constituée par les variations toniques) de l'enveloppe corporelle commence à exister, cette première « consistance » de l'image corporelle n'étant présente que pendant la réalisation de l'action. Si les variations toniques cessent, la consistance créée par les sensations actuelles disparaît, emportant avec elle l'ébauche de l'image corporelle. Si, pour diverses raisons, le bébé ne peut construire la face externe (se mettant en place avec l'accès à la représentation), ces variations toniques ne peuvent prendre sens, et les conduites répétitives qui maintiennent cette consistance locale vont progressivement envahir toute les conduites.

Selon A. Bullinger, les enfants autistes privilégieraient leurs systèmes archaïques pour le traitement des flux sensoriels, au détriment des systèmes phylogénétiquement plus récents. La caractéristique de ces systèmes archaïques est de susciter comme réponse un recrutement

⁴³ LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007, p.79

tonique parfois global. La seule façon de maintenir présente une image corporelle est donc d'entretenir les sensations par des mouvements. La tension engendrée par ces stimulations, « *ressentie dans tout l'organisme, est une des sources du sentiment d'unicité* »⁴⁴.

Sans recours aux dimensions représentatives, l'équilibre nécessaire au maintien de l'image corporelle se réalise difficilement chez ces enfants. « *Les conduites répétitives centrées sur l'organisme y parviennent mais, en même temps, elles limitent considérablement l'accès à d'autres objets du milieu* »⁴⁵.

3.3. La « seconde peau musculaire » d'E. Bick

La « peau psychique » décrite par E. Bick, dont j'ai parlé plus tôt, se constitue par l'introjection de la fonction contenant de l'objet extérieur contenant, ce dernier sera alors éprouvé comme une peau, une « *frontière, maintenant rassemblé le sentiment de Soi* »⁴⁶. Si cette introjection est défaillante, on peut assister à une perturbation dans la constitution de la « première peau », et à la formation d'une « seconde peau » de substitution qui, en s'appuyant sur des « *modalités sensorielles, musculaires, mentales ou intellectuelles, consiste à maintenir un éprouvé d'identité, un éprouvé de continuité d'être* »⁴⁷.

Les raidissements, les mouvements, l'agitation permanente, et les agrippements sensoriels des enfants que je rencontre semblent être des manifestations de ce qu'E. Bick appelle la « seconde peau musculaire ». Ils semblent recourir à cette méthode auto-défensive par l'hypertonie musculaire, pour contenir et faire tenir ensemble les articulations. En effet, si l'on essaye, comme eux, de contracter nos bras, on se rend rapidement compte que l'on ne peut plus bouger nos articulations. On peut donc penser qu'en supprimant la fonctionnalité de leurs articulations, ces enfants cherchent à éviter l'éprouvé qu'elles peuvent renvoyer d'un possible détachement.

F. Tustin parle, elle, de « *carapace autistique* »⁴⁸ ; les raideurs musculaires formant comme une carapace non communicante avec le monde environnant.

Notre rôle est alors d'aider ces enfants à dépasser l'hypertonie, réel blocage dans la communication avec l'autre.

⁴⁴ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.177

⁴⁵ Ibid, p.182

⁴⁶ CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, 2^{ème} édition, Paris, éd. Dunod, 2001, p.267

⁴⁷ Ibid, p.268

⁴⁸ DELION P., *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*, Toulouse, éd. Eres, 2009, p.69

3.4. Une recherche d'être contenu autrement...une contenance qui fait peur ?

J'ai observé chez la plupart des enfants une demande d'être contenu, parfois explicite, parfois implicite.

Par exemple, Nicolas demande souvent explicitement d'être entièrement recouvert par une sorte de carapace en plastique, ou par un gros coussin. Quant à Aurélien, il demande implicitement à être pris dans les bras, en tendant ses bras vers un soignant. Il les place alors autour du cou de la personne qui le porte, et pose sa tête contre elle.

J'ai pu observer un certain apaisement, une diminution des autostimulations et de l'hypertonie, quand ces enfants sont contenus.

Lorsque nous sommes plusieurs soignants dans la salle de musique où Aurélien s'autostimule, nous pouvons l'inciter à s'allonger sur un drap qu'on utilise comme un hamac en y imprimant des balancements. Dans ces moments-là, on observe alors chez lui un apaisement, il arrête ses autostimulations, amène son pouce à sa bouche, et son regard semble plus présent.

Cependant, j'ai parfois ressenti un certain paradoxe chez eux, entre l'envie qu'ils manifestent d'être contenus, et la peur que cela semble engendrer. En effet, ils peuvent demander une contenance tout en ne l'acceptant que très brièvement, en se détachant très vite. Il me semble que ce paradoxe peut être mis en lien avec le défaut d'intégration sensorielle, dont j'ai parlé précédemment. F. Tustin assimile le doux au mou, à un sentiment d'engloutissement pour ces enfants, et le dur au solide. Au fil de mes observations et de mon raisonnement, j'ai remarqué que ces enfants cherchaient belle et bien une contenance, mais une contenance solide, qui tient bien, du côté du dur et de la maintenance.

Par exemple, Nicolas n'a pas intégré une maintenance, ou un squelette interne. Il demande souvent à un soignant de pousser un matelas contre lui, de façon à ce qu'il soit serré entre celui-ci et le mur, ou de placer un lourd objet sur lui en se plaçant dans un coin de la pièce. Il reste alors un long moment sans bouger ni parler, et semble s'apaiser.

C'est ce même enfant qui m'avait, un jour, dit « Je te tiens ! Protège-moi... » sans pouvoir accepter la contenance de mes bras, qui serait alors assimilée au doux, au mou, et donc à une possible peur d'être englouti. Il semble ne pas pouvoir intégrer qu'on le tienne sans avoir une action.

Cet enfant m'a permis de comprendre que la contenance de nos bras ne suffisait pas, qu'il avait davantage besoin d'être maintenu. Le recours à des endroits de la pièce ou des objets durs, que l'on peut mettre en lien avec sa « carapace musculaire » ou « seconde peau musculaire » (qui lui permet de garder une certaine intégrité et de se protéger du monde douloureux et menaçant qui l'entoure), révèle chez lui une recherche de ce qui est solide.

Comme le dit J. Boutinaud, « *la mise en place de déambulations sans fin quasi tourbillonnaires, le recroquevillement sur soi, [...] l'enroulement dans des couvertures, la recherche de refuge par le biais d'endroits confinés, la phobie de retirer certains vêtements traduisent l'effort mis en place par l'enfant pour se créer une seconde peau pathologique (E. Bick, 1967) qui pallie les défauts d'intégration de l'image du corps* »⁴⁹.

Grâce à un « environnement suffisamment bon » lui procurant des soins, une attention, un portage tant physique que psychique, et un sentiment d'être tenu dans la tête de l'autre, l'enfant intègre une tenue dans son corps par l'appropriation de son squelette. Pour une raison inconnue, cela n'a pas pu se passer ainsi pour ces enfants. Ils sont donc sans cesse en train de rechercher ailleurs et concrètement cette tenue, en recourant à des comportements que l'on peut décrire comme enfermants. Ces derniers semblent les rassurer contre les angoisses et les changements, les protéger, tout en les rendant comme prisonniers. Comment le psychomotricien peut-il les aider à trouver des ouvertures, à s'ouvrir au monde ?

⁴⁹ BOUTINAUD J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} édition, Paris, éd. In Press, 2010, p.118

HYPOTHESES

Etant interpellée par le comportement de ces enfants, notamment par leur organisation tonique et le rapport qu'ils entretiennent avec leur corps, une question s'est imposée à moi : Aussi étrange que cela puisse paraître, ces enfants auraient-ils leur propre façon d'habiter leur corps ?

Au cours des interactions précoces, l'enfant a besoin d'éprouver le sentiment d'être tenu et contenu tant physiquement que psychiquement par son entourage, pour intégrer un axe solide et un sentiment de « tout-autour ». C'est seulement à partir de ce moment-là qu'il pourra s'approprier et investir son propre corps, l'habiter et intégrer une tenue, en vue d'une action sur son environnement.

On peut supposer que ces enfants n'ont pas pu éprouver ce sentiment, et sont en panne pour habiter leur corps. Leur organisation tonique si particulière serait alors une solution compensatoire pour garder une intégrité corporelle et psychique, se sentir tenu. Elle entraîne chez eux un retrait ou une auto-tenue, qui les rend indisponibles au monde qui les entoure.

En les contenant, que ce soit à travers le cadre, les objets, ou nous-mêmes, on observe une diminution de leurs mécanismes de défense tels l'hypertonie ou les autostimulations.

Toutes ces hypothèses m'ont amenée à la réflexion suivante :

Le psychomotricien va permettre à ces enfants, en se sentant tenus et contenus, de s'approprier leur propre corps, et s'ouvrir au monde qui les entoure.

CHAPITRE 4 : L'APPROCHE DU PSYCHOMOTRICIEN : CONTENIR CES ENFANTS POUR LEUR PERMETTRE DE S'OUVRIRE AU MONDE

1. Un cadre contenant et sécurisant : du cadre institutionnel au cadre thérapeutique en psychomotricité

Le cadre thérapeutique en psychomotricité s'inscrit dans un contenant plus large que l'on peut appeler le **cadre institutionnel**.

En effet, l'action du psychomotricien auprès d'un enfant s'inscrit dans un projet thérapeutique pensé par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Il convient donc d'échanger entre professionnels afin d'élargir notre vision de l'enfant, avoir conscience de ce qu'il fait lors des autres temps, mais également afin d'enrichir le point de vue institutionnel. Ma présence aux synthèses lors de ce stage m'a sensibilisée à l'important travail institutionnel, chacun faisant part de son point de vue et enrichissant la réflexion de l'équipe.

A travers la notion de cadre institutionnel je pense également à l'organisation spatio-temporelle de l'hôpital de jour. Le temps de présence des enfants se décompose en différents moments : l'accueil, les ateliers, les prises en charges individuelles ou groupales, et les temps de repas. Afin de leur permettre d'expérimenter un cadre contenant et rassurant, assurant continuité, chacun de ces temps se déroule dans un lieu précis, et est symbolisé par des photos que l'enfant peut emmener d'un lieu à l'autre.

J'ai également pu percevoir, en y assistant lors de mon stage, l'importance des supervisions et régulations de l'équipe. Elles se caractérisent par la présence d'un professionnel extérieur à l'institution, qui, ne connaissant pas l'histoire des enfants, a un regard neutre sur les éléments que l'équipe lui rapporte. Ce sont des moments propices à la mise en mot des doutes, questionnements, de chacun des professionnels. Ces supervisions m'ont permis de prendre du recul, et me paraissent essentielles en hôpital de jour, lieu où les équipes se retrouvent souvent prises dans les processus pathologiques des enfants accueillis (clivage, projections,...), d'autant plus que ces enfants nous confrontent souvent à un sentiment d'impuissance. Il faut développer de multiples stratégies afin d'approcher et d'entrer en relation avec eux. La reconnaissance et le dépassement de ces ressentis permettent de préserver une disponibilité à l'enfant, et est possible par le soutien trouvé lors des temps de régulation et supervision de l'équipe.

Le psychomotricien va proposer des limites souples et solides, va mettre en place un **cadre thérapeutique en psychomotricité**, espace-temps qui se veut contenant et rassurant, par ses qualités matérielles et humaines. On peut alors distinguer un cadre matériel et concret, faisant appel à une stabilité spatio-temporelle, et un cadre se situant plus du côté du symbolisme.

Le cadre matériel correspond aux conditions très concrètes, qui sont : des conditions d'espace, de temps, de matériel, de médiations, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel. Ce cadre spatio-temporel fiable et stable, inchangé d'une séance à l'autre, peut permettre aux enfants de prendre leurs marques, de se repérer et d'investir cet espace-temps de la séance. En apportant du « pareil », il autorise petit-à-petit du « pas pareil », ces petites différenciations deviennent des expériences que l'enfant peut intégrer.

Le cadre symbolique se rapporte davantage à la manière d'être, propre à chaque psychomotricien. Il s'appuie sur des postulats théoriques qui sont nécessaires pour permettre une mise en pensée de notre pratique. Ces derniers s'acquièrent dans notre formation initiale, mais aussi par les formations complémentaires que l'on peut faire tout au long de notre parcours professionnel. De plus, le premier outil du psychomotricien est « *la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice », une connaissance avérée et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques* »⁵⁰. J'ai notamment pu percevoir l'importance des ateliers corporels proposés au long de nos études, qui m'ont permis de tendre vers cette meilleure connaissance de moi-même.

P. Lafforgue souligne : « *Quand je parle du cadre, il s'agit non seulement de la fiabilité du cadre architectural, du matériel adapté mais aussi du cadre dans la tête, c'est-à-dire du support théorique porteur d'associations et embrayeur de lecture de sens pouvant être repéré, symbolisé et recyclé dans d'autres lieux : les régulations pour les soignants, les autres ateliers, l'espace familial et l'espace scolaire pour l'enfant* »⁵¹. Ainsi, la mise en place d'un cadre thérapeutique qui tient bon, sollicite aussi bien notre corps que notre appareil psychique.

⁵⁰ POTEL C., *Etre psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, éd. Eres, 2010, p.324

⁵¹ LAFFORGUE P., *Cadre et identification projective*, in « Thérapie Psychomotrices - et Recherches - » n°118, 1999, p.91

2. Une « fonction de contenance » du psychomotricien ; lien avec le concept d'enveloppe psychique

Selon A. Ciccone, « *la fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer* »⁵². J'entends par « fonction de contenance » du psychomotricien, à la fois la « fonction conteneur » et la « fonction contenant » décrites par D. Anzieu à la suite de R. Kaës, ainsi que la « fonction de transformation » de Bion.

2.1. Lien entre le cadre thérapeutique, le psychomotricien et l'enveloppe psychique

Il me semble intéressant de rapprocher ces différentes notions, pour lesquelles j'ai pu repérer des analogies.

L'attitude du psychomotricien peut s'apparenter, me semble-t-il, à certaines fonctions du « Moi-Peau ». Il assure à la fois la « fonction de contenance », à travers le « holding », et en contenant les angoisses, les affects projetés par l'enfant, et la « fonction de maintenance », en offrant un appui, une solidité, et une fiabilité du cadre où les projections ne peuvent détruire ni le patient, ni le psychomotricien lui-même. Tout comme la présence d'un tiers séparateur est indispensable dans le développement de l'enfant, le psychomotricien assure également la « fonction de pare-excitation » à travers les règles, les limites et les interdits qu'il pose. Ceux-ci vont permettre à l'enfant d'être en contact avec la réalité.

De plus, tout comme D. Anzieu décrit le « Moi-Peau » en double feuillet (un feuillet externe fait des messages de l'environnement maternel, et un feuillet interne correspondant à la surface du corps du bébé, lieu d'émission de messages), Laplanche compare le cadre thérapeutique à une membrane à double paroi. L'une qui est une paroi externe avec un effet de protection, et l'autre une paroi interne qui est tournée vers le monde psychique et qui contient les exigences pulsionnelles.

Le cadre thérapeutique a différentes propriétés qui s'apparentent à celles des enveloppes psychiques : il délimite un dedans et un dehors, permet l'échange avec l'extérieur, et est suffisamment consistant pour ne pas être déformable, tout en restant malléable pour supporter la rencontre. Le cadre thérapeutique délimite donc sans enfermer et contient sans étouffer.

⁵² CICCONE A., *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, in « Cahiers de psychologie clinique » n° 17, Bruxelles, éd. De Boek Université, 2001, p.82

De même que la construction de l'enveloppe psychique s'appuie sur des qualités à la fois physiques et psychiques, comme on a pu le voir précédemment, le cadre thérapeutique repose sur des caractéristiques matérielles et concrètes (telle que la salle, les murs, les objets), tout en étant assuré par le psychomotricien et ses différentes fonctions.

Le cadre thérapeutique donne donc un contenant physique et un contenant psychique à l'enfant, tout comme l'enveloppe psychique nécessite un contenant physique et psychique pour se construire. Ce rapprochement permet de penser l'approche du psychomotricien comme contenante, favorisant l'étayage de l'enveloppe psychique souvent défaillante chez ces enfants.

2.2. La fonction « conteneur » et « contenant » du psychomotricien

En mettant en place un cadre qui tient bien, en assurant solidité à travers la salle, les objets et l'engagement de son propre corps, le psychomotricien assure la « **fonction conteneur** » au sens de D. Anzieu. C'est-à-dire qu'il peut s'apparenter à un réceptacle solide et passif, qui tient bien.

Souvent, ces enfants vont dans un premier temps porter leur intérêt sur le cadre matériel concret, et en particulier l'architecture de la salle. Certains d'entre eux vont tapoter l'ensemble des murs en faisant le tour de la pièce, comme pour vérifier leur solidité, vérifier que « ça tient » autour d'eux. J'ai pu observer des enfants se mettre dans les coins de la salle, demandant à ce qu'on place des objets sur eux, donnant l'impression de vouloir être « écrasés ». On peut supposer que les coins sont des endroits rassurants et contenant pour eux, du fait qu'ils se sentent serrés et solidement maintenus.

Avec des enfants ayant une organisation psychocorporelle défaillante, comme j'ai pu le voir lors de mon stage, on va, en tant que psychomotricien, privilégier les objets contenant à notre disposition. Comme on a pu le voir, ils semblent à la recherche de ce qui est dur, solide, et vont, de ce fait, investir davantage des objets ayant ces qualités. On utilise alors des carapaces, des tonneaux en plastique, des coffres, afin d'assurer solidité.

L'engagement de notre propre corps peut également assurer le rôle de « conteneur » au sens de D. Anzieu. Proposer à ces enfants notre corps comme appui-dos peut leur permettre de porter davantage leur attention sur ce qu'on leur propose.

Aurélien est un enfant qui passe la plupart du temps à l'intérieur, dans la salle de musique à s'autostimuler. Lorsqu'on l'accompagne pour aller mettre ses chaussures afin de sortir dehors avec les autres enfants, il se met sur le ventre, en hyperextension sur un coussin. J'ai pu remarquer dans d'autres temps que les moments de transition, de changement semblaient difficiles à vivre pour lui. Le psychomotricien se met alors derrière lui, faisant office d'appui-dos, en l'entourant de ses jambes. Aurélien semble alors porter plus d'attention à la photo du parc que lui tend le psychomotricien, peut la prendre avec ses deux mains, et accepter qu'on lui mette ses chaussures.

En leur proposant notre corps comme appui, on peut ainsi leur permettre d'être plus disponible à l'environnement.

Le psychomotricien assure également une « **fonction contenant** » au sens de D. Anzieu. C'est-à-dire qu'il n'est pas seulement limité à être une sorte de réceptacle passif, figé, il est aussi actif, souple. Il s'adapte à l'enfant, s'ajuste par les mots ou la posture, et s'implique corporellement dans la relation.

Il assure, à travers le cadre thérapeutique dont il est garant, et lui-même, la fonction de « holding » au sens de Winnicott, c'est-à-dire « *l'expérience que son environnement est stable, fiable et se maintient dans le temps, quelques soient la violence et la destructivité de ce que cet enfant projette* »⁵³. En modulant son tonus, s'ajustant dans le dialogue tonico-émotionnel, et faisant preuve d'empathie et de bienveillance, le psychomotricien adopte une attitude qui se rapproche de la « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott. Ce climat de sécurité et de disponibilité corporelle et affective va permettre à l'enfant de prendre appui, tant sur le corps que sur l'état d'esprit du psychomotricien, pour faire ses propres expériences.

En étant attentif au comportement, à l'utilisation des objets, de l'espace, aux éléments verbaux s'il y en a, le psychomotricien peut repérer les préoccupations de l'enfant, et y mettre du sens. En partant de ce que l'enfant amène en séance, afin de le rendre acteur de sa prise en charge, il peut proposer des expériences lui paraissant structurantes. Les jeux amenés en séance seront l'occasion pour le psychomotricien d'être attentif à la motricité en relation de l'enfant. Notre corps peut être à la fois investi comme un lieu où symboliser les angoisses, au

⁵³LATOURE A.M., *Idées simples...à propos du travail en psychomotricité auprès des autistes*, in « Thérapie Psychomotrices - et Recherches- » n°142, 2005, p.8

travers de jeux de bagarre dans le corps-à-corps et de chute, ou comme un moyen d'être contenu, dans le portage. Tout comme C. Potel conçoit l'espace de la salle comme « *un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* »⁵⁴, le psychomotricien peut, par l'intermédiaire d'enveloppements, de pressions, de mouvements, lui faire vivre son corps dans sa totalité. Cependant, il convient d'être prudent à propos du toucher, celui-ci pouvant parfois être vécu comme angoissant ou excitant. En plus du portage physique, le psychomotricien peut également accompagner, soutenir, et contenir l'enfant par son regard et sa voix. En exprimant à l'enfant ce qu'il ressent en séance, il crée une enveloppe sonore, un « bain de parole » contenant.

En proposant son corps comme support aux expériences de ces enfants, il peut ainsi servir d'appui tant dans l'appropriation de leur propre corps que dans l'ouverture sur le monde qui les entoure.

En conclusion, ces enfants en panne pour habiter leur corps semblent tout d'abord intégrer l'aspect « conteneur », car ils ont besoin de sentir que « ça tient ».

Le psychomotricien assure donc, dans un premier temps, la fonction « conteneur », qui peut s'apparenter à la « fonction de maintenance du psychisme » de par la solidité qu'elle assure. Il va mettre en place un cadre contenant et solide, qui puisse apaiser les angoisses, et c'est seulement à ce moment-là qu'il pourra, en assurant la fonction « contenant » à travers un portage tant physique que psychique, permettre à l'enfant d'intérioriser une contenance. Cette deuxième fonction peut s'apparenter à une sorte de transformation, théorisée par Bion.

2.3. La « fonction de transformation » du psychomotricien

Le psychomotricien assure également une « fonction de transformation », que Bion appelle la « fonction α ». Pour P. Lafforgue⁵⁵, le cadre thérapeutique est un espace de projection d'affects archaïques de l'enfant, que le psychomotricien va accueillir et contenir, pour ensuite les transformer et les lui restituer en éléments détoxiqués, assimilables par la pensée. Il part du fait que tout ce que produit l'enfant pendant la séance a un sens. Il va lui proposer une signification de ce qu'il observe, mettre en mots ce qu'il pense avoir compris, et l'aider ainsi à penser et mentaliser ce qui lui arrive et à en prendre conscience. Il incarne la sollicitude et la rêverie maternelle conceptualisées par Bion.

⁵⁴ POTEI C., *Etre psychomotricien - un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, éd. Eres, 2010, p.323

⁵⁵ LAFFORGUE P., *Cadre et identification projective*, in « Thérapie Psychomotrices - et Recherches - » n°118, 1999, p.86

Par son écoute, son regard, son tonus, son toucher, le psychomotricien accueille, contient et transforme la sensorialité diffuse de l'enfant en une appropriation de son corps propre, unifié. La contenance du psychomotricien dépend, selon AM. Latour, de « *la transformation d'éléments souvent très corporels (agitation, sidération motrice, cris, stéréotypies, accrochages sensoriels, distorsions toniques...) ou verbaux non élaborés (écholalie, logorrhée, fragments...) en éléments utilisables pour la pensée* »⁵⁶. Selon elle, la mise en mot du psychomotricien sur ce qu'il perçoit de l'enfant, va permettre d'élaborer dans le langage ce qui ne l'est pas dans l'agir.

⁵⁶ LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007, p.56

1. Ma place de stagiaire

J'ai, dans les prises en charge dont je vais parler, adopté une position d'observatrice, du fait d'une co-animation par plusieurs soignants déjà existante. Cela a été pour moi l'occasion de développer plus particulièrement des qualités d'attention et d'écoute, qui me semblent primordiales en psychomotricité. J'ai pu prendre conscience de la complexité de ces pathologies en remarquant qu'il n'était parfois pas évident de mettre du sens sur ce qui se passe en séances. Ma place plus active dans les temps informels m'a permis d'entrer en relation différemment avec eux, de faire des liens, et de mieux comprendre ce qui se passait pour eux.

En hôpital de jour, l'observation peut s'avérer être une défense contre l'interprétation trop rapide, parfois tentante face à l'incompréhension que ces enfants suscitent. Dans la technique d'observation qu'elle a mise en place, E. Bick souligne que « *la chose fondamentale est de vraiment apprendre à observer, à ne pas sauter à une conclusion* »⁵⁷.

L'observation attentive à laquelle recourt le psychomotricien lui permet de privilégier une vision globale de ce qui se passe concrètement en séance, et de porter son attention sur ce qui semble se jouer chez l'enfant. Elle suppose « *une mise en suspens non pas de l'agir, mais de la compréhension, du désir de compréhension immédiate, afin d'éprouver suffisamment la teneur émotionnelle de la situation et d'en repérer suffisamment les indices* »⁵⁸.

Elle suppose également un travail de repérage et décryptage de leur comportement. P. Lafforgue parle de « lecture corporelle » : les signes comportementaux de l'enfant, l'occupation de l'espace, le choix et l'utilisation des objets, sont tout autant d'éléments nous renseignant sur ses préoccupations. Notre observation attentive nous permet de rassembler ces différents signes et d'en élaborer une signification.

⁵⁷ E. BICK citée par M. HAAG dans *Naissance à la vie psychique*, de CICCONE A. et LHOPITAL M., 2^{ème} édition, Paris, éd. Dunod, 2001, p.8

⁵⁸ POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de C. Potel, 3^{ème} édition, Paris, éd. In Press, 2010, p.49

Il a été expliqué aux enfants que je ne participerai pas, que j'étais là pour noter dans le cahier ce qui se passait en séance. J'ai pu remarquer que mes écrits étaient au départ très pauvres et courts, pour ensuite s'enrichir au fil de l'année, en lien avec une meilleure compréhension des enfants, et une attention de plus en plus fine sur ce qu'ils amenaient en séance.

Il est intéressant de voir comment chacun d'eux a investi ma place d'observatrice. Je faisais tiers pour certains, en écrivant dans le cahier ce qu'ils avaient dit, quand ils se tournaient vers moi pendant la séance, en me souriant et levant leur pouce. En gardant une trace de ce qui se passe en séance, le cahier de l'observateur assure une fonction de contenance. AM. Latour le considère comme une façon de « *concrétiser pour l'enfant autiste une fonction-conteneur par analogie avec l'attention contenant des soignants et leur travail de transformation* »⁵⁹. D'autres rentraient en relation avec moi, que ce soit en venant me parler à certains moments de la séance, cherchant à ce que je participe, ou en établissant un contact physique, dans le but, me semble-t-il, d'obtenir une réaction de ma part. En échangeant avec les soignants après chaque séance, en me basant sur mes notes, ainsi que sur les temps hors-séance que je passais avec ces enfants, j'ai pu émettre des hypothèses et significations sur leurs comportements.

Cette expérience m'a fourni des bases sur lesquelles j'ai pu m'appuyer dans ma pratique sur un second lieu de stage, où je rencontre des adultes psychotiques. Un premier temps d'observation, où j'ai recueilli des indices sur leurs vécus corporels, m'a permis de mettre en place un atelier à médiation corporelle répondant à leurs préoccupations.

⁵⁹ LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007, p.50

2. Le dispositif thérapeutique

2.1. La bisexualité psychique en pratique

Assistant à une prise en charge co-animée par une psychomotricienne et un psychomotricien, que je vais détailler plus loin, je me suis questionnée sur l'apport et la complémentarité qu'un homme et une femme pouvait avoir auprès de ces enfants. Afin de trouver des réponses à mes questions, je me suis intéressée plus particulièrement à la notion de bisexualité psychique.

D.Houzel pose l'hypothèse d'une bisexualité de l'enveloppe psychique dans laquelle se conjuguent des éléments maternels et paternels. Il considère que « *les qualités de réceptivité et de malléabilité de l'objet contenant sont du côté maternel/féminin, et ses qualités de consistance et d'orientabilité du côté paternel/masculin* »⁶⁰.

A. Ciccone souligne dans les propos de D. Houzel la juste alliance des aspects maternels et paternels qui donneraient à l'enveloppe psychique « *les qualités plastiques nécessaires à la contenance, qui doit articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité* »⁶¹.

On a souvent tendance à amalgamer féminin/maternel et masculin/paternel, cependant, je tiens à préciser que chacun a, en soi, des aspects féminins et masculins. Je souhaite, de ce fait, parler en ces termes plutôt que maternel/paternel.

Sachant donc que l'enfant a besoin, dans la construction de son enveloppe psychique, d'expérimenter à la fois des aspects féminins et masculins, cette prise en charge semble très riche pour ces enfants en manque de structuration interne. J'ai d'ailleurs pu observer, chez cet enfant pour lequel elle a été pensée, qu'il recherchait plutôt de la contenance et de la souplesse auprès de la psychomotricienne, et de la solidité et de la résistance chez le psychomotricien.

Ce type de prise en charge peut lui permettre d'intérioriser à la fois une contenance, une première enveloppe, par l'aspect féminin, et une solidité, un axe solide sur lequel s'appuyer, se tenir, par l'aspect masculin. C'est en alliant ces deux aspects qu'il pourra progressivement s'approprier un corps contenant et solide.

⁶⁰ HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, 2^{ème} éd., Paris, édition In Press, 2010, p.85

⁶¹ CICCONE A., *Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques*, in « Cahiers de psychologie clinique » n° 17, Bruxelles, De Boek Université, 2001, p. 90

2.2. Le dispositif pataugeoire

Participant également à une prise en charge pataugeoire, je me suis questionnée sur l'apport qu'elle pouvait avoir auprès de ces enfants en panne pour habiter leur corps.

En pratique

Au sein de l'hôpital de jour, la prise en charge pataugeoire se déroule dans une pièce carrelée d'environ 10 m² avec un bassin creusé dans le sol, auquel on accède par trois petites marches. L'eau est distribuée par un tuyau, contrôlée par un robinet auquel l'enfant a librement accès, et qu'il ouvre ou ferme comme il le souhaite. Il dispose d'une petite baignoire, et d'une caisse de matériel, avec notamment des poupons, des cordes, des seaux, des contenants de différentes tailles, des jouets pour le bain,... Une pièce adjacente est réservée au déshabillage et rhabillage.

Le dispositif pataugeoire se veut contenant, de par l'espace clos et assez petit qu'il offre à l'enfant, l'atmosphère chaude et humide qui s'en dégage, et le médiateur eau. L'eau trace et délimite les contours du corps, fait prendre conscience de sa matérialité, de sa résistance, de son imperméabilité, ainsi que de la différenciation d'un dedans et d'un dehors. Notre parole peut également offrir une enveloppe sonore, un « bain de langage ».

Ce qu'il s'y joue pour l'enfant

La pataugeoire est un lieu favorisant les expérimentations, la mise en acte, il permet à l'enfant d'explorer, de découvrir son corps et ses fonctions. Tout comme le bébé a besoin de sa mère pour transformer ses vécus corporels bruts en éléments pensables et partageables, nous allons, en tant que soignant, assurer cette « fonction α » décrite par Bion. En pataugeoire, l'enfant projette souvent ses préoccupations sur l'utilisation des objets, de l'espace, des éléments architecturaux, sur ses expériences avec l'eau. Le soignant a alors pour rôle de lui restituer ce qu'il en a compris. Cela nécessite qu'il soit convaincu que tout ce que produit l'enfant pendant la séance ait un sens, même si cela peut sembler parfois incompréhensible. En verbalisant et en proposant des significations organisatrices, le soignant va donc transformer les données sensorimotrices de l'enfant en expériences, en éléments psychiques. Un des objectifs de la pataugeoire est également de s'intéresser à la communication, AM. Latour parle de la pataugeoire comme « *un lieu de travail avec l'eau*,

avec le corps, avec l'autre »⁶². Au sein de cette expérience essentiellement partagée, l'enfant va progressivement devenir capable de penser ce qui lui arrive, de se construire une pensée sur le corps. Selon elle, la mise en pensées, en mots, permet à l'enfant d'entrer « conjointement avec le psychomotricien dans un travail de lien et de transformation, permettant la stabilisation progressive de son image du corps »⁶³.

La pataugeoire est un dispositif structurant pour ces enfants. Il étaye la structuration du schéma corporel à travers leurs propres expériences, l'intégration de l'unité du corps, et la construction de l'image du corps. Selon A. Brun⁶⁴, ce dispositif permet, chez ces enfants, une projection de leur enveloppe corporelle dans l'espace. Plusieurs éléments aident, selon elle, à la constitution d'un sentiment d'enveloppe : la différence entre zone sèche et zone mouillée, l'expérimentation des limites du bassin, des bords, des murs, des limites de la pièce, ainsi que de leur propre corps. Tous ces éléments contribuent à la prise de conscience d'un dedans et d'un dehors, et à l'intériorisation de limites. Par conséquent, ce dispositif pataugeoire va pallier l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique souvent défailtantes chez ces enfants, et favoriser ainsi l'appropriation de leur propre corps comme contenant.

Analogie du dispositif pataugeoire avec le concept d'enveloppe psychique

A. Brun compare le dispositif thérapeutique de la pataugeoire à la double enveloppe conceptualisée par D. Anzieu dans le « Moi-Peau ». Le feuillet externe tourné vers l'extérieur serait une « *enveloppe d'excitation où se vivent les interactions sensorielles et émotionnelles entre enfants et soignants* »⁶⁵. Le feuillet interne tourné vers le monde intérieur serait lui une « *enveloppe d'inscription, où il s'agit de mettre en sens ce qui se joue, ici principalement à un niveau corporel* »⁶⁶. Cette dernière correspond à la prise de notes de l'observatrice, puis à l'écriture des soignantes suite à la prise en charge, et à l'élaboration dans le cadre de la supervision.

⁶² LATOUR A.M., *La pataugeoire : « une couveuse pour la pensée*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°155, 2008, p.46

⁶³ Ibid, p.66

⁶⁴ BRUN A., *Médiations thérapeutiques et psychoses infantiles*, Paris, éd. Dunod, 2007, p.254

⁶⁵ Ibid, p.246

⁶⁶ Ibid, p.246

3. Etude de cas de Nicolas

3.1. Présentation générale

Nicolas est un petit garçon d'assez petite taille, aux cheveux courts et châains. Il est né en Juillet 2003, a 9 ans quand je le rencontre. Il est accueilli à l'hôpital de jour depuis septembre 2012, trois matinées par semaine, bénéficie d'une prise en charge individuelle en psychomotricité et de plusieurs ateliers : atelier relaxation, éveil sensoriel, et jardinage.

3.2. Anamnèse

Il vit avec ses parents, la mère est vendeuse et le père est orthoprothésiste. Il a une petite sœur âgée de neuf mois.

La grossesse de Nicolas a été compliquée par une occlusion intestinale de la mère survenue à 3 mois, nécessitant une chirurgie abdominale. Pendant toute sa grossesse, la mère a été dans une incertitude quant à son issue, sa vie ainsi que celle du bébé étant mises en danger. Il est né à terme d'un accouchement sans complication, aucune pathologie néonatale n'a été détectée. Cependant, la mère fait un épisode dépressif post-partum, et présente des difficultés pour s'en occuper. On peut se poser la question d'un possible défaut de portage pour Nicolas. Les parents le décrivent comme un « bébé adorable », faisant ses nuits dès la troisième semaine. C'était, selon eux, un enfant sage et sociable qui ne pleurait jamais, souriant à tout le monde sans distinction. Vers 2 mois et demi la mère reprend son travail, Il est chez la nounou jusqu'à 3 ans. C'est elle qui remarque les premiers signes, elle s'inquiète de son développement devant une absence de langage, une absence de relation à l'autre et l'apparition d'une hétéro-agressivité en réponse à la frustration.

Il semblerait que la mère soit dans une ambivalence. Elle évoque un « besoin » permanent de l'avoir près d'elle. « On est fusionnels » dit-elle, et a arrêté de travailler afin d'être plus présente pour lui. Elle signale en contrepartie une agressivité verbale de Nicolas envers elle, qui entraîne des conflits entre eux, et le décrit comme violent par moment. Elle mentionne des difficultés à proposer et à partager une activité ludique avec lui, il ne joue pas et passe une grande partie de ses journées à regarder, seul, des DVD de super-héros en boucle. Elle reste très angoissée par l'histoire de sa grossesse, et a développé une peur obsessionnelle que Nicolas fasse une occlusion intestinale, ce qui entraîne chez elle des comportements

plutôt intrusifs envers son fils. Elle lui donne des traitements laxatifs, et interrompt les traitements médicamenteux qui, selon elle, seraient responsables de sa constipation chronique. On peut donc penser que cet enfant a eu des interactions précoces difficiles, et subit des comportements de fusion/rejet de sa mère.

Adressé par la psychologue scolaire, suite à des troubles du comportement et une inadaptation scolaire, ses parents l'emmènent faire une première consultation pédopsychiatrique en 2007, suite à laquelle un diagnostic de Trouble Envahissant du Développement (TED) est évoqué. Nicolas présente une instabilité psychomotrice avec intolérance à la frustration, une hétéro-agressivité, des sentiments de persécution, des intérêts restreints (dessins-animés), et des jeux pauvres et très répétitifs. Au niveau psychomoteur, les parents ne signalent aucune anomalie particulière, la marche est acquise à 15 mois et la propreté vers 2 ans et demi - 3 ans.

Il sera admis l'année suivante en hôpital de jour, et sa scolarité en milieu ordinaire s'est ensuite interrompue devant ses difficultés comportementales.

Suite à la réorganisation du pôle de pédopsychiatrie, il change d'hôpital de jour au début de l'année, et arrive dans la structure dans laquelle je fais mon stage en septembre.

Il est également accueilli en famille d'accueil thérapeutique, en SESSAD, et est parallèlement pris en charge par une orthophoniste libérale.

3.3. Le point de vue de la psychologue

Il est difficile de faire un bilan psychologique car il refuse les tests. La psychologue note chez lui un déficit intellectuel et un retard global du développement important. Selon elle, il donne l'image d'un enfant triste et douloureux dans son corps, avec peu d'intérêt pour ce qui l'entoure. Il est très perméable au niveau des enveloppes psychiques, a des angoisses corporelles massives, et des angoisses psychotiques très importantes. Pour se protéger du monde externe, trop douloureux et trop menaçant, il se défend en devenant très agressif, ou bien il s'enferme dans un monde qui lui est propre : celui des super-héros. Il s'isole alors, parle tout seul et s'enferme dans un monde inquiétant. Il vit entre réalité et monde imaginaire. D'après la psychologue, c'est un enfant qui a besoin du regard de l'autre, il est très content de savoir qu'on est là pour lui et que, même s'il agresse un soignant, celui-ci n'est pas détruit,

reste entier et va continuer à s'occuper de lui. Il est souvent dans le passage à l'acte et mobilise, de ce fait, beaucoup de soignants.

3.4. Mes observations

Il n'y a pas eu de bilan psychomoteur. Cependant, j'ai pu mettre en lien différentes observations m'apportant des éléments sur son organisation psychomotrice.

Ce qui m'a interpellé au premier abord chez lui, a été sa posture, sa démarche et son organisation tonique. Il a, lorsqu'il est en mouvement, une posture bien particulière, très tonique : jambes fléchies avec peu d'appuis au sol, genoux rentrés, est plié en deux au niveau du bassin, le haut du corps penché en avant, les bras contractés, fléchis au niveau des coudes, les poings fermés et la mâchoire serrée. Son centre de gravité se trouve alors haut situé et ses appuis peu stables, ce qui entraîne une démarche prenant l'allure d'une course avec des mouvements peu organisés. Il présente une posture différente lorsqu'il est immobile, avec une hypotonie de son axe, visible par un affaement et un enroulement du haut du corps, et une flexion de la tête.

Sa posture semble refléter un axe qui « ne tient pas », que l'on observe à travers une hypotonie axiale et un vacillement dans sa démarche. Il rechercherait alors, dans une hypertonie distale, à contracter ses bras et ses poings pour se tenir, lutter contre de possibles angoisses de chute, et se sentir exister.

De plus, la disparité tonique entre le haut et le bas de son corps m'a donné l'impression qu'il était comme coupé en deux au niveau du bassin. G. Haag⁶⁷ parle de clivage horizontal avec des difficultés à investir le bas du corps. On observe ceci chez lui dans l'hypertonie de ses bras, l'absence d'appui au sol, et aussi dans le fait qu'il perde tout le temps son pantalon, même si celui-ci est élastique.

Nicolas peut également passer très vite d'une hypertonie à un effondrement tonique au sol, ce qui semble refléter un défaut de régulation tonique en tout ou rien. Bullinger⁶⁸ montre l'importance du milieu humain, et notamment du dialogue tonique, dans la régulation tonique de l'enfant au cours de son développement. On peut supposer qu'il a été difficile pour lui de

⁶⁷ HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, p.118

⁶⁸ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.36

s'engager dans un dialogue tonique, et de faire l'expérience d'un « premier sentiment d'exister » au sens de Winnicott.

C'est un petit garçon qui peut être très surprenant, présentant une agressivité importante et des comportements de fusion/rejet, que l'on pourrait mettre en lien avec sa relation avec sa mère. En effet, dès mon premier jour de stage, j'ai été interloquée par son comportement : il est venu vers moi brutalement serrer ses mains autour de mon cou. Un peu plus tard dans la matinée, il est revenu vers moi me demander de prendre la place d'un soignant qui le berçait sur un petit ballon.

L'agressivité est très présente chez lui, et est problématique dans l'équipe soignante. Sa relation aux autres est compliquée car il est, soit dans la fusion totale avec l'autre, soit dans l'impossibilité d'être avec l'autre et cela peut se manifester par de la violence physique et verbale.

De par mes observations, j'ai donc pu en conclure que ce petit garçon a une organisation psychocorporelle bien particulière marquée par un manque de structuration interne. Il est soumis à des angoisses corporelles archaïques et des angoisses psychotiques, qui influencent la constitution de son image du corps. Elles engendrent chez lui une perception de son corps, et donc de l'espace, comme non contenant, non fiable, et peuvent être mises en lien avec le possible défaut de portage de sa mère évoqué dans l'anamnèse. Il ne semble pas avoir intégré la capacité de se tenir par lui-même, d'où son défaut de régulation tonique et d'intégration de son axe. Il rechercherait alors, à travers les raidissements et l'hypertonie, à donner consistance à son corps, et à maintenir présente une « image corporelle » au sens de Bullinger⁶⁹. Si l'on se réfère à la « seconde peau musculaire » décrite par E. Bick⁷⁰, l'hypertonie de Nicolas serait une forme de solution compensatoire qui lui permet de se sentir solide, consistant et tenu, et ainsi de pallier à la défaillance de son image du corps. Ce sont tous ces éléments que l'on va prendre en compte dans les séances.

⁶⁹ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.181

⁷⁰ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, 2ème éd., Paris, Dunod, 1995, p.219

3.5. L'indication de prise en charge en psychomotricité

A son arrivée à l'hôpital de jour, une prise en charge pataugeoire a été pensée pour lui, ceci afin de travailler sur la contenance et de favoriser la construction de son enveloppe psychique, la construction d'une unité.

Ce sont le psychomotricien et la psychomotricienne de la structure qui co-animent cette prise en charge. Ne connaissant pas Nicolas, juste arrivé dans la structure, ils décident de prendre un temps pour l'observer, en le rencontrant tout d'abord en salle, avant de commencer la pataugeoire. Ils observent alors chez lui peu d'exploration et d'utilisation d'objets, une pauvreté ludique et imaginaire, et une importante agressivité avec recherche de contact. Ces différentes raisons les ont amenés à rester en salle.

3.6. Déroulement de la prise en charge psychomotrice et son évolution

J'ai intégré la prise en charge en tant qu'observatrice, prenant des notes de ce qui se passe en séance.

A la recherche d'un corps à corps

Lors des premières séances auxquelles je n'ai pas pu participer, les psychomotriciens m'ont décrit Nicolas dans un perpétuel corps à corps, à la recherche de contact et de contenance.

D'emblée il va s'attaquer à la psychomotricienne, en étant dans l'accrochage, et en ayant un dialogue tonique paradoxal ; il peut s'accrocher à elle, donnant l'impression de vouloir faire un « câlin » en plaçant ses bras autour de son cou, tout en les serrant très fort. Voyant qu'il amenait beaucoup d'agressivité en séance, la psychomotricienne a cherché à transformer cette attaque en jeu, en lui montrant que l'on peut faire semblant de faire la bagarre sans faire mal. En observant, accueillant et transformant son agressivité en jeu, elle assure alors la « fonction α » décrite par Bion. Peu à peu il se pose dans le contact, s'ajuste et cherche le confort dans le portage de la psychomotricienne, avec un dialogue tonique plus adapté. Ces premières séances étaient centrées sur une longue bagarre suivie d'un long « câlin », comme il dit, avec la psychomotricienne, et se faisaient donc dans un espace très réduit.

Une ouverture progressive sur l'espace : Etre dans le mouvement pour ensuite se rassembler

Lors des séances suivantes, Nicolas est demandeur d'une bagarre de coussins. Celle-ci va lui permettre de jouer son agressivité, mais cette fois-ci non pas tout collé comme c'était le cas avant dans le corps à corps, mais en prenant une certaine distance et en s'ouvrant à l'espace. Les psychomotriciens vont essayer, à travers ce jeu de bagarre, qui demande d'être face à l'autre et donc davantage en relation, de transformer l'agressivité présente en expérience émotionnellement partagée. Jouer son agressivité en lien avec l'autre va lui permettre d'expérimenter une autre organisation corporelle, d'autres moyens de se tenir.

Il présente, dans un premier temps, une posture complètement pliée en deux au niveau du bassin, son buste à l'horizontale, avec ses bras contactés, ses poings serrés, sa tête rentrée, et montre seulement son dos face aux coups de coussins. On peut supposer que sa posture reflète une difficulté pour lui d'être face à l'autre.

Au fil des séances, il se redresse pour, petit à petit, se retrouver face aux psychomotriciens, tout en montrant un non-investissement du bas du corps. Sa démarche sur la pointe des pieds, ses jambes qui suivent le haut de son corps, partant dans tous les sens, donnant l'impression qu'il n'a aucun appui au sol, reflètent le clivage horizontal décrit par G. Haag⁷¹. En dirigeant les coups de coussins sur ses jambes, les psychomotriciens vont chercher à diminuer ce clivage et à faire exister son bas du corps. Ils commentent qu'il est très solide face à ces coups, et cherchent ainsi à lui faire prendre conscience qu'il tient bien. En se redressant petit à petit et en se mettant face à l'autre, ce jeu de bagarre va lui permettre de s'adresser à l'autre, le regarder, donner une direction à ses mouvements et solliciter ses coordinations motrices.

Cependant, j'ai cru déceler un certain paradoxe dans son comportement, car, bien qu'il se positionne maintenant en face à face, être en relation avec l'autre reste compliqué. Il me semble percevoir chez lui en même temps, une angoisse de persécution, et un besoin d'exister, à travers notre regard. Il peut taper les coussins à proximité de mon visage, me donnant l'impression que c'est parfois empreint d'agressivité comme si je le persécutais en le regardant, et parfois une invitation à jouer avec lui, une recherche de relation. Il en est de même dans de son comportement lors des bagarres, durant lesquelles il attaque les psychomotriciens principalement au niveau des yeux, et en même temps semble avoir besoin d'être regardé pour exister. Je pense, par exemple, à une séance où le psychomotricien jouait

⁷¹ HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, p.118

la bagarre de coussins les yeux fermés, ce qui a entraîné chez lui une réelle angoisse et un accrochage à ce dernier. Ce paradoxe perçu autour du regard peut être mis en lien avec les comportements de fusion/rejet de sa mère auxquels il est soumis.

Au fil de l'année, une même thématique ressort des séances : se courir après, être dans le mouvement. J'ai pu mettre en lien les courses poursuites en rond au sein de la bagarre, avec les jeux d'attrape qu'il investit hors-séance avec les autres enfants ou avec nous. Alors qu'un jour il me demande de lui courir après, je remarque une certaine jubilation dans sa course. On peut supposer que cette mise en mouvement permet le maintien d'une « image corporelle » au sens de Bullinger⁷². On a pu voir précédemment qu'il était peut-être dans l'hypertonie afin de se sentir exister. Le fait que quelqu'un lui court après semble lui permettre d'être en relation avec l'autre, cela lui permet-il de se sentir exister également ?

Jouant beaucoup d'agressivité dans cette bagarre, on va chercher au fil des séances à la structurer, afin de ne pas entraîner trop d'excitation, et de favoriser sa structuration spatiale. En délimitant la zone de bataille par des cordes et en construisant des cabanes pour chacun, on va lui permettre d'intégrer la notion de limite, de différenciation, d'individualisation, avec chacun son espace. On assure en quelque sorte la « fonction d'individuation du Soi » du « Moi-Peau ».

J'ai pu remarquer, dans l'ensemble de ces séances, que les moments où Nicolas est dans le mouvement sont toujours suivis d'un moment plus calme où il recherche une contenance. Il demande soit à être totalement recouvert des coussins qui font un poids sur son corps, entouré des psychomotriciens de chaque côté, soit contenu dans les bras de la psychomotricienne. Il ajuste les bras de celle-ci autour de son corps, et semble alors avoir besoin d'être contenu mais surtout maintenu. Alors que lors des premières séances il était, dans ces moments calmes, en hyperextension sur le dos, se cambrait, la tête en arrière, il adopte maintenant de lui-même une position fœtale en s'enroulant sur lui-même. On peut alors voir chez lui un réel apaisement avec l'émergence de « vrais » sourires (non forcés comme à son habitude). On peut supposer que cet enroulement correspond, comme l'a décrit S. Robert-Ouvray⁷³ à une phase narcissique qui permet à l'enfant d'intégrer ce qu'il vient de

⁷² BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004

⁷³ ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, éd. Desclée de Brouwer, 2002, p.46

vivre, lui donnant un sentiment d'exister, et favorisant plus tard le redressement et la verticalité.

Vers une prise d'autonomie et une verticalisation

Nicolas va tout d'abord exprimer un besoin d'être seul en demandant par exemple aux psychomotriciens de s'éloigner : « vous pouvez me laisser tranquille tous les deux s'il-vous-plaît ! ». On peut supposer que la prise de distance permise lors des séances, dans la bagarre, lui a permis une certaine individuation. Cette volonté d'être seul face à l'autre peut renvoyer à l'aspect narcissique présent dans l'acquisition de la position debout dans le développement psychomoteur.

Il exprimera ensuite cette prise d'autonomie en entrant davantage en relation avec moi, souvent dans les moments où les psychomotriciens sont au sol, battus par lui et sous les coussins, ou lorsque la psychomotricienne est absente. Il quitte alors le contact avec les psychomotriciens pour venir vers moi, me parlant tout bas et me mettant dans une position de témoin. Il me questionne, me demande s'il peut s'asseoir à mes côtés,... et cherche, me semble-t-il, à être valorisé en me répétant « je l'ai eu », « j'ai gagné » en montrant le psychomotricien au sol, ou encore en vérifiant que je l'ai bien noté dans le cahier. J'ai pu remarquer en dehors des séances que c'est un petit garçon qui a besoin d'attirer l'attention. En séance il va souvent me regarder, lever son pouce et me faire un sourire forcé, crispé. Quand il m'interpelle de cette façon on lui dit que ça à l'air important pour lui et que je le note dans le cahier, ce dernier assurant pour lui une fonction de contenance.

Il recherchera ensuite, en fin de séance, à éprouver cette prise d'autonomie à travers sa verticalité. Il se met dans un premier temps debout sur des coussins en disant « je suis très grand ! », puis investit ensuite l'espalier. Il demande tout d'abord l'aide des psychomotriciens pour monter dessus, puis pourra progressivement monter seul. L'espalier est un temps qu'il amène de lui-même à chaque fin de séance et qui semble important pour lui. En sollicitant son bas du corps, il peut lui permettre de mieux l'investir, et ainsi de réduire le clivage horizontal décrit par G. Haag⁷⁴.

⁷⁴ HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, p.118

A la fin de l'année, Nicolas va davantage solliciter cette verticalité. Il commence, lors des dernières séances auxquelles j'assiste, à ouvrir les placards, à explorer et sortir les jeux. Son investissement pour la bagarre de coussins se déplace progressivement, pour se tourner vers un tunnel, dans lequel il se met tout en étant debout. Il demande alors au psychomotricien de se mettre dedans, derrière lui, de façon à le contenir, et à la psychomotricienne de courir après et les attraper. Nicolas est là encore dans une demande de jeu d'attrape, mais qui sollicite cette fois-ci davantage sa verticalité et son orientation dans l'espace. En effet, il recherche la psychomotricienne en regardant au travers un hublot du tunnel, en explorant d'abord l'espace par son regard, tout en s'orientant pour avoir une vision globale de la salle (le tunnel ne lui offrant qu'une vision centrale). Il se déplace, dans un deuxième temps, sur la pointe des pieds, pour lui échapper quand il la voit, tout en étant dans une sorte de jubilation. On peut supposer que la contenance que lui offre le psychomotricien lui permette de se sentir suffisamment en sécurité pour se tenir, accéder à une verticalité, s'orienter et se déplacer dans l'ensemble de l'espace de la salle. Ceci tout en prenant plus de distance par rapport à la psychomotricienne, avec laquelle il semble alors davantage en relation.

L'intériorisation du cadre de la séance

Nicolas semble avoir bien repéré l'espace-temps de la séance. Il peut l'anticiper, venant par exemple nous voir dans la matinée pour nous rappeler sa séance, ou nous sollicitant lorsqu'on a un peu de retard.

La fin de séance ne semble pas facile pour lui, il peut montrer son désaccord et aller d'un objet à l'autre, semblant chercher à ce qu'on lui court après. C'est un petit garçon qui n'est pas structuré, et pour qui, la séparation serait alors vécue comme un arrachement. Cependant, il semble parfois trouver des moyens par lui-même pour la supporter. Cela peut être en se mettant dans un tonneau en plastique, qu'il investit comme rituel de fin de séance, dans un coin de la pièce avec des objets faisant poids sur lui, ou encore en faisant des puzzles, des jeux d'encastrement de légos, en sortant de la séance. Afin que cette séparation soit plus facile à vivre pour lui, les psychomotriciens dessinent au tableau les différents moments de la séance. Cette symbolisation va faciliter la fin de la séance, lui permettant, au fil de l'année, de mieux appréhender les transitions, les changements, et donc d'intégrer le temps de la séance.

Nicolas semble avoir profité de cette prise en charge co-animée par une femme et un homme pour expérimenter et intégrer à la fois les aspects féminins et masculins de la bisexualité psychique. Il ne se comporte pas de la même façon et a un dialogue tonique différent avec chacun d'eux. Il est à la recherche d'aspects masculins, de résistance, de solidité, avec le psychomotricien, à travers un « dialogue phasique » décrit par Jean Le Camus⁷⁵. Celui-ci sollicite un aspect plutôt ludique, en sautant sur lui, l'empêchant de se relever, recherchant de la rivalité, ainsi que de la consistance en se plaquant contre son dos. Tandis que ce sera plutôt une recherche d'aspects féminins, d'enveloppement, de souplesse, de réceptivité, pour la psychomotricienne. En plaçant ses bras autour de son cou et en ajustant les bras de celle-ci sur son dos, il semble chercher une position de confort, et à être contenu dans ses bras. Cette bisexualité psychique permise dans le cadre de ses séances peut ainsi étayer la construction de son enveloppe psychique.

Nicolas est un petit garçon qui me semble à la recherche d'une contenance, mais surtout d'une consistance, d'une solidité, à la fois dans son propre corps (dans l'hypertonie), dans sa relation avec les psychomotriciens (semble vérifier qu'ils sont bien solides), et dans les contenance qu'il expérimente (le tonneau en plastique, les coins de la pièce,...).

Notre rôle va alors être d'assurer la « fonction de contenance » décrite par D. Anzieu dans le « Moi-Peau »⁷⁶, mais surtout la « fonction de maintenance du psychisme », qui a pour caractéristique d'offrir une solidité, un support au psychisme de l'enfant, et permet le redressement.

En recherchant dans un premier temps à être tenu et contenu, on peut supposer que cette prise en charge lui ait permis d'intérioriser ce sentiment, à l'origine des premières enveloppes corporelles et psychiques. En l'accompagnant dans cette appropriation de son propre corps, on a pu l'aider, petit à petit, à se tenir, à accéder à la verticalité, ainsi qu'à s'ouvrir sur le monde extérieur. Il est passé d'un espace réduit au corps à corps pour progressivement s'ouvrir aux objets, aux personnes présentes, et à l'ensemble de l'espace de la salle.

⁷⁵ LE CAMUS J., *Le dialogue phasique*, in « Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence », N.1-2 (Janvier-Février 1995)

⁷⁶ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, 2^{ème} éd., Paris, Dunod, 1995, p.121 et 124

4. Etude de cas d'Emma

4.1. Présentation générale

Emma est une petite fille aux cheveux blonds, bouclés et yeux bleus, très grande pour son âge. Elle est née en Juin 2005, elle a 7 ans quand je la rencontre. Au premier abord, elle a un contact qui peut paraître étrange, avec un collage physique aux personnes en les entourant de ses bras, et un regard « bizarre » en raison d'un strabisme intermittent. Elle répète alors souvent dans ces moments « je t'aime beaucoup », avec une prosodie bien particulière et une voix saccadée. Elle est accueillie à l'hôpital de jour depuis 2009, trois demi-journées par semaine, et bénéficie d'une prise en charge pataugeoire ainsi que plusieurs ateliers : relaxation, conte et histoire, danse.

4.2. Anamnèse

Emma vit avec ses parents, son père est agent de tri, et sa mère conseillère de clientèle. Elle a un grand frère âgé de 12 ans.

Elle est née d'un accouchement sans complication. Cependant, une hydrocéphalie est rapidement décelée par le pédiatre, avec une augmentation très rapide de son périmètre crânien. Elle a été opérée à deux reprises, à 6 mois puis à 16 mois. Elle a, à ce moment-là, vécu des périodes d'immobilisation prolongée, avec présence permanente de sa mère. Elle a une succession de rhinopharyngites et d'otites jusqu'à 24 mois, ainsi que des crises d'épilepsie, traitées par Dépakine. La stabilisation de son état entraîne un arrêt du traitement, qui a été remis en place il y a deux ans, suite à une crise typique importante, une crise généralisée. Elle est décrite par ses parents comme un bébé calme, pleurant peu. La marche est acquise à 18 mois, le langage tardivement, avec l'apparition des premiers mots vers 2 ans et des débuts de phrases vers 3 ans.

La mère évoque des difficultés au quotidien, du fait d'une opposition, de crises de colère chez elle. Elle illustre leur relation par des propos tels, « je suis son esclave », « je suis à elle ». Pour cette raison, elle ne va jamais dans les lieux publics avec Emma, par crainte de son comportement, de « crises » qu'elle ne parviendrait pas à gérer, mais aussi par crainte des regards et propos difficiles qui peuvent leur être adressés. La mère vit d'ailleurs les retours négatifs de l'école, le rejet des autres parents, comme une humiliation personnelle, et

s'inquiète quant à l'avenir de sa fille. Elle rattache beaucoup les difficultés du quotidien à sa relation avec Emma, à ses hospitalisations précoces ayant nécessité sa présence permanente. Les propos ramenés par les parents donne l'impression qu'elle est dans une « toute-maîtrise », ils évoquent d'ailleurs des difficultés à lui dire « non », et à exercer leur autorité près d'elle.

Elle est accueillie en famille d'accueil thérapeutique depuis l'an dernier, en SESSAD, et bénéficie d'une prise en charge en orthophonie. Sa scolarisation, avec présence d'une AVS, semble compliquée, avec une difficulté à entrer dans les apprentissages, une agressivité, des troubles du comportement, et des difficultés à entrer en relation, se montrant agressive ou manifestant un trop plein d'affection.

4.3. Le point de vue du psychologue

D'après le psychologue, elle présente des séquelles de ses troubles somatiques. Elle a un contact adhésif à l'autre, ainsi qu'une certaine désinhibition de la pensée. Elle fait des remarques sans aucun filtre, sans censure de la pensée, et peut très facilement dire qu'une personne est « très mignonne », « grosse »,... De par ces comportements (de collage, d'opposition, de « franchise »), elle peut se faire rapidement rejetée par l'autre (enfant comme adulte). Cela serait aussi une façon pour elle de gérer la relation avec l'autre, car elle ne semble pouvoir se différencier et s'individualiser. Le psychologue évoque une difficulté à effectuer un bilan psychologique, face à un refus et une opposition. Cependant, Emma montre qu'elle comprend et est capable de faire les choses, mais seulement quand elle est disponible et en a l'envie, ce qui pourrait renvoyer aux propos de ses parents quant à sa « toute-maîtrise ». Selon le psychologue, elle a des difficultés à s'inscrire dans le monde environnant, et semble avoir son propre monde à elle. Elle peut employer des phrases bien structurées au niveau grammatical et syntaxique, phrases souvent plaquées, qui ne sont pas habitées par sa pensée.

Elle présenterait donc un Trouble Envahissant du Développement, avec troubles relationnels et cognitifs.

4.4. Mes observations

Il n'y a pas eu de bilan psychomoteur, cependant, j'ai pu mettre en lien différentes observations m'apportant des éléments sur son organisation psychomotrice.

Tout d'abord, j'ai noté chez elle une organisation tonique particulière, le haut de son corps penché en avant, le bassin en antéversion, une extension de sa tête partant un peu en arrière, et ses bras donnant l'impression d'être en apesanteur, fléchis et restant en l'air au niveau du thorax. Son organisation tonique semble refléter une peur de tomber, angoisse corporelle qui semble toujours présente chez Emma, et que l'on peut supposer être en lien avec un possible défaut de portage dû à ses hospitalisations répétées. L'hypertonie de son dos et le manque d'appui au sol présents dans sa posture debout, cède à l'effondrement tonique et à une hyperlaxité lorsqu'elle est au sol, ou à une impression de non consistance quand elle s'affale contre nous. Le recours au milieu humain étant nécessaire selon A. Bullinger⁷⁷ dans la régulation tonique, on peut poser l'hypothèse que le défaut de celle-ci chez Emma reflète une non intégration du dialogue tonique. Sa démarche prend facilement l'allure d'une course, avec une gestuelle peu organisée, une agitation de ses bras et du haut de son corps. En lien avec l'anamnèse, on peut imaginer que son vécu est lié à ses crises d'épilepsie. Sa motricité éclatée dans ses déplacements, et l'excitation à laquelle elle recourt, serait un moyen pour elle de se tenir, de lutter contre cette impression de tomber qu'engendre ce type de crise.

On peut donc supposer que l'hypertonie présente dans son dos lui permet de pallier cette angoisse de chute, de se sentir tenue, mais elle recourt pour cela également à un accrochage à des objets. En effet, en l'observant hors séance, j'ai remarqué qu'elle avait souvent un objet dans les mains, qu'il lui était difficile de lâcher. Ce sont des objets auxquels elle semble s'accrocher comme pour ne pas tomber. J'ai pu noter une évolution quand à ces derniers, alors qu'en début d'année, c'était plutôt des balles, ce sont maintenant des tiges, des bâtons. En donnant une direction, on peut supposer que ces derniers symbolisent une envie d'aller vers, de s'adresser à l'autre, ou encore la recherche d'un axe extérieur à son corps. De plus, j'ai pu observer un lâchage progressif de ces objets.

⁷⁷ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.36

J'ai pu mettre ce passage, de l'accrochage aux objets à une prise de distance progressive, en lien avec la relation qu'elle a eu avec moi. J'ai, dans un premier temps, été surprise par son contact, que j'ai ressenti comme intrusif et « bizarre ».

Au début de l'année, Emma venait vers moi et m'entourait de ses bras dès qu'elle me voyait, approchait son visage très près du mien, en m'adressant des sortes de « grimaces » avec sa bouche et en faisant de gros yeux.

C'est une petite fille qui semble être dans l'identification adhésive développée par D. Melzer⁷⁸ à la suite d'E. Bick. Elle a des comportements de « collé à », qui supprime tout écart entre elle et les autres, ou les objets. Au fil de l'année, j'ai pu noter une réelle évolution dans son contact. Alors qu'elle faisait, au début, le trajet pour aller à la pataugeoire en m'entourant de ses bras, elle a, petit à petit, pu prendre juste mon bras, puis seulement ma main. J'ai mis cette évolution en lien avec un temps passé avec elle dans le parc, dans la même période :

Emma vient vers moi avec un ballon sauteur dans les mains, et me le tend. Je prends une poignée, elle prend l'autre, et nous passons un long moment à nous promener dans le parc avec le ballon entre nous. Elle fait alors des expériences sur les jouets du parc, puis nous explorons tout l'espace du parc. Arrive ensuite le moment où elle lâche la poignée du ballon, je fais de même, elle me prend alors la main et nous reprenons notre promenade mais cette fois-ci main dans la main.

On peut supposer que l'accrochage au ballon lui a permis d'intégrer une distance entre nous, rendant possible la relation. Au fil de l'année j'ai ainsi pu noter l'importance de proposer mon propre corps comme appui pour lui permettre de repasser par le « collé à », qui lui semblait nécessaire, pour ensuite prendre progressivement de la distance et entrer en relation. Ceci a également été possible, il me semble, par la verbalisation, en mettant en mot l'impression qu'elle donnait d'être collée, et que l'on pouvait être ensemble sans forcément être « tout collé ». Même si ce n'est pas toujours évident, il est important de limiter son collage à notre corps afin qu'elle puisse passer d'un espace d'indifférenciation dans l'adhésivité à un échange et une exploration possible dans un décollement. A nous de tolérer cette adhésivité sans pour autant y être engloutis, pour pouvoir la mettre en mots, et la théâtraliser.

⁷⁸ CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 2001 p.102

De plus, ce collage, qui laisse parfois place à de l'agressivité, entraîne chez elle des difficultés relationnelles. Dans le groupe de vie, elle est souvent isolée, et semble dans un paradoxe, en entrant en relation avec les autres enfants soit pour leur faire des « câlins », soit pour les taper.

Cependant, j'ai pu l'observer parfois faire des jeux d'attrape avec Nicolas dont j'ai parlé précédemment. Se courir après, semble un moyen pour elle d'être en relation, tout comme c'est le cas pour Nicolas.

J'ai également pu observer, dans les activités quotidiennes, qu'Emma a un schéma corporel qui semble bien intégré, mais qui, pourtant, ne lui permet pas toujours de faire des actions simples, comme s'habiller. On peut se questionner sur l'intégration de son axe, nécessaire dans l'instrumentalisation, et sur son image du corps. En effet, du fait de ses angoisses corporelles archaïques que reflète sa posture, on peut penser qu'elle n'a pas pu se constituer une image du corps bien structurée.

4.5. Son évolution depuis le début de sa prise en charge pataugeoire

Une indication de prise en charge pataugeoire a été pensée pour elle, afin de travailler sur la contenance et de favoriser la construction du Moi Corporel, du « premier sentiment d'enveloppe » défaillant chez elle.

Quand débute mon stage, cela fait quatre ans que sa prise en charge a commencé. D'après la psychomotricienne, pilier de ce soin, les changements de soignants ont été nombreux pendant ces années, et ont suscité peu de manifestations chez elle, semblant être peu sensible aux personnes présentes. C'est récemment qu'elle commence à réagir face aux absences. La psychomotricienne constate une énorme évolution, en lien avec tout le travail institutionnel ; elle évolue de façon importante et homogène dans les différents lieux. Elle commence la pataugeoire très régressée, faisant preuve d'une hyperlaxité, sans interaction avec les personnes présentes, toujours accrochée à des objets, et incapable d'ouvrir les robinets. En 2011, Emma fait une crise d'épilepsie grand mal qui entraîne une longue absence, et qui correspondra à un tournant de la prise en charge. Ce type de crise entraînerait, selon le superviseur assurant la régulation pataugeoire, un premier éprouvé qui est le sentiment de perdre la solidité de l'ossature, l'impression de tomber, puis un sentiment d'étrangeté face à un corps atteint, attaqué. A son retour, elle passe plusieurs séances à tout rassembler, et c'est seulement à partir de ce moment qu'elle commence à investir les objets (canards, baignoire), et à ouvrir et fermer les robinets.

4.6. Déroulement de la prise en charge psychomotrice et son évolution

Les séances étant co-animées par la psychomotricienne de la structure et une infirmière, j'intègre la prise en charge en tant qu'observatrice. De ma place, je ne peux intervenir, mais peux parler à la cantonade, pour rappeler, par exemple, ce qui s'est passé lors de la séance précédente.

L'intériorisation d'une contenance

Au sein de la pataugeoire, Emma semble à la recherche de contenance, tout d'abord physique. Lors des premières séances auxquelles j'assiste, elle remplit la baignoire, placée dans le coin de la pataugeoire, et s'installe dedans. Au fil de l'année, elle prendra toujours les mêmes objets avec elle : une « maman canard » (qui fait office de support aux bébés canards du fait de sa surface plane), deux bébés canards, et un bébé baleine. Elle peut passer un long moment, silencieuse, assise, avec le tuyau d'où sort l'eau dans une main, et les objets dans l'autre. Elle adopte alors une posture assez repliée, tête baissée, les deux mains occupées. Ainsi contenue dans cette baignoire, qui peut paraître trop petite pour elle, et, de ce fait, la contenir de façon assez serrée, elle demande parfois à ce qu'on lui mette un cerceau autour d'elle.

Elle semble également devoir s'assurer, tout comme AM. Latour le dit, « *d'être bien tenu-et-contenu et cela dans l'espace de la salle, avant que de se sentir tenu-et-contenu par le psychomotricien, expérience qui autorisera celle de se sentir tenu-et-contenu dans son propre corps* »⁷⁹.

Elle utilise le jet pour explorer dans un premier temps les limites de la pataugeoire, le dedans/dehors du bassin, en arrosant alternativement l'intérieur puis l'extérieur. Puis le dirige jusqu'au mur face à elle en plaçant son doigt au bout du tuyau, créant ainsi une pression plus forte. Puis vers la porte, les marches du bassin, les « issues » (portes, fenêtres), et le plafond. On se déplace alors parfois pour lui laisser la possibilité d'explorer toutes les limites de la pataugeoire, représentées par les murs. On peut supposer qu'en examinant les limites elle commence à organiser l'espace.

⁷⁹ LATOUR A.M., *Le corps, cet inconnu – Les conditions de l'instrumentation dans l'autisme*, in « Thérapie psychomotrice - et Recherches- » n°154, 2008, p.90

Elle cherche également les limites auprès de nous, en essayant de nous arroser, testant le cadre, tout en acceptant les remarques des soignantes quant au fait que c'est interdit. On peut supposer qu'elle essaye, ainsi, de toutes nous mettre dans le « même bain », diminuant ainsi l'impression qu'elle peut avoir d'être séparée. En lui verbalisant cette hypothèse, ainsi que nos places qui sont différentes (habillées, en dehors du bassin), on pourrait alors permettre l'ouverture d'un espace entre nos corps, et étayer son individualisation.

Elle explore ensuite les limites, les contours de son propre corps, en s'arrosant les épaules, le visage, le ventre, dans et autour de sa bouche, sur la plante des pieds, les jambes, puis le dos, et l'arrière de la tête. Pendant tout ce temps, la psychomotricienne nomme les parties du corps, afin d'étayer son schéma corporel, et lui faire porter son intérêt sur son corps. Ce qu'elle fera ensuite au travers de nombreuses expériences, en faisant des mouvements (agiter ses jambes, son dos, contre les parois de la baignoire), des bruits (en mettant son doigt au bout du tuyau, glissant ses mains et pieds contre la baignoire ou sur le sol), et recherchant des sensations (se boucher les oreilles et mettre son visage sous l'eau, souffler dans l'eau,...). Elle ne semble pas seulement dans la sensation, mais bien à la recherche d'expériences. Elle recourt à des activités sensorimotrices, qui sont, pour A. Bullinger⁸⁰, à l'origine de l'appropriation du corps. Afin de favoriser cela, la psychomotricienne verbalise ses expériences en termes spatiaux (devant, derrière,...) pour l'amener à prendre conscience de la spatialisation de son propre corps.

On peut penser que la pataugeoire lui offre la possibilité de se sentir bien contenue physiquement (dans la baignoire, les murs de la pièce), mais aussi psychiquement. En effet, nous sommes disponibles pour elle, et assurons la « fonction α » décrite par Bion. Les soignantes essayent de mettre du sens sur ce qu'elles observent, et assurent une fonction de détoxification en commentant l'ambiance émotionnelle de la séance, l'impression qu'Emma leur donne,... En rebondissant sur ces éléments (en faisant par exemple du bruit quand elles disent que c'est une séance très silencieuse), on peut supposer que cette mise en mot permet en partie à Emma de mentaliser ce qu'elle fait.

⁸⁰ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004

On peut supposer qu'en lui permettant de se sentir contenue tant physiquement que psychiquement, la pataugeoire favorise l'intériorisation d'une contenance chez elle. En expérimentant le dedans/dehors (du bassin, de son corps), elle va progressivement intégrer ces différenciations, nécessaires à l'émergence du « Moi-Peau » dans sa fonction d'« individuation du Soi » décrit par D. Anzieu⁸¹. Elle nous le montre quelques séances plus tard, en descendant dans le bassin, au milieu de la pataugeoire, jetant tous les « objets supports-contenants » (baignoire et maman canard), et rassemblant les autres (canards, baleine) devant le miroir. Se mettant à quatre pattes au-dessus, de profil devant le miroir tout en y portant son regard, elle les entoure de ses bras, et de son corps. Tout comme c'est le cas en se tenant et se portant seule dans le bassin, elle semble, en se faisant elle-même contenante avec les objets, commencer à percevoir son propre corps comme contenant.

L'intégration d'une tenue

Au fil des séances, elle me semble à la recherche d'un fond, en portant tout d'abord son intérêt pour les « objets supports-contenants », qui retiennent. Elle place les bébés canards et la baleine sur la maman canard, ou, lors d'une séance, sur un bateau, de façon à ce qu'ils tiennent tous ensemble. Elle utilise également un seau dans lequel elle met les bébés canards, qui flottent, et sur lesquels elle appuie comme pour tester le fond du seau. Elle présente lors de ces premières séances un enroulement de sa colonne vertébrale, qui fait référence, pour S. Robert-Ouvray, à un rassemblement, à la formation d'une unité, qui procure un sentiment de sécurité permettant plus tard un déploiement du corps. Elle recherche, dans un deuxième temps, ce fond sur son propre corps, en tapant par exemple son dos contre le bord de la baignoire. La psychomotricienne verbalise alors que « ça tient bien derrière », afin de l'aider à mentaliser ce qu'elle fait, ainsi que « l'espace derrière » au sens de G. Haag⁸². Le clivage devant/derrière que celle-ci décrit passe par l'intégration d'un « fond » qui tient, d'un appui-dos solide et vivant. En lui faisant sentir que « ça tient », on peut supposer que l'on pallie également le manque d'ossature qu'elle a pu éprouver lors de ses crises d'épilepsie. Elle se redresse petit à petit au fil des séances, pour venir, un jour, alors que je suis penchée sur mon cahier, s'appuyer et coller son ventre contre mon dos. J'accueille son geste, que la psychomotricienne verbalise. Elle semble alors être dans une certaine adhésivité, en étant dans une recherche de consistance.

⁸¹ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, 2^{ème} éd., Paris, Dunod, 1995, p.126

⁸² HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, éd. Bayard.p.105

Que ce soit au travers des objets, d'elle-même, ou de nous, l'intérêt d'Emma se porte sur ce qui a un fond, un appui. Ce « fond » qui tient, peut être associé à ce qui est solide, ce qui tient en nous, à la genèse de l'axe et à la réduction des clivages corporels décrits par G. Haag⁸³. En effet, ce « fond » participe, selon elle, à la mise en place d'un sentiment de sécurité de base et permet à l'enfant de se tenir la tête et le dos.

Elle va ensuite faire différentes expérimentations qui, me semble-t-il, peuvent être mises en rapport avec une possible intégration de son axe. Quand elle commence à s'intéresser aux tuyaux rigides, c'est principalement pour marcher avec, autour du bassin en s'appuyant dessus, comme une canne. L'utilisation qu'elle en fait, peut être mise en lien avec les travaux d'A. Bullinger⁸⁴ sur l'importance des appuis dans la genèse de l'axe corporel. Celui-ci montre également le rôle de l'intégration de l'axe dans l'instrumentalisation, ce qu'elle illustre dans les vestiaires. Alors qu'au début de l'année, elle ne peut utiliser qu'une main, ou alors les pieds, pour s'habiller et se déshabiller, elle se montre au fil du temps capable d'utiliser ses deux mains, en présentant des coordinations et une motricité fine plus adaptée. Elle montre ainsi l'unification de son espace droit et gauche, et la création d'un « espace de préhension »⁸⁵ où les mains peuvent jouer des rôles instrumentaux complémentaires. L'axe corporel est, pour A. Bullinger, le point d'appui des activités instrumentales, et une étape importante dans le processus d'individualisation. Ces différents éléments reflétant la construction d'un axe chez Emma peuvent aussi être mis en lien avec son intérêt nouveau à s'arroser l'axe, du pubis au cou. En verbalisant les différentes parties de l'axe qu'elle arrose, et en lui renvoyant sa solidité, la psychomotricienne étaye la prise de conscience d'Emma sur quelque chose qui tient dans son corps.

En échangeant à propos d'Emma en supervision, j'ai pu mettre en lien cette recherche de solidité, apparue récemment, à la fois avec son intérêt nouveau pour les garçons au sein de l'hôpital de jour, et avec le fait qu'elle demande à sa mère de lui acheter des caleçons de garçon, ou de prendre ceux de son frère. En effet, G. Haag⁸⁶ associe les deux moitiés du corps aux identifications maternelles, et l'axe aux identifications paternelles, à ce qui est solide au

⁸³ LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007

⁸⁴ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004, p.138

⁸⁵ Ibid, p.141

⁸⁶ HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, éd. Bayard.p.118

milieu. Son intérêt nouveau et son identification à l'aspect masculin semble donc être en lien avec ce que j'ai pu observer au sein de la pataugeoire sur l'intégration de son axe.

Une ouverture sur le monde extérieur

Au cours des premières séances, elle adopte une posture repliée sur elle, souvent dos à nous, montrant peu d'interaction avec nous, et peu d'intérêt pour les tuyaux et cordes que lui propose la psychomotricienne pour entrer en relation. De plus, elle semble dans un collage avec ses objets qu'elle tient dans ses deux mains. Ils semblent la rendre indisponible à son environnement, empêchant une quelconque exploration ou action sur le monde extérieur. Au fil des séances, j'ai pu observer chez elle une ouverture progressive, tout d'abord sur l'espace, puis sur les personnes présentes.

De cette posture repliée, tête baissée sur ses objets, elle va progressivement se redresser pour explorer l'espace. Tout d'abord par le regard, elle observe les objets autour d'elle, l'eau qui déborde de la baignoire, nous adresse davantage de regards. Elle va, ensuite, imprimer de légers mouvements au tuyau, dirigeant le jet devant elle, puis sur les côtés, vers le haut, explorant l'espace autour du bassin. Dans un premier temps, son regard semble suivre le jet, puis ce sera le jet qui suivra son regard. Le geste devient alors intentionnel, elle semble dans la maîtrise de son propre geste. Quelques séances plus tard, après avoir exploré l'espace avec son regard et avec le jet, elle va se projeter elle-même dans l'espace autour, en se déplaçant autour du bassin. Elle prend alors un tuyau rigide avec elle, qu'elle pointe dans la direction où elle regarde, et vers laquelle elle se déplace dans un deuxième temps. Tout comme le bébé a besoin de regarder l'objet qu'il veut, pour adopter une posture lui permettant de le saisir, on peut noter chez elle, une coordination entre son œil, son geste et son déplacement. Ce tuyau associé au regard symboliserait, selon le superviseur assurant la régulation pataugeoire, une recherche de la bonne distance entre soi et l'autre, une prise de distance favorisant l'émergence d'une possible prise de conscience. Elle peut également le pointer vers une soignante qui l'incite à enlever le bouchon de la pataugeoire, cela semble alors un moyen de s'adresser à elle et montrer son mécontentement.

En plaçant, en début de séance, les objets auxquels elle tient dans le bassin, elle va ensuite, petit à petit, venir à notre rencontre. Tout d'abord par des contacts furtifs avec chacune d'entre nous, en touchant nos bras, nos cheveux, nous adressant un regard et un sourire. Puis, peut-être du fait de ma place intrigante, étant penchée sur mon cahier et intervenant moins, elle viendra plus particulièrement vers moi.

J'ai pu noter une évolution intéressante quant à son entrée en relation avec moi, en lien avec les observations que j'ai pu faire hors séance relatées plus tôt, sur le passage de l'adhésivité à la prise de distance. Dans un premier temps, elle semble être à la découverte de mon corps. Je pense en particulier à une séance, où la psychomotricienne faisait un rythme sur des objets, qu'Emma se mit à reproduire, sur ma chaussure. Durant cette séance, qui se fit sans eau, elle tournait autour de moi, s'appuyant sur mon dos, m'entourant de ses bras, tapotant mes jambes, faisant glisser ses pieds sur mes jambes,...cherchant, me semble-t-il, une réaction de ma part. Du fait de ma place, je lui répondais en l'accueillant, et la psychomotricienne lui rappelait que je ne pouvais intervenir, afin de bien différencier les places de chacune. Une séance charnière quant à notre relation a été de placer autour de moi un cerceau, m'attribuant ainsi, me semble-t-il, une place différenciée que je n'avais pas encore. Suite à cette séance, elle venait toujours vers moi, mais maintenant en m'interpellant, n'étant alors plus dans la découverte mais dans la rencontre.

J'ai également remarqué une évolution dans sa relation avec la psychomotricienne. Au début, Emma refusait qu'elle s'approche trop près, ou veuille jouer avec elle, étant dans une maîtrise de la distance. La psychomotricienne souhaitait alors, en commentant son refus et l'intérêt d'être ensemble en pataugeoire, lui permettre de penser une possible relation. Progressivement elle va répondre à la psychomotricienne, notamment à travers le rythme dont j'ai parlé précédemment, puis chercher à entrer en relation avec elle. En orientant le jet vers ses pieds, elle va donner l'impression, non pas de vouloir l'arroser, mais plutôt de l'inviter à entrer en contact. C'est d'ailleurs à partir de ce moment-là qu'elle accepte la proposition de la psychomotricienne de la rejoindre dans le bassin.

L'intériorisation du cadre de la séance

Emma semble avoir intégré l'espace-temps de sa séance pataugeoire. On peut noter qu'elle anticipe cette prise en charge, elle sort toujours du groupe de vie avec la photo « pataugeoire » de son emploi du temps, et parfois des lunettes de plongée en plastique sur les yeux. Elle semble avoir repéré ce temps et peut faire des liens d'une séance à l'autre, en commençant une séance comme elle avait fini la précédente.

Elle paraît également avoir bien repéré les personnes présentes, elle se montre sensible aux absences d'une des soignantes, qu'elle fait alors exister au fil de la séance en arrosant ou s'asseyant sur sa chaise.

A l'annonce de la fin de la pataugeoire, elle peut présenter une légère agitation (éclaboussant autour d'elle, se mettant entièrement dans l'eau,...), et faire part de protestations (avec un « non » autoritaire, en plaçant une partie de son corps pour empêcher la soignante d'enlever le bouchon de la pataugeoire). Bien que le changement ne semble pas un moment facile pour elle, elle l'accepte tout de même, en finissant toujours par ranger les objets, et enlever elle-même le bouchon. Reprendre les paroles des soignantes et les adresser aux canards apparaît parfois comme un moyen pour elle d'accepter cette séparation. Elle peut alors leur dire « ma baleine, mon canard, je vais te mettre dans ta petite maison, t'inquiète pas je reviens », ce qui reflète l'intégration du cadre de la pataugeoire. On peut également se poser la question d'une possible projection quand elle s'adresse à ces objets, elle peut parfois dire « les pauvres ils en ont besoin » en regardant les canards quand l'eau s'écoule. On peut supposer qu'elle exprime alors son propre besoin.

Emma est une petite fille qui a bien repéré ce soin pataugeoire, et semble y prendre du plaisir. Elle arrive toujours en courant, montrant la photo « pataugeoire », et très souriante, sourire qu'elle garde d'ailleurs tout au long des séances.

En lui permettant de se sentir contenue tant physiquement que psychiquement, et d'explorer les limites (de la pataugeoire et d'elle-même), on peut penser que cette prise en charge favorise chez elle l'intériorisation d'une contenance. En plus d'être à la recherche d'une contenance, qui va lui permettre de percevoir l'espace ainsi que son propre corps comme contenant, elle porte également son intérêt pour ce qui est solide, ce qui tient. On peut mettre ça en lien avec la notion de bisexualité psychique, alliant à la fois réceptivité et

consistance, solidité et contenance, dans l'appropriation d'un corps avec un « tout-autour » qui tient bien. En expérimentant un fond, bien solide : sur les objets, sur elle, et sur nous ; et avec l'accompagnement de nos commentaires, elle va progressivement intégrer son axe comme un appui solide. Cela lui permet, au fil des séances, de se redresser, se tenir, s'ouvrir au monde extérieur et entrer en relation avec nous.

J'ai pu noter, tout au long de cette prise en charge, une importante évolution quant à sa structuration interne, ce qui entraîne chez elle une autonomie de plus en plus importante, que j'ai pu remarquer notamment dans les moments d'habillage et déshabillage.

Conclusion

La réflexion que je déroule au long de ce mémoire concrétise à la fois mon cheminement de pensée, et les questionnements que j'ai eu au cours de mes différents stages effectués en psychiatrie. Les patients que j'ai côtoyés au long de ces trois années m'ont en effet interpellée, sûrement au début par leur étrangeté, puis par l'envie qu'ils m'ont donné, de mieux les comprendre, et de réfléchir sur ce que l'on peut leur apporter en tant que psychomotricien. Le changement de leur comportement une fois contenu m'a questionné, et j'ai souhaité en faire le sujet de mon mémoire. Le stage que j'ai effectué cette année en pédopsychiatrie m'a ouvert d'autres pistes de réflexion et d'autres perspectives. Je me suis rendue compte que ces enfants recherchent en effet une contenance, mais surtout une solidité, une consistance.

En me documentant tout au long de l'année sur le vécu de ces enfants, que ce soit au travers des différents médias ou de témoignages tels *Moi, l'enfant autiste*⁸⁷, et en m'appuyant sur des concepts et auteurs, j'ai pu faire des liens entre théorie et pratique et vérifier mon hypothèse de travail.

Mon titre « Je te tiens ! Protège-moi... », ainsi que les comportements paradoxaux de ces enfants de façon plus générale, ont petit à petit pris sens pour moi au fil de l'année. Ces enfants manifestent, me semble-t-il, un besoin de sécurité, d'être tenus, qu'il leur est parfois difficile d'accepter. Ils recourent alors à leur hypertonie ainsi qu'à la consistance qu'elle entraîne, pour se tenir eux-mêmes, et pallier la perception qu'ils ont de leur corps comme non contenant.

Auprès de ces enfants avec troubles envahissants du développement, le psychomotricien va offrir une sécurité, une contenance et un ancrage, quelque chose qui tient, grâce à l'espace de la salle, au matériel à sa disposition, et à son propre corps. Il favorise ainsi chez eux, d'une part un sentiment d'enveloppe, de limites, de perception de leur corps comme un tout, une unité ; d'autre part le sentiment d'une solidité en eux, à travers leur axe sur lequel ils peuvent s'appuyer pour se tenir. En leur permettant de se sentir tenus et contenus, il accompagne donc ces enfants dans l'appropriation de leur corps, et leur permet de se tenir de façon plus adaptée, favorisant une verticalisation. Le psychomotricien cherche, en leur assurant cette sécurité, tout en proposant des expériences en relation, à les faire tendre vers un

⁸⁷ BARRON J. et BARRON S., *Moi, l'enfant autiste*, Paris, Librairie Plon, 1993

apaisement, une diminution de l'hypertonie et des comportements entraînant un enfermement sur eux-mêmes. Il permet ainsi une ouverture de cette bulle, qu'ils paraissent créer autour d'eux au premier abord, une plus grande disponibilité au monde environnant, une exploration, et une ouverture sur l'espace et les autres.

Cependant, tout comme l'illustrent les deux études de cas, ce ne sera pas forcément dans nos bras qu'ils trouveront cette sécurité. Accompagner ces enfants semblant vivre dans un monde qui nous est si étranger, nécessite d'être prudent. Bien qu'être contenu dans les bras reflète pour nous un sentiment d'apaisement, j'ai pu me rendre compte que cela était parfois trop excitant ou angoissant pour eux. J'ai ainsi pu appréhender l'importance de l'écoute, de l'adaptation, et de l'ajustement du psychomotricien.

Ces enfants m'ont également permis de réaliser qu'il fallait parfois accepter de ne pas tout comprendre. Cela n'a pas été évident pour moi, au début, de « me lancer » en laissant de côté les concepts théoriques, pourtant si souvent rassurant face à l'incompréhension que nous renvoient ces enfants. Je me suis rendue compte, au fil de l'année, que c'est en laissant place à notre intuitivité, et en ne revenant que plus tard sur les concepts, qu'ils prennent tout leur sens. Ce cheminement effectué lors de ce stage m'a alors permis de prendre du recul, et de penser autrement ma future pratique.

Mon positionnement au sein de ces prises en charge m'a permis de développer une capacité d'observation, d'attention,... Qualités qui m'ont été d'une aide précieuse dans la mise en place d'un atelier d'expression corporelle sur mon second lieu de stage. La rencontre avec ces enfants m'a permis de comprendre ce qu'il se passait d'un point de vue archaïque chez les adultes psychotiques que je côtoyais sur ce deuxième terrain de stage. Les tentatives de se tenir, les raideurs musculaires, la recherche de contenance, que j'observais chez ces derniers, sont tout autant d'éléments qui ont alors pris sens pour moi.

Je réalise maintenant que ce mémoire, bien plus qu'une réflexion, symbolise un « savoir-être » vers lequel il m'a permis de tendre, et le développement de ma propre façon de concevoir ma future pratique de psychomotricienne.

Je repense, en écrivant ces dernières lignes, à ces enfants qui ont nourri ma réflexion, qui, j'en ai conscience aujourd'hui, n'est pas figée et qui continuera, sans aucun doute, à évoluer avec le temps et l'expérience.

Bibliographie

ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, 2^{ème} éd., Paris, Dunod, 1995

ANZIEU D., *Les contenants de pensée*, ouvrage collectif, 2^{ème} éd., Paris, Dunod, 2003

ALBARET J.M., GIROMINI F., et SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, éd. De Boeck-Solal, 2012

BARRON J. et BARRON S., *Moi, l'enfant autiste*, Paris, Librairie Plon, 1993

BICK E., *L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* (1967), in « Les écrits de Martha HARRIS et d'Esther BICK » sous la direction de HARRIS WILLIAMS, Larmor-Plage, éd. Du Hublot, 1998, p.135-139

BOUTINAUD J., *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} édition, Paris, éd. In Press, 2010

BRUN A., *Médiations thérapeutiques et psychoses infantiles*, Paris, éd. Dunod, 2007, p.243-255

BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2004

BURY V., *Investissement particulier du bas du corps et de la marche chez de jeunes enfants présentant précocement des troubles graves de la structuration de leur personnalité*, in « Thérapie psychomotrice –et recherches- » n°134, 2003, p.60-80

CICCONE A., *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, in « Cahiers de psychologie clinique » n° 17, Bruxelles, De Boek Université, 2001, p. 81-102.

CICCONE A. et LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 2001

DELION P., *L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps*, in « Corps, psychose et institution » sous la direction de P. Delion, éd. Eres, 2002

DELION P., *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*, Toulouse, éd. Eres, 2009

DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, éd. Du Seuil, 1984

HAAG G., *Interview de Geneviève Haag* par Jean-Marc Orjubin et Madeleine Tordjman, in « Thérapie psychomotrice –et recherches- » n°134, 2003, p.4-22

HAAG G., *Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques*, in « Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe » n°30, Ramonville, éd. Eres, 1998

HAAG G., *Le Moi Corporel*, in « L'enfant, ses parents et le psychanalyste » sous la direction de C. GEISSMANN et D. HOUZEL, Paris, éd. Bayard Compact, 2000, p. 459-472

HAAG G., *Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel*, in « Journal de la Psychanalyse de l'enfant » n°20, éd. Bayard.p.104-124

HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, 2^{ème} éd., Paris, édition In Press, 2010

JOLY F., *Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°134, 2003, p.40-56

LAFFORGUE P., *Cadre et identification projective*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°118, 1999, p.86-91

LATOUR A.M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Eres, 2007

LATOUR A.M., *Idées simples...à propos du travail en psychomotricité auprès des autistes*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°142, 2005, p.4-13

LATOURE A.M., *Le corps, cet inconnu – Les conditions de l'instrumentation dans l'autisme*, in « Thérapie psychomotrice - et Recherches- » n°154, 2008, p80-91

LATOURE A.M., *La pataugeoire : « une couveuse pour la pensée*, in « Thérapie Psychomotrices – et Recherches- » n°155, 2008, p.66-74

POTEL C., *Etre psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse éd. Eres, 2010

POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de C. Potel, 3^{ème} édition, Paris, éd. In Press, 2010

ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, éd. Desclée de Brouwer, 2002

TUSTIN F., *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1986

TUSTIN F., *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1977