



HAL
open science

Se rencontrer pour mieux se séparer : réflexions sur les fins de séances auprès d'un enfant porteur d'une Trisomie 21 et d'un TED

Méлина Jouin

► To cite this version:

Méлина Jouin. Se rencontrer pour mieux se séparer : réflexions sur les fins de séances auprès d'un enfant porteur d'une Trisomie 21 et d'un TED. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187933

HAL Id: dumas-01187933

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187933>

Submitted on 28 Aug 2015

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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75354 Paris Cedex 14



Se rencontrer pour mieux se séparer

*Réflexions sur les fins de séances
auprès d'un enfant porteur d'une Trisomie 21 et d'un TED*

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

JOUIN Mélina

Maître de mémoire :

Stéphanie CHARBUILLET

Session Juin 2015

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont soutenue au cours de mes trois années d'études en psychomotricité et m'ont aidée dans l'élaboration de ce mémoire :

Stéphanie Charbuillet, mon maître de mémoire pour son écoute, son intérêt à me guider dans la rédaction de ce travail et pour ses conseils précieux,

les psychomotriciens qui m'ont encadrée au cours de ma formation pour m'avoir transmis leur passion du métier de part leur engagement, leur temps et leur pratique,

les enfants, adolescents et adultes rencontrés pendant mes stages,

l'équipe enseignante et administrative de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière,

ma famille, mes amis et collègues de formation pour leur soutien, leur présence et leur amour,

et bien sûr Nicolas¹, sans qui la rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible.

¹ Toutes les personnes présentes dans ce mémoire sont anonymées.

SOMMAIRE

Avant-propos	6
Introduction	7
PARTIE 1 : CLINIQUE	9
I) Présentation de l'institution	10
1. Fonctionnement	10
2. Equipe soignante.....	10
3. Public accueilli	11
4. Place de la psychomotricité	11
II) Etude de cas : Nicolas	12
A. Présentation de Nicolas	12
1. Anamnèse	12
2. Point de vue de la psychologue	13
3. Vie à l'IME	13
4. Bilan et objectifs de prise en charge	14
B. Les pathologies de Nicolas	15
1. La Trisomie 21	15
2. Les Troubles Envahissants du Développement (TED)	18
C. Déroulement des séances et évolution.....	20
1. Une rencontre, des rencontres	20
2. Le déroulement des séances	24
3. Les fins de séance, les séparations.....	29
PARTIE 2 : THEORIE	35
I) Rencontrer ses parents avec son handicap	36
A. Les répercussions du handicap sur les relations	36
1. Diagnostic prénatal et annonce du handicap.....	36
2. Relation fœto-maternelle et compétences de base.....	36
3. Naissance des interactions précoces.....	38
4. Place du père et triangulation	40

B.	L'attachement	41
1.	Théorie de l'attachement.....	41
2.	Types d'attachement	43
3.	Fragilité du lien d'attachement et angoisse de séparation.....	43
II)	Se rencontrer Soi	45
A.	Constitution d'une enveloppe psychocorporelle	45
1.	Notion de contenance et enveloppe corporelle	45
2.	Concept de Moi et enveloppes psychiques	47
3.	Défaillance de l'enveloppe	48
B.	Processus de séparation/individuation	49
1.	Notions de séparation et d'individuation	49
2.	De la dépendance absolue à la dépendance relative	50
3.	Objet transitionnel	51
C.	Etre seul : l'indépendance.....	51
1.	Permanence de l'objet	51
2.	Capacité d'être seul.....	52
3.	Sentiment continu d'exister.....	52
III)	Rencontrer le thérapeute.....	53
A.	L'alliance thérapeutique.....	53
1.	Notion de rencontre en psychomotricité	53
2.	Statut et engagement du psychomotricien	54
3.	Les limites.....	55
B.	Le cadre thérapeutique	55
1.	Nécessité du cadre thérapeutique	55
2.	Notion d'espace.....	56
3.	Notion de temps	57
C.	Les communications non-verbales en séance	58
1.	Dialogue tonique et toucher.....	58
2.	Regard	59
3.	Espace et distance.....	60
 PARTIE 3 : DISCUSSION		 61
I)	Analyse des problématiques de Nicolas	62
A.	Ses pathologies et leurs conséquences.....	62
1.	Trisomie 21 et TED : quel lien ?	62

2.	Impact du handicap sur la parentalité.....	62
3.	L'ambivalence.....	64
B.	Un processus de séparation/individuation entravé	65
1.	Un attachement particulier.....	65
2.	Des interactions mises à mal	66
3.	Processus de subjectivation et lien à l'autre	68
II)	La séance de psychomotricité : un cadre contenant	68
A.	La contenance du cadre.....	68
1.	Définition de la contenance	68
2.	Le cadre thérapeutique	69
3.	Le cadre institutionnel externe.....	69
B.	Le dispositif de soin	70
1.	Cadre spatial.....	70
2.	Cadre matériel	71
3.	Cadre temporel	72
C.	Les limites du cadre.....	74
III)	La fonction contenante du psychomotricien	74
A.	Le cadre interne	74
1.	Vécu.....	74
2.	Fonction «parentale»	75
3.	Fonction de maintenance	76
4.	Fonction pare-stimulatrice	77
B.	Le handicap en séance	78
1.	Impact du handicap sur le psychomotricien.....	78
2.	Les communications non-verbales : dialogue tonico-émotionnel	79
3.	Empathie, transfert et contre-transfert.....	80
C.	Les séances avec Nicolas.....	81
1.	Rencontre et relation.....	81
2.	Séparations et objet de fin de séance	82
3.	Travail sur la contenance et les limites	84
	Ma place de stagiaire	86
	Conclusion	88
	Bibliographie	90
	Annexe	94

Avant-propos

Dans ce mémoire, je vous présente le travail que j'ai réalisé avec Nicolas, un jeune garçon présentant une Trisomie 21 avec un Trouble Envahissant du Développement associé.

Souhaitant aborder dans mon écrit le syndrome de Down, je me suis intéressée à Nicolas, seul enfant qui en est porteur dans l'institution car il me semble que pour mener à bien mon mémoire il me faut un sujet qui me touche et ait du sens pour moi.

Je l'ai suivi seule, en séance individuelle le vendredi. Après en avoir discuté avec les professionnels et obtenu l'accord de la Direction, j'ai pu le rencontrer et entamer un bout de chemin avec lui.

Introduction

J'ai effectué mon stage long de troisième année dans un IME accueillant des enfants porteurs de Troubles Envahissants du Développement notamment l'autisme et/ou d'une déficience intellectuelle sévère ou profonde avec handicap associé.

Bien avant de débiter mon stage, je souhaitais m'orienter vers la Trisomie 21 également nommée syndrome de Down, qui m'a toujours intéressée et interpellée. Il s'agit de l'anomalie chromosomique la plus fréquente dont le caryotype présente trois chromosomes 21 au lieu de deux. Elle a des retentissements au niveau de la morphologie avec des particularités physiques et au niveau de la santé par des malformations organiques. Elle a également des retentissements sensoriels, orthopédiques et cognitifs. Tout cela a des répercussions sur le développement global de l'enfant et sur sa famille.

Les personnes qui en sont porteuses me touchent et me questionnent. Malgré des caractéristiques physiques communes, chaque individu porteur du syndrome de Down est unique et requiert une attention particulière.

Je me suis rendu compte que j'avais rencontré dans chacun de mes stages effectués ces deux dernières années, une personne porteuse de ce syndrome. Je n'y avais pas vraiment prêté attention avant de me questionner sur mes motivations à écrire ce mémoire. Ces personnes étaient très différentes les unes des autres. Certaines étaient relativement autonomes, d'autres souffraient de graves troubles autistiques, d'autres encore présentaient une déficience intellectuelle profonde. Ainsi, je les ai côtoyées dans diverses institutions : Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Etablissement pour Enfants Polyhandicapés (EEP), Service d'Autisme et de Troubles Envahissants du Développement (SATÉD), Service hospitalier ou encore Institut Médico-Educatif (IME).

Dans ce mémoire, j'ai pris le parti de me centrer sur le handicap en général, défini par la loi de 2005 comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs

fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.»²² En effet, le jeune garçon que j'ai rencontré étant porteur d'une Trisomie 21, d'un Trouble Envahissant du Développement et de difficultés visuelles je n'ai pas souhaité traiter de manière exhaustive de l'une ou l'autre des ces pathologies mais uniquement les évoquer afin de mieux comprendre Nicolas.

Ma rencontre avec ce jeune garçon a été très forte et m'a posé beaucoup de questions. La fin de notre première séance ensemble m'a orientée vers la problématique de la séparation et j'ai ainsi souhaité vous exposer mon cheminement de pensée et le déroulement de mon travail avec cet enfant. De notre rencontre à notre séparation, je me suis demandé en quoi le handicap entravait le processus d'individuation et de séparation et comment le travailler en psychomotricité ?

Je me suis tout d'abord intéressée à l'impact du handicap sur les interactions précoces, indispensables à l'établissement des liens d'attachement. De là, je me suis orientée vers la différenciation d'avec la mère jusqu'à la séparation et l'individuation qui en découlent. J'ai souhaité exposer les répercussions du handicap sur le processus de séparation-individuation et montrer comment, par le travail en psychomotricité, il est possible d'aider un enfant à se séparer et à quitter la salle en fin de séance. En partant de ma clinique et de mes rencontres avec Nicolas j'ai cherché à savoir comment, de part ma posture, je pouvais l'aider à mieux vivre la fin de séance. Diverses théories sont venues étayer ma clinique et apporter quelques réponses aux multiples questions que je me suis posées.

Dans une première partie, je vous exposerai le contexte clinique de la prise en charge avec Nicolas et vous présenterai ce jeune garçon ainsi que l'évolution de nos prises en charge. Dans une seconde partie, j'apporterai un éclairage théorique afin d'étayer mes observations cliniques. Dans une troisième partie, je m'interrogerai sur la fonction contenante du psychomotricien au travers de la mise en place du cadre thérapeutique et de sa posture vis-à-vis de l'enfant.

²² http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82

PARTIE 1 : CLINIQUE

I) Présentation de l'institution

1. Fonctionnement

L'IME où j'ai effectué mon stage long de troisième année dépend d'une association créée en 1958 sur l'initiative de parents soutenus par des professionnels. Il fait partie du pôle Prévention, Déficience intellectuelle et TED regroupant six établissements.

Il a pour objectif de permettre au mieux le développement des enfants accueillis en s'appuyant sur leurs capacités et en tenant compte de leurs difficultés. Il vise à assurer un travail sur l'autonomie dans la vie quotidienne, sur le développement des compétences de communication et de socialisation, sur les capacités cognitives, sur le développement des compétences motrices et sensorielles en assurant des prises en charge thérapeutiques et de soin.

Il est divisé en quatre bâtiments : un bâtiment administratif, et trois bâtiments regroupant chacun deux groupes d'accueil des enfants ainsi que les salles de soins, de prises en charge et d'activités. Deux éducateurs attitrés travaillent sur chaque groupe et d'autres professionnels se répartissent sur plusieurs groupes.

L'établissement se présente comme une institution à versant psycho-dynamique et développemental, au carrefour de la psychanalyse et du comportementalisme.

2. Equipe soignante

L'équipe pluridisciplinaire comprend des professionnels de formations éducatives et pédagogiques : éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques. Elle comprend également des professionnels ayant un statut d'auxiliaires de médecine : deux psychomotriciennes et une orthophoniste. Ces professionnels interviennent au cours de prises en charge afin d'encadrer certaines activités avec les éducateurs et de participer à la vie des groupes. Une assistante sociale, une psychologue et un médecin généraliste sont également présents. Une enseignante à mi-temps de l'Education nationale assure la classe d'une façon adaptée aux compétences des enfants. Des stagiaires sont régulièrement accueillis au sein de l'IME ainsi que des contrats d'avenir. Des intervenants extérieurs sont également présents.

Plusieurs réunions sont organisées au sein de l'IME et ont pour but d'aborder les informations relatives à l'organisation de la structure ou de l'association. Les difficultés rencontrées par les professionnels y sont exposées et cela permet de faire le point sur l'évolution des enfants et sur les moyens à mettre en place pour les accompagner au mieux.

3. Public accueilli

L'IME accueille du lundi au vendredi 30 jeunes âgés de 3 à 14 ans en semi-internat, répartis sur six groupes de cinq enfants. Ces enfants et adolescents présentent, pour une moitié d'entre eux, une déficience intellectuelle moyenne ou profonde avec handicaps associés et pour l'autre moitié des troubles envahissants du développement notamment l'autisme.

La collaboration avec les parents est fortement souhaitée et recherchée par l'établissement. Les rencontres avec la famille des enfants ont lieu officiellement en Octobre avec l'ensemble des professionnels. Puis, des rendez-vous sont pris directement sur les groupes de vie par les familles.

4. Place de la psychomotricité

Les indications de prises en charge en psychomotricité sont données par le médecin de l'établissement lors des réunions de synthèse, en accord avec l'équipe pluridisciplinaire.

Il n'y a pas de bilans ou de tests côtés en psychomotricité en raison des pathologies et des troubles des enfants, cependant certains items psychomoteurs peuvent être évalués. Après un temps d'observation libre et dirigé, les psychomotriciennes établissent un projet thérapeutique qu'elles exposent lors des réunions d'équipe. Les prises en charge ont ensuite lieu en individuel ou en groupe et parfois en co-thérapie avec d'autres professionnels.

Les psychomotriciennes ont une fonction thérapeutique et rééducative et participent activement à la vie des groupes.

J'ai pu participer aux prises en charge du vendredi avec mon maître de stage tout en suivant Nicolas individuellement sur un temps ajouté par l'institution.

II) Etude de cas : Nicolas

A. Présentation de Nicolas

1. Anamnèse

Nicolas est né le 15 Octobre 2005, il est âgé de presque 9 ans lorsque je le rencontre. C'est un jeune garçon de petite taille présentant un retard de croissance harmonieux mais important avec quelques cheveux en moins dû à une trichotillomanie³ dont il a souffert dans le passé. Il est souvent vêtu d'un pantalon et de baskets.

Le contexte de la naissance de Nicolas est complexe. Sa mère, âgée de 35 ans a fait le choix de garder Nicolas après le diagnostic de Trisomie 21 révélé lors de l'amniocentèse. A sa naissance et dans les mois qui suivent l'accouchement, Nicolas présente des traits autistiques qui révéleront un Trouble Envahissant du Développement entravant la relation à l'autre et ses apprentissages. Le diagnostic de TED a été posé en Janvier 2014 à la suite de la passation du PEP 3. Les examens médicaux ont également révélé des troubles sensoriels, en particulier visuels avec une myopie et un nystagmus⁴. L'intolérance aux verres correcteurs est problématique. Nicolas est également sujet à des reflux gastro-oesophagiens.

Nicolas est issu d'une fratrie de trois enfants. Il a une sœur aînée âgée de 18 ans et un frère âgé de 14 ans. Son père, décédé en Juin 2010, soit un an après l'arrivée de Nicolas à l'IME était agent technique. Sa mère est assistante maternelle, elle élève désormais seule ses trois enfants.

En 2008, Nicolas se rend un à deux jours par semaine en halte garderie et une demi-journée par semaine à l'école. Un SESSAD l'a accueilli en Septembre 2009 à raison de deux fois par semaine puis l'IME l'a pris en charge en Août 2010.

A son arrivée, il présente un retard global des acquisitions : propreté, alimentation, langage, marche. Il a des difficultés relationnelles et de communication qui entravent le processus de socialisation. Le Projet Personnalisé

³ Geste automatique et involontaire consistant à s'arracher les cheveux et les poils.

⁴ Mouvements oscillatoires involontaires et saccadés des yeux dus à une lésion dès la naissance des centres nerveux.

d'Accompagnement établi par l'institution a pour objectif le développement de l'autonomie, de la communication et de la relation à l'autre.

2. Point de vue de la psychologue

J'ai eu l'occasion de rencontrer à diverses reprises la psychologue de l'institution afin d'échanger autour de nos observations. Elle présente Nicolas comme un enfant qui possède des compétences qu'il n'exprime que s'il est motivé et qu'il porte un intérêt à la situation.

Depuis son arrivée, Nicolas a progressé dans la qualité de sa relation à l'autre et dans son ouverture au monde. Il sort plus facilement de ses stéréotypes⁵. Les contacts sont parfois difficiles à établir. Il s'isole souvent et va vers autrui si les objets dont l'autre dispose attirent son attention. Il n'a pas de langage verbal mais semble s'approprier progressivement certains outils de communication, comme les photographies ou les pictogrammes, qui lui permettent de palier à l'appréhension des changements de lieu, de personne et de diminuer les comportements d'opposition.

Nicolas ne présente actuellement pas d'intérêt pour les apprentissages mais il exprime davantage ses demandes. Il a besoin d'un accompagnement quotidien en raison de son manque d'autonomie. Il se situe aléatoirement dans une demande de maternage ou dans une opposition avec l'adulte.

3. Vie à l'IME

Nicolas est accueilli depuis Août 2010 en semi-internat à l'IME, du lundi au vendredi. Les transports entre son domicile et l'IME sont faits en taxi.

Nicolas a un emploi du temps individuel où sont planifiées diverses prises en charge éducatives et thérapeutiques. Il participe au sein de l'IME à de nombreuses activités comme le poney, la pataugeoire, la musique, la salle de mousse.

⁵ Répétition automatique des mêmes gestes ou actes au cours de certaines affections du système nerveux.

4. Bilan et objectifs de prise en charge

Le bilan psychomoteur initial s'est basé sur les observations des psychomotriciennes ayant suivi Nicolas depuis son arrivée à l'IME en Août 2010. Il a été pris en charge en pataugeoire jusqu'en Juin 2013 et en salle de psychomotricité par mon maître de stage jusqu'en Janvier 2015.

Depuis Septembre 2014, je le rencontre en séance individuelle en salle de psychomotricité.

J'ai choisi de vous présenter le PEP-3 qui m'a aiguillée pour la prise en charge de Nicolas. Il s'agit d'un outil d'évaluation psycho-éducatif individualisée s'adressant à des enfants avec autisme ou TED âgés de 2 à 7 ans et pouvant être passé jusqu'à 12 ans. Il a pour but de s'adapter aux particularités de l'enfant, à son comportement et à sa manière de penser, en structurant l'espace et le temps afin que ce dernier puisse être disponible à la rencontre.

La passation a été réalisée par la psychologue de l'établissement, une éducatrice spécialisée de l'IME et une professionnelle du Centre de Recherche sur l'Autisme (CRA), en Février 2014. Ce bilan s'est déroulé sur deux séances et a mis en exergue les difficultés et les potentialités de Nicolas à un instant T dans les domaines développemental et comportemental. Les résultats ont révélé que Nicolas présente des difficultés à appréhender le monde qui l'entoure. Ses capacités cognitives et adaptatives se situent à cette période à un niveau éloigné de son âge chronologique. En effet, son âge de développement serait proche de 20 mois avec des faiblesses concernant le langage expressif et réceptif. Cependant, Nicolas présente des capacités dans le domaine relationnel, avec une possibilité d'interagir avec l'adulte et d'expressions affectives avec des mimiques adaptées aux situations. Nicolas se montre le plus performant dans les items de la motricité fine évaluant la préhension, la dextérité et la coordination manuelle.

Les difficultés visuelles de Nicolas semblent le pénaliser dans les activités d'imitation oculomotrice.

Pour ce qui est du domaine expressif, il ne parle pas et ne montre pas de volonté à s'exprimer verbalement. De plus, il présente peu d'intérêt à utiliser une communication adaptée telle que le makaton⁶ pratiqué dans l'institution, pour

⁶ Programme d'aide à la communication et au langage utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes.

faire des demandes. Nicolas peut comprendre certains gestes de l'adulte et réagit en réponse au «non» en cessant son activité.

Il a besoin d'un étayage important pour comprendre les consignes et de temps pour traiter l'information.

Ces résultats m'ont permis de mieux cerner sa problématique.

B. Les pathologies de Nicolas

1. La Trisomie 21

La Trisomie 21 est «l'appellation étiologique du syndrome de Down»⁷ qui toucherait une naissance sur mille selon l'âge maternel. Il s'agirait de l'aberration chromosomique responsable d'un handicap cognitif la plus répandue.

Les trois causes de la trisomie 21 sont :

- Une triplification complète ou partielle du chromosome 21 amenant à un caryotype de 47 chromosomes au lieu de 46. Il s'agirait de la principale cause de trisomie 21.
- La translocation du bras long ou d'un fragment du bras long du chromosome 21.
- Le mosaïcisme, où une proportion donnée des cellules du corps est composée de trois chromosomes 21.

➤ Généralités :

L'espérance de vie des personnes porteuses d'une trisomie 21 est actuellement de 60 ans. Il est important de noter que ces personnes ont, pour un tiers d'entre elles, des problèmes de santé associés à leur syndrome. Un suivi médical est donc indispensable dès l'enfance.

Les caractéristiques physiques d'un enfant dépendent des gènes maternels et paternels reçus en héritage. Il en va de même pour l'enfant trisomique bien que l'augmentation du nombre de gènes liée au chromosome surnuméraire entraîne

⁷ Jean-Adolphe Rondal, 2013, p.15

d'autres signes communément retrouvés chez ces enfants. Ces signes témoignent de l'appartenance à un groupe différent et sont souvent douloureux pour l'enfant et sa famille.

Le symptôme majeur de la trisomie 21 est l'hypotonie⁸ musculaire souvent associée à une hyperlaxité⁹ ligamentaire. Elle va provoquer un retard dans les acquisitions motrices. Il est essentiel que l'hypotonie soit prise en charge précocement par le psychomotricien. Elle engendre une protusion de la langue qui est plus volumineuse et provoque parfois des anomalies dentaires. Elle amène à un abdomen plus volumineux en raison de l'hypotonie des muscles abdominaux, à des pieds plats, à des infections respiratoires et à des complications orthopédiques.

D'autres signes cliniques tels que la dysmorphie peuvent être visibles chez les enfants trisomiques qui présentent un périmètre crânien inférieur à la moyenne, un visage plus arrondi avec un nez, une bouche et des oreilles plus petits, un cou plus court que la moyenne, des mains et des doigts plus petits et un pli palmaire unique. On observe également une peau plus fragile et une plus grande sensibilité aux agressions extérieures notamment le froid.

Tous ces signes ne sont pas présents systématiquement chez l'enfant trisomique et l'association de plusieurs signes permet l'évocation clinique du diagnostic. Il s'agit de particularités, de différences qui ne constituent pas à elles seules un handicap car elles n'engendrent pas, en général, de conséquences pathologiques.

Des problèmes médicaux viennent s'y greffer notamment des malformations viscérales : cardiaques, digestives, oculaires et de l'appareil urinaire. Ces individus présentent une sensibilité particulière aux infections car leurs mécanismes de défenses immunitaires semblent défectueux.

On peut observer des troubles sensoriels de l'audition, de la vision et une insuffisance thyroïdienne responsable d'un retard de maturation osseuse, un retard de taille, une hypotonie et un déficit des capacités intellectuelles. Les personnes porteuses de trisomie 21 peuvent également présenter des troubles de la sensibilité à la douleur, moins perçus, et une difficulté à exprimer efficacement le vécu douloureux.

⁸ Diminution du tonus musculaire.

⁹ Relâchement du tissu ligamentaire maintenant les articulations.

On observe généralement un retard statural et un retard de développement psychomoteur.

➤ Sémiologie psychomotrice de Nicolas :

Comme le soulignent Céleste B. et Lauras B.¹⁰, il est essentiel de voir l'enfant en tant que tel et de rechercher ce qui lui est propre. J'ai donc fait le choix de vous présenter Nicolas au travers de sa pathologie et des caractéristiques qui lui sont propres.

On observe chez Nicolas un retard d'évolution motrice avec une hypotonie associé à un retard de maturation neurologique. Les niveaux d'évolutions motrices expérimentés par Nicolas me sont inconnus mais il semble qu'il ne soit pas passé par toutes les étapes du développement moteur, comme les retournements ou la quadrupédie, bien qu'il soit aujourd'hui capable de les effectuer par imitation.

Au niveau de la sphère bucco-faciale, Nicolas ne présente pas de protusion de la langue mais il a souvent la bouche ouverte lorsqu'il réfléchit et met régulièrement ses doigts dans la bouche. Il peut souffler sur imitation ou sur demande.

Sur le plan tonique, il présente une hypotonie associée à une hyperlaxité ligamentaire. Nicolas se tient souvent en tailleur dans des positions d'enroulement et se déplace parfois en faisant la marche de l'ours¹¹. Il présente une fatigabilité et s'assoit souvent en séance, ce qui contraste avec une instabilité motrice. Il peut avoir une attention labile en posture assise.

Au niveau de la posture et de l'équilibre, Nicolas ne présente pas de pieds plats et son polygone de sustentation n'est que peu élargi en situation de maintien d'équilibre.

Concernant la motricité globale, on assiste parfois chez Nicolas à une maladresse et à une variabilité de la performance du mouvement.

En ce qui concerne la motricité manuelle, ses mains sont plus petites que la moyenne étant donné son retard staturo-pondéral, ses doigts sont plus courts et son petit doigt incurvé vers l'intérieur, nommé clinodactylie, présente une

¹⁰ Bernadette Céleste et Benoît Lauras, 1997, p.22

¹¹ Variante du quatre pattes où le bébé est appuyé sur ses mains et sur ses pieds.

phalange en moins. On observe chez Nicolas, à l'inverse de ce qui est habituellement constaté chez une personne porteuse de trisomie 21, une prise digitale en pince supérieure fine. Il ne présente pas de difficultés particulières de préhension et peut manipuler les objets de façon fine et précise. Cependant, il a tendance à jeter les objets comme les ballons en utilisant une prise palmaire. Ses difficultés visuelles entravent les coordinations oculo-manuelles mais Nicolas peut cependant les réaliser.

La latéralité de Nicolas n'est pas déterminée, il utilise aléatoirement sa main gauche ou sa main droite selon les activités. En ce qui concerne le graphisme, il utilise sa main gauche mais lorsque je le rencontre, il ne peut que reproduire quelques traces sur une feuille.

Nicolas est très sensible au froid et refuse donc de sortir en récréation en hiver. Il présente des troubles digestifs et sensoriels, notamment visuels avec une myopie et un nystagmus qui entravent sa perception de l'environnement.

Selon Rondal¹², près de 5% des personnes porteuses d'une trisomie 21 sont également atteintes d'un TED¹³, ce qui est le cas de Nicolas. Il semblerait que les TED soient le résultat d'un dysfonctionnement dans le dosage et l'expressivité des gènes retrouvés sur le chromosome 21.

2. Les Troubles Envahissants du Développement (TED)

Les troubles envahissants du développement (TED) se définissent comme «un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.»¹⁴ Le DSM V en 2013 a remplacé le terme de TED par celui de Trouble du Spectre Autistique (TSA). Je me référerai à la CIM 10, Classification Internationale des Maladies, et conserverai la terminologie de TED qui a été posée pour Nicolas. Le diagnostic de TED repose sur la constatation chez un individu d'un nombre minimal de critères parmi une liste plus grande.

¹² Rondal, *op.cit.*, p.49

¹³ Je me permets ici de reprendre le terme de TED plutôt que celui de TSA en accord avec le diagnostic posé pour Nicolas.

¹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf

Pour la CIM 10, Classification Internationale des Maladies, les patients porteurs de TED ont en commun une association de symptômes :

- ✓ Troubles de la communication verbale et non-verbale
- ✓ Troubles des relations sociales
- ✓ Centres d'intérêts et/ou conduites répétitives

Il existe trois classifications des TED : la CFTMEA R-2000 ou Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, la CIM 10 (1993) ou Classification Internationale des Maladies et le DSM IV (1994) ou *Diagnostic and Statistical Manual* avec l'apparition du DSM V en 2013.

Dans la CIM 10, les TED regroupent l'autisme infantile, l'autisme atypique ou TED/nos, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance. Il semblerait qu'un tiers des enfants avec TED aient un retard mental associé. Il y a quatre fois plus de garçons atteints que de filles avec retard mental et deux fois plus sans retard mental. Diverses pathologies et divers troubles peuvent être associés à un TED : l'épilepsie, les troubles psychiatriques, les troubles du sommeil, les déficiences sensorielles, les maladies métaboliques, les maladies génétiques, les anomalies génétiques ou encore les anomalies chromosomiques comme la Trisomie 21.

Chez Nicolas, on constate la présence de traits autistiques et de troubles présents dans chacune des catégories qui composent les TED.

Au niveau de la communication verbale, il n'a pas accès au langage oral mais s'exprime par quelques vocalises ou sons adaptés à la situation. En ce qui concerne la communication non-verbale, il ne présente que peu d'intérêt pour les apprentissages et l'utilisation des signes. Il peut cependant effectuer des gestes significatifs comme «au revoir» sur imitation. La communication non-verbale est au cœur de la relation que j'ai pu entretenir avec Nicolas.

En ce qui concerne les relations sociales, Nicolas peut entrer en relation avec l'adulte préférentiellement mais rompt également à tout moment ce lien. Il est tantôt dans une forme de collage et tantôt dans le rejet. Il n'interagit que peu avec ses pairs même s'il peut participer à une activité en groupe.

Nicolas présente des centres d'intérêts particuliers et des conduites répétitives. Il s'isole souvent dans une pièce et déménage les meubles ou dans la cour de récréation, pour taper avec un bâton sur divers objets. Il peut cependant faire du vélo et cela lui permet de s'ouvrir à d'autres activités. Il s'enferme parfois dans des stéréotypies, faisant tourner des objets. Il se coupe alors de la relation. Cependant, ses stéréotypies ne sont pas particulièrement envahissantes et Nicolas peut les interrompre pour entrer en relation avec l'adulte s'il y trouve un intérêt. Il peut s'intéresser aux activités proposées par l'adulte s'il est sollicité. Sa volonté et l'envie de participer sont déterminantes dans la réalisation d'une activité.

Selon Compagnon P.¹⁵, l'association d'une déficience intellectuelle, notamment la Trisomie 21 amène à un risque accru de complications avec des atteintes visuelles, auditives, respiratoires, cardiaques, thyroïdiennes et des conséquences sur le développement, la qualité et l'espérance de vie. Avec la présence de ce syndrome, le diagnostic se complexifie et la prise en charge en psychomotricité doit être adaptée.

C. Déroulement des séances et évolution

1. Une rencontre, des rencontres

✓ Première rencontre, premier contact

J'ai rencontré Nicolas sur son groupe de vie pour la première fois le 5 Septembre 2014, premier jour de mon stage. Il est souvent dit que l'apparence physique d'une personne est ce qui nous frappe au premier abord et que nous avons d'ores et déjà une impression sur cette personne, qui s'accompagne parfois d'un jugement de valeur. Ce dernier se métamorphosera ou non au gré des rencontres, au fur et à mesure que nous apprendrons à connaître cette personne.

En ce qui concerne Nicolas, j'ai été surprise par sa petite taille malgré ses 8 ans et par le peu de cheveux qui lui restaient, conséquence d'une trichotillomanie. Cependant, ce n'est pas son aspect physique et son visage de très jeune enfant qui m'ont le plus interpellée, mais son absence de réaction à mon égard. Il n'avait d'yeux que pour mon maître de stage, qu'il sollicitait pour aller en séance, lui

¹⁵ Dominique Yvon, 2014, p.95

prenant la main et lui montrant la porte. Ce n'est que lorsque je me suis agenouillée à sa hauteur et que je me suis présentée qu'il m'a regardée. Il m'a alors tendu un morceau du serpent en plastique qu'il tenait dans les mains comme pour me signifier qu'il m'avait vue ou pour établir un premier contact.

Ce jour-là, je suis restée un moment sur le groupe de Nicolas. J'ai participé au goûter et observé ses réactions. Une intolérance à la frustration s'est dégagée de façon nette, manifestée par des crises de colères au cours desquelles il se jetait au sol, donnant des coups de pieds dans tous les objets qui se trouvaient autour de lui. Le «non» de l'adulte, l'attente ou la non-réalisation de ses désirs le mettaient en colère. Cependant, nous avons pu jouer ensemble sur le groupe, seuls dans une salle, à un jeu consistant à accrocher des singes en plastique dans un arbre sans les faire tomber. J'ai remarqué que si Nicolas trouvait de l'intérêt à l'activité, il pouvait rester concentré sur une tâche, à condition de maintenir son attention par des sollicitations. Nicolas m'a beaucoup imitée mais le tour de rôles n'était pas possible. Il ne pouvait attendre et différer son tour. Je me suis alors posé la question de la différenciation à l'autre. Cela m'a permis de constater que les jeux de manipulations semblaient l'intéresser et que Nicolas présentait une bonne motricité fine avec une prise adéquate en pouce-index. J'ai également été déroutée à plusieurs reprises par la façon dont Nicolas interagissait avec moi. Tantôt il me prenait la main dans une forme de collage, tantôt il s'isolait et me donnait le sentiment de ne plus exister. Ce clivage en tout ou rien m'a interrogée, tout comme la question de l'ambivalence. J'ai également pu observer lors de cette première rencontre que Nicolas portait un intérêt particulier aux objets qui tournent. Il utilisait parfois les objets de façon détournée, s'enfermant dans des stéréotypies qui l'isolaient. Je pouvais l'en sortir en captant son attention par le biais d'un jeu sonore. N'ayant pas accès au langage oral, Nicolas se faisait comprendre par des vocalises dont l'intensité variait avec une modulation des sons expressive. Il prenait ma main pour m'amener vers une activité qui l'intéressait et a pu me montrer sur son cahier de communication la photo de la salle de psychomotricité. Je me suis demandé s'il avait compris que j'étais également associée à cette salle. Lorsque je lui ai signifié que nous n'irions pas aujourd'hui, il s'est fâché. L'hyperlaxité de Nicolas m'est apparue de façon nette en le voyant me regarder en passant sa tête entre ses jambes tendues. J'ai remarqué que lorsqu'un enfant venait rompre la «dyade» que nous formions, Nicolas se détournait et s'isolait.

Après cette première rencontre, il m'a semblé important de poser un cadre stable et sécurisant en séance pour que Nicolas puisse se poser et entrer en relation avec moi. Les distracteurs perturbaient son attention labile. De même, sa fatigabilité s'est manifestée par de longs moments assis, interrompus par des allers-retours d'une activité à l'autre.

✓ Les débuts de séance

Le cadre de ma séance débute au moment où je vais chercher Nicolas sur son groupe ou dans la cour de récréation.

Lorsque j'arrive sur son groupe pour la première fois, il est assis par terre avec un livre musical. M'agenouillant auprès de lui, je lui montre la photo de la salle de psychomotricité. Il me prend immédiatement la main en souriant. Il semble pressé d'aller en séance et franchit les portes des différents couloirs en courant dès que j'ouvre le loquet. Il ne m'attend pas, avançant seul dans les couloirs menant à la salle. Puis, il s'assoit de lui-même sur une petite chaise jaune placée devant la salle et enlève ses chaussures. Il reproduit ce qu'il fait en arrivant avec mon maître de stage et me montre ainsi qu'il a intégré les repères qu'elle lui a fournis.

A la séance suivante, après avoir constaté que Nicolas connaissait et pouvait s'orienter dans l'espace menant à la salle, j'ai entrepris de mettre en place ce que j'ai nommé le «rituel des portes». Je suis donc allée chercher Nicolas sur son groupe, il s'est levé, a souri, a tapé avec son index la photo de la salle, geste qu'il semble faire lorsqu'il a compris la signification de l'image et fait le lien avec ce qu'elle représente, et m'a pris la main. Je lui ai expliqué que nous allions travailler ensemble en salle de psychomotricité et j'ai pris le temps de verbaliser le passage des différents espaces. Je lui ai ainsi demandé de frapper à chaque porte, en lui montrant le geste à faire puis j'ai ouvert le verrou et actionné la poignée. Nicolas refuse parfois de frapper et s'accroche à la poignée de la porte. Cependant, il m'imité et s'exécute si je lui explique d'une voix posée que nous avons le temps et qu'il faut respecter ce passage. Je cherche ainsi à marquer le passage d'un espace à un autre afin d'aider Nicolas à se représenter les transitions. Il continue de courir pour franchir les couloirs jusqu'à sa petite chaise jaune.

Progressivement, Nicolas intègre ce rituel et semble y prendre du plaisir car je le félicite et il sourit en vocalisant. Je n'ai plus besoin de frapper à la porte, il s'exécute et s'approprie peu à peu le cadre que j'ai posé. Il accepte au fur et à mesure de m'attendre et marche près de moi dans le couloir en me tenant la main. Grâce à cela, j'ai l'impression que ma présence est intériorisée et que je suis davantage différenciée. En effet, au début de la prise en charge, j'avais le sentiment qu'en dehors de sa vue je n'existais plus. Il ne venait pas me voir en récréation, comme s'il ne me reconnaissait pas, m'ayant associée uniquement à la salle de psychomotricité. Le fait de m'attendre pour passer d'un espace à un autre et de se retourner en m'entendant l'appeler m'a donné l'impression d'exister et d'être reconnue. De même, j'ai consacré un petit temps en début de séance, avant d'entrer dans la salle, pour le déshabillage. J'expliquais à Nicolas que nous pouvions prendre le temps pour enlever les chaussures et qu'il n'était pas nécessaire de tirer sur son pied. Je lui montrais comment enlever ses scratchs et peu à peu Nicolas a pu me donner ses chaussures et les déposer sous sa chaise plutôt que de les jeter. J'ai également consacré un temps pour l'aider à enlever son blouson et progressivement, Nicolas a pu prendre le temps d'abaisser sa fermeture éclair, de me tendre un bras puis l'autre et de déposer avec mon aide son blouson au porte manteau. La photo de la salle était déposée par terre à l'entrée de la salle et nous la retrouvions en fin de séance.

Après plusieurs séances, Nicolas m'a fait signe de m'asseoir sur une chaise face à la sienne pour retirer mes chaussures. J'étais ainsi face à lui, à une certaine distance et le rendait plus autonome. Lorsque cette chaise n'était pas devant la salle, il allait la chercher dans le couloir et je l'aidais à la porter.

Il arrive parfois que Nicolas soit en récréation lorsque je viens le chercher. Un jour, il est occupé à se déplacer dans une structure en bois, en hauteur. Je l'appelle, il se tourne vers moi en plissant les yeux. Lorsqu'il voit la photo que je place à sa hauteur, il sourit, descend en courant et prend ma main, excité. Il peut interrompre son activité et est toujours très enjoué et partant pour venir en salle de psychomotricité. Sur le trajet, il arrive que nous courions main dans la main pour entrer dans l'établissement, cela lui permet de se défouler et crée un premier contact après une semaine de séparation. Cela me permet également d'avoir une idée de son état du moment. Lorsque Nicolas est agité cela se ressent dans la séance.

2. Le déroulement des séances

La prise en charge avec Nicolas s'est déroulée sur neuf mois. J'ai sélectionné quelques vignettes cliniques me semblant les plus pertinentes face à la problématique de Nicolas. Elles retracent son évolution et le déroulement de nos rencontres qui ont amené progressivement Nicolas à se constituer une enveloppe psychocorporelle.

➤ Du placard aux briques à la construction d'une limite :

Au début de la prise en charge, Nicolas se dirige de lui-même vers un placard contenant des briques qu'il semble connaître. Il s'agit d'un espace contenant car le placard est situé dans un coin de la salle. Nicolas s'occupe seul sortant les briques et les replaçant à l'intérieur. Lorsque je m'approche, il me tend une brique mais me la reprend. *Me signifie-t-il par là qu'il a remarqué ma présence mais qu'il n'est pas prêt à partager une activité avec moi ?*

Je remarque également que ce coin lui permet de se réfugier lorsque la fin de séance approche. Après quelques séances, Nicolas sort les briques et les place derrière lui comme pour se créer un «nid», un espace à lui. Je m'introduis alors et participe avec lui à sortir puis remettre les briques dans le placard. Cependant, lorsque je dis au-revoir aux briques et fait mine de refermer les portes, Nicolas crie et frappe ses pieds contre elles pour m'empêcher de les refermer. *Veut-il poursuivre son activité ou ne veut-il pas quitter les briques ? Pense-t-il qu'elles vont disparaître s'il ne les voit plus ?* Je parviens à refermer le placard, mets ma main à mon oreille en chuchotant «où sont les briques ?». Nicolas regarde le placard d'un air interdit, la bouche ouverte sans dire un mot. Lorsque je rouvre le placard en m'écriant «elles sont là !» Nicolas pousse un cri de joie.

Il arrive que Nicolas se dirige vers les briques dès son arrivée en séance. Le voyant alors s'isoler, je l'appelle pour lui proposer une activité. Lorsque je constate que ma proposition ne lui convient pas, je le rejoins et essaie de partager un temps avec lui. Je tente d'introduire les notions de tour de rôle pour ranger les briques ou les empiler mais Nicolas s'isole. Progressivement, toujours assis près du placard, nous commençons à construire un petit mur. Nous posons une brique chacun notre tour. Je l'aide en verbalisant et en accompagnant mes mots de gestes pour lui signifier d'attendre que je pose ma brique. Nicolas peut répondre à des

consignes comme lorsque je lui demande de me donner une brique. Le mur s'élève et j'introduis des notions spatiales : tout en haut, tout en bas, sur, sous. Au bout d'un moment je me retrouve cachée par les briques. Je frappe alors au mur et l'appelle mais Nicolas ne réagit pas. Nous déconstruisons alors le mur de briques pour les remettre dans le placard. Nicolas semble vouloir boucher tous les trous, sans laisser d'espace entre les briques. Il pousse très fort sur ces dernières jusqu'à faire bouger le placard. Je lui explique que la brique est trop longue pour passer. Il continue puis la change de place. Il range ensuite les briques que je lui donne. Nous sommes ici à la huitième séance. Nicolas accepte ma présence, répond aux consignes et un début de partage est possible.

Il faudra attendre la treizième séance pour que nous puissions construire une tour à tour de rôle et une limite qui nous sépare. Lors de cette séance, un événement particulier est survenu. Lorsque la tour a pris de la hauteur, Nicolas s'est précipité dans mes bras, en se recroquevillant en tailleur sur mes genoux les doigts à la bouche. Cela m'a surprise. Nous n'avons jamais eu, jusqu'à cette séance, de contact corporel aussi direct. *Que s'est-t-il passé ? A-t-il eu conscience de cette séparation ?* Il ne me voyait plus mais j'existais et cela a été pour moi un changement important. *A-t-il simplement eu peur ? Est-ce un hasard ?*

Je l'ai rassuré. Il a alors apporté les briques sur le tapis et nous avons repris une construction avec plus d'espace. J'ai délimité mon espace avec des briques. Il m'a regardée et m'y a rejointe en acceptant de m'aider à construire un mur autour de nous. J'en suis sortie après quelques instants pour poursuivre la construction avec des cubes. Nicolas a accepté la séparation et m'a regardée attentivement. Je lui ai signifié qu'il était dans sa cabane, tranquille. Puis, subitement il a tout jeté autour de lui, donnant des coups de pieds, s'allongeant pour détruire le mur. J'ai alors verbalisé cela en lui disant que nous étions toujours ensemble malgré le mur construit. Il en est sorti et s'est jeté dans mes bras, une nouvelle fois. J'ai eu l'image d'un cocon, d'une dyade dans laquelle nous étions enfermés tous les deux. Entourés d'un mur nous étions ensemble protégés par une limite. Lorsqu'il est seul, Nicolas semble ne pas l'accepter comme si la séparation par un mur lui était inquiétante. Pour la deuxième fois de la séance, il a réclamé la contenance de mes bras.

A la dix-septième séance, l'attention de Nicolas est très labile. Il passe d'une activité à une autre sans se poser. A un moment, il m'apporte une brique. Il

semble me signifier par là qu'il accepte de partager quelque-chose avec moi. Nous construisons alors un mur de briques autour de moi et Nicolas s'allonge à l'extérieur le pouce dans la bouche. Il n'entre pas avec moi mais me regarde chantonner en tapotant les parties de mon corps avec un bâtonnet en bois. Je fais de même avec lui et Nicolas se lève. Cette fois, il accepte de rester à l'extérieur sans me rejoindre.

A la séance suivante, Nicolas m'apporte les briques en les posant devant moi sur le tapis. Je les dispose autour de moi en maintenant des écarts entre elles. Nicolas en amène de nouvelles et les empile en les collant. Il accepte cependant la disposition que j'en fais malgré l'écart que je laisse entre les briques. Puis, lorsqu'il n'y a plus de briques, il m'apporte les modules rouges posés sur le banc. Je me retrouve alors à l'intérieur d'un petit mur de briques. Nicolas me regarde, m'y rejoint et s'assoit sur mes genoux. Puis, il se lève et s'assoit sur les briques comme s'il s'asseyait sur la limite entre le dedans où je me trouve et le dehors. Jusqu'à présent il se jetait sur les briques et les éparpillait. Là, il accepte que je sois à l'intérieur, m'y rejoint et en ressort. Il range alors les briques une par une. Je l'aide en lui proposant de les mettre plutôt à l'étage en dessous et il s'exécute. Lorsqu'elles sont toutes à l'intérieur je leur dis au revoir, il fait de même et referme le placard.

Lorsque j'ai vu Nicolas s'asseoir sur le mur, j'ai eu l'impression qu'il commençait réellement, ou tout du moins, poursuivait la construction de son enveloppe. Ni totalement dedans ni totalement dehors, il s'est assis sur le mur comme sur la limite entre l'intérieur et l'extérieur. Il m'a semblé alors qu'il parvenait à accepter progressivement les limites, tant au niveau des règles de la séance que de ses propres limites corporelles et psychiques. L'acceptation de la séparation entre lui et l'autre, en l'occurrence moi qui l'accompagne dans ces séances, semble se mettre en place.

➤ Le jeu de quilles ou l'expérience de la séparation :

«Le jeu de quilles a pour but d'aider l'enfant à pré-symboliser quelque-chose de l'ordre de la séparation tout en pouvant contenir son agressivité liée à son angoisse. Quelque-chose d'une agressivité (lâche, dirige, fait tomber) et d'une mise en scène de la pulsionnalité dans quelque-chose de cadré va se mettre en place et cela ne va ni détruire l'enfant ni détruire le psychomotricien puisque la

quille peut être remise debout. Le mouvement de lâché de balle, quelque-chose qui quitte est de l'ordre de la séparation. Ce jeu permet une mise en sens. La balle et les quilles symbolisent des objets image du corps, projection de soi.»¹⁶

C'est lors de la quinzième séance que je propose à Nicolas un jeu de quilles. Le travail autour de la rencontre s'étant faite, il me semble à cette période que Nicolas est suffisamment sécurisé dans la relation pour pouvoir entamer une activité mettant en jeu la problématique de la séparation.

Je dispose les quilles au sol expliquant à Nicolas les règles du jeu. Il entre rapidement dans la proposition. Il m'imité pour lancer le ballon. Lorsque l'un d'entre nous parvient à faire tomber une quille, nous nous réjouissons ensemble et applaudissons. Nicolas rit et pousse des cris de joie. Il est assis dans le fauteuil bleu qui le contient et semble l'aider à se concentrer. Il jette le ballon aléatoirement de la main gauche ou de la main droite sans affiner son geste mais participe. Il accepte le tour de rôle et m'observe lancer en m'applaudissant. Cependant, Nicolas se jette souvent sur les quilles en les serrant contre lui et les éparpille au sol. Je lui explique alors que les quilles tombent mais que nous pouvons les remettre debout, qu'elles ne disparaissent pas mais restent bien là. Il m'aide alors à les redresser et nous poursuivons notre activité, ensemble. Lorsque je constate qu'il se détourne du jeu, je dis au revoir aux quilles, il fait de même et je les place dans la bassine prévue à cet effet. A la séance suivante, Nicolas prend les quilles de lui-même et les pose au sol. Il accepte de se lever du fauteuil et je l'aide à lancer en me plaçant derrière lui. Ce contact est possible et Nicolas parvient à viser et à adapter son geste. Il semble prendre plaisir à jouer et vocalise par des «oh» ou des «yeah» de manière très adaptée à la situation. Il lui arrive encore de disperser les quilles mais il parvient à poursuivre l'activité. Au fur et à mesure des séances, Nicolas respecte les consignes et mes demandes et me montre qu'il se souvient de ce que nous avons fait les séances passées. Il lance le ballon à deux mains comme je lui ai montré puis nous faisons varier les positions prises pour viser les quilles. Constatant que Nicolas adhère à mes propositions et qu'il ne se jette plus sur les quilles, je lui propose de se placer dans un cerceau pour lancer. Je me place à l'intérieur d'un des cerceaux pour viser et lui explique que je suis dans *mon* cerceau. Nicolas refuse de se placer dans le sien et pose un pied dans chaque cerceau. La problématique du dedans et du dehors est visible mais Nicolas peut

¹⁶ Anne Gatecel, Cours de psychologie de 3ème année de psychomotricité du 2 Février 2015

cependant répondre à ma demande selon ses possibilités. A la séance suivante, Nicolas se place pieds joints entre les deux cerceaux. Il les retire ensuite de l'aire de jeux. Voyant qu'il lui est difficile de travailler avec les cerceaux, je place deux modules creusés d'un hémicercle l'un en face de l'autre et me place debout dans le trou qui est formé. Nicolas m'imité et essaie d'entrer entièrement à l'intérieur. Il s'assoit ensuite sur le bord pour lancer. *Est-ce parce-que nous avons le même espace que Nicolas a pu se placer à l'intérieur, à l'inverse des cerceaux ?*

Ce jeu nous permet de partager une activité dynamique ensemble et Nicolas semble y prendre beaucoup de plaisir et s'approprier ce que je lui montre.

➤ Le toucher thérapeutique ou l'expérience du corps :

Le toucher nécessite un engagement relationnel des deux partenaires et a un effet direct sur la tonicité. Il permet une communication corporelle dans l'ici et maintenant et a également une portée symbolique puisqu'il instaure une relation à soi et à un autre. Son but est d'amener le patient à se construire dans son identité corporelle et psychique par la construction de deux espaces corporels distincts. Il s'agit d'un acte complexe qui nécessite un vrai engagement et suppose que le psychomotricien pose une distance thérapeutique préservant le patient. «Toucher c'est en quelque sorte porter l'autre vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet»¹⁷ et fait partie des communications non-verbales indispensables en psychomotricité pour lesquelles la relation est le vecteur privilégié du soin.

Au début de la prise en charge, les contacts avec Nicolas étaient complexes. Il a fallu qu'une rencontre est lieu et que nous établissions une relation sécurisée et fiable pour que Nicolas puisse accepter des contacts plus corporels. Nos rencontres ont pu être amorcées grâce au coussin vibrant que Nicolas serrait fort contre lui pour se procurer des sensations. Je l'utilisais pour lui dire bonjour et l'aider à sentir la solidité de son corps par les vibrations. Progressivement j'ai ajouté à cela un travail sur la respiration avec un ballon gonflable. Nicolas se montrait très réceptif et semblait apaisé. Je posais mes mains sur ses épaules pour accompagner la respiration. Les bulles viendront compléter ce travail tout en ayant un rôle de renforteur me permettant de signifier à Nicolas que j'étais satisfaite du

¹⁷ Catherine Potel, 2000, p.123

déroulement d'une activité ou de la séance. Nous soufflons, touchons les bulles et cela calme Nicolas qui les regarde avec attention.

Ainsi, à la seizième séance, je décide après le jeu de quilles d'entamer un travail autour de l'enveloppe qui semble se construire progressivement chez Nicolas. Je prends alors un bâtonnet en bois pour travailler autour des os, un ballon pour les muscles et un tuyau en plastique pour la peau. Nicolas se tient assis dans le fauteuil avec une plaque en plastique posée sur lui. Il s'agit d'une plaque verticale permettant de créer une séparation entre nous. J'utilise le bâtonnet que je frotte contre la plaque pour entrer en contact avec Nicolas et il suit le bâtonnet des yeux en riant. Puis, il se lève et me rejoint de l'autre côté. Il s'agit là d'une avancée dans notre travail car au début, Nicolas semblait ne pas réaliser que j'étais de l'autre côté, hors de sa vue et les interactions n'étaient pas possibles. Nicolas retourne ensuite s'asseoir sur le fauteuil et pose ses pieds sur la plaque. Je lui propose alors des contacts au niveau plantaire. Nicolas semble à l'écoute de ses sensations, les doigts dans la bouche. Je chantonne en nommant les parties de son corps et en lui proposant des contacts légers. Nicolas est réceptif et me tend son pied en riant. Lorsque son attention se disperse, j'introduis des pressions avec le ballon et Nicolas me tend de nouveau son pied. J'abaisse ma voix et nos tons semblent s'ajuster. Je termine par le tuyau que je passe sur son corps. J'aborde ainsi un travail sur l'enveloppe corporelle et Nicolas y adhère totalement. Il est en demande et je constate au gré des séances que ce travail lui permet de se poser. Il va chercher de lui-même les médiateurs et me réclame très souvent des contacts au niveau de la plante des pieds ce qui me permet de travailler les appuis. Il accepte progressivement une couverture, qu'il rejetait avec véhémence au début de la prise en charge.

3. Les fins de séance, les séparations

C'est en observant le déroulement de la première fin de séance avec Nicolas que l'idée de mon sujet de mémoire autour de la séparation m'est venue.

La première séance a été très décousue et Nicolas n'a cessé de tester les limites du cadre et les miennes. J'ai été confrontée de façon brutale à ses difficultés pour se séparer et quitter la salle de psychomotricité.

A la fin de la séance, j'ai signalé à Nicolas que la fin approchait et j'ai mis une musique en lui proposant de s'asseoir. Il a refusé à grands gestes le drap que je lui donnais pour un retour au calme et s'est détourné pour jouer. Il s'est mis en colère lorsque j'ai essayé de remettre ses chaussures. Il a crié et s'est jeté au sol refusant de se lever. J'ai été forcée après de longues minutes d'explications de le ramener en chaussettes sur son groupe. La transition du couloir à ce dernier a été possible par un objet que Nicolas a trouvé sur un banc. Cela lui a permis le passage d'un espace à un autre.

A la fin de cette première séance, je me sentais déboussolée et désemparée. Les musiques de début et de fin n'avaient pas suffi à poser un cadre suffisamment contenant. De nombreuses questions m'ont traversé l'esprit : *Nicolas était-il inquiet à l'idée de quitter la salle ? Comprendait-il la notion de fin ? Voulait-il uniquement continuer de jouer ? Pensait-il que la séparation avait un caractère définitif ?* Je me suis interrogée sur ma place, mon statut et ma posture et sur la façon dont Nicolas vivait la séparation d'avec l'adulte et la salle. J'ai donc décidé suite à cela de mettre en place des rituels, un cadre physique et psychique contenant et de donner à Nicolas des repères spatio-temporels fixes pour que la fin de séance ne soit pas source de conflits et de tensions pour lui.

La séance suivante a revêtu les mêmes difficultés. Nicolas manifestait son mécontentement en se tapant la tête contre le mur, recroquevillé dans son fauteuil et il m'a fallu lui rappeler qu'il était interdit de se faire mal. Les jeux et tentatives pour détourner son attention du conflit n'ont pas suffi. Il a fini par se lever en apercevant son éducateur, arrivant comme tiers séparateur.

A la troisième séance, je décide de mettre en place le time-timer afin de donner à Nicolas un repère visuel du temps qui passe et également sonore. Cependant, il refuse une nouvelle fois de quitter la salle et il me faudra me mettre à sa hauteur, parler d'une voix affirmée et autoritaire pour qu'il accepte que je lui remette ses chaussures. Je lui explique que je ne suis pas satisfaite de son comportement. Cependant, je me demande si pour Nicolas la séparation ne signifie pas disparition. En effet, j'ai le sentiment qu'en dehors de sa vue je n'existe plus. *A-t'il acquis la notion de permanence de l'adulte ?* Cela pourrait expliquer ses difficultés de séparation en fin de séance.

La quatrième rencontre apparaîtrait comme un tournant dans l'évolution de la prise en charge. J'ai inclus un grand clown en peluche que j'utilise comme tiers. Je le fais se déplacer, ranger la salle, éteindre la musique, dire au revoir aux jouets et ouvrir la porte de la salle. Nicolas le regarde attentivement, la bouche ouverte l'air de s'interroger sur cette nouvelle présence. Je sors ensuite de la salle et m'assois sur la chaise. A ma grande surprise, Nicolas me rejoint dans le couloir et s'assoit sur la chaise jaune. Il tient dans ses mains un ballon de baudruche vert avec lequel il jouait précédemment. Nicolas accepte de mettre ses chaussures et je le félicite. Puis, nous avançons jusqu'à la porte menant à la récréation. Nicolas me rend le ballon en échange du sifflet avec lequel il était arrivé en séance.

Je suis à la fois surprise et interrogative. *Comment se fait-il que Nicolas ait été si prompt à se séparer ?* Je m'interroge sur le rôle de «Mr Clown», de l'objet de fin de séance et sur le cadre que j'ai posé pour tenter de savoir ce qui a permis cette évolution.

Au fur et à mesure de la prise en charge, je maintiens le même cadre. J'observe que Nicolas ne peut quitter la salle en fin de séance sans un objet. Il s'agit généralement d'un ballon que Nicolas choisit. Cet objet appartient à la salle et peut varier. Nicolas semble l'utiliser comme une transition d'un espace à un autre, un prolongement de la salle. Je nomme cet objet «objet de passage». Nicolas voudra garder l'objet et ne pourra me le rendre qu'une fois installé sur son vélo dans la cour de récréation. Si nous passons par son groupe avant d'aller en récréation, il lui faut un nouvel objet. En fonction de l'état général de Nicolas et de différents facteurs, il arrive qu'il refuse encore de partir. Etant très sensible au froid, il repousse systématiquement son manteau qu'il associe à la récréation. Lorsque Nicolas se jette au sol, la présence d'une tierce personne permet d'amorcer le départ. En le tenant chacun d'une main, Nicolas semble entouré et sécurisé et accepte de se lever.

Ainsi, le premier trimestre montre une évolution des fins de séances qui se déroulent plus calmement. L'utilisation de l'objet de passage m'apparaît à cette époque indispensable comme me le confirment les différents professionnels.

C'est à la onzième séance, au retour des vacances de Noël, qu'un changement important a eu lieu. Ce jour-là, après le rituel de fin de séance, je sors de la salle. A ma grande surprise, Nicolas me rejoint, sans objet. Je ressens

une immense fierté, une preuve du lien que nous avons pu tisser, une mise en exergue de l'évolution de Nicolas et de sa capacité à s'adapter et à établir une relation de confiance avec l'adulte. Ce début de deuxième trimestre a marqué un tournant. Après les diverses séances passées ensemble et basées sur la rencontre, la relation, le lien et la différenciation à l'autre, peut-être Nicolas se sent-il suffisamment sécurisé pour pouvoir sortir de la salle de psychomotricité.

A partir de ce moment-là, Nicolas n'aura plus besoin d'un objet de passage. Il lui arrivera d'en prendre mais il acceptera à ma demande de le remettre dans la salle. Cependant, le manteau sera refusé car associé au dehors, au froid mais les fins de séances se passeront dans le calme.

Progressivement, Nicolas me montre qu'il a intégré les repères et le cadre des séances. Il m'est arrivé lors d'une séance d'oublier la musique de fin et Nicolas m'a montré le poste pour me signifier cette omission. Par là, j'ai pu percevoir sa capacité à intégrer des rituels, à les mémoriser et à se les approprier. De plus, Nicolas peut désormais rester près de moi sans courir dans le couloir. Il pourra tenir ma main mais aura parfois du mal à s'en détacher. J'ai le sentiment d'être devenue en quelque-sortes une figure d'attachement, un repère pour Nicolas. J'ai l'impression d'avoir été investie et d'être différenciée de lui. Il peut désormais venir me voir en dehors des séances de psychomotricité.

Au mois de Février, j'assiste à une phase de légère régression des fins de séances que j'associe au contexte. L'absence de professionnels prive Nicolas de plusieurs prises en charge et rompt la continuité dont il a besoin. Ses rituels paraissent bouleversés et cela se ressent lors des séances et des séparations. Il me semble que Nicolas s'interroge sur mon éventuelle absence et je tente de le rassurer sur ce point. La continuité des séances et la présence régulière de l'adulte sont indispensables à Nicolas pour qu'il se sente sécurisé.

Le 6 Mars 2015 je mets en place un calendrier sous forme de frise afin de préparer la réelle séparation qui aura lieu à la fin du mois de Mai. J'explique à Nicolas le fonctionnement de ce calendrier et marque d'une croix verte les dates auxquelles nous nous sommes vus et d'une croix rose les dates où nous n'avons pas pu nous voir. Nicolas l'observe avec attention et m'écoute.

➤ Du gribouillage au tracé de cercles :

Haag G.¹⁸ a décrit les principales formes de traces pré-figuratives : tout d'abord le balayage simple avec une première trace rythmique affirmée fondamentale puis les premières formes fermées vers 4 ans, évoquant le souvenir du développement corporel propre. La première forme fermée exerce la représentation des différentes étapes de l'individuation, le cercle traduisant le premier sentiment d'enveloppe.

J'ai tenu à vous exposer la séance du 10 Avril 2015, dernière séance prise en compte dans la rédaction de ce travail car elle marque un tournant dans la prise en charge.

Après un début de séance calme et respectueux des rituels mis en place, nous construisons une cabane avec tout ce que nous trouvons autour de nous. Nicolas participe activement et nous jouons aux quilles à l'intérieur de cet espace. Je déplace peu à peu les limites pour agrandir l'espace trop restreint. Après plusieurs lancers dans différentes postures, je dispose les cerceaux au sol et me place à l'intérieur du mien. Je vise atteignant les quilles. Je demande alors à Nicolas de se lever du fauteuil et de venir dans son cerceau pour tirer. Cette fois-ci, Nicolas accepte de se placer dans le sien. *Peut-être la présence des limites construites autour de lui, lui a-t-elle permis d'entrer dans l'espace du cerceau, dans son espace distinct du mien ?* Dans un second temps, nous reprenons le toucher thérapeutique. Nous expérimentons la solidité de son corps et son axe corporel à l'aide du coussin vibrant. Puis, Nicolas se dirige vers le bureau. Le voyant se saisir d'un feutre, je le rejoins hors de l'aire de jeux. Je lui propose alors de s'installer confortablement sur la chaise, au bureau pour pouvoir dessiner s'il le souhaite.

Au tout début de l'année, j'avais proposé à Nicolas une feuille afin d'observer ce qu'il en était du graphisme. Nicolas avait gribouillé, laissant une trace sur la feuille qu'il avait ensuite jetée par terre en s'énervant.

Je l'assois donc au bureau et trace un rond sur la feuille. A ma grande surprise Nicolas se met à tracer de nombreux cercles, des formes bien fermées et fait même l'ébauche de ce qui me semble être une tête de bonhomme avec de

¹⁸ Geneviève Haag, 1996, p.157-165

grands yeux. Il dessine des ronds dans les ronds. *Peut-être cela représente-t-il son entrée dans le cerceau quelques minutes avant ?* Je ressens alors une grande fierté devant ce dessin car il semble symboliser tout le travail que nous avons fait ensemble depuis le début de l'année sur les enveloppes et la contenance. Nicolas a certes pu expérimenter les formes géométriques chez lui ou sur son groupe de vie mais ce dessin effectué dans la salle de psychomotricité, avec moi, marque la fin d'une prise en charge et les progrès de Nicolas sur la construction de son enveloppe psychocorporelle.



La fin de la prise en charge de Nicolas sera évoquée lors de la soutenance.

PARTIE 2 : THEORIE

I) Rencontrer ses parents avec son handicap

A. Les répercussions du handicap sur les relations

1. Diagnostic prénatal et annonce du handicap

Le diagnostic prénatal regroupe «un ensemble de procédures techniques de dépistage des anomalies fœtales et une fenêtre ouverte sur la complexité du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant en périnatalité.»¹⁹ L'arrivée d'un enfant est une période cruciale dans la vie du couple, c'est pourquoi la naissance d'un enfant handicapé va être un choc brutal pour les parents. Pour Lamarche C.²⁰, l'annonce diagnostique et les réactions de l'entourage vont influencer sur le processus d'adaptation des parents et donc sur l'avenir de l'enfant. Elle met en évidence cinq étapes par lesquelles vont passer les parents : le choc, la négation, la détresse, l'adaptation puis la réorganisation. Le diagnostic prénatal va permettre aux parents d'avoir un espace de temps pour qu'ils puissent se dégager de l'état de sidération et pouvoir élaborer par rapport à l'anomalie, à la curabilité et au deuil. Pour Korff-Sausse S., «le handicap marque l'enfant du sceau de l'étrangeté»²¹ et ce dernier renvoie à ses parents «une image déformée, telle un miroir brisé»²². Le handicap engendre un état de stupeur pour les parents dont le traumatisme de cette naissance demeure incompréhensible. On assiste à un décalage entre l'enfant imaginaire rêvé et l'enfant réel qui devra amener à un travail de deuil indispensable à la reconnaissance de la place de cet enfant.

2. Relation fœto-maternelle et compétences de base

L'échographie va provoquer des distorsions entre la représentation que se fait la mère de son enfant et la réalité du fœtus. Elle va court-circuiter l'imaginaire parental amenant parfois à des angoisses. L'annonce d'une anomalie au cours de la grossesse cause un traumatisme psychique chez la mère qui retentit sur les relations mère/enfant et dans le couple et se répercute sur la famille entière. Pour Mannoni M.²³, la naissance d'un enfant porteur de handicap atteint la mère sur un plan narcissique car elle perd brusquement tout repère

¹⁹ Jean-Philippe Raynaud et Régine Scelles, 2013, p.65

²⁰ Constance Lamarche, 1987, p.16

²¹ Simone Korff-Sausse, 1996, p.33

²² *Ibid.*, p.43.

²³ Maud Mannoni, 1964, p.26

d'identification. Elle se trouve face à une image de soi qu'elle ne peut ni reconnaître ni aimer :

«Faites pour donner la vie, elle est à ce point sensibilisée à toute atteinte à la vie issue d'elle, qu'elle peut se sentir maîtresse de la mort quand l'être qu'elle a mis au monde lui rend, à elle, toute projection humaine impossible. La relation d'amour mère-enfant aura toujours, un arrière-goût de mort, de mort niée, travestie la plupart du temps en amour sublime, quelquefois en indifférence pathologique parfois en rejet conscient.»²⁴

Pendant tout le temps de la grossesse, la future mère va constituer avec son fœtus un lien d'influence et de dépendance réciproque. Une symbiose profonde mère-bébé est déjà présente pendant la grossesse et s'explique par la relation organique qui lie le fœtus à sa mère. Il semble que la vie émotionnelle de la mère ait une incidence sur le fœtus qui réagit au traumatisme maternel par une augmentation de son activité motrice. La relation in utero et les relations ultérieures de ces deux protagonistes semblent dépendre de la vie imaginaire et fantasmatique de la mère.

✓ Capacités sensorielles :

Le système sensoriel du fœtus va se mettre en place de façon chronologique au cours de son développement. Tout d'abord, le sens tactile va se mettre en place, suivi des sens vestibulaire, gustatif, olfactif, auditif et enfin visuel.

Le ventre maternel s'inscrit comme un premier espace contenant qui protège le fœtus des stimulations extérieures. L'utérus joue un rôle de pare-excitation tout en remplissant une fonction vitale, celle de nourrir le fœtus. Ce dernier réalise un premier échange avec sa mère en se plaçant là où le ventre a été touché constituant une base d'un attachement précoce et de la mise en place des interactions. Le fœtus peut percevoir les mouvements de sa mère lui permettant de recevoir les stimulations vestibulaires.

Le goût est le deuxième canal sensoriel le plus important. Le fœtus expérimente les goûts dans le liquide amniotique. A la naissance, il manifeste des préférences pour le sucré et peut exprimer ses goûts par des mimiques de rejet ou de plaisir. A la naissance, il reconnaît et recherche l'odeur du sein maternel.

Dans l'utérus, le fœtus se développe dans un bain sonore. L'audition a un rôle essentiel et c'est par elle que la relation entre le fœtus et le monde extérieur

²⁴ *Ibid.*, p.26.

est la plus importante. Le fœtus est soumis à des bruits viscéraux associés à ceux de la vie quotidienne. A sa naissance, le bébé peut s'orienter vers la voix de sa mère qu'il privilégie mais également reconnaître celle de son père.

Le système visuel est immature à la naissance et le nouveau-né a une acuité très faible. Le bébé présente une préférence pour les visages humains, en particulier celui de sa mère.

✓ Capacités motrices :

Le nouveau-né présente une motricité spontanée et réflexe. On observe une hypertonie des membres associée à une hypotonie de l'axe. Selon, Robert-Ouvray S.²⁵, cette bipolarité tonique est liée à la satisfaction des besoins du bébé. L'hypertonie est associée au dur et au mauvais, alors que l'hypotonie est associée au mou et au bon. Dans les premiers jours de vie, cette motricité amène le bébé à une posture d'enroulement, fondamentale de soi. Si cette posture s'accompagne d'un environnement affectif stable, elle assurera une base de sécurité corporelle et psychique qui ouvrira le corps du bébé vers un dehors relationnel. Cet état de préoccupation de soi permet la formation du noyau narcissique fondamental de soi. Le développement psychique de l'enfant prend donc sens à partir de l'organisation tonique et motrice du corps propre avant son ouverture sur le monde. On observera progressivement une équilibration des tensions, l'accès à une ambivalence et à une sensation d'unité. Le bébé accèdera alors à la notion d'objet total. Robert-Ouvray²⁶ ajoute que dans le cas de l'autisme, on observe une dissociation précoce entre le système moteur et psychique menant à des angoisses de démantèlement, de liquéfaction, d'effondrement, de non-conscience de soi, de clivage des différentes parties du Moi et entre Soi et autrui.

3. Naissance des interactions précoces

La naissance marque la rupture d'un espace de vie unique, le corps de la mère en deux espaces disjoints. Elle amène au début des interactions définies comme «l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de réciprocité et d'interdépendance.»²⁷. Il s'agit d'un processus bidirectionnel dans lequel les deux partenaires de l'échange sont actifs constituant

²⁵ Suzanne Robert-Ouvray, 1993, p.45-56

²⁶ *Ibid.*, p.223.

²⁷ Jean-Michel Albaret, Françoise Giromini et Philippe Scialom, 2011, p.95

le tissu fondamental de la construction de l'individu. Les premiers instants de la rencontre entre la mère et son bébé sont marqués par la découverte du corps du bébé par la mère, particulièrement apte à construire un lien d'attachement avec lui.

- Les interactions comportementales sont caractérisées par l'accordage entre les comportements de la mère et de son bébé et regroupent les interactions corporelles, visuelles et vocales.

En ce qui concerne les interactions corporelles, de Ajuriaguerra J.²⁸ reprend en 1970 le dialogue tonique décrit par Wallon, qui est formé par les ajustements posturaux entre la mère et son bébé. Le bébé a un besoin vital d'être enveloppé, contenu, maintenu pour supporter l'angoisse d'une perte de limites et sa mère est seule garante de la satisfaction de ses besoins. Winnicott D.W.²⁹ met en évidence le rôle du holding, portage physique mais surtout psychique du bébé par la mère et du handling, manière dont l'enfant est traité. Il arrive que le bébé soit dans l'évitement du contact et ne s'ajuste pas au niveau tonique. Pour Winnicott³⁰, un holding de mauvaise qualité bloque les processus de maturation car il oblige le bébé à réagir à ce défaut d'adaptation. Il suscite chez lui une grande détresse car le nourrisson a le sentiment de partir en morceaux et de chuter sans fin. Selon lui, le handling contribue au sentiment d'être réel et son défaut empêche le nourrisson d'expérimenter son fonctionnement corporel.

Les interactions visuelles désignent les contacts œil à œil, par le regard entre la mère et son bébé et sont un outil essentiel de communication. Le regard joue un rôle fondamental dans l'établissement des liens d'attachement en amenant une enveloppe commune entre la mère et le bébé. Il permet au bébé d'agir sur sa proximité avec sa mère et cet échange mutuel a des effets sur les deux partenaires de la dyade. Winnicott évoque le miroir de la mère permettant la construction de l'image de soi. Cela contribue à la reconnaissance du bébé en tant que Personne. La mère a un rôle dans la qualité et la durée de l'échange. Conjointement, le regard du bébé est gratifiant pour sa mère et la valorise. Dans les situations de handicap, il arrive que le bébé perçoive dans le visage de sa mère un regard déprimé qui lui renvoie la blessure d'une souffrance dont il serait responsable. Pour Korff-Sausse³¹, il risque de percevoir sa propre anormalité et se retrouve face

²⁸ *Ibid.*, p.96.

²⁹ Albaret, Giromini et Scialom, *op.cit.*, p.96

³⁰ Donald Woods Winnicott, 1965, p.16

³¹ Korff-Sausse, *op.cit.*, p.56

à sa différence dès le début de la vie. Cela risque de se répercuter dans l'intégration de sa personnalité et la construction de son identité.

Les interactions vocales permettent au bébé de s'exprimer, de signaler ses besoins, ses douleurs suscitant une proximité avec sa mère. Elles occupent une place importante dans l'attachement exposé par Bowlby J.³² et rendent le bébé actif de l'échange. Les vocalises du bébé vont évoluer dans l'interactivité et laisser place au babillage.

- Les interactions affectives caractérisent le climat émotionnel ou affectif des interactions. Stern D. évoque l'«accordage affectif»³³, consistant en une imitation différée de la mère de l'expression de son bébé. Le bébé a besoin de découvrir que ses propres expériences ne sont pas uniques et de percevoir que sa vie intérieure peut se partager. Il risque d'être isolé psychiquement s'il y a un défaut des interactions affectives.

- Les interactions fantasmatisques font référence au lien d'influence entre la vie psychique de la mère et celle de son bébé. En 1962, Bion W.³⁴ introduit la notion de relation contenant-contenu considérant que la réponse de la mère aux projections de l'enfant permet de donner sens à l'expérience vécue. Selon lui, la capacité de rêverie maternelle est «l'état d'esprit qui permet à la mère de contenir les identifications projectives de l'enfant»³⁵. D'après lui, les expériences primitives du bébé sont régies par ce qu'il nomme élément bêta. La mère a la capacité de les transformer en éléments alpha porteurs de sens. Il s'agit donc, selon lui, de la capacité de la mère à accueillir et transformer les émotions brutes, sensorielles du bébé et à les lui renvoyer afin qu'il puisse se réapproprier quelque-chose.

4. Place du père et triangulation

Le père a une fonction bien particulière de séparation, d'identification et de nomination. Le Camus J.³⁶ met en évidence cette triangulation des relations précoces permettant l'instauration d'une dynamique familiale où la mère ne serait plus centrée uniquement sur son bébé et lui permettrait de s'ouvrir sur l'extérieur.

³² Cf *infra*. p.39

³³ Daniel Stern, 1989, p.185

³⁴ Wilfred Bion, 1962, p.67

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Jean Le Camus, 1995, p.169

La dyade mère-enfant va être supplée par un transfert d'identification de la mère au père puis au fils. Le père va incarner le principe de réalité et provoquer la séparation et la différenciation.

Les parents ne se comportent pas de la même façon dans les interactions avec leur bébé. Le Camus établit un lien entre le dialogue «tonico-émotionnel»³⁷ tissé entre la mère et le bébé et le dialogue dit «phasicomotionnel»³⁸ entre le père et l'enfant. Il s'agirait d'un dialogue générateur de mouvement et discontinu visant une harmonie de rupture aux alentours de la deuxième année de l'enfant. Ces nuances entre le père et la mère vont permettre à l'enfant de se différencier et d'intégrer ses sensations.

Korff-Sausse³⁹ met en évidence que lorsque le handicap touche le fils, les pères se trouvent blessés narcissiquement car ce handicap affecte leur intégrité masculine puisqu'il évoque une image de castration. La venue d'un enfant au monde s'inscrit dans une situation triangulaire et le père sera donc tout autant concerné que la mère face à la situation de handicap.

B. L'attachement

L'attachement est défini par Stern comme «l'établissement d'un lien spécial entre la mère et son enfant.»⁴⁰ Ce lien est tout d'abord physique avec la proximité maintenue par la mère avec son enfant pour le protéger de l'extérieur mais également psychologique car il donne naissance au sentiment de sécurité et plus particulièrement lorsque la mère tient son bébé contre elle. Cet attachement réciproque s'établit dès la grossesse et particulièrement les deux premières semaines de la vie du bébé.

1. Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été initialement développée par Bowlby et Ainsworth M. entre 1960 et 1982. Bowlby cherche à établir des corrélations entre les troubles du comportement et l'histoire des enfants. De son côté, Ainsworth, psychologue canadienne, reprend et développe la théorie de l'attachement de

³⁷ Reflet et partage des états émotionnels de la mère et de son bébé.

³⁸ Le Camus, *op.cit.*, p.130

³⁹ Korff-Sausse, *op.cit.*, p.52

⁴⁰ Nadia Brushweiler-Stern et Daniel Stern, 1998, p.190

Bowlby. Elle propose alors le concept de base de sécurité. Elle décrit ce que l'on nomme Situation Etrange et émet l'hypothèse qu'il existe une relation entre l'attachement et le style de maternage. Ces études mèneront à la mise en exergue de l'influence d'un attachement précoce sécurisé sur le développement social ultérieur et sur la personnalité de l'enfant.

Bowlby s'inspire de Darwin et de la théorie de l'évolution pour démontrer qu'il existe un avantage sélectif du système d'attachement qui permettrait d'assurer une proximité entre le bébé et la figure parentale. La distance entre ces deux partenaires est ajustable selon les besoins de l'enfant. Le système d'attachement permet donc de maintenir la proximité au sentiment de sécurité.

Il évoque également le comportement d'attachement du bébé qui vise à garantir la proximité avec l'adulte par le sourire et la vocalisation. Il a pour but de signaler à la mère l'intérêt de l'enfant pour l'interaction.

Il définit la figure d'attachement comme «une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement.»⁴¹ Elle caractérise toute personne qui répond de façon continue aux besoins du bébé par sa présence et une interaction continues. Le bébé va progressivement hiérarchiser ses figures d'attachement et en privilégier une. La relation d'attachement est progressive et se construit par la capacité de l'adulte à répondre aux besoins du bébé.

Enfin, le système d'attachement regroupe un ensemble de comportements d'attachement et aboutit au lien d'attachement découlant des liens émotionnels entre les individus. Il a donc pour objectif de maintenir la proximité entre le nourrisson et la figure d'attachement et se développe au cours des neuf premiers mois de la vie de l'enfant. Ce lien mènera à une base de sécurité et rendra possible le jeu et l'exploration. Un attachement sécurisé permettra un développement plus harmonieux et l'accès à l'autonomie.

Pour Bowlby, ce besoin d'attachement est fondamental et primaire dans le développement de la personnalité.

⁴¹ Antoine et Nicole Guedeney, 2002, p.17

2. Types d'attachement

Les interactions entre l'enfant et ses proches s'organisent dans les premières années de vie. Bowlby⁴² distingue trois types principaux d'attachement :

L'attachement *sûr* est celui dans lequel l'enfant va chercher réassurance et protection auprès de ses parents.

L'attachement *angoissé-résistant* caractérise un attachement dans lequel l'enfant a vécu des expériences antérieures défailtantes ou de menace d'abandon provoquant un manque de confiance envers ses parents, ce qui freine ses comportements d'exploration. Il a tendance à s'accrocher et à manifester de l'angoisse.

L'attachement *angoissé-évitant* illustre une absence totale d'attente de l'enfant envers ses parents dans une situation difficile. Cela est dû à des conditions défavorables survenues antérieurement. L'enfant renonce à chercher protection et amour auprès de ses parents.

De son côté, Stern⁴³ décrit l'attachement du point de vue de la mère et en distingue trois types : l'attachement *disqualifiant*, dans lequel la mère a besoin de se détacher de l'expérience de la maternité pour pouvoir la vivre, l'attachement *emmêlé*, qualifiant à l'inverse les femmes qui s'impliquent dans leur expérience maternelle jusqu'à ne plus avoir de recul et enfin l'attachement *autonome* dans laquelle la mère s'investit totalement dans la relation avec son bébé tout en maintenant une relation suffisante avec sa propre mère.

3. Fragilité du lien d'attachement et angoisse de séparation

Lamarche⁴⁴ explique que face au handicap, il arrive que les parents aient peur de s'attacher à leur enfant. Ils vont parfois nier l'identité de leur bébé et ne parviendront pas à le considérer comme l'un des leurs. Le bébé aspire à la satisfaction de ses besoins corporels mais également à la pulsion d'attachement. Célerier M-C. évoque la pulsion d'emprise permettant la construction d'une identité détachée de celle de la mère. Elle ajoute que «quand l'attachement reste primordial, l'autre reste comme une partie de soi dont on ne peut se séparer qu'au

⁴² Daniel Bailly, 1995, p.86

⁴³ Brushweiler-Stern et Stern, *op.cit.*, p.50

⁴⁴ Lamarche, *op.cit.*, p.35

prix d'une amputation de soi-même.»⁴⁵ Le bébé sera dans une quête indéfinie d'un attachement qu'il n'a pu nouer de façon durable.

✓ Angoisse de séparation développementale :

L'angoisse de séparation développementale est «une donnée normale, obligatoire et attendue au cours du développement de tout enfant.»⁴⁶ Elle apparaît en réponse à la séparation physique d'avec la mère ou de la figure principale d'attachement. Spitz R.⁴⁷ évoque l'angoisse du huitième mois, où l'enfant rejette l'étranger et refuse le contact du fait que ce n'est pas sa mère. Cette étape marque le deuxième organisateur de la vie psychique qui rend compte de la prise de conscience par l'enfant de l'absence de sa mère reconnue comme objet maternel et de la reconnaissance par l'enfant du monde extérieur. Pour Bowlby⁴⁸, cette peur de l'étranger et l'angoisse développementale sont distincts. Cette séparation causerait chez le bébé une phase de protestation suivie d'une phase de désespoir et de détachement. La durée de séparation d'avec la mère va moduler l'intensité des manifestations observées. Pour lui, l'angoisse primaire de séparation agit comme signal activateur de la conduite d'attachement. L'angoisse de séparation développementale dépendrait des conditions de maternage précoce et traduirait la souffrance due à la rupture d'un lien d'attachement.

✓ Angoisse de séparation :

En ce qui concerne le trouble «angoisse» de séparation», il est défini par le DSM IV comme une «anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché»⁴⁹. Ce trouble peut témoigner de difficultés majeures dans le processus d'autonomisation et constituer un handicap pour l'accès à l'indépendance. Il se distingue de l'angoisse de séparation développementale par le fait qu'il traduirait la nature ambivalente du lien d'attachement et interrogerait la qualité des interactions familiales. Cependant, le DSM IV admet une continuité entre ces deux concepts. L'angoisse de séparation étant liée au concept d'attachement, il semblerait que la qualité de l'attachement entre la mère et son bébé joue un rôle dans le développement de ce trouble.

⁴⁵ Marie-Claire Célerier, 1999, p.99

⁴⁶ Bailly, *op.cit.*, p.3

⁴⁷ *Ibid.*, p.4.

⁴⁸ *Ibid.*, p.5.

⁴⁹ [DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994] cité par Bailly, *op.cit.*, p.12

II) Se rencontrer Soi

A. Constitution d'une enveloppe psychocorporelle

1. Notion de contenance et enveloppe corporelle

La contenance est définie comme «la quantité que peut contenir quelque-chose, une capacité» mais également comme une «façon de se tenir, une attitude, un maintien»⁵⁰.

L'enveloppe peut être définie comme une «limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné.»⁵¹

La relation du corps à corps par la sensorialité et la tonicité est indispensable pour le bébé et sa mère et permet l'investissement de la fonction maternelle.

✓ La sensorialité et la peau :

La peau est un organe sensible, transmetteur des perceptions internes et externes. Elle relie les multiples sensations que reçoit le bébé du corps de sa mère et soutient l'élaboration de l'unification corporelle. Les stimulations cutanées vont étayer sa fonction de frontière entre le dedans et le dehors du corps et modeler l'enveloppe corporelle. Cela pose les fondations d'un Moi corporel prémices du Moi psychique. La peau possède de nombreuses fonctions : elle nous entoure et limite notre corps, elle a un rôle de barrière et de protection contre les agressions extérieures. Dans les premiers temps de la vie, la peau est immature et ne peut assurer son rôle de frontière et de limite physique entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Si les parents se représentent leur enfant comme unique et différencié d'eux, il va pouvoir acquérir une subjectivité. Pireyre E. dit à ce propos que «la subjectivation, c'est l'appropriation de ce qui est limite, de la frontière entre soi et l'autre.»⁵² Avec le développement, la peau va devenir une limite, une frontière entre le dedans et le dehors et aura un rôle de contenance.

⁵⁰Dictionnaire Larousse, 2011, p.242

⁵¹ Didier Houzel, 2010, p.9

⁵² Eric Pireyre, 2011, p.63

✓ Tonus et fonction contenante :

Le tonus est «un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent.»⁵³ Il a une fonction fondamentale dans l'organisation psychocorporelle de l'humain. Il assure une fonction de contenance par sa qualité de tonus de fond participant à la cohésion de l'ensemble du corps soutenant le sentiment d'unité corporelle et d'individuation. Il constitue une enveloppe tonique en support de l'enveloppe peau. Le portage et les soins donnés à l'enfant nourrissent le lien tonique. Ils sécurisent l'enfant par un toucher franc. En touchant son enfant, la mère crée un lien tactile d'attachement avec lui. L'ajustement dans le dialogue tonique se fait par un toucher respectueux du besoin de l'enfant permettant une conscience de la peau et des os. Robert-Ouvray évoque l'enveloppe tonique comme le «prototype moteur d'une première enveloppe psychique, d'un 'contenant' psychique»⁵⁴. Elle mène à la synthèse des différentes parties du Moi qui devient un objet total.

✓ Moi-os et moi-muscles :

L'axe psychomoteur se construit dans la sécurité affective. Le bébé a besoin de se sentir tenu et contenu par l'enveloppe tactile du parent qui le porte afin d'intégrer les muscles mous de sa colonne vertébrale comme un lieu de sécurité. Au début de la vie, l'axe du bébé est hypotonique et représente le premier lieu d'intégration de soi et du corps. Cette hypotonie tonique est associée à l'hypotonie relationnelle. Avec la maturation cérébrale et l'entourage, le tonus des muscles du rachis va augmenter, le Moi va s'ériger et se fortifier. Cela se fait conjointement avec le moment où l'enfant découvre sa différenciation et la séparation d'avec sa mère, à la fin de la première année.

L'expérience de l'espace extérieur au corps de la mère et à la relation corporelle est liée à la distanciation du bébé et de sa mère. Celle-ci va s'actualiser lorsqu'il pourra maîtriser la fonction de soutien que sa mère lui assurait par la colonne vertébrale, intégrée comme axe du corps.

⁵³ Albaret, Giromini et Scialom, *op.cit.*, p.145

⁵⁴ Robert-Ouvray, *op.cit.*, p.164

2. Concept de Moi et enveloppes psychiques

En 1895, Freud établit le concept de «Moi» dans «L'esquisse». Il s'agirait d'une instance, d'une structure chargée de contenir l'excitation psychique dont il donne diverses fonctions : de délimitation, de protection, de refoulement, d'attention. Il insiste sur l'étayage corporel du Moi et déclare que «le Moi est avant tout une entité corporelle, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface.»⁵⁵ Le Moi serait donc une fonction s'étayant sur la surface du corps.

✓ La peau-psychique :

En 1968, Bick E. parle de « peau psychique». Pour elle, l'objet contenant est le «mamelon dans la bouche»⁵⁶ accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère. L'enfant acquiert le sentiment d'être porté physiquement mais surtout psychiquement permettant l'identification de la peau corporelle à la peau psychique. Les espaces interne et externe vont s'identifier et le premier clivage entre le self et l'objet va avoir lieu.

- Le Moi-Peau :

Selon Anzieu D., les contacts entre le corps du bébé et celui de la mère couplés à un attachement sécurisé permettent au bébé de percevoir sa peau comme une enveloppe contenante, limitante et garante de l'intégrité de son enveloppe corporelle. Il élabore en 1974 la théorie du Moi-Peau décrite comme «la 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 la surface du corps.»⁵⁷ Il ajoute que «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»⁵⁸.

Il met en évidence huit fonctions du Moi-Peau et déclare que toute fonction psychique s'étaye sur une fonction biologique et que le Moi-Peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau : fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation, d'intersensorialité, de soutien de

⁵⁵ [Sigmund Freud, *Le Moi et le Ça*, 1921, p.270] cité par Houzel, *op.cit.*, p.55

⁵⁶ [Esther Bick, *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*, 1968, p.136] citée par Houzel, *op.cit.*, p.78

⁵⁷ Didier Anzieu, 1985, p.61

⁵⁸ *Ibid.*

l'excitation sexuelle, de recharge libidinale et d'inscription des traces sensorielles tactiles. Je retiendrai les deux premières fonctions pour leur lien avec les relations et interactions mère-enfant.

La première fonction est celle de maintenance du psychisme qui se développe par l'intériorisation du holding maternel, premier stade de la relation parent-enfant. Au travers du holding, la mère transmet à son enfant sa fonction de contenant-peau lui donnant un sentiment de cohésion. L'appui externe sur le corps maternel permet au bébé d'acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale permettant de se redresser. L'intégration du Moi de l'enfant dépend du holding maternel et amène à un état d'unité dépendant des soins maternels et de la satisfaction des besoins. La délimitation d'un dedans et d'un dehors permettra l'accès à l'individuation et au sentiment continu d'existence.

La seconde fonction est celle de contenance. La peau recouvre la surface du corps dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes. C'est un sac rempli des soins procurés par la mère qui contient, neutralise et conserve les affects du bébé. Cette fonction est exercée par le handling maternel.

Ainsi, la peau enveloppe le corps, le limite et le protège et le Moi-Peau enveloppe le psychisme, le sépare de l'espace extérieur en regroupant les affects, cognitions et pensées. L'enveloppe psychique serait, elle, une membrane séparant le dedans du dehors mais permettant des échanges entre ces deux espaces.

L'enveloppe psychique est indissociable de l'enveloppe corporelle. J'ai ici séparé les deux concepts afin de rendre leur lecture plus claire.

3. Défaillance de l'enveloppe

Bick a évoqué en 1968, la «seconde-peau musculaire»⁵⁹ correspondant à un auto-agrippement à une fonction psychique ou physique de l'individu lui-même. Il s'agit d'une défense contre les angoisses dues à la non-intégration. De son côté, Winnicott évoque la désintégration comme la mise en place de défenses visant à prévenir la non-intégration. Cette dernière mène à des angoisses inimaginables de morcellement, de chute sans fin dominée par la crainte de l'effondrement. Meltzer D.⁶⁰ reprend en 1975, l'identification adhésive de Bick, décrite comme un mode de

⁵⁹ Houzel, *op.cit.*, p.21

⁶⁰ Rosella Sandri, 1991, p.84

défense archaïque contre ces angoisses. Il évoque le cas de l'autisme dans lequel la dépendance à l'objet extérieur pousse le sujet à adhérer à cet objet dont l'existence propre n'est pas séparée de la sienne. La séparation est alors vécue comme une déchirure.

Par la suite, Tustin F. explique que pour esquiver la conscience de la séparation corporelle, les enfants autistiques ont recours à ce qu'elle nomme «équation adhésive»⁶¹. L'enfant a le sentiment d'être rattaché à sa mère et de ne faire qu'un avec elle. Les enfants autistiques vont se tourner vers des manipulations auto-sensuelles qui vont bloquer leur conscience du monde extérieur. Or, comme le précise Tustin, «pour devenir un moi, il doit exister un minimum de conscience du non-moi.»⁶² Selon elle, cette conscience d'être soi est associée au sentiment d'avoir une peau. Pour elle, les enfants autistiques craignent que leur peau se détache de leur corps. Elle ajoute que le ressenti que les nouveau-nés ont de leur peau dépend de l'étreinte mentale et physique que leur a apporté leur mère. En développant le sentiment d'avoir une peau, ils développent que tout comme il existe un «moi», «non-moi», il existe un dedans au sein de leur corps séparé d'un dehors. Ces processus seraient rejetés chez la personne autistique, pourtant genèse de l'individualité.

B. Processus de séparation/individuation

1. Notions de séparation et d'individuation

Mahler M.⁶³ définit la séparation comme le fait d'être séparé psychiquement de la mère. Cette séparation mène à la différenciation, à la distanciation, à la formation de limites et au détachement de la mère. L'individuation, elle, amène au développement des caractéristiques propres à l'enfant et permet l'évolution de l'autonomie.

Elle décrit le processus de séparation-individuation, normal et nécessaire qui se déroule entre le quatrième et le trente-sixième mois de l'enfant. Il implique pour l'enfant d'acquérir un fonctionnement autonome en présence de sa mère et

⁶¹ Frances Tustin, 1986, p.72

⁶² *Ibid.*, p. 80.

⁶³ Margaret Mahler, 1975, p.113

de sa disponibilité émotionnelle. Elle décrit plusieurs phases se posant comme précurseur au processus de séparation-individuation :

La première est la phase autistique normale. Dans les premières semaines précédant la symbiose, le nourrisson se situe dans un état proche du sommeil. Il n'a pas conscience du monde extérieur ni de sa mère.

Puis, vers le deuxième mois il a une conscience diffuse de l'objet de satisfaction des besoins et cela marque le début de la phase de symbiose normale. Le nourrisson se comporte et fonctionne comme si sa mère et lui formaient un système tout-puissant, une unité duelle à l'intérieur d'une seule limite commune. Le nourrisson est dans un état d'indifférenciation à sa mère, de fusion et ne ressent pas la différence entre le dedans et le dehors. Dans les troubles graves de l'individuation, le moi régresse vers ce mécanisme. Progressivement, le regard et le sourire vont permettre l'entrée dans la phase symbiotique. Les sensations internes du nourrisson vont constituer le noyau du self, point central du «sentiment de soi» puis du «sentiment d'identité».

2. De la dépendance absolue à la dépendance relative

Jusqu'à 5-6 mois, le bébé est dans un état de dépendance absolue et de fusion avec sa mère. Son développement psychique est encore incomplet. Winnicott évoque la préoccupation maternelle primaire, «état spécifique de la femme enceinte qui consiste en un repli total de sa libido sur soi-même.»⁶⁴ La mère, dans un premier temps répond immédiatement et de façon adaptée aux besoins de son bébé. Elle lui assure ainsi une illusion de toute-puissance et d'omnipotence sur laquelle sa vie psychique va s'étayer. Mahler décrit la première sous-phase du processus de séparation/individuation qu'elle nomme «différenciation et développement du schéma corporel»⁶⁵ marquant le début de la différenciation du corps propre du bébé et de celui de sa mère.

Dans un second temps, la mère suffisamment bonne, va différer la satisfaction des besoins de son bébé en laissant place à la frustration par un temps de latence. Elle va ainsi permettre à son bébé le passage de la dépendance absolue à la dépendance relative lui permettant une progressive autonomie. Grâce aux

⁶⁴ Donald Woods Winnicott, 1996, p.16

⁶⁵ Mahler, *op.cit.*, p. 12

processus de maturation et à un environnement facilitant, le bébé pourra progressivement affirmer sa propre individualité et avoir un sentiment d'identité.

Selon Mahler, la deuxième sous-phase de 6 à 18 mois est celle des essais avec l'éloignement physique de la mère. Pendant cette période, la mère demeure un «port d'attache»⁶⁶ pour son enfant. La sous-phase de rapprochement, de 18 mois à 2 ans permet à l'enfant d'atteindre le premier niveau d'identité grâce à la marche.

L'angoisse de séparation croît à cette période car l'enfant prend de plus en plus conscience de la séparation d'avec sa mère et cela s'accompagne d'une intolérance à la frustration.

3. Objet transitionnel

Un objet est dit transitionnel dans la mesure où il marque le passage chez l'enfant d'un état où il se trouve uni à la mère, en fusion avec elle, à un état où, ayant reconnu celle-ci comme distincte de lui, il peut à proprement parler entrer en relation avec elle. L'enfant va choisir un objet particulier, sa «première possession non-moi»⁶⁷, qui aura pour fonction de le protéger contre l'angoisse liée à l'absence de sa mère. Il s'agit d'un objet ne provenant ni du dedans ni du dehors mais situé dans un espace tiers, dans un entre-deux de l'enfant et de sa mère. L'enfant va progressivement accéder à la reconnaissance du réel en acquérant une réalité propre qui le différencie d'elle.

L'objet transitionnel a une valeur symbolique qui permet à l'enfant de garder une trace vivante de sa mère. Cependant, il faudra que celle-ci revienne suffisamment tôt pour ne pas que la capacité de l'enfant à maintenir en vie la représentation de l'objet ne soit dépassée.

C. Etre seul : l'indépendance

1. Permanence de l'objet

⁶⁶ *Ibid.*, p.90.

⁶⁷ Claude Geets, 1981, p.87

Vers 2 ans, l'enfant a définitivement acquis la permanence de l'objet, décrite dans les années 1940 par Piaget J.⁶⁸, qui requiert la capacité du bébé à se représenter l'objet absent. L'enfant conserve des traces mnésiques de l'objet disparu et peut se détacher de sa perception immédiate. Il peut alors maintenir vivante la figure d'attachement lors de son absence. Pour Mahler, la consolidation de l'individualité et les débuts de la permanence de l'objet émotionnel marquent la dernière sous-phase du processus de séparation/individuation. Vers 3 ans, l'enfant a acquis, selon Mahler, un sentiment stable d'entité. Cela implique l'unification du bon et du mauvais objet en une même représentation globale.

2. Capacité d'être seul

En 1958, Winnicott évoque la capacité d'être seul en présence de la mère. Il décrit la relation au moi, comme la relation spécifique de l'enfant à sa mère. Dans un premier temps, «l'immaturation du moi [de l'enfant] est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère.»⁶⁹ La continuité d'existence de la mère et sa présence sont indispensables à la sécurité de son enfant et lui procurent une expérience positive de solitude. Puis, l'enfant intériorisera le support maternel et pourra rester seul. La capacité de la mère à répondre aux besoins de son bébé qui changent avec le développement va permettre au nourrisson d'avoir une ligne de vie relativement exempte de rupture, c'est-à-dire de vivre des états à la fois non intégrés ou de détente.

La fonction de miroir de la mère permet un premier support du Moi et caractérise l'identification primaire. Le rôle de la mère est essentiel. Winnicott⁷⁰ met en évidence l'intégration permettant d'acquérir un sentiment d'unité par le holding maternel, la personnalisation c'est-à-dire l'installation de la psyché dans le soma, effet du handling et la relation d'objet menant à son utilisation. Ces trois processus sont intriqués et mènent à la capacité d'être seul.

3. Sentiment continu d'exister

Comme le souligne Winnicott, au début de sa vie, le bébé se trouve très affecté par l'environnement et va en permanence faire des expériences qui

⁶⁸ Bernard Golse, 1985, p.298

⁶⁹ Geets, *op.cit.*, p.98

⁷⁰ Golse, *op.cit.*, p.77-78

laisseront des traces mnésiques et mèneront à une confiance ou non au monde environnant. Si l'environnement est suffisamment bon, il aura l'impression que tout est prévisible. Les expériences déplaisantes seront transformées par sa mère en bonnes expériences. Elle lui assure par là une continuité de ligne de vie, un sentiment continu d'exister et permet l'établissement du self.

Pireyre définit le phénomène de conviction de la continuité d'existence comme «la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace.»⁷¹ Cela permet à l'individu d'être assuré intérieurement de sa présence au monde et de sa singularité.

Ce sentiment de continuité d'existence est une étape archaïque par laquelle doit passer le bébé afin d'acquérir une identité propre et stable. Cette identité va apparaître au cours du développement psychoaffectif au travers du corps et de la relation aux parents qui vont permettre à l'enfant de se construire une subjectivité. Celle-ci ne sera possible que si l'enfant est représenté par ses parents comme différent et séparé de l'adulte.

III) Rencontrer le thérapeute

A. L'alliance thérapeutique

1. Notion de rencontre en psychomotricité

Au sens réduit, la rencontre peut signifier un rendez-vous, un entretien mais peut être étendue à une relation. Pour se rencontrer, il faut deux sujets désirants d'établir une relation.

Calza A. et Contant M. déclarent que «La thérapie corporelle est une situation de rencontre. Là en est l'essentiel. Rencontre qui s'origine dans le langage corporel, souvent dans le corps à corps, allant de l'infra-verbal au verbal.»⁷²

⁷¹ Pireyre, *op.cit.*, p.55

⁷² André Calza et Maurice Contant, 1993, p.178

✓ Dimension relationnelle du tonus :

Le tonus a une fonction de communication à la fois consciente et inconsciente avec des variations se chargeant d'affects ou de représentations au gré des rencontres. Ces relations amènent à une tension ou à une détente du corps lorsqu'elles sont réelles mais également à des émotions lorsqu'elles relèvent de l'imaginaire. Wallon H., en 1942, écrit que «les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire»⁷³. La tonicité musculaire permet de rencontrer l'autre et de se rencontrer soi-même. La rencontre de l'autre se fait par le regard permettant d'apprécier le tonus de la personne de par sa démarche et son allure et par le tact au contact d'une main dure ou molle. Cela va engendrer des réactions de fuite ou de fixation selon le ressenti qu'aura eu la personne.

2. Statut et engagement du psychomotricien

Le psychomotricien a un savoir-faire mais il doit également posséder un savoir-être qui lui permette d'accueillir ce que lui amène le patient. Par sa pratique et sa réflexion, le psychomotricien intègre son propre corps et ses propres éprouvés à celui du patient en partant de ce que lui amène et lui propose ce dernier au travers de son tonus, de sa motricité, de son implication tant corporelle que mentale. Le psychomotricien doit se connaître lui-même pour pouvoir aider le patient à se construire. Il a un rôle de contenance et doit user de son corps et de sa psyché pour permettre au patient de réguler ses affects et de ne pas se laisser déborder. En travaillant sur son corps, ses ressentis, ses éprouvés corporels, ses appuis, sa tonicité, sa voix, le psychomotricien assure une présence physique qui peut recevoir les expressions corporelles du patient. Ainsi, il semblerait que le psychomotricien, tout comme la mère, reçoive et transforme les éprouvés de l'enfant en affects de plaisir et assure par là un rôle de pare-excitation.

L'engagement corporel du psychomotricien est central dans l'approche psychomotrice. Gatecel A., psychomotricienne, déclare que le «corps en relation»⁷⁴ est à la base de la thérapie psychomotrice. Le psychomotricien doit être engagé à la fois psychiquement et physiquement et donc impliquer son corps.

⁷³ Albaret, Giromini et Scialom, *op.cit.*, p.156-157

⁷⁴ Anne Gatecel, 2012, p.33

3. Les limites

Boutinaud J.⁷⁵ expose l'importance de l'accompagnement du patient lors des changements ou modifications du cadre. Les interdits sont fondamentaux car ils posent des limites structurantes. En psychomotricité, ces interdits concernent le respect de son corps et du corps de l'autre, ainsi que du matériel. En effet, la question de ses propres limites est à la fois physique mais également psychique. Le thérapeute se pose comme un étranger et sa présence auprès de l'enfant doit être sécurisante. Il est indispensable d'expliquer au patient le pourquoi de ces limites afin qu'elles prennent sens.

B. Le cadre thérapeutique

1. Nécessité du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est essentiel car il permet de poser des limites à la fois physique et psychique. C'est un espace qui contient, rassemble et sécurise, garant de l'unité thérapeutique. Il permet que la séance se déroule dans un espace-temps donné avec une activité pensée et réfléchie. Boutinaud⁷⁶, rappelle que le cadre ne se cantonne pas au lieu où nous accueillons l'enfant mais également au positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace. Le cadre permet de contenir les émergences du patient et ses invariants agissent comme une pare-excitation. Le lieu immuable, la durée régulière, la fixité des jours de rencontre et les horaires permettent un cadre spatio-temporel contenant.

Lafforgue P.⁷⁷ fait référence à l'identification projective créée par Klein M. La première phase de l'investissement du cadre est destructrice et correspond à une attaque du cadre. Le psychomotricien va recevoir les états internes de l'enfant et tentera, par sa fiabilité et ses limites, de les éradiquer. Puis, la seconde phase sécurisable va se mettre en place. Le cadre va être porteur de traces d'expériences sécurisantes qui se sont déroulées dans une continuité. L'adulte par sa présence, son regard, sa fiabilité et sa constance va permettre à l'enfant d'expérimenter et de retrouver des expériences partagées. Par sa fonction contenant et sécurisante,

⁷⁵ Jérôme Boutinaud, 2009, p.170-171

⁷⁶ *Ibid.*, p.169.

⁷⁷ Pierre Lafforgue, 1999, p.87-88

le cadre va permettre que des enveloppes psychiques se créent chez certains enfants. La troisième étape sera celle de l'introjection où l'enfant pourra créer des scénarios entre réel et imaginaire. Le travail en séance permettra de garder des traces qui seront intériorisées et réutilisées dans un autre lieu. Il faudra que le psychomotricien puisse avoir une lecture corporelle des réactions de l'enfant afin d'y donner sens. Le cadre permettra d'accueillir les angoisses archaïques de l'enfant et de travailler sur la distanciation.

2. Notion d'espace

L'espace est un concept fondamental de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet de se repérer, de se déplacer et de s'organiser par rapport à l'environnement. Il s'agit également d'une distance séparant le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. Il est donc un support à la relation et à la communication.

L'espace doit être pensé et aménagé pour le patient, de sorte qu'il reçoive les expériences à la fois sensorielles et physiques mais également psychiques du patient. Cet espace doit être sécurisé et permettre au patient d'y évoluer et de vivre son corps.

La perception de l'espace chez l'enfant est progressive et liée à son équipement neurologique, à ses expériences et à la qualité de son développement psychoaffectif. L'espace extérieur se construit conjointement au développement de la distinction dedans/dehors. Les premières enveloppes, la conscience d'un Soi unifié et limité vont permettre l'intériorisation des limites entre l'extérieur et l'intérieur.

La structuration spatiale s'effectue progressivement à partir de la différenciation du corps propre.

A la naissance, le nourrisson a une perception morcelée de l'espace et chaque modalité sensorielle est traitée individuellement. La zone orale est prépondérante. L'espace est vécu, il n'a ni forme ni dimension.

A partir de 2-3 ans et jusqu'à 7-8 ans, l'enfant passe d'une perception topologique ayant pour référence le corps propre à un espace représenté ayant toujours pour repère le corps propre. L'orientation spatiale va se mettre en place.

La structuration spatiale sera établie vers 8 ans. L'enfant va pouvoir décentrer ses repères et orienter son espace de manière projective pour intérioriser des formes et les projeter sur l'espace. Il pourra progressivement maîtriser l'espace euclidien et penser les notions de distance, de volume et de rapport temps-espace. Ces périodes se chevauchent et la représentation de l'espace reste liée, comme chez l'adulte, à l'état émotionnel.

3. Notion de temps

Le temps permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps propre et de son environnement. Sa structuration est à relier à la construction psychique de l'enfant. En effet, les mouvements maternels, les premières séparations, les regards et les expériences sensorielles vont permettre l'intégration progressive des données temporelles. Ils permettront également la constitution du Moi.

En séance, le temps doit être fixe, les horaires et la durée définis. La régularité du temps va permettre au patient d'avoir des repères temporels sécurisants.

Le temps peut être objectif et subjectif et comprend plusieurs composantes que sont l'ordre, la durée, la succession, l'intervalle, l'irréversibilité et la périodicité.

L'ordre et la succession sont perçus par l'enfant de façon passive par la répétition régulière de séquences et d'événements. Cela le sécurise et lui donne une sensation de maîtrise. Un réel mal-être règne chez les enfants privés de cette régularité.

La durée, est une quantité de temps s'écoulant entre le début et la fin d'une action ou entre deux actions différentes, que l'on peut nommer intervalle. Cette notion fait référence à la séparation et aux limites et se retrouve en séance. L'enfant va progressivement intégrer la notion de continuité et d'irréversibilité du temps et sera exposé à des cycles qui lui procureront un sentiment de maîtrise sur le temps.

Le rythme est un facteur de la structuration temporelle qui soutient l'adaptation au temps. Il a une fonction de réassurance et est indispensable à la stabilité des relations et étaye la sécurité affective.

Le temps est tout d'abord vécu, puis il sera perçu et enfin représenté par l'enfant.

La structuration spatio-temporelle est liée à la construction psychique de l'enfant et détermine la construction du Moi et la différenciation de l'autre.

C. Les communications non-verbales en séance

Les communications non-verbales sont un «ensemble de moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores.»⁷⁸ Elles peuvent être envisagées comme des outils permettant de se rencontrer et ont un rôle précieux dans les relations.

1. Dialogue tonique et toucher

Le dialogue tonique est le «point d'ancrage corporel du discours, le premier espace des échanges marqué par le plaisir, la frustration, les désirs et les appels vers l'autre»⁷⁹. Il vise l'ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction et se fait sur un mode vibratoire par le porter, le palper, le parler et le penser. Il est un élément essentiel de communication entre le patient et le psychomotricien et apparaît comme un véritable outil thérapeutique. Gauberti M. souligne que pour que le dialogue tonique ait du sens dans l'interaction thérapeutique, il faut que «la gestuelle expressive du psychomotricien entre en résonance et cohérence avec la sensibilité du [patient].»⁸⁰

En séance, la proximité corporelle et le toucher entre le thérapeute et le patient instaurent un dialogue tonico-émotionnel. On constate chez l'enfant autiste qu'il recherche un contact avec le thérapeute, prenant parfois une forme de collage. La question du contact corporel est cruciale avec ces enfants pour qui le toucher est souvent sollicité. Il permet la récupération d'une première enveloppe. Le psychomotricien doit être tolérant afin d'accepter cette recherche

⁷⁸ Jacques Corraze, 1980, p.15

⁷⁹ Mireille Gauberti, 1993, p.120

⁸⁰ *Ibid.*, p.122.

de proximité et l'exploration de ses orifices comme les yeux et la bouche permettant au patient de découvrir le corps de l'autre. Le contact de la main du thérapeute sur le corps de l'enfant peut permettre un apaisement de l'angoisse et fait référence à la notion de holding décrite par Winnicott. Cela peut permettre un renforcement du sentiment de cohésion corporelle et assure à l'enfant le sentiment d'être porté à la fois physiquement et psychiquement menant à l'avènement du Moi corporel et du psychisme. Le psychomotricien est ainsi dans un échange de tensions avec l'enfant et le dialogue tonique est un outil thérapeutique permettant de nouer un dialogue avec l'enfant aboutissant progressivement à la symbolisation de ses ressentis. Cependant, comme le souligne Gauberti, le dialogue tonique est aussi rupture en ce sens que le psychomotricien amène de nouvelles émotions et sensations permettant de nouveaux modes de relation avec le corps de l'autre.

2. Regard

L'orientation des yeux vers le corps d'un individu témoigne d'une recherche d'informations. Il peut être le signal d'une volonté d'agression ou une recherche de contact. Le regard occupe une place importante dans les rituels de rencontre et est un élément essentiel dans les relations entre les individus. Selon Rimé B.⁸¹, plusieurs fonctions sociales peuvent lui être attribuées :

- Fonction de vecteur : poser le regard sur quelqu'un fait de lui le point d'impact des messages que nous allons lui adresser.
- Fonction de captation : permettant de recueillir des informations sur la façon dont la personne agit et réagit.
- Fonction expressive : rendue possible par les mouvements musculaires animant le visage mais également par les mouvements volontaires dépendant des codes sociaux agissant comme signaux conventionnels.

Le regard permet la construction de l'identité. Le bébé possède un regard social sur le monde et traite de façon différente les objets et les humains. Il s'interroge sur ce qu'il voit dans les yeux de sa mère et il va s'interroger progressivement sur les questions de l'altérité et du dedans/dehors. L'identité sera le résultat du processus d'individuation.

⁸¹ Bernard Rimé, 1977, p.497

Denner A.⁸², souligne que le regard est souvent perçu comme une agression et qu'il faut donc savoir regarder discrètement pour préserver l'intégrité souvent fragile du patient. A ce propos, Roitman-Savary E.⁸³, psychomotricienne, insiste sur l'importance d'être attentif à la qualité de notre regard. Il faut respecter ce que l'enfant nous donne à voir mais également ce qu'il tend à dissimuler. Notre regard doit pouvoir se transformer et respecter le rythme propre du patient tout comme sa différence.

3. Espace et distance

L'espace personnel et les limites de l'individu sont invisibles et dépendent de plusieurs facteurs dont l'âge, le sexe, la pathologie mentale. Hall E.T. a défini la proxémie comme «l'ensemble des observations et des théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique.»⁸⁴

Chaque patient possède ainsi une «bulle» et Denner souligne que «ces 'frontières autour du corps' ne doivent pas être franchies sans acceptation réciproque.»⁸⁵ Les contacts directs doivent être rassurants et protecteurs. Elle ajoute que le problème de la distance du thérapeute à son patient se pose car elle permet le respect de la peur et de l'angoisse de ce dernier face à une relation trop directe. La distance est «le fruit de l'observation du patient et de la connaissance que l'on a de ses capacités d'échange.»⁸⁶ Le psychomotricien doit savoir s'y ajuster selon les réactions du patient.

Les communications non-verbales sont étroitement liées aux émotions et il est indispensable que le thérapeute décode le langage corporel de ses patients lorsque ces derniers ne peuvent s'exprimer verbalement.



Je développerai davantage cette partie en discussion afin de répondre à ma problématique sur la façon dont le psychomotricien peut travailler autour de la séparation et de l'individuation par le biais du cadre thérapeutique et de sa fonction contenante.

⁸² Anne Denner, 1980, p.78

⁸³ Estela Roitman-Savary, 2002, p.41

⁸⁴ Edward Twitchell Hall, 1971, p.13

⁸⁵ Denner, *op.cit.*, p.77

⁸⁶ *Ibid.*

PARTIE 3 : DISCUSSION

I) Analyse des problématiques de Nicolas

A. Ses pathologies et leurs conséquences

1. Trisomie 21 et TED : quel lien ?

La principale difficulté que j'ai rencontrée dans la prise en charge de Nicolas est la présence à la fois de la trisomie 21, mais également d'un TED qui interagissent l'un avec l'autre et amènent à des conséquences communes et particulières. En effet, Rondal⁸⁷ établit une correspondance entre ces deux pathologies d'un point de vue génétique. Je suppose alors que d'un point de vue développemental, elles peuvent s'influer l'une l'autre. Chez Nicolas, la trisomie 21 est responsable d'une déficience intellectuelle profonde retrouvée également chez certains enfants porteurs d'un TED. Or, la déficience intellectuelle peut engendrer des troubles de l'attention et de la concentration comme j'ai pu l'observer chez Nicolas. De même, les conduites répétitives et stéréotypées caractéristiques des enfants TED peuvent se retrouver dans plusieurs pathologies dont les déficiences intellectuelles. Il me paraît alors difficile de discriminer ce qui provient de la trisomie 21 et ce qui est dû au TED.

En raison de cette poly-pathologie et de ce qu'elle entraîne, je ne me suis pas axée sur elle dans ma prise en charge et j'ai tâché de considérer Nicolas comme un enfant, certes porteur de handicap, mais capable de progresser.

2. Impact du handicap sur la parentalité

Comme l'ont évoqués plusieurs auteurs cités précédemment, le handicap cause un traumatisme réel pour les parents et la famille entière. Lamarche⁸⁸ évoque les étapes par lesquelles passent les parents à l'annonce du handicap de leur enfant. Dans le cas de Nicolas, à l'annonce diagnostique de la trisomie 21, ses parents ont du faire le deuil de l'enfant idéalisé. Ainsi, ils ont pris la décision de garder cet enfant et ont probablement, pendant le temps de la grossesse, pris le recul nécessaire pour l'accueillir. Cependant, malgré la présence d'une déficience intellectuelle, les enfants trisomiques peuvent parfois accéder à une autonomie relative. Je suppose alors que les parents de Nicolas ont pu projeter sur leur enfant

⁸⁷ Cf *supra*. p.17

⁸⁸ Cf *supra*. p.34

l'espoir qu'il grandisse et puisse avoir une vie quasi-normale. Or, la présence de traits autistiques et l'annonce de la présence d'un TED a probablement engendré un double deuil chez ses parents. La question des interactions se pose alors, ainsi que des répercussions sur la dynamique familiale.

Il arrive cependant que l'annonce du handicap permette aux parents d'être rassurés. En effet, Hochmann J.⁸⁹ souligne que le handicap, une fois reconnu et nommé, permet aux parents d'avoir des réponses et de se dégager d'une responsabilité qu'ils s'imputaient. De plus, «le diagnostic est un gage d'identité.»⁹⁰

Dans le cas de Nicolas, il semble que l'annonce diagnostique du TED ait été un soulagement pour sa mère qui ne comprenait pas les comportements de son fils et ne se représentait pas la trisomie 21 avec de tels aspects développementaux.

En reprenant ce que Korff-Sausse⁹¹ expose à propos du rôle du père, je peux supposer que ce dernier se soit trouvé directement touché par le handicap de son fils et ait pu avoir des difficultés à investir cet enfant.

Corneau G.⁹² explique qu'en cas d'absence du père, le développement socio-affectif de l'enfant et en particulier du garçon, pourrait être perturbé par l'impossibilité d'identification paternelle. Pour lui, l'identité psychologique de l'individu est basée sur le sentiment d'avoir une colonne vertébrale qui sert de support à l'intériorité. Je suppose alors que la disparition du père de Nicolas, alors âgé de six ans, a pu avoir des conséquences sur son développement psychoaffectif déjà entravé par le handicap. Cette absence a pu être vécue par Nicolas comme un manque de structure interne menant à une difficulté d'autant plus grande à s'individualiser.

Selon Korff-Sausse, la présence du père est très importante dans les deux premières années de la vie de l'enfant. Etant donné que l'âge développemental de Nicolas a été estimé aux alentours de 20 mois, il me semble que la disparition de son père a pu être un réel traumatisme pour lui. Il se peut qu'il n'ait pas compris cette absence alors qu'il avait pleinement besoin de ce tiers. La différenciation avec sa mère s'en est probablement trouvée affectée entravant le processus de séparation/individuation.

⁸⁹ Raynaud et Scelles, *op.cit.*, p.104

⁹⁰ *Ibid.*, p.105.

⁹¹ *Cf supra.* p.39

⁹² Guy Corneau, 1989, p.19-189

3. L'ambivalence

Au début de la prise en charge, j'ai été marquée par le comportement en «tout ou rien» de Nicolas et plus précisément par ses attitudes de collage ou de rejet. Il pouvait passer de l'un à l'autre sans transition et je me suis beaucoup interrogée sur la raison de ce changement soudain dans la relation.

Robert-Ouvray⁹³ a mis en évidence la théorie de l'étayage qu'elle décline en six paliers : ambivalence du 9^{ème} mois, ambivalence tonique, ambivalence sensorielle, ambivalence affective, ambivalence représentative et ambivalence psychomotrice intriqués et dépendant les uns des autres.

Selon elle, l'ambivalence du 9^{ème} mois est rendue possible par la maturation du système nerveux central et par l'environnement. En raison du handicap de Nicolas, il est possible que son développement s'en soit trouvé altéré et que l'investissement des parents par rapport au handicap ait été bouleversé.

En ce qui concerne l'ambivalence tonique, je me suis demandé si en raison de l'hypotonie engendrée par la trisomie 21 manifestée par la nécessité pour Nicolas d'adopter des postures d'enroulement, n'a pas pu entraver l'accès à ce palier. L'enroulement permet la centration, l'apaisement et peut être un appel à la relation. Cependant, il est également adopté comme posture de sécurité en cas de douleur ou de peur. J'ai pu observer que Nicolas adoptait cette position pour se concentrer, maintenir son attention sur une activité et sur ses sensations lors du toucher thérapeutique.

L'ambivalence sensorielle est la capacité d'accéder au «tiède» et de ne pas être soit dans le chaud, soit dans le froid. Or, les enfants TED ont parfois des troubles de l'intégration sensorielle qui peuvent entraver cette ambivalence.

En ce qui concerne l'ambivalence affective, j'en arrive au «tout ou rien» et à la problématique de Nicolas. Il me semble que ce palier ne soit pas atteint en raison de la défaillance des paliers précédents. Nicolas présente une intolérance à la frustration qui, couplée à ses difficultés à se séparer, peut témoigner d'un manque de sécurité interne nécessaire pour supporter l'absence. Pour Robert-Ouvray⁹⁴, la frustration permet à l'enfant de se construire une enveloppe psychique contenante et identifiante avec l'aide de sa mère. Cependant, si la frustration est

⁹³ Suzanne Robert-Ouvray, Cours de psychologie de 3^{ème} année de psychomotricité du 3 Janvier 2015

⁹⁴ Robert-Ouvray, *op.cit.*, p.238

trop intense, elle mène au désespoir. Un tiers est nécessaire pour rompre la dyade mais Nicolas a tendance à fuir lorsqu'un autre vient perturber la relation duelle qu'il entretient avec l'adulte.

L'ambivalence représentative est absente chez Nicolas. Il n'a pas accès à l'imaginaire et la question de l'objet global du parent semble floue. Nicolas se situe en permanence dans l'ici et maintenant et ne peut anticiper le futur.

Enfin, l'ambivalence psychomotrice est rendue possible par l'étalement du psychomotricien et j'ai tenté de la travailler avec Nicolas.

B. Un processus de séparation/individuation entravé

1. Un attachement particulier

La plupart du temps, le handicap met à mal les liens d'attachement définis comme «les liens affectifs qui se constituent entre le bébé et les adultes qui en ont la charge.»⁹⁵ Ils se posent comme une base déterminante du développement ultérieur du bébé.

On note chez le bébé trisomique une faiblesse des demandes d'attachement de part son retard de développement. Il présente des difficultés à se représenter l'absence de sa mère et témoigne moins d'anxiété en son absence et moins d'excitation à son retour. Cela impacte les comportements d'attachement qui se font plus rares. La majorité des enfants trisomiques présentent un attachement de type «anxieux»⁹⁶ expliqué par le retard de développement menant à une construction plus tardive de la permanence de la personne. Je peux alors supposer que les liens d'attachement entre Nicolas et sa mère aient été difficiles à mettre en place. Sa mère a pu se trouver découragée face au peu de réactions de son fils en sa présence et a pu avoir du mal à investir cet enfant. Il est également possible qu'en raison de la pathologie de son fils, elle ait été très angoissée et l'ait surstimulé, entravant ses possibilités d'autonomisation.

Malgré tous ces obstacles, la plupart des mères d'enfants handicapés parviennent à s'attacher à leur bébé, même si leur identification est légèrement différente de celle des autres mères. Elles sont obligées de voir le monde à travers

⁹⁵ Céleste et Lauras, *op.cit.*, p.98

⁹⁶ *Ibid.*, p.101-102.

les yeux de leur bébé, de se mettre à leur place et de vivre au rythme qu'impose leur handicap.

2. Des interactions mises à mal

A sa naissance, le bébé est totalement dépendant de son environnement. Comme le souligne Winnicott⁹⁷, la mère se trouve dans un état de préoccupation maternelle primaire et répond totalement aux besoins de son bébé. Elle s'identifie à son enfant pour s'adapter au mieux à ce dernier. Cependant, dans le cas du handicap, Mannoni⁹⁸ souligne que la mère perd tout repère d'identification et l'investissement de l'enfant s'en trouve alors probablement atteint du fait de cette difficulté pour la mère de se projeter dans cet enfant.

L'identification est définie par Stern comme «[le fait] de se glisser dans la peau ou dans l'esprit de son bébé grâce à l'empathie et être capable de transformer ses sentiments pour se conformer à ceux que l'on prête au bébé.»⁹⁹ Il déclare que la mère va percevoir son enfant comme une continuation d'elle-même, comme quelqu'un à qui elle va pouvoir s'identifier. Ce processus d'identification est de plus, censé être gratifiant. Normalement, un parent découvre l'expérience de son bébé par empathie. Un handicap peut empêcher l'empathie, en particulier si l'annonce du handicap intervient avant que la mère ait eu la chance de se lier à son bébé. La mère peut alors avoir une réaction de rejet car la blessure narcissique est trop forte. Bion¹⁰⁰ expose que les parents vont prêter leur appareil à penser au bébé afin de l'aider à construire le sien. Ils vont s'identifier au vécu de leur enfant afin qu'il puisse progressivement acquérir le sentiment d'une identité propre, fondée sur celle de l'autre et différenciée d'elle.

Ces processus d'identification et de projection constituent le fondement de la construction du sujet. Le monde interne s'édifie par l'introjection du lien à l'autre. Il est indispensable de reconnaître l'enfant porteur de handicap dans son altérité afin qu'il ne devienne pas un lieu de projection. Dans le cas de Nicolas, il me semble alors que les interactions fantasmatiques aient été perturbées par le

⁹⁷ Cf *supra*. p.48

⁹⁸ Cf *supra*. p.34

⁹⁹ Brushweiler-Stern et Stern, *op.cit.*, p.128

¹⁰⁰ Cf *supra*. p.38

handicap et les difficultés possibles de sa mère à assurer ce que Bion nomme «rêverie maternelle»¹⁰¹.

Si je me réfère aux notions de holding et de handling apportées par Winnicott¹⁰², il me semble que la présence du handicap freine leur bon déroulement. La trisomie 21 de Nicolas est responsable d'une hypotonie. Je peux supposer que Nicolas ait été un enfant difficile à porter, qui devait se laisser «couler» dans les bras. Cela a dû avoir des répercussions sur l'investissement du milieu et engendrer une réduction des expressions émotionnelles. Les interactions corporelles s'en sont alors trouvées altérées. De plus, comme je l'ai exposé précédemment, le regard, la voix et les mimiques sont indispensables aux interactions précoces. Ces éléments de communication soutiennent et initient les relations. Or, en raison des difficultés visuelles de Nicolas, les échanges de regards avec sa mère ont pu être altérés. De plus, chez le bébé trisomique, on constate un retard dans l'apparition du contact œil à œil avec des épisodes de fixation du regard plus brefs. Cela a probablement majoré ses difficultés à établir une relation et à entrer en communication avec sa mère puisque le regard est le moyen privilégié de communication entre la mère et l'enfant. De même, en ce qui concerne les interactions vocales, l'enfant porteur de trisomie 21 présenterait un retard dans l'établissement des vocalises. Le babillage revêtirait moins de désir de communication, entravant parfois le développement du langage.

Les échanges entre la mère de Nicolas et son fils ont probablement été freinés par les difficultés de ce dernier et ont pu être vécus par sa mère comme un refus ou un désintérêt de la relation. La passivité engendrée par l'hypotonie a probablement freiné le dialogue corporel rendu possible par les sourires, le regard et la réponse aux sollicitations maternelles. Dans ce cas, le bébé se trouve en difficulté pour mettre en place les premiers comportements qui vont soutenir l'instauration des premiers liens.

Les traits autistiques de Nicolas peuvent alors être une conséquence de la trisomie 21 et de ce qu'elle provoque sur les interactions précoces.

¹⁰¹ Cf *supra*, p.38

¹⁰² Cf *supra*, p.37

3. Processus de subjectivation et lien à l'autre

La construction de l'identité du sujet dépend du regard d'autrui qui permet une interaction entre la connaissance de soi et la connaissance de l'autre. Scelles R.¹⁰³ évoque le regard qui crée le lien et participe au processus d'attachement. Le handicap engendre un rapport à soi et à l'autre singulier pouvant freiner l'élaboration de la subjectivité de l'individu. Korff-Sausse¹⁰⁴ évoque le fait de ne pas trouver dans le regard de l'autre une image de soi qui désigne le sujet comme étant humain. Le regard d'autrui a donc un fort impact sur les liens entre le sujet et sa famille et sur la constitution de son identité.

Le holding et le handling participent à la mise en place des fonctions de la peau, frontière entre l'intérieur et l'extérieur et permettent d'accéder à une subjectivité. Dans le cas de Nicolas, il se peut que ce processus de subjectivation ait été entravé du fait des interactions précoces mises à mal par le handicap.

De plus, Nicolas a souffert dans le passé de trichotillomanie. Or, selon Golse¹⁰⁵, il s'agit pour l'enfant de retrouver la maîtrise de l'omnipotence du lien à la mère, une relation fusionnelle se rapportant au stade de l'identification primaire. Nicolas a donc pu être bloqué à des stades précoces de son développement du fait des freins engendrés par le handicap.

Il semble que chez l'enfant trisomique, la maîtrise de l'individualisation ne soit possible qu'aux alentours de six ans.

II) La séance de psychomotricité : un cadre contenant

A. La contenance du cadre

1. Définition de la contenance

La contenance tout comme la contention a, selon Chapelier J-B, pour fonction de «délimiter le monde interne du monde externe, instaurant par là des

¹⁰³ Raynaud et Scelles, *op.cit.*, p.137

¹⁰⁴ Korff-Sausse, *op.cit.*, p.57

¹⁰⁵ Golse, *op.cit.*, p.84-85

assises narcissiques et la mise en place du Moi.»¹⁰⁶ Elles ont également une fonction de pare-excitation permettant de maintenir l'intégrité de ce Moi.

Cependant, bien que l'auteur rapproche ces deux notions, en psychomotricité il est essentiel de bien distinguer la contention, privant le patient de sa liberté de se mouvoir, de la contenance, utilisée dans un cadre thérapeutique visant à permettre au patient de retrouver une unité psychocorporelle.

2. Le cadre thérapeutique

En psychomotricité, la place du corps est prépondérante et s'inscrit dans un cadre thérapeutique défini par «la formulation des conditions, l'énoncé du travail qui va se faire ensemble, la prise en compte de l'institution qui limite la fusion, la relation exclusive.»¹⁰⁷ Le cadre thérapeutique apparaît comme un élément essentiel constitué premièrement d'un cadre externe, institutionnel, deuxièmement du cadre physique également nommé dispositif qui représente des aspects concrets de l'espace, du temps, du matériel et troisièmement du cadre psychique, interne du thérapeute qui en dépend.

Poser un cadre en séance apparaît donc essentiel pour permettre au patient de construire ses propres limites corporelles au travers de celui-ci.

Avec Nicolas, je me suis beaucoup appuyée sur le cadre afin de lui donner des repères fixes qui lui permettent une stabilité et une sécurité afin qu'il puisse expérimenter et vivre son corps sans se soucier de maîtriser ce qu'il y a tout autour de lui, en l'occurrence le cadre de la séance.

3. Le cadre institutionnel externe

Le cadre institutionnel est essentiel car il garantit une sécurité tant pour les enfants que pour les professionnels. Selon Bourger P.¹⁰⁸, notre outil professionnel en dépend puisque nous faisons partie de l'institution dès lors que nous y intervenons. En tant que stagiaire, j'étais donc dépendante de l'institution qui avait pour rôle de me soutenir, de répondre au mieux à mes questionnements ainsi qu'à mes incompréhensions. La direction a connaissance des différents corps de

¹⁰⁶ Jean-Bernard Chapelier et Didier Roffat, 2011, p.62

¹⁰⁷ Potel, *op.cit.*, p.127

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.75.

métiers et les soutient dans leurs prises en charge. Elle oriente leurs décisions et les guide dans leurs démarches. Elle se pose comme garante d'un cadre fixe, stable et sécurisant permettant le respect de l'enfant et de son projet personnalisé d'accompagnement. Par sa fonction contenante, elle aide les professionnels à penser le soin en proposant des Analyses de la Pratique (ADP) se déroulant une fois par mois dans l'institution où je suis. Cela permet une supervision des professionnels qui se répercute de façon positive sur la prise en charge des patients puisqu'elle permet aux professionnels de penser leurs prises en charge.

Selon Houzel¹⁰⁹, pour avoir une fonction thérapeutique, l'institution doit tisser au fil de son histoire une enveloppe, comparable à l'enveloppe familiale et douée des propriétés suivantes : étanchéité permettant à mon sens de garantir la confidentialité, perméabilité, garantissant les échanges entre l'institution et l'extérieur, consistance, élasticité permettant d'accueillir la souffrance psychique des patients et de leur famille. Il ajoute que le tissage de cette enveloppe se fait par les soignants et qu'il s'agit de la condition pour que les processus thérapeutiques prennent place.

B. Le dispositif de soin

Comme je l'ai exposé plus tôt, j'ai observé à la fin de la première séance les difficultés de Nicolas à quitter la salle de psychomotricité¹¹⁰ et à se séparer. Les transitions, le passage d'un espace à un autre, étaient sources d'inquiétude et de colères. J'ai donc proposé à Nicolas des repères, des rituels afin qu'il vive au mieux cette séparation en intériorisant une continuité.

1. Cadre spatial

Dès le début de ma prise en charge, j'ai mis en place le «rituel des portes»¹¹¹ pour effectuer le trajet jusqu'à la salle de psychomotricité. Cela m'a paru important afin de structurer l'espace, de le diviser, pour que Nicolas puisse se l'approprier et s'y sentir en sécurité. En portant attention aux temps de passage entre l'espace extérieur et celui de la salle, j'ai cherché à amener Nicolas à différencier les espaces pour aboutir progressivement à la différenciation des

¹⁰⁹ Houzel, *op.cit.*, p.149

¹¹⁰ Cf. Annexe, p. I

¹¹¹ Cf *supra*. p.21

espaces psychiques puis à la séparation. J'ai tâché de lui fournir des repères spatiaux et de mettre des mots sur le passage d'un espace à un autre pour y donner du sens. De même, l'arrivée en salle de psychomotricité s'effectuait chaque semaine de la même manière. J'ai pu constater que Nicolas pouvait s'orienter dans cet espace de transition entre le groupe et la salle. Il a pu mémoriser les rituels mis en place et accéder à une certaine autonomie. En séance, j'ai tenu à délimiter l'espace de jeux de l'espace bureau afin de donner des repères stables à Nicolas qui avait tendance à déambuler dans la salle pour aller chercher du matériel dans les placards. Cette difficulté à se poser, à fixer son attention révélait pour lui des difficultés à investir l'espace et à se le représenter.

J'ai tâché avec Nicolas de lui garantir un espace contenant pour qu'il puisse l'intérioriser afin de construire sa propre contenance psychique. Cet espace thérapeutique de relation et de jeu a sans doute permis à Nicolas d'investir et de s'approprier son corps. En fermant le cadre et en délimitant les espaces j'ai cherché à lui garantir une confidentialité mais surtout une sécurité face aux invasions qui pouvaient survenir de l'extérieur. En fin de séance, l'utilisation de «Mr Clown» pour ranger la salle lui a permis progressivement de participer au rangement du matériel et à la remise en place du cadre intériorisé.

Calza et Contant¹¹² soulignent la fiabilité, la stabilité et la délimitation du spatial qui confèrent une forme au cadre et désignent le premier aspect du cadre.

2. Cadre matériel

En psychomotricité, l'aménagement de la salle permet un espace d'exploration et de découverte. Il faut veiller à ce que le matériel ne soit pas en profusion car il risquerait de solliciter l'enfant de façon exagérée. Il doit cependant être en nombre suffisant pour permettre à l'enfant de choisir un objet qui lui corresponde. Les réactions des patients face au matériel sont très variables. Boutinaud souligne que «les premiers temps de la rencontre peuvent voir l'investissement du matériel rester à l'image de la dynamique qui anime la pathologie»¹¹³. Dans le cas de l'autisme, le matériel pourra alimenter les stéréotypies ou les attitudes de repli, de fuite et d'isolement.

¹¹² Calza et Contant, *op.cit.*, p.14

¹¹³ Boutinaud, *op.cit.*, p.171

Au cours des séances, j'ai pu observer que Nicolas avait des «objets ressources» qui semblaient le sécuriser car il les connaissait avant que je le suive en séance : coussin vibrant, plaque en plexiglass, briques, ballon bleu, cubes... Ces objets étaient utilisés par Nicolas pour s'isoler, se couper de la relation mais également pour se rassurer. Bourger souligne que le matériel familier a pour but de favoriser l'expression du corps et la créativité. Il ajoute que le matériel «représente pour le patient comme pour le psychomotricien un point d'ancrage avec la réalité.»¹¹⁴ Cela peut expliquer le fait que certains objets rassurent Nicolas en lui permettant de distinguer la réalité de la fiction et en étant présents à un instant T. Le choix du matériel doit être pensé et réfléchi en fonction du patient. J'ai observé avec Nicolas qu'il lui était indispensable de s'appuyer sur un objet qui soutienne la relation. Chez les enfants présentant une déficience intellectuelle, il leur faut des objets concrets car l'accès à l'imaginaire est très complexe. Cependant, il m'a fallu doser la quantité d'objets proposés sans quoi Nicolas se laissait submerger par ce qu'il avait autour de lui et ne pouvait se concentrer sur une tâche. Il était important de ranger le matériel au fur et à mesure. J'ai donc inclus la bassine permettant de «dire au-revoir» aux objets et d'ainsi permettre à Nicolas de s'en séparer et d'accepter les transitions. L'utilisation du tunnel a permis à Nicolas de s'approprier un contenant et un contenu en expérimentant le dedans et le dehors. Nicolas était sans cesse à la recherche d'un espace contenant, le fauteuil bleu, que je peux mettre en lien avec la quête de ses propres limites corporelles.

J'ai donc mis en place un cadre fixe avec un matériel donné que je réutilisais d'une séance à l'autre. J'ajoutais en haut du placard à briques un nouveau jeu à chaque séance afin de diversifier ce que je proposais à Nicolas. Cela permettait d'introduire de la nouveauté et d'éviter l'enfermement dans un cadre figé et immuable.

3. Cadre temporel

Avant de débiter la prise en charge avec Nicolas, j'ai pris le temps de lui expliquer ma présence et le travail que nous allions faire ensemble, afin qu'il puisse s'adapter et que cette nouveauté ne perturbe pas trop ses habitudes. J'ai

¹¹⁴ Potel, *op.cit.*, p.71

rapidement mis en place le cadre temporel assurant une régularité, un rythme, une durée fixe permettant le bon déroulement des séances.

Au début de la prise en charge, j'ai introduit le time-timer, outil associant du visuel et du sonore que Nicolas a rapidement investi. Il a pu au fil des séances faire le lien entre le son et l'objet. Il me semble que cela l'a aidé à comprendre que la séance arrivait à son terme et à anticiper sur ce qui allait suivre, à savoir la fin de séance et le retour sur son groupe. De plus, le sonore est le sens privilégié de Nicolas. De fait, la sonnerie du time-timer était un réel repère pour lui et captait son attention. Je pouvais observer une hausse de sa vigilance et un recrutement tonique lorsque l'objet sonnait.

La durée est un élément essentiel à la structuration temporelle tout comme l'ordre et la succession. Les musiques de début et de fin permettaient d'entrer dans la séance sur un rythme dynamique et d'en ressortir sur une musique douce, pour un retour au calme. Nicolas a également repéré cela car il le reproduisait lors des séances avec mon maître de stage comme pour lui réclamer la musique. Ce rituel lui permettait de se situer dans le temps et d'avoir des repères de début et de fin de séance rassurants.

J'ai pu constater l'importance de la continuité des séances. En effet, après un délai de séparation supérieur à une semaine, Nicolas avait besoin de tester le cadre et les limites. Il déplaçait les modules et les objets comme pour s'assurer de leur durabilité. Son évolution me paraissait en dents de scie car à chaque retour de vacances ou après une absence de ma part, Nicolas manifestait cette interruption, dans la continuité de la prise en charge, en s'isolant ou en bousculant le cadre de la salle. Je me suis alors demandé s'il craignait de ne plus me voir, que je disparaisse et s'il s'agissait-là d'une façon de tester ma présence et ma permanence. En effet, au début de la prise en charge j'avais l'impression qu'en dehors de sa vue je n'existais plus. Progressivement, la relation a pu se tisser et Nicolas pouvait venir me voir en dehors des séances. Ma présence était intériorisée, j'existais pour lui. Au fur et à mesure de la prise en charge, nous étions plus en lien. Nous pouvions partager des temps ensemble autour d'une activité qui l'intéressait. Il respectait les consignes, faisait des demandes et participait à ce que je lui proposais. Il m'apportait des jeux, ses jeux, comme pour m'inclure à l'intérieur et il a pu, par imitation, faire des apprentissages. Il mémorisait d'une séance à l'autre ce que je lui montrais et pouvait le reproduire

de manière différée sans que je lui demande. Il m'était donc indispensable de lui assurer une continuité temporelle et de le prévenir de mes absences pour qu'il puisse, avec l'aide de ses éducateurs, l'anticiper et s'y adapter.

Calza et Contant¹¹⁵ insistent sur la régularité dans la temporalité effectuée par la rythmicité et désignent cela comme le deuxième aspect du cadre.

C. Les limites du cadre

En psychomotricité, des règles et des interdits sont à respecter afin de garantir la sécurité du patient et celle du thérapeute. En raison des difficultés de Nicolas à respecter les consignes du fait de son défaut de compréhension et de son intolérance à la frustration, j'ai dû rapidement poser quelques règles. Le cadre spatial m'a permis de montrer à Nicolas qu'il y avait un espace à respecter. J'ai également dû lui expliquer qu'il était interdit de se faire mal car lorsqu'il était en colère il lui arrivait de se cogner la tête et je devais garantir sa sécurité.

Pour Calza et Contant¹¹⁶, les limites prennent en compte la régulation des relations ainsi que la distance instaurée entre les deux partenaires. Il s'agit là du troisième aspect du cadre.

III) La fonction contenante du psychomotricien

La notion de «fonction de contenant»¹¹⁷ nécessite selon Kasha N., psychologue clinicienne, trois aspects essentiels : l'attention, qualité essentielle de la fonction de contenance, la maintenance et la capacité d'accueil des pensées angoissantes. Elle ajoute que le thérapeute se pose tel un repère comme la mère. Il doit être à l'aise avec ses parties sombres pour pouvoir s'étayer sur lui-même.

Avec Nicolas, ces trois aspects m'ont semblé essentiels et j'ai pu établir des corrélations avec les théories de nombreux auteurs.

A. Le cadre interne

1. Vécu

¹¹⁵ Calza et Contant, *op.cit.*, p.14

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ Chapelier et Roffat, *op.cit.*, p.87

Au cours de mes études de psychomotricité, j'ai pu progressivement constituer mon cadre interne par le biais des cours théoriques et pratiques. Mes expériences de stage m'ont permis d'évaluer mes capacités à être en relation et à penser le soin. J'ai pu apprendre à mieux me connaître tant au niveau corporel que psychique et acquérir une meilleure connaissance de moi-même, de mes capacités comme de mes limites. J'ai eu l'occasion d'expérimenter des situations proposées à mes patients afin de me les approprier et d'en comprendre les impacts possibles. J'ai pu appréhender ce qui peut se jouer pour le patient et ainsi m'ajuster à ce que je vois et ressens.

En séance avec Nicolas, j'ai tâché de m'ajuster à ce qu'il me montrait, à ce que je percevais de lui selon ma subjectivité et ma sensibilité. Je me suis posée en garante du cadre thérapeutique à la fois malléable, pour m'adapter à Nicolas, mais suffisamment ferme pour structurer la séance et préserver la permanence de la prise en charge.

2. Fonction «parentale»

Je me suis beaucoup basée sur la verbalisation afin de mettre des mots sur ce que je percevais de l'état de Nicolas, de ses ressentis et de ses réactions. Je devais recevoir ce qu'il me donnait à voir et percevoir et m'envoyait de façon consciente ou inconsciente, et lui renvoyer de façon pensée, réfléchie et acceptable pour lui. Boutinaud¹¹⁸ établit un rapprochement avec ce que Bion nomme «capacité de rêverie maternelle». Il semblerait alors que le psychomotricien se place, telle la position de la mère, en disponibilité permettant d'accueillir les éléments bêta, bruts de l'enfant et de les transformer en éléments alpha, mis en pensée, en images et en mots. Il semble que le thérapeute réalise un travail de pensée au cours des séances, que nous pouvons comparer à l'activité maternelle. Au cours des séances, j'ai dû assurer une fonction alpha indispensable pour aider Nicolas à se sécuriser.

Cependant, bien que j'aie dû assurer cette fonction, j'étais bien loin de suppléer sa mère car comme le souligne Winnicott en évoquant le rôle de l'analyste : «[Il]

¹¹⁸ Boutinaud, *op.cit.*, p.152

n'est pas la mère du malade [et] tend seulement à assumer [...], pour un temps limité, des fonctions maternelles.»¹¹⁹

La distance thérapeutique est importante dans la mesure où il est indispensable d'accueillir ce que nous amène l'enfant sans nous laisser déborder par ses affects.

Selon Bion, la fonction contenante est une fonction d'accueil de symbolisation.

Le Camus¹²⁰ décrit la fonction paternelle comme nécessaire à l'identité assurant l'axe corporel de l'enfant, une solidité. J'avais ainsi une fonction maternelle mais également paternelle devant être suffisamment ferme, solide, résistante mais surtout sécurisante. Cette fonction s'est confirmée lors des fins de séances et des séparations. Le père permet de rompre la dyade formée entre la mère et l'enfant et d'ouvrir cet enfant sur l'extérieur. Je devais alors jouer le rôle du tiers de ma séance tout en faisant partie de cette dyade. Je me suis ressentie comme «un mère» puisque je devais à la fois contenir Nicolas, le rassurer, le porter mais également l'aider à s'ouvrir au monde, à se différencier et à se séparer. C'est pourquoi l'utilisation de « Mr Clown » m'a aidée. L'usage d'un objet venant faire tiers m'a permis de rompre la dyade qui nous unissait. Mes prises de notes, après chaque prise en charge, assuraient également cette fonction de tiers puisqu'elles me permettaient de penser la séance, de la mettre en mots et d'y donner sens.

3. Fonction de maintenance

En psychomotricité, nous rejouons ce qui s'est passé ou non dans l'enfance du jeune patient, notamment le holding et le handling décrits par Winnicott.

Cette fonction maternelle nous est ainsi allouée le temps de la séance et nous assurons un rôle de réception, d'empathie, de bienveillance et de contenance. Avec Nicolas, il m'est arrivé de le porter physiquement lorsque ce dernier se réfugiait dans mes bras. Je le rassurais alors en lui offrant la contenance de mon corps et le berçais comme un tout petit. Je me suis interrogée sur la façon dont je devais accueillir cette demande de contact corporel. J'ai décidé d'accepter cela comme faisant partie de l'évolution de Nicolas. Il me semblait important d'être présente pour lui et d'assurer par là une solidité. Je lui prêtais en quelque-sorte

¹¹⁹ Geets, *op.cit.*, p.131

¹²⁰ Cf *supra*. p.38

mon corps pour l'aider à construire sa propre enveloppe. Je tâchais de fournir à Nicolas un appui lui permettant de s'y accrocher et de se sentir sécurisé. Par la solidité de mon axe, j'ai tenté de donner à Nicolas un support lui permettant de se tenir. Anzieu¹²¹ évoque la fonction de maintenance comme une des fonctions de la peau s'étayant sur le handling décrit par Winnicott. Pour lui, les fonctions de l'enveloppe psychique s'étayaient sur les fonctions de la peau. Dans les bras de sa mère, le bébé aura la sensation d'un contenant et pourra percevoir sa peau comme une limite entre le dedans et le dehors.

4. Fonction pare-stimulatrice

La fonction pare-stimulatrice du psychomotricien peut se rapprocher de la fonction pare-excitatrice décrite par Winnicott. Selon Bourger, le matériel choisi en séance a pour but de favoriser l'expression psychomotrice du patient par sa familiarité et sa diversité. Il agit comme «catalyseur de la relation»¹²² et est utilisé comme médiateur créant un espace thérapeutique transitionnel. Ainsi que je l'ai expliqué plus haut, le matériel utilisé par Nicolas avait pour but de le rassurer, par sa permanence mais également de favoriser son expression et de permettre que la relation s'instaure entre nous. Il a pu s'exprimer et revivre des expériences antérieures tout en étant sécurisé par le cadre de la séance. Il me semble que le terme de «psychomotricien suffisamment soignant»¹²³ illustre bien la nécessité que j'ai eu de m'adapter à Nicolas et de pouvoir lui assurer une sécurité et une présence.

Potel¹²⁴ met en évidence le rôle pare-exciteur du thérapeute en ce qui concerne le toucher. Ce dernier peut véhiculer une excitation, des émotions trop fortes pour le patient qui ne pourra les contenir et qui freineront le travail psychique. Le thérapeute doit donc être attentif à ses ressentis et garantir, par son cadre interne psychique, la permanence de l'interdit de l'inceste garante de la sécurité psychique des deux partenaires. Ce travail permettra de limiter ou d'éviter la séduction du rapproché corporel. Avec Nicolas, j'ai tenté de m'ajuster à ses demandes car il arrivait que les contacts sur sa peau engendrent une hausse tonique assez importante et un état d'excitation qu'il ne pouvait toujours

¹²¹ Cf *supra*. p.46

¹²² Potel, *op.cit.*, p.77

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ Potel, *op.cit.*, p.127

contrôler. En posant mon cadre interne je lui garantissais un toucher sécuritaire exempt de séduction et inclus dans une technique propre au psychomotricien.

B. Le handicap en séance

1. Impact du handicap sur le psychomotricien

Le handicap a des répercussions sur le psychomotricien comme il en a sur le reste des individus. Il provoque en nous des réactions, des interrogations, un malaise, une empathie selon notre sensibilité. Le handicap de Nicolas m'intéressait et me touchait et mon investissement en séance a dû en être modifié.

Lorsque le psychomotricien rencontre un enfant porteur de handicap, il doit se demander comment l'aider. Korff-Sausse souligne l'importance de reconnaître le handicap et de voir l'enfant tel qu'il est, "admettre sa personnalité, sa souffrance, le destin qui est le sien"¹²⁵. Avec Nicolas, j'ai cherché à comprendre ce qu'il essayait de me dire et la manière dont il s'y prenait pour le faire. Il est indispensable de renoncer à nos idées toutes faites sur le handicap car "tout être humain, aussi démuné soit-il, a une conscience de sa singularité qu'il cherche à faire reconnaître"¹²⁶.

Au cours de la prise en charge il a fallu m'adapter aux différentes problématiques de Nicolas et à leurs répercussions. La trisomie 21 engendrait une hypotonie, une fatigabilité et une déficience intellectuelle profonde qui rendaient difficile la compréhension des consignes. Cela amenait à une instabilité, des troubles de l'attention et de la concentration et une intolérance à la frustration. Les traits autistiques présents chez Nicolas rendaient l'interaction complexe car il s'enfermait dans des stéréotypes se coupant de la relation. La communication verbale n'était pas possible. La psychomotricité a un rôle indispensable dans la communication non-verbale et j'ai pu le percevoir de façon intense. Les difficultés visuelles ajoutées à cela nécessitaient une adaptation de la distance et de l'espace de la salle.

¹²⁵ Korff-Sausse, *op.cit.*, p.17

¹²⁶ *Ibid.*

2. Les communications non-verbales : dialogue tonico-émotionnel

La disponibilité psychocorporelle du psychomotricien est indispensable au cadre thérapeutique. Bourger évoque une «histoire tonico-émotionnelle»¹²⁷ qui se tisse au fil de la prise en charge. Il établit une analogie avec le dialogue tonico-émotionnel s'établissant entre la mère et son bébé. Selon lui, le dialogue psychomoteur est le pivot de la thérapie puisque notre façon d'être et d'agir avec le patient aura des répercussions sur notre prise en charge. Avec Nicolas, la communication non-verbale a été au centre de notre rencontre. Je verbalisais sur ce que je ressentais de son état en observant son tonus, sa posture, ses mimiques, ses gestes. J'ai tenté d'établir avec lui une relation au travers de la rencontre par le biais du corps et des médiateurs. La disponibilité psychocorporelle du psychomotricien permet qu'un lien se crée entre le thérapeute et l'enfant. Pour que les facultés «d'impression» et «d'expression» du psychomotricien soient possibles, il faut qu'il soit disponible psychiquement mais également physiquement via son état tonique et son histoire. Comme le souligne Bourger¹²⁸, si le psychomotricien est très tendu, il ne pourra pas être à l'écoute et s'imprégner suffisamment du patient ce qui entravera l'élaboration d'une expression.

Il est clair que mes émotions et mon état du moment influaient sur Nicolas. Je le décrivais comme une « éponge émotionnelle » capable de recevoir directement ce que je lui envoyais de façon inconsciente. Je tentais alors d'adapter mon tonus afin de lui permettre tantôt de se poser tantôt de participer à la séance mais il arrivait parfois que je ne sois pas suffisamment disponible pour cela. L'influence de l'un sur l'autre avait des répercussions sur la séance et probablement sur la fin de séance. S'exprimant par le corps, il me fallait être à l'écoute du moindre changement corporel chez Nicolas afin qu'un échange tonico-émotionnel se crée.

La fonction d'attention du thérapeute est ici essentielle pour comprendre le patient. Le psychomotricien doit être à l'écoute de ce dernier et du moindre changement dans son attitude, sa posture, sa tonicité pour s'ajuster au mieux. J'ai eu l'impression de devenir une figure d'attachement pour Nicolas, ainsi que l'a décrit Bowlby¹²⁹ lui assurant une chaleur et une sécurité.

¹²⁷ Potel, *op.cit.*, p.76

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Cf supra.* p.40

3. Empathie, transfert et contre-transfert

L'empathie peut se définir comme la capacité de l'individu à recevoir les émotions de l'autre. Elle amène au transfert et au contre-transfert dans la mesure où elle fait référence aux affects.

Les notions de transfert et de contre-transfert ont avant tout un sens psychanalytique. Cependant, il me semble que je ne peux m'abstenir de les évoquer en ce qui concerne ma prise en charge avec Nicolas.

En 1994, Moyano O.¹³⁰, a évoqué l'implication corporelle du psychomotricien comme la relation instaurée entre le psychomotricien et l'enfant au cours des séances. Il explique que l'enfant utilise le thérapeute comme premier support relationnel afin d'élaborer son système de représentations. Il insiste sur le fait que la relation est le point de départ à toute thérapie et à toute implication.

A partir du moment où il y a relation, des affects sont véhiculés. Les psychomotriciens n'investissent pas tous leurs patients de la même manière. Il me semble qu'il en va de même pour notre mémoire. Le sujet choisi n'est pas anodin et vient faire écho à ce que nous sommes. Avec Nicolas, j'ai passé de longs mois à tenter de le rencontrer pour pouvoir tisser une relation et il est clair que je ne pouvais me dégager de mes affects, ne serait-ce qu'en raison de sa pathologie. Je tâchais au mieux de le considérer comme les autres enfants que je suivais en séance mais je ne pouvais m'empêcher d'apprécier les moments que nous passions ensemble et de les attendre avec impatience. Ce contre-transfert au sens psychanalytique m'apparaît naturel et je ne pouvais lutter contre. Cependant, je tâchais de conserver la distance thérapeutique nécessaire au bon déroulement des séances et à respecter celle de Nicolas.

Célerier déclare à propos de la relation entre le médecin et son patient que «l'aptitude au transfert que nous possédons tous joue aussi du côté du médecin qui projette d'emblée sur le malade [...] une idée de ce qu'il est, qui n'est pas forcément exacte, mais influencera en tout cas sur son attitude immédiate.»¹³¹ Cela renvoie à l'idée que nous nous faisons du patient. Tout comme les parents qui doivent s'adapter au handicap de leur enfant, nous devons nous adapter à la réalité de l'enfant sans a priori et laisser de côté les préconçus que nous nous étions faits.

¹³⁰ Albaret, Giromini et Scialom, *op.cit.*, p.292

¹³¹ Célerier, *op.cit.*, p.20

Selon Calza et Contant¹³², le cadre du psychomotricien est le premier objet des phénomènes transférentiels. Pour eux, le contre-transfert émotionnel en psychomotricité est un des phénomènes à l'œuvre dans tout travail thérapeutique.

C. Les séances avec Nicolas

1. Rencontre et relation

La rencontre peut être définie comme :

«Le fait pour deux personnes, malade et soignant, de se trouver chacune en présence de l'autre, en un même temps et en un lieu définis. Elle peut s'inscrire à l'intérieur d'une relation d'asymétrie et de réciprocité qui se répète dans le temps, ou se référer secondairement à une autre relation, dans un cadre capable de contenir le processus qui se déroule. La rencontre met en jeu des identifications profondes chez les partenaires et se partage plus dans le silence qu'avec des mots. Elle exige du thérapeute qu'il accepte d'accueillir l'autre au plus profond de soi et qu'il puisse prendre ensuite une certaine distance. Seulement à ce moment la verbalisation devient possible. En relation étroite avec l'institution et la ritualisation, la rencontre joue un rôle constituant et participe à l'élaboration d'une histoire.»¹³³

Avec Nicolas, il m'a été indispensable de m'ajuster à ses propositions et à sa volonté. Il devait trouver un intérêt dans ce que je lui proposais sans quoi la rencontre était impossible. Il me fallait me placer à sa hauteur, parler distinctement afin qu'il m'écoute et puisse comprendre ce que je lui disais. Cette proximité était indispensable pour qu'il participe et accepte la relation. En raison de ses difficultés visuelles, il me fallait être suffisamment proche de lui pour qu'il puisse interagir avec moi. En soutenant Nicolas et en lui donnant des appuis stables sur lesquels il pouvait se poser, j'ai tenté de l'accompagner pour qu'il puisse investir la relation ainsi que son corps et se l'approprier. Par là, je tentais de rendre possible l'intégration d'un vécu et d'amorcer la structuration de son espace corporel. Cet étayage avait pour but de lui permettre de se différencier et de s'individualiser, malgré ses difficultés à accéder à une autonomie et à se séparer réellement du corps de l'autre.

¹³² Calza et Contant, *op.cit.*, p.27

¹³³ Alejandro Rojas Urrego, 1991, p.86

La relation repose sur une confiance en la présence de l'autre, en sa solidité et sa contenance. Il m'a été important de lui parler de ce qu'il faisait, de lui montrer que je le comprenais et pouvais l'aider à affronter ses peurs qui l'amenaient à se replier sur lui-même ou provoquaient de fortes colères.

Il me semble que chez Nicolas, la frustration, et plus précisément les crises ou colères qui en résultent, témoignent davantage d'un défaut de compréhension que d'une angoisse ou d'un refus de faire ce qui est demandé. Cela souligne l'importance de s'adapter et de tenter de comprendre ce qu'il cherche à nous communiquer.

2. Séparations et objet de fin de séance

Au cours de la première moitié de la prise en charge, l'importance de l'objet de fin de séance utilisé par Nicolas m'a posé question. *Quel était le rôle de cet objet ? Pourquoi était-il indispensable à Nicolas pour quitter la salle ?*

Winnicott¹³⁴ évoque l'objet transitionnel comme support du lien, ouvrant à la symbolisation et au sentiment de continuité d'existence de l'enfant. Dans le cas de Nicolas, l'objet est choisi de façon aléatoire et appartient à la salle de psychomotricité. Nicolas s'en saisit pour sortir de la salle et semble l'utiliser comme un prolongement de l'espace et de la relation. Cet objet semble faire lien et lui permet de supporter les transitions. Si je m'en tiens à ce que dit Winnicott, il ne s'agit pas d'un objet transitionnel au sens où il l'entend puisque ce n'est pas un objet d'attachement propre à Nicolas.

En raison des traits autistiques que présente Nicolas, je me suis interrogée sur l'objet autistique évoqué par Tustin. Selon elle, l'objet autistique est une fonction détournée de l'objet dont l'emploi est ritualisé et peu différencié. Il constitue la «première possession non-moi de l'enfant»¹³⁵. Il ne sert à l'enfant qu'à se détourner et s'évader. En ce qui concerne Nicolas, il ne me semble pas que l'objet utilisé puisse être qualifié d'autistique puisqu'il ne le détourne pas d'une fonction quelconque et ne l'utilise pas de manière compulsive. Il paraît probable que l'objet de fin de séance soit un moyen d'éviter de prendre conscience de la

¹³⁴ Jean-Luc Brackelaire et al., 2011, p.35

¹³⁵ Tustin, *op.cit.*, p.183

séparation corporelle, comme l'évoque Mahler, en ce qui concerne la perte d'une partie de la mère.

Face à l'utilisation de l'objet de fin de séance, que j'ai nommé «objet de passage» ou «objet d'assurance», il me paraît que dans le cas de Nicolas il s'agisse réellement d'un moyen de prolonger l'espace. Janssen C. a évoqué «l'objet-lien»¹³⁶ comme «l'actualisation de l'essence même du lien, de la capacité d'être en relation.»¹³⁷ Il souligne alors l'importance d'un objet dans les moments de passage, le besoin de se tenir, d'avoir une continuité qui rassure pour pouvoir franchir quelque-chose. Je retrouve bien-là ce qui semble se dérouler pour Nicolas. Une nécessité de se raccrocher à un objet qui lui permette de ressentir une continuité. Il me semble, que l'objet a également une fonction d'aide à l'anticipation. En effet, Nicolas ne peut se représenter le temps et il faut donc l'aider par le biais de photos à anticiper le futur. L'objet pris en fin de séance peut être un moyen pour lui de se raccrocher à quelque-chose en vue de ne pas disparaître. Cet objet-lien me semble important pour Nicolas car «tant que l'objet existe, le lien persiste.»¹³⁸

Gimenez G. a décrit l'objet de relation, potentiellement utilisable par au moins deux personnes. J'ai porté mon attention sur cet objet car il est présenté comme «offrant un support externalisé à la rencontre pouvant remplir des fonctions de pare-excitation.»¹³⁹ Cet objet représente la relation et émerge dans un cadre clinique. Je rejoins l'auteur en ce sens qu'il le décrit comme éphémère, ponctuel, voué à être abandonné. Aussi, à partir de Janvier, Nicolas a délaissé cet objet. Il me semble que se sentant plus sécure dans la relation il n'a plus ressenti le besoin de prendre cet objet pour sortir. La perméabilité du cadre et de ma présence a probablement été intégrée par Nicolas et lui a permis de se sentir plus en confiance dans les transitions. L'objet de passage semble ainsi être un objet de lien, de relation qui a permis à Nicolas de mieux vivre les fins de séance.

Cela montre son évolution au cours des séances et la constitution progressive de son enveloppe psychocorporelle et de son unité.

Winnicott¹⁴⁰ expose la désintégration comme une défense contre la non-intégration qui mènerait à un retour d'une angoisse impensable. La crainte de

¹³⁶ Brackelaire et al., *op.cit.*, p.30

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *Ibid.*, p.32.

¹³⁹ *Ibid.*, p.33.

¹⁴⁰ Geets, *op.cit.*, p.74

l'effondrement domine et justifie la mise en place de défenses contre l'angoisse de morcellement, de chute sans fin. En ce qui concerne Nicolas, il ne me semble pas que l'on puisse à proprement parler d'angoisse. Les fins de séances étaient plutôt vécues comme un conflit, un refus de quitter la salle du fait de ses difficultés à anticiper ce qui allait suivre et à se séparer. De plus, au cours des séances, Nicolas ne m'a pas donné à voir de manifestations d'une angoisse interne. Certes, il restait parfois au sol comme collé à lui mais cela lui permettait de se concentrer. Lorsqu'il renversait les quilles, se jetait sur les briques ou dans mes bras il manifestait selon moi un besoin de contenance qui peut s'expliquer par la construction progressive de son enveloppe et l'expérimentation de ses limites psychocorporelles.

3. Travail sur la contenance et les limites

En séance, le psychomotricien se pose comme Moi auxiliaire de l'enfant dans une relation de soutien. Comme je l'ai évoqué plus tôt, ce fonctionnement à deux nécessite ce que Moyano nomme «relation d'implication»¹⁴¹ où le psychomotricien se trouve pris dans le monde relationnel de l'enfant, afin de pouvoir apporter de la différence et de la nouveauté. Cette position de miroir permet de ne pas refléter l'autre comme il est, mais comme il va pouvoir devenir. Le patient apprend en regardant, et a la capacité d'imiter et d'intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien.

Avec Nicolas, il a tout d'abord fallu se rencontrer au travers d'objets médiateurs avant d'entamer un travail plus corporel. Le toucher thérapeutique a permis un travail sur les limites du corps et l'enveloppe. Nicolas était très sensible à ce temps qui l'aidait à se poser. Les percussions osseuses étaient appréciées et lui permettaient de sentir la solidité de son corps, son squelette lui donnant une sécurité interne. Cela contrastait avec l'hypotonie de Nicolas et lui redonnait le sentiment d'un axe rigide et solide. Le toucher lui assurait une consistance. Je lui proposais cela conjointement à la construction de murs, de limites permettant un travail sur le dedans et le dehors en référence à l'intérieur et à l'extérieur du corps. Au départ, il lui était difficile d'être séparé de moi par une limite, puis il a pu l'accepter, acquérant progressivement un sentiment d'exister, seul. Cela fait

¹⁴¹ Jérôme Boutinaud et al., 2014, p.291

référence au sentiment continu d'exister de Winnicott¹⁴² qui permet la structuration du Moi et l'acceptation de la séparation d'avec la mère.

«C'est à travers un travail sur la peau, le tonus, mais aussi par le matériel mis à la disposition des enfants [...] que nous [leur] permettons [...] de retrouver la globalité de leur corps, leur enveloppe corporelle, de se reconstituer un Moi corporel grâce et par le corps de l'autre, dans le jeu des distances.»¹⁴³

C'est par le biais du corps, qu'un langage commun a pu naître entre Nicolas et moi, indispensable pour se comprendre et progresser ensemble.

Calza et Contant¹⁴⁴ soulignent l'intérêt du travail sur le contenant. Il mène à la possibilité de contenir ses affects dans un cadre spatio-temporel contenant, que le sujet s'approprie peu à peu, au fur et à mesure qu'une liaison entre l'éprouvé corporel et l'émotion s'établit.

Potel déclare que «par notre pratique, nous sommes particulièrement convoqués dans ce registre du cadre, de la contenance, des limites, justement parce-que nous nous soucions du corps et que c'est dans et par le corps que l'ancrage au monde se construit.»¹⁴⁵

¹⁴² Cf *supra*. p.50

¹⁴³ Marie-Françoise Richard, 1989, p.33

¹⁴⁴ Calza et Contant, *op.cit.*, p.26

¹⁴⁵ Potel, *op.cit.*, p.60

Ma place de stagiaire

Avant de débiter mon stage au sein de l'IME, je me suis posée de nombreuses questions : *l'institution allait-elle bien m'accueillir ? Allais-je parvenir à faire ma place dans l'équipe ? La collaboration avec mon maître de stage allait-elle bien se dérouler ? Les enfants allaient-ils m'accepter ?*

Je me suis aperçue qu'il m'était indispensable de rester moi-même et d'assurer par ma présence ma place de stagiaire afin de pouvoir tisser des liens et établir des relations avec chacun.

Dans les premiers temps, j'ai souffert du peu de contacts que j'avais avec l'équipe et les enfants. En effet, les séances de psychomotricité s'enchaînant je n'avais pas suffisamment de temps pour discuter avec les professionnels des groupes de vie et d'échanger à propos des enfants. Or, pour me sentir à l'aise dans une institution, il me faut connaître les professionnels qui la constituent et me sentir acceptée afin de pouvoir travailler ensemble. Les réunions de synthèse m'ont permis de discuter avec certains éducateurs et d'avoir quelques informations sur les enfants que je ne suivais pas en séance. Progressivement, j'ai pu rencontrer quelques professionnels et partager des temps avec les enfants sur la cour de récréation. En Janvier, mon maître de stage a été hospitalisé et il a alors fallu modifier l'emploi du temps. J'ai participé à des groupes avec les éducateurs et ai mené des séances de psychomotricité avec eux et certains enfants que je ne suivais pas jusque là. Cette expérience m'a permis de me faire une place dans l'IME, de connaître chaque professionnel et chaque enfant et je me suis sentie utile. A partir de là, j'ai appris à gérer personnellement mon emploi du temps tout en partageant la vie des groupes. J'ai pu percevoir le travail des autres professionnels et cela a été extrêmement enrichissant.

Lorsque mon maître de stage m'a proposé de prendre en charge seule Nicolas, j'ai ressenti de l'appréhension et une légère inquiétude. Je me suis questionnée sur mes capacités à travailler avec un enfant porteur à la fois d'une trisomie 21 mais également de traits autistiques et de ce que cela impliquait au niveau de la relation. J'ai décidé de me lancer en tâchant d'aider au mieux Nicolas en lui offrant un temps individuel où il pourrait s'exprimer à sa manière. Avec lui, je n'avais plus seulement une place de stagiaire mais également de thérapeute et d'adulte de référence. Il m'a donc fallu adapter ma posture et asseoir mon statut

pour que le cadre de la séance soit posé. Je devais être en posture de professionnelle tout en n'ayant que très peu d'expérience et les échanges que j'ai pu avoir avec les différents membres de l'équipe m'ont aidée à appréhender Nicolas et à le comprendre. La théorie m'a éclairée et a pu m'apporter certaines réponses quant à mes questionnements. Des ponts d'échanges se sont créés menant à une relation qui nous a permis de travailler ensemble. Le fait d'être seule en séance m'a donné l'occasion de poser le cadre comme je le souhaitais et d'établir une relation duelle. Je lui assurais un temps en individuel et le fait de ne pas être observée m'a sans doute permis d'être plus spontanée. J'ai tâché de proposer à Nicolas des activités qui aient un sens pour lui comme pour moi. Une dyade s'est formée avec Nicolas et il me fallait passer à chaque séance d'une relation à deux à une séparation. L'utilisation de Mr Clown m'a permis d'avoir un objet faisant tiers et venant en quelque sorte nous séparer. Sans regard extérieur, je ne me sentais pas évaluée mais je n'avais pas non plus de retour sur mon travail et cela a été complexe. Ce manque de recul par rapport à mon travail et l'absence de tiers a sans nul doute été le plus difficile.

De plus, tout comme Nicolas, j'ai dû être séparée de mon maître de stage et m'adapter à une nouvelle situation. Nous nous sommes rencontrés puis séparés et ce travail effectué par l'un et l'autre a sans doute contribué à l'évolution de la prise en charge.

Ainsi, afin d'assurer au mieux ma fonction de contenance, j'ai dû moi-même être contenue par mes connaissances, mon maître de stage et l'institution. Nicolas a sans cesse testé ma résistance et celle du cadre et j'ai dû trouver un moyen de me tenir moi-même, de m'appuyer sur mon histoire et mes compétences pour accueillir Nicolas et lui servir d'appui. Ma propre construction du cadre et du dispositif ont permis de garantir à Nicolas une stabilité et une proposition d'enveloppe. Il m'a fallu être à la fois ferme et douée d'empathie et cela s'acquiert avec l'expérience.

La prise en charge de Nicolas a été une expérience très enrichissante et m'a permis de me former au métier de psychomotricienne et de me confronter à la réalité des prises en charge.

Conclusion

Ce mémoire illustre mon cheminement de pensée, mes questionnements et mes incompréhensions face aux pathologies de Nicolas. J'y expose les hypothèses et les réflexions que j'ai déroulées au fur et à mesure des séances avec lui. J'ai eu envie de comprendre cet enfant et de réfléchir à la manière dont je pouvais l'aider en instaurant un cadre thérapeutique et en consolidant mon cadre interne. Les progrès de Nicolas pour se séparer en fin de séance m'ont interpellée et j'ai tenté de trouver certaines explications quant à ce changement. J'ai tenu à m'interroger sur l'impact du handicap de l'enfant sur les parents car comme nous avons pu le voir, cela amène parfois à un attachement singulier rendant les interactions précoces complexes. Or, pour grandir et se développer, l'enfant a besoin de son intégrité psychique, ici mise à mal par le handicap et de l'environnement constitué en premier lieu par ses parents puis par les adultes qui l'entourent, comme le psychomotricien. L'impact du handicap sur la séparation et plus précisément celle des fins de séances a été prégnant du fait de son entrave au développement psychoaffectif de Nicolas. Cependant, en lui assurant une contenance et en lui permettant progressivement de se différencier de l'adulte, il a pu consolider son enveloppe psychocorporelle et expérimenter les limites de son corps.

Le titre de mon travail «*Se rencontrer pour mieux se séparer*» met en évidence l'importance que j'ai trouvé de prendre le temps de rencontrer Nicolas, dans sa différence et sa singularité afin de pouvoir tisser une relation avec lui, créer un lien de confiance afin qu'il soit suffisamment sécurisé pour pouvoir quitter la salle de psychomotricité. En effectuant des recherches théoriques au cours de cette année, j'ai pu m'appuyer sur des concepts et des auteurs qui m'ont permis de faire des liens avec ce que je vivais et observais en séance. Par ses difficultés, Nicolas m'a laissé voir son besoin d'être sécurisé, porté, tenu autant psychiquement que physiquement mais également la nécessité d'être connu et reconnu comme un enfant capable de grandir. Le psychomotricien, de part sa disponibilité psychocorporelle et son savoir-être offre une sécurité, une contenance, une stabilité et un ancrage à l'enfant. Par le cadre thérapeutique, il aménage l'espace de la salle, le matériel mis à la disposition de l'enfant et se pose comme repère. Il permet à l'enfant de consolider son enveloppe psychocorporelle, ses limites afin de l'aider à percevoir et ressentir son corps comme différencié de celui de l'autre et unifié. En rencontrant l'enfant, le psychomotricien amène de la

nouveauté, du tiers, qui lui permettra de s'ouvrir vers l'extérieur, vers le monde pour être plus disponible à la relation.

Cependant, chaque enfant est singulier et je n'ai ici qu'exposer mon cheminement auprès de Nicolas. Le psychomotricien doit être à l'écoute et s'adapter à chaque patient.

Cette rencontre avec Nicolas m'aura permis de travailler sur ma contenance interne et de réaliser qu'on ne peut tout maîtriser ni tout comprendre. Des zones d'ombres et des interrogations demeurent sans réponse. Il faut accepter de se laisser aller à la rencontre et ne pas s'enfermer dans des concepts théoriques qui risqueraient de nous bloquer sur des idées préconçues. Cela nous permet de nous forger notre propre façon de voir les choses selon notre personnalité, notre sensibilité et nos patients. J'aurais, grâce à Nicolas pu réfléchir sur moi-même et penser davantage ma future pratique qui évoluera au fil de l'expérience.

Il me paraît important de poursuivre le travail mis en place autour de la séparation car même si Nicolas a progressé depuis le début de la prise en charge, la constitution de son Moi reste fragile et nécessite du temps.

Je conclurai ce travail par une citation qui me semble illustrer ma prise en charge avec Nicolas :

« De la qualité de ce tissu relationnel dépend la qualité du soin. Cette manière d'être ensemble, de se parler, de penser, de créer des liens, donne un certain esprit que le patient devine, respire, comme un air ambiant et découvre progressivement. »¹⁴⁶

¹⁴⁶ Marcel Sassolas, 1999, p.40-41

Bibliographie

ALBARET J-M., GIROMINI F. et SCIALOM P. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995

BAILLY D. (1995), *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Masson, 2004

BION W. (1962), *Une théorie de l'activité de pensée - Réflexion faite*, Paris, Puf, 1983

BOUTINAUD J. (2009), *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, Paris, In Press

BOUTINAUD J. et al. (2014), *Où en est la psychomotricité ? - Etat des lieux et perspectives*, Paris, In Press

BRACKELAIRE J-L. et al. (2011), *Objet transitionnel et objet-lien - Regards croisés*, Louvain-la-Neuve, Harmattan-Academia

BRUSHWEILER-STERN N. et STERN D.N. (1998), *La Naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob, 2008

CALZA A. et CONTANT M. (1993), *Psychomotricité*, Paris, Masson

CELERIER M-C. (1999), *La rencontre avec le malade*, Paris, Dunod

CELESTE B. et LAURAS B. (1997), *Le jeune enfant porteur de trisomie 21*, Paris, Nathan

CHAPELIER J-B. et ROFFAT D. (2011), *Groupe, contenance et créativité*, Toulouse, Erès

CORNEAU G. (1989), *Père manquant fils manqué*, Québec, Editions de l'Homme

CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, Puf, 2005

- DENNER A. (1980), *Le Corps du Thérapeute*, in *Thérapie Psychomotrice et recherches*, pp.77-78
- GATECEL A. (2012), *La psychomotricité relationnelle*, Paris, EDK
- GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : à corps et à vie*, Paris, Masson
- GEETS C. (1981), *Winnicott*, Paris, Jean-Pierre Delarge
- GOLSE B. (1985), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008
- GUEDENEY N. et GUEDENEY B. (2002), *L'attachement - Concepts et applications*, Paris, Masson, 2006
- HAAG G. (1996), Entre figure et fond : quelques aspects de la symbolique dans l'organisation du dessin des enfants de 2 à 6 ans, in *le dessin de l'enfant - De l'approche génétique à l'interprétation clinique*, pp.149-169
- HAAL E.T. (1971), *La dimension cachée*, Paris, Seuil
- HOUZEL D. (2010), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press
- KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé - L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Calmann-Lévy, 2010
- LAFFORGUE P. (1999), Du corps à l'être, cadre et identification projective, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 118, pp. 87-88
- LAMARCHE C. (1987), *L'enfant inattendu*, Montréal, Boréal
- LE CAMUS J. (1995), *Pères et bébés*, Paris, L'Harmattan
- MAHLER M. (1975), *La naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2010
- MANNONI M. (1964), *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris, Seuil, 1984
- MAZET P. et STOLERUS S. (1988), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson, 1993

- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps - Du vécu au concept*, Paris, Dunod
- POTEL C. (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010
- RAYNAUD J-P. et SCHELLES R. (2013), *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*, Erès, Toulouse
- RICHARD M-F. (1989), Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant, *in Thérapie psychomotrice et recherches*, n°83, pp.29-33
- RIME B. (1977), Les déterminants du regard en situation sociale, *In L'année psychologique*, volume 77, n°2, pp. 497-523
- ROBERT-OUVRAY S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007
- ROITMAN-SAVARY E. (2002), «Vas-y ! Je te regarde... La Fonction du Regard dans la Thérapie Psychomotrice», *in Thérapie psychomotrice et recherches*, n°129, pp. 32-41
- ROJAS URREGO A. (1991), *Le phénomène de la rencontre et la psychopathologie*, Paris, Puf
- RONDAL J-A. (2013), *La réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21*, Paris, L'Harmattan
- SANDRI R. (1991), *La Maman et son Bébé : un Regard*, Lyon, Césura Lyon Edition
- SASSOLAS M. et al. (1999), *Le groupe soignant - Des liens et des repères*, Toulouse, Erès
- STERN D.N. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, puf, 2003
- TUSTIN F. (1986), *Les états autistiques chez l'enfant*, Seuil, 2003
- WINNICOTT D.W. (1965), *La famille suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2010
- WINNICOTT D.W. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2006

YVON D. (2014), *A la découverte de l'autisme - Des neurosciences à la vie en société*, Paris, Dunod



Site dédié aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) permettant d'obtenir des informations sur la notion de handicap et les droits des personnes qui en sont porteuses :

http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82 :

Site de la Haute Autorité de Santé exposant l'état des connaissances en ce qui concerne l'autisme et les TED :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf

Dictionnaire médical en ligne utilisé pour la définition des termes précédemment cités :

<http://dictionnaire.doctissimo.fr/>



Dictionnaire Larousse (2011), p.242

Annexe



La salle de psychomotricité : Le cadre spatial et matériel



Résumé

L'arrivée d'un enfant porteur de handicap engendre pour les parents un traumatisme qui peut mettre à mal les liens d'attachement qui les unissent. Les interactions précoces s'en trouvent alors bouleversées et l'enfant peut avoir des difficultés à se différencier et à se séparer de l'objet d'attachement. Cette problématique de la séparation se retrouve parfois en séance. Par sa fonction contenante, le psychomotricien devra poser un cadre thérapeutique qui permette à l'enfant de se sentir sécurisé. Au travers de la rencontre avec cet enfant et par un travail autour de l'enveloppe corporelle, le psychomotricien pourra l'aider à se différencier de l'autre, à ressentir son corps dans sa globalité et à se sentir unifié pour pouvoir se séparer en fin de séance.

Mots clés : *Handicap - Interactions précoces - Séparation/Individuation - Séance de psychomotricité - Enveloppe psychocorporelle - Cadre thérapeutique - Fonction contenante*

Summary

The arrival of a disabled child generates a trauma for the parents that may undermine the attachment links that unite them. The early interactions are thus altered and the child may find difficult to differentiate and separate from the object of the attachment. This issue of separation is sometimes to be found during sessions. By his containing function, the psychomotor therapist will have to set a therapeutic frame that enables the child to feel secure. Through the encounter with this child and through a work around the body envelop, the psychomotor therapist may help him to differentiate himself from the other, to feel his body entirely and to feel as one so that he is able to separate by the end of the session.

Keys-words : *Disable - Early interactions - Separation / Individuation - Psychomotor session- psycho Envelope - Therapeutic frame - Containing function*