



HAL
open science

La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel

Fiona Vogel

► **To cite this version:**

Fiona Vogel. La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01195826

HAL Id: dumas-01195826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195826>

Submitted on 8 Sep 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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'état de psychomotricien

LA FONCTION CONTENANTE

Un double ancrage corporel et relationnel

VOGEL Fiona

Née le 28 Janvier 1990 à Asnières sur Seine

Directeur de mémoire :
Mme Legourrierc Corine

Avril 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont motivé mon orientation sur la voie de la psychomotricité et celles qui m'ont guidées tout au long de cette formation.

Je remercie aussi tous les professionnels qui m'ont accueilli en stage, pour leur disponibilité et le partage enrichissant de leurs pratiques.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier Corine Legourrierec, ma directrice de mémoire et maître de stage, qui a su m'accompagner et me conseiller tout au long de mes réflexions et de mon travail d'écriture.

PRECAUTIONS DE LECTURE

Au cours de cet écrit, j'ai été amenée à évoquer la relation entre le nourrisson et son entourage maternel. Il m'est arrivé, comme il est parfois d'usage, d'utiliser abusivement le terme de « mère » comme raccourci pour parler de cet entourage. Soyez assurés que, loin de chercher à faire porter tous les enjeux à la seule mère, je ne minimise pas un instant, l'importance des autres personnes assurant des soins à l'enfant, notamment celle du père. Le terme de « mère » devra donc, dans l'écrit qui suit, être compris comme synonyme de la « fonction maternante » et des adultes assurant cette fonction.

SOMMAIRE

I. Introduction	5
1. Questions préliminaires et choix du sujet	5
2. Définition du concept de « contenance »	7
3. Conclusion et annonce du plan	12
II. Genèse de la fonction contenante dans le développement psychomoteur	13
1. Embryogénèse	13
2. La vie intra-utérine	19
3. La naissance	21
4. Le sentiment d'enveloppe	23
5. L'enveloppe tonique	25
6. L'apport de Winnicott	28
7. Bion, la fonction alpha (α)	33
8. Anzieu, le Moi-Peau	37
9. L'enveloppe visuelle	41
10. L'enveloppe sonore	45
11. Conclusion sur l'enveloppe relationnelle primaire	48
III. Pathologies en lien avec un défaut de contenance	53
1. Réflexions sur l'origine du déficit de la fonction contenante	53
2. Angoisses liées au défaut de contenance	55
3. Systèmes palliatifs de la contenance	56
IV. Constituer un projet thérapeutique contenant en psychomotricité	59
1. Annonce de la problématique et des hypothèses de travail	59
2. L'image du corps	61
3. La médiation	64
4. L'enveloppe institutionnelle	67
5. Le cadre thérapeutique	68
6. La fonction contenante du thérapeute	70
7. Clinique	73
V. Conclusion générale	89
BIBLIOGRAPHIE	91
TABLE DES MATIERES	93

I. INTRODUCTION

1. Questions préliminaires et choix du sujet

En début de 3^{ème} année, j'ai effectué un stage d'un mois au sein d'un hôpital de jour pour enfant. Cette structure accueille des enfants présentant des troubles importants de la personnalité, autrefois déclinés en psychoses infantiles d'un côté et autisme de l'autre, aujourd'hui réunis sous le terme de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Mes lectures concernant ces troubles ainsi que mes premières observations m'ont amené à les considérer comme des pathologies de l'enveloppe. Lemay les décrits comme une « *incapacité pour un être humain de s'organiser sur un mode unitaire afin de se reconnaître progressivement dans son identité, de maîtriser son angoisse et de communiquer avec l'espace, les objets et les personnes qui l'entourent.* »¹ Or ce qui permet à l'individu de se ressentir, se percevoir et se vivre comme un tout unifié, contenu et différent des autres, c'est l'émergence progressive d'un sentiment d'enveloppe. Cette construction dynamique dépend de multiples facteurs ; environnementaux, toniques, sensoriels, relationnels, affectifs, cognitifs et même neurologiques. L'enveloppe constitue alors un contenant permettant d'accueillir un contenu. C'est une limite entre le dedans et le dehors mais aussi une interface permettant l'échange avec le monde extérieur. Chez les enfants atteints de TSA, le sentiment d'enveloppe corporelle est déficient. Cela engendre des sensations corporelles spécifiques et des angoisses énormes que l'enfant tente de combattre.

A l'hôpital de jour, les enfants sont accueillis sur des demi-journées voire des journées entières. Leurs emplois du temps se répartissent entre les prises en soin individuelles ou de groupe, en psychomotricité et psychothérapie et les dits « ateliers thérapeutiques » encadrés par les infirmières et éducateurs du service. Entre ces différents temps thérapeutiques à proprement parler, les enfants peuvent jouer sur le « lieu de vie ». Il s'agit d'une salle spacieuse et plutôt bien aménagée, pourtant je suis rapidement amenée à m'interroger à son propos.

Ma première expérience sur le lieu de vie, m'a en effet laissé un sentiment de chaos, d'éparpillement, de tourbillonnement assez fort. La porte de la salle s'ouvre de façon brusque

¹ M. Lemay, site sospsychomotricite.com

et imprévisible, nous faisant sursauter, à moins que des cris et le bruit des pas qui courent dans le couloir ne nous permettent d'anticiper le choc, si nous ne sommes pas trop absorbés par notre activité. Des enfants entrent et sortent de façon discontinue de la salle, les différents ateliers n'ayant pas la même durée. Un enfant peut être seul, au calme avec un adulte dans la salle et l'instant d'après son espace peut se trouver envahis par un grand nombre de camarades surexcités. Je n'arrive à percevoir aucune logique, aucune régularité qui permette un sentiment de sécurité suffisant. Ce vécu m'a alors amené à me questionner sur la façon dont la structure de soin, son aménagement physique, son organisation dans l'articulation des différents temps, notamment la gestion des transitions, peuvent être pensés par l'équipe pour que s'installe une cohérence, une continuité, une contenance qui rende vraiment le soin efficace.

Au cours de cette 3^{ème} année toujours, j'ai effectué un stage de 6 mois en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce). Cette structure de soin accueille, en ambulatoire cette fois, des enfants présentant des troubles variés, jusqu'à l'âge de 6 ans. Lors de ce stage, j'ai participé à la prise en soin d'enfants présentant des dépressions infantiles précoces, des instabilités psychomotrices, des handicaps sensoriels... J'ai rapidement remarqué que mes questionnements autour de la contenance étaient toujours d'actualité. Le travail que je vous présente ici, tente de faire la synthèse de ces réflexions et se veut un support pour ma future pratique.

2. Définition du concept de « contenance »

« *Le terme contenance fait partie de la culture soignante contemporaine.* »²

En effet, sur mes lieux de stage, la contenance est dénommée comme un objectif clair de prise en soin et j'ai pu entendre différentes allusions à cette fonction ; « *cet enfant a besoin d'être contenu* », « *il n'a pas construit d'enveloppe* »...

Pourtant il n'y a pas de consensus sur sa définition et les notions théoriques qui en sont le fondement. Ainsi la contenance n'apparaît pas dans le dictionnaire de Laplanche et Pontalis édité en 1967.

Chacun y met donc ses propres représentations en fonction de ses références théoriques, de ses pratiques et de son expérience personnelle. Pourtant, si nous nous attachons à mettre du sens, nous remarquons rapidement que la contenance recouvre des notions déjà fortement éprouvées.

Selon le site du CNRTL³, le verbe **contenir** signifie « tenir dans certaines limites ». Ces limites sont :

- Soit d'ordre spatial et signifie « avoir une capacité de » (une bouteille contient 1,5 L) ou alors « comprendre en soi, renfermer » (Ce coffret contient cinq pions).
- Soit d'ordre social, moral ou affectif. Dans ce second cas il est synonyme de maîtrise des sentiments et de leurs manifestations extérieures :
 - provenant d'autrui (« *Le proviseur (...) affolé, contenant avec peine vingt horribles marmots hurlant.* »⁴)
 - ou de soi-même (« *La tâche de la volonté n'est pas de suspendre ou d'achever une impulsion, mais au plus de se superposer de son mieux à un réflexe étranger à son empire; elle peut parfois le freiner et le contenir* »⁵).

Cette première définition générale du terme introduit la notion de limites.

² Y.Milleur, La contenance comme processus psychique, revue Soins psychiatrie, n°295, p12

³ Centre National des Ressources Lexicales, créée en 2006 par le CNRS

⁴ Benoit, L'atlantide, 1919, p145

⁵ Ricoeur, Philosophie de la volonté, 1949, p102

a) **La notion de limites :**

Elles effectuent une séparation entre deux milieux, entre l'intérieur et l'extérieur. L'ensemble de ces limites constitue un **contenant**, un réceptacle capable d'accueillir un objet.

Au niveau anatomique, la limite est appelée membrane ou **enveloppe**. On retrouve donc les enveloppes jusqu'au plus petit étage de la vie et leurs fonctions sont fondamentales. Elles sont véritablement fondatrices du sujet ; lui permettent de se reconnaître comme un tout unifié et différent des autres. Elles lui permettent de développer une sécurité en soutenant le sentiment de continuité d'exister et en effectuant une pare-excitation vis-à-vis des stimulations internes ou externes.

Nous verrons que, dans un premier temps, le **sentiment d'enveloppe** se construit sur des bases biologiques et sur les sensations du corps propre, particulièrement les sensations cutanées. Il permet de prendre conscience des limites corporelles, de localiser et unifier les sens, et de différencier les stimulations internes et externes. A ce sujet nous aborderons notamment l'enveloppe utérine et le concept de holding de D.W.Winnicott.

Il aboutit à la création d'une enveloppe psychique, contenant les **contenus de pensée**. Comme l'illustre D.Anzieu à l'aide du Moi-peau, cette fonction psychique suivra le même modèle de développement que l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'enveloppe tendra de plus en plus à s'appuyer sur des mécanismes non physiques, comme la relation, le cadre ou même les lois.

Cette réflexion nous amène maintenant à penser la nature de l'objet à contenir, il s'agit du contenu.

b) **La question du contenu :**

Dans le langage courant, on cherche à contenir ses émotions et leurs conséquences motrices. La contenance qualifierait donc la façon qu'a un individu de se tenir face à un événement déstabilisant. Ainsi « faire bonne contenance » signifie ne pas se montrer affecté, irrité, découragé face à un événement déstabilisant, inattendu et désagréable.

Dans le domaine du soin psychologique et psychiatrique, on évoquera la notion d'une angoisse qui submergerait le sujet et devrait absolument s'écouler, principalement sous forme motrice ; auto ou hétéro-agressivité, effondrements toniques, hypertonie, hyperactivité,

logorrhée, stéréotypies mais aussi difficultés de concentration, troubles de la mémoire... Ces symptômes, aussi variés qu'il y a d'individus, sont à penser comme une tentative d'expression de cette angoisse, issue de l'impossibilité à mettre en sens ses sensations, ses émotions et ses cognitions, de les mettre à contenir, afin de pouvoir les exprimer de façon symbolisée.

Donc on pensera plus largement que ce contenu comprend tout ce qui est produit par la personne à partir de son environnement ; ses sensations, perceptions, affects, cognitions et représentations.

Or comme nous l'avons évoqué, tout ne peut être contenu. Par moments un sentiment peut nous déborder, nous pouvons inconsciemment occulter ou modifier certains souvenirs...

Pour M.F. Livoir-Petersen, « *des comportements visant à maintenir la continuité de soi se retrouvent sous des formes mineures ou passagères chez nous tous.* »⁶ Chez certains l'épisode est donc transitoire, chez d'autres, c'est un mode systématique, structurel, de fonctionnement. Il est donc important de se demander si l'objet est **contenable**, c'est-à-dire s'il peut être contenu. Cela est bien sûr éminemment dépendant de sa nature. Quel objet peut être contenu ? Bion nous donne sa réponse en distinguant les éléments bêta, ces éléments bruts, non pensables par la psyché donc non contenables et les éléments alpha, pour leur part contenables. La différence entre les deux résulte d'un véritable travail de transformation.

c) **Les processus de mise à contenir :**

Pour Bion cette transformation est assurée par la fonction alpha dont nous reparlerons.

Kaës développe à partir des travaux de Bion, une vision de la fonction contenante qui associerait deux aspects :

- le contenant : réceptacle passif
- le conteneur : aspect actif qui correspondrait à la fonction alpha développée par Bion

Gibello quand à lui, défend l'idée qu' « *un contenu de pensée est insensé, insignifiant, tant qu'il n'a pas été transformé ou traité par un ou plusieurs contenants de pensée* »⁷. C'est

⁶ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

⁷ Gibello, *Les contenants de pensée et la psychopathologie*, in Anzieu et col. *Emergence et troubles de la pensée*, Dunod, 1994, p20,

donc selon lui le contenant de pensée lui-même qui joue ce rôle de transformation d'éléments non pensables en éléments pensables.

Je me demande alors, si c'est la mise en contenant qui donne sens à l'objet ou s'il faut que l'objet soit psychisé pour permettre sa mise à contenir ?

La contenance doit en fait être pensée de façon complexe. Elle s'apparente à un véritable système auto-organisé et autorégulé où les éléments seraient en interaction les uns avec les autres. Ainsi « **mise en sens** » et « **mise à contenir** » sont les phénomènes conjoints d'une même fonction : la **fonction contenante ou fonction à contenir**.

Pour plus de lisibilité, le système de la contenance peut tout de même être segmenté en terme de :

- Structures : les enveloppes, la partie stable du système, mais qui, par leurs qualités, permettent des :
- Mouvements ou transformations, qui prennent différents noms selon les auteurs ; fonction alpha chez Bion, fonction conteneur chez Kaës, fonction des contenants de pensée chez Gibello
- Objets : éléments bruts dits bêta et éléments pensables dits alpha

La contenance rend donc pensable, maîtrisable, mobilisable ce qui nous affecte. C'est un travail actif qui se réactualise à chaque rencontre avec un objet. Or cette capacité de transformation n'est pas innée. Chez le bébé, la fonction contenante est immature et va d'abord fonctionner par procuration sur la fonction contenante de la mère pour ensuite s'autonomiser par introjection de la fonction contenante de la mère.

Par exemple, chez le nouveau-né, la faim est ressentie comme une douleur éminemment angoissante, puisque non localisable et non pensable. Elle entraîne une réaction tonique globale, des pleurs intenses, une désorganisation massive. Peu à peu, aidé par sa mère, l'enfant localise cette sensation dans son ventre, y met du sens ; l'associe à la faim et peut anticiper qu'en mangeant cette douleur sera apaisée.

« La fonction à contenir s'appuie sur un travail psychique permettant de transformer des tensions en éléments éprouvés dans et par des processus intersubjectifs, groupaux, vivants. L'état des enveloppes psychiques traduit le résultat dynamique de ce travail. »⁸

⁸ Mellier, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 48, 2005, Presse universitaire de France, page 11

3. Conclusion et annonce du plan

Finalement, on peut en conclure que « *le concept de contenance a toujours été présent dans la clinique analytique.* »⁹ Il correspond à la capacité propre à chaque individu, de contenir ses propres contenus de pensée. Cette capacité demande une construction active qui s'origine dans les éprouvés corporels, résulte d'un véritable processus de mise en sens et s'appuie sur les différentes qualités des enveloppes : étanchéité mais aussi perméabilité sélective et adaptabilité.

Nous allons donc nous attacher à décrire et expliquer ces processus à l'œuvre dans l'émergence de la capacité à contenir de l'individu, ce qui nous servira de support pour envisager, dans les cas de défaillance de cette fonction autonome, l'apport thérapeutique possible en psychomotricité sur ce sujet, basé principalement sur la propre capacité à contenir du psychomotricien.

Pour Mellier, la **fonction à contenir** du thérapeute pourra alors se définir comme « *la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives.* »¹⁰

Il apparaît également important de faire la différence entre contenance et contention. Si un consensus généraliste place la contention du côté physique et la contenance du côté psychique, cette distinction n'apparaît pas vraiment satisfaisante. En effet comme vaguement évoqué déjà, et comme nous le développerons plus loin, la contenance se base sur des mécanismes physiques, corporels, sensoriels. Ainsi, nous penserons plutôt la contention comme relevant d'un dispositif mis en place par l'individu ou par un tiers pour pallier à un défaut de la fonction à contenir propre de l'individu. Alors, la contention peut être envisagée comme une première réponse, immédiate, de crise, à ce défaut de contenance mais notre objectif thérapeutique à long terme sera l'instauration d'une fonction à contenir propre au sujet.

⁹ Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p 35, Eres

¹⁰ Mellier, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 48, 2005, Presse universitaire de France, page 1

II. GENESE DE LA FONCTION CONTENANTE DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

1. Embryogénèse

Il s'agit uniquement ici de rappeler certaines étapes primordiales du développement embryologique, qui vont mettre en lumière les toutes premières enveloppes nécessaires au développement de la vie, ainsi que la forme physique du corps et son enveloppe externe la peau.

A partir de la fécondation, c'est-à-dire de la fusion du gamète mâle et du gamète femelle, il y a prolifération de cellules filles. Ces cellules seront à l'origine d'un être humain complet et également des structures annexes qui permettront le développement de l'embryon jusqu'à la naissance. A l'origine, ces cellules filles sont totipotentes. Leurs différenciations successives sont notamment en lien avec leur place physique.

a) La 1^{ère} semaine de développement :

Au stade de 8 cellules filles a lieu la compaction. Les cellules périphériques s'aplatissent et forment le trophoblaste qui participera à la formation du placenta. Les cellules centrales forment le bouton embryonnaire à l'origine de l'embryon et des annexes amniotiques. Le bouton embryonnaire est contenu dans le trophoblaste, au sein duquel se creuse également une cavité ; le blastocœle, qui deviendra plus tard cavité vitelline.

b) La 2^{nde} semaine de développement :

Le trophoblaste forme donc une première membrane autour du bouton embryonnaire. Il est à l'origine du phénomène de nidation ; les sélectines exprimées à sa surface reconnaissent les résidus glucidiques de l'endomètre utérin, ce qui engendre un accolement à la muqueuse utérine, une digestion partielle de cette dernière et finalement une inclusion totale de l'œuf.

La partie la plus périphérique du trophoblaste se différencie à nouveau pour devenir syncytiotrophoblaste, dans lequel apparaissent des lacunes qui vont confluer avec les vaisseaux sanguins maternels et permettre la mise en place d'une circulation placentaire dès le 12^{ème} jour de gestation.

Le bouton embryonnaire se différencie en disque didermique. La partie en contact avec le trophoblaste forme l'épiblaste (ou ectoblaste) et celle en regard de la cavité forme l'endoderme primitif (ou entoblaste). Cette différenciation soutient la mise en place d'une première orientation de l'embryon, en dorsal (du côté de l'épiblaste) et ventral (du côté de l'endoderme).

Parallèlement d'autres enveloppes vont se développer. La cavité amniotique se creuse du côté de l'épiblaste. Enfin, une troisième cavité se forme autour des cavités amniotique et vitelline par prolifération de l'épiblaste caudal, c'est la cavité chorale.

L'amnios sert à retenir le liquide amniotique dans lequel baigne l'embryon. Il le protège des traumatismes et assure sa mobilité.

Le placenta est d'origine fœto-maternelle, il provient de la fusion partielle de l'endomètre et du chorion. Il assure un rôle de :

- **Barrière de protection** contre les agresseurs extérieurs comme les microbes. Il est à noter que malgré tout, certains agents peuvent traverser la barrière placentaire ; toxoplasme, syphilis, rubéole ... et contaminer le fœtus. Le tabac, l'alcool et la drogue traversent également le placenta.
- **Communication et d'échanges** d'éléments avec le sang maternel :
 - Oxygénation et nutrition
 - Elimination des toxines (gaz carbonique, urine...) car les reins et le foie ne sont pas encore matures.
- **Philtre des échanges.** Il est programmé pour doser les échanges et nourrir le bébé en fonction de ses besoins.
- **Sécrétion** d'hormones nécessaires au bon déroulement de la grossesse et au développement du bébé.
- **Bouclier immunologique** : les anticorps maternels le traversent et assurent la protection de l'enfant jusqu'à ses 6 premiers mois de vie.

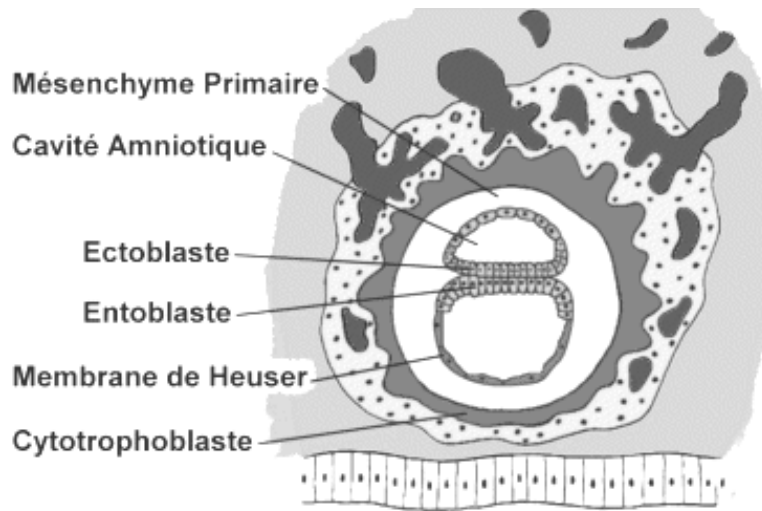


Figure 1: Apprentoile, université de Bordeaux, cours d'Embryologie générale et Fœtopathologie, D. Carles (Laboratoire de Fœtopathologie - Université Victor Segalen Bordeaux 2 - France) et R. Darboux (MEPS - Faculté des Sciences de la Santé - Cotonou - Bénin)

c) La 3^{ème} semaine de développement :

Il y a maintenant formation d'un troisième feuillet qui s'interpose entre les 2 premiers, par un phénomène d'invagination des cellules épiblastiques sur la ligne médiane dans le sens caudo-céphalique, sauf en 2 points ; la membrane cloacale (futurs orifices uro-génital et anal) et la membrane pharyngée (future bouche).

L'embryon est maintenant composé de 3 feuillets :

- Epiblaste qui devient ectoderme
- Mésoblaste
- Endoderme

Ce phénomène, appelé gastrulation, permet la mise en place de l'axe céphalo-caudal de l'embryon et donc également une orientation droite/gauche.

d) La 4^{ème} semaine de développement :

Lors de la neurulation primaire, l'ectoderme :

- Médian devient tube neural à l'origine du Système Nerveux Central
- Latéral devient crêtes neurales à l'origine du Système Nerveux Périphérique
- Le reste se différencie en :
 - Epiderme et annexes (poils, glandes, hypophyse et glande mammaire)
 - Organes sensoriels (placodes optiques, auditives et olfactives)

Il est intéressant de noter l'origine commune du système nerveux, de la peau et des autres organes sensoriels. Il existe donc de manière très précoce une relation entre les fibres nerveuses et les cellules cutanées, qui demeurera tout au long de la vie de l'individu

Le mésoderme donnera les os, les muscles et viscères.

L'endoderme donnera les muqueuses digestives et respiratoires.

L'embryon commence à posséder une certaine organisation, mais il reste un élément plat. Cette formation primitive va évoluer grâce à différents processus cellulaires : plicatures et rotations des membres.

- Mouvements de plicatures de l'embryon : le disque embryonnaire va passer de la forme plane à celle d'un volume grâce à un double enroulement :
 - Transversal : les parties latérales de l'ectoderme se replient et se rejoignent sur la ligne médio-ventrale refermant en profondeur l'endoderme en tube intestinal. Ce phénomène transforme un espace initialement externe en espace interne. Il crée donc un tube creux à l'intérieur du corps et le perce en 2 endroits ; la bouche et l'anus. Ce phénomène étale également l'ectoderme superficiel tout autour de l'embryon, désormais délimité par une même structure sur toute sa surface ; la peau, qui apporte une notion d'unité et de continuité.

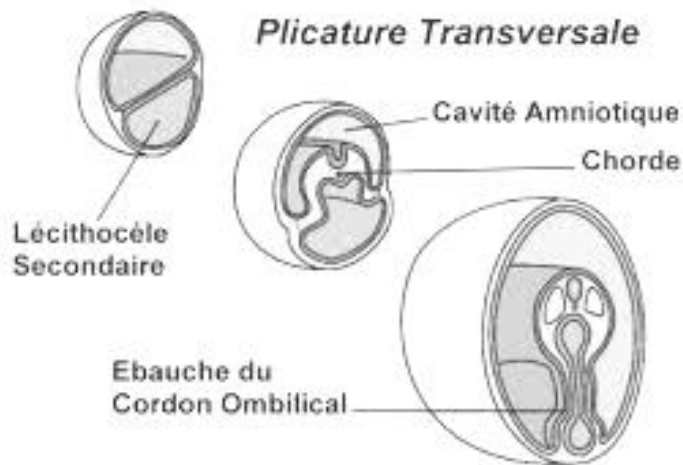


Figure 2: Apprentoile, université de Bordeaux, cours d'Embryologie générale et Fœtopathologie, D. Carles (Laboratoire de Fœtopathologie - Université Victor Segalen Bordeaux 2 - France) et R. Darboux (MEPS - Faculté des Sciences de la Santé - Cotonou - Bénin)

- Longitudinal : les extrémités céphaliques et caudales se rapprochent sur la face ventrale, donnant la forme enroulée caractéristique de l'embryon. Cette forme sera conservée pendant le reste de la gestation et laissera son empreinte, plus tard encore, dans la mobilité générale du corps.

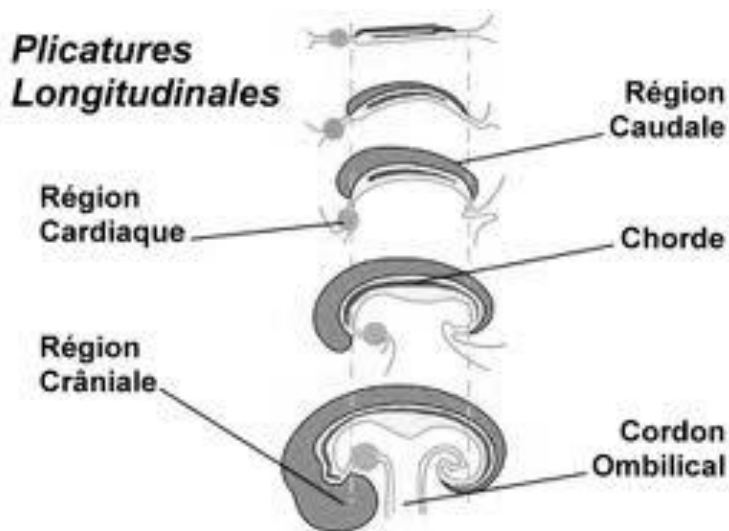


Figure 3: Apprentoile, université de Bordeaux, cours d'Embryologie générale et Fœtopathologie, D. Carles (Laboratoire de Fœtopathologie - Université Victor Segalen Bordeaux 2 - France) et R. Darboux (MEPS - Faculté des Sciences de la Santé - Cotonou - Bénin)

Ces plicatures amènent un réarrangement des structures internes et externes de l'embryon, participent à la formation d'un volume et d'une enveloppe continue.

- Mouvements de rotation des membres : les bourgeons des membres poussent d'abord latéralement puis modifient leur positionnement avec :
 - Un déplacement vers l'avant
 - Une rotation sur leur axe long, en rotation médiale pour l'ensemble du membre inférieur, en rotation latérale pour le membre supérieur.

Cette nouvelle géométrie devient un véritable structurant de base du corps :

- Le tube digestif permet la relation dedans/dehors, la perception d'un axe et d'un volume interne.
- La colonne vertébrale est l'axe spatial d'orientation et soutient l'autonomie.
- La Peau est une surface d'unification et de contenance, elle permet également la relation dedans/dehors et la perception en soi / non soi, elle est aussi source de sensibilité.

2. La vie intra-utérine

Le fœtus baigne donc dans le liquide amniotique. Ce liquide est chaud et favorise sa motricité.

A partir de la 8^{ème} semaine, le fœtus commence à être animé de quelques mouvements encore peu amples. Il s'agit notamment d'ondulations de l'axe vertébral (enroulements/déroulements) liés aux phénomènes de déglutition qui sont accompagnés de flexions de la tête. Ces mouvements vont ensuite diffuser vers les membres. On note que, dès in utéro, le mouvement axial d'enroulement est au service de la relation main/tête. On peut par exemple apercevoir lors des échographies des fœtus suçant leur pouce.

Le liquide amniotique, à travers le sens vestibulaire, procure au fœtus les sensations de bercement. Il joue également le rôle de transmetteur sensoriel des ses mouvements propres et de ceux de sa mère. Le sens du tact est le tout premier à se mettre en place à partir de la 4^{ème} semaine de développement. L'embryon est donc sensible aux sensations cutanées que les déplacements de liquide impriment à la surface de sa peau. Ainsi, tout au long de la gestation, la peau du bébé est caressée par ce fluide dans lequel il est immergé. La constance de cette stimulation rend la peau très sensible dès la naissance. De plus « *il existe une loi biologique selon laquelle plus une fonction est précoce, plus elle a de chances d'être fondamentale.* »¹¹ On comprend donc que le tact soit le vecteur privilégié par l'enfant pour découvrir son environnement et entrer en relation avec l'autre.

Le fœtus est également soumis à d'autres stimulations sensorielles, visuelles et sonores ; les bruits de l'environnement maternel, la voix de ses proches mais aussi le bruit régulier et sourd du cœur de la mère, des bruits de digestion... Les enveloppes amniotiques et la paroi utérine filtrent et atténuent ces stimulations, plongeant le fœtus dans un « bain » de sensations auditives, visuelles, tactiles, qui l'enveloppe.

Progressivement, le fœtus peut se mettre à bouger pour s'ajuster aux stimulations perçues. Aucouturier parle d'une véritable adaptation du fœtus au monde externe et décrit ces mouvements comme porteur de sens.

¹¹ Anzieu, *Le Moi-Peau*, Dunod, 1995, p 36

« Enveloppé, le fœtus entend les bruits déformés des battements cardiaques, de l'abdomen, de la respiration avec ses accélérations et ses ralentissements, il entend la voix de sa mère avec sa tonalité propre (...) le fœtus s'y ajustera en écoutant, voire en y répondant par le mouvement qui a déjà le sens d'une adaptation au monde externe. »¹²

Au cours du 5^{ème} mois de grossesse, la mère et ses proches perçoivent les premiers mouvements fœtaux, ils tentent d'y répondre ; une première communication s'établit, par le toucher notamment, mais aussi par la voix. Le fœtus est en recherche active de ce contact. Lorsque l'on pose la main sur le ventre de la mère, préférentiellement quand il s'agit de la mère elle-même, le fœtus bouge afin de se positionner sous ce contact. Cette attirance est à la base des méthodes d'haptonomie prénatale. Ces interactions prénatales participent à l'investissement psychique de l'enfant par ses parents.

Durant la gestation le fœtus grandit, il est de plus en plus enserré dans l'utérus et la quantité de liquide amniotique diminue ce qui multiplie les échanges tactiles directs avec la paroi utérine. En lien avec les plicatures dont l'embryon a fait l'objet et avec le manque de place qui s'installe, ce dernier est positionné en enroulement. Dans cette position, son dos est entièrement en contact avec la paroi utérine. La multiplication des contacts physiques sur son corps propre lui donne une première perception des contours de son corps.

Pour Anzieu, *« L'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie »¹³*

Dans le ventre maternel, les parois de l'utérus et le liquide amniotique enveloppent et soutiennent le bébé, lui donnant des sensations rassurantes. Le bébé gardera en mémoire ces sensations, et les retrouver après la naissance pourra l'aider à s'apaiser. En effet, à la naissance, le nouveau-né fait l'expérience d'un environnement plus ou moins sans limites.

¹² Aucouturier, *La méthode Aucouturier: Fantômes d'action & pratique psychomotrice*, de Boeck, p 19

¹³ Anzieu, cité par M.Bruchon, 2004

3. La naissance

A l'accouchement, les contractions de l'utérus stimulent la peau du bébé. Le fœtus passe par le col de l'utérus, passage rétréci qui moule toute la surface de son corps, lui donnant une expérience intensifiée de sa forme et de son unité. Pour G.Haag l'expérience de l'expulsion serait vécue par l'enfant comme une expérience de démoulage sur le plan sensoriel. L'enfant aurait alors une empreinte archaïque d'une première forme.

L'enfant naissant perçoit sur toute sa surface corporelle, qu'une distinction des corps s'opère. Du fait de son anticipation et de son rôle actif dans l'expulsion, la mère est plus à même de renoncer à la fusion, au profit d'un contact peau à peau et d'une rencontre avec son enfant.

Au moment de la naissance, le bébé lui, est délogé de l'enveloppe utérine protectrice. Puis c'est l'accès à la vie aérienne qui représente un changement extrême ;

- L'espace autour de lui devient froid et très grand, il y a moins de zones de contact entre son corps et l'environnement.
- Sa peau est désormais à nue, en contact direct avec les diverses stimulations. Ces stimulations tactiles changent de nature. On passe d'un contact liquidien à un contact aérien et également à un peau à peau direct.
- Les sons sont puissants, la lumière également.
- Ses poumons s'emplissent d'air pour la première fois et il découvre ses cordes vocales, il crie.
- Il est écrasé sous l'effet de la pesanteur. Positionné en décubitus dorsal, ses membres sont attirés en ouverture. L'hypertonie des membres concoure au rassemblement et au retour à la position fœtale chez les enfants qui vont bien, les « bébés boules ».

Otto Rank parle de la naissance comme d'un traumatisme. Pour lui, le passage brutal de la vie utérine, pauvre en stimulations, à la vie aérienne, entrainerait un traumatisme par excès de stimulations qui dépasseraient les capacités du nouveau-né de les gérer. Il imagine ensuite que chaque angoisse ultérieure serait la tentative de digérer ce premier traumatisme.

Korff-Sausse au contraire peut imaginer « *un bébé heureux de naître, arrivant dans un monde qu'il a hâte de découvrir, et y entrant avec les compétences acquises au cours de son séjour matriciel* »¹⁴

Le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine entraîne quoi qu'il en soit, la perte des enveloppes utérines et une confrontation avec de nouvelles expériences sensorielles et gravitaires. Il est donc source d'angoisses corporelles, normales chez le nourrisson qui n'a pas encore intégré le sentiment de ses propres limites corporelles. Il aura besoin de la présence sécurisante de sa mère pour s'apaiser et se sentir contenu de nouveau. En effet, tout au long de la grossesse, la mère et l'enfant sont en contact permanent. Après la naissance, l'entourage doit permettre au nouveau-né de revivre cette expérience d'être contenu, en le berçant, en le tenant tout contre soi, en lui parlant...

¹⁴ Korff-Sausse, *La première demeure*, Champ psy, 2009, (n° 56), p 13

4. Le sentiment d'enveloppe

Les enveloppes biologiques contiennent physiquement les cellules et les organes, unifient et délimitent le corps propre.

Dans le cas d'une déficience de ces enveloppes biologiques, les conséquences pour l'individu sont potentiellement mortelles :

- L'expression à la surface de la membrane plasmique des mauvaises protéines, engendre la reconnaissance des substances étrangères ou combat le soi (réactions auto-immunes).
- Une faille de la membrane cellulaire conduit à la fuite du contenu cellulaire et à l'apoptose (mort cellulaire).
- Un défaut de plicature de l'embryon expose les organes à l'extérieur du corps, ce qui demande des opérations chirurgicales importantes.
- Une abrasion de la peau (par exemple dans les brûlures graves) l'expose sans protection à toutes les attaques extérieures et potentiellement à la mort.

Pourtant, il arrive que certains individus, chez qui l'intégrité de ces enveloppes biologiques est respectée, présentent le sentiment, la sensation que cette enveloppe est absente, trop fragile ou trop rigide. Il s'agit en fait d'un défaut du **sentiment d'enveloppe**.

Anne-Marie Latour nous précise qu'« *il ne suffit pas d'avoir une peau « tout autour » pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement. Le « sentiment d'être » est cette part imaginaire qui doit s'intriquer avec le somatique propre à chaque individu.* »¹⁵

Car si les enveloppes sont présentes, elles sont encore immatures. La peau perçoit les sensations de façon diffuse, l'hypotonie axiale et l'hypertonie des membres affectent la perception du corps, les différents sens ne sont pas encore localisés et unifiés, enfin le bébé n'a pas conscience d'être un tout différencié de son environnement, notamment de sa mère.

Le sentiment des limites du Moi n'est donc pas inné. A la naissance, le bébé présente le sentiment primaire d'un Moi illimité. Il ne différencie pas ce qui vient de lui ou de

¹⁵ Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psysem.org

l'environnement. Il perçoit des sensations diffuses dans tout le corps et qui le désorganisent. Progressivement il va développer le sentiment d'être limité, d'abord dans un mécanisme très dépendant du corporel, des sensations notamment tactiles mises en sens par l'entourage, c'est la prise de conscience de son enveloppe corporelle, qui soutient le sentiment d'être un tout unifié et différencié des autres.

Ainsi le sentiment d'enveloppe se construit dans l'expérience répétée :

- De la peau
- D'être tenu, soutenu, compris

Anne Marie Latour résume, « *cette construction du sentiment d'être est dépendante à la fois des expériences du corps propre et des interactions avec un objet privilégié, la mère le plus souvent.* »¹⁶

¹⁶ Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psysem.org

5. L'enveloppe tonique

Comment le nourrisson va-t-il pouvoir faire face à ces nouveaux stimuli ? Y mettre du sens et les contenir ?

- En ce qui concerne la perception des stimuli ;

Ils seraient traités de manière binaire par un premier système neurologique archaïque les triant qualitativement « *en paires contrastées, telles que les nomme B. Golse* »¹⁷ ; agréable/désagréable, chaud/froid, dur/mou... Ce système ne permettrait « *pas encore de moduler, nuancer et combiner les différentes perceptions : seul un système plus élaboré et relié à l'expérience relationnelle permettra la transformation de ces premiers ressentis.* »

- En ce qui concerne la réponse à ces stimuli :

Les stimulations internes et externes impriment de manière automatique chez le nourrisson, des « réactions toniques globales ». Il expérimente en fonction de la nature du stimulus classé en agréable ou désagréable, une alternance entre des états d'hypotonie de réplétion et d'hypertonie d'appel.

Le tonus est donc le premier vecteur des sensations et émotions du nourrisson, qui sont, dans un premier temps, indifférenciés. Wallon parle d'ébranlement organique des émotions.

Le tonus participe aussi à unifier la perception du corps, en reliant les différentes sensations et les différents sens. Wallon parle du tonus comme voie finale commune des sensibilités.

Il est également vecteur de communication. En effet, les états toniques permettent à l'entourage maternel de décrypter les états émotionnels du bébé et d'y répondre ; par un rapprochement physique, des conduites de maternage (nourrissage, portage, corps à corps ...) et également par une mise en sens et en mots de l'état émotionnel du bébé, en symbolisant ce que pourraient être ses pensées. Les conduites d'apaisement de ses parents agiront comme une véritable transfusion tonique de l'apaisement, dans le portage notamment. Ces mécanismes

¹⁷ A-M. Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psynem.org

d'adaptation tonique réciproques entre le nourrisson et son entourage seront développés par De Ajuriaguerra à travers le concept de dialogue tonico-émotionnel.

« *Il se caractérise par la synchronie posturale et gestuelle des deux partenaires lors de leurs interactions.* »¹⁸

La régulation tonique est donc, dans un premier temps, dépendante des conduites de l'entourage sur le nourrisson. Ce dernier fait l'expérience d'être contenu dans une nouvelle enveloppe protectrice et structurante qui régule ses tensions. Le nourrisson se sent contenu en présence.

Puis, la continuité de ces soins contribue à apprendre au nourrisson à réguler son tonus par lui-même en se remémorant les empreintes toniques de l'apaisement procuré par les soins maternels. Il se construit progressivement une véritable enveloppe tonique, qui soutient la stabilisation de son image corporelle et donc le sentiment continu d'exister.

Bullinger résume ainsi les différents niveaux de complexification du tonus :

- La période réflexe
- La régulation par les flux sensoriels. Elle est encore réflexe mais permet la mobilisation tonique et l'orientation du corps vers le stimulus.
- Plus tard, l'enfant apprendra, en s'appuyant sur son environnement physique et humain, à réguler son tonus. Le jeu de la petite bête qui monte par exemple, rendra progressivement l'enfant en capacité de contenir son excitation.
- Finalement, l'individu sera en capacité de réguler son tonus par lui-même, en fonction de son monde représentatif.

L'évolution de la régulation tonique est dépendante de la maturation neurologique, de la qualité des premières interactions et de son investissement par l'individu. Elle aboutit au contrôle des sphincters et à la continence ; c'est-à-dire la capacité en conscience, de retenir ou de laisser partir ses selles, ce qui soutient la perception d'un dedans et d'un dehors.

Accéder à la propreté est « *une façon très concrète de faire le tri : le bon, gardé dans le corps, le mauvais jeté aux poubelles.* »¹⁹

¹⁸ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

L'enfant acquiert le sentiment d'avoir une enveloppe hermétique, de maîtriser les échanges avec l'extérieur et que ces échanges ne menacent pas son intégrité. Enfin, elle soutient l'individuation et l'autonomisation. La fonction tonique est donc indissociable de l'émergence du sentiment d'enveloppe.

Plus tard, les tentatives de faire « bonne contenance » seront souvent associées à un recrutement tonique. L'hypertonie permet une perception accrue de la consistance et des limites corporelles. On observe fréquemment, dans les pathologies des enveloppes, des conduites compensatoires qui passent par l'hypertonie, comme des tentatives de maintenir en permanence les sensations corporelles d'une enveloppe, car celles-ci ne sont pas mémorisées et intériorisées. L'hypotonie de réplétion au contraire, peut être synonyme de perte des limites, d'une trop grande adaptation voire d'une fusion avec le support. En fait, c'est dans l'expérience de l'alternance entre ces deux états et surtout l'expérimentation de cette modulation que l'individu construira le sentiment d'avoir une enveloppe protectrice mais souple, qui permette les échanges. Suzane Robert Ouvray parle de « gaine tonique réactive » qui se modifie en fonction des stimulations, nécessairement souple pour assurer les échanges et ainsi permettre à l'enfant d'enrichir son monde interne.

« La régulation tonique proposée, d'abord incorporée, plus tard intériorisée par le bébé, autorise la constitution de la fonction tonique [...] nécessaire à l'intégration des modalités sensorielles, à l'organisation du corps en vue de l'action mais aussi à la stabilisation de l'image corporelle : progressivement l'enfant conservera le sentiment de soi quels que soient ses mouvements, ses sensations ou ses émotions. »²⁰

Enfin, *« l'intégration des différentes qualités (sensori-toniques et émotionnelles) de l'objet, autorise une [...] continuité temporelle participant ainsi à la construction des enveloppes psychiques. »²¹*

Le tonus participe donc de la fonction contenant car il permet à l'entourage puis au bébé lui-même de décrypter ses émotions, en faisant le lien hypotonie-agréable et hypertonie-désagréable, avec toutes les nuances qui vont pouvoir se développer. Mais au niveau corporel, il procure plus une sensation de consistance que d'enveloppe. Intéressons-nous alors aux travaux de Winnicott.

¹⁹ ¹⁹ C.Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 338

²⁰ A-M. Latour, *les images du corps pré-contenantes*, site psynem.org

²¹ *ibid*

6. L'apport de Winnicott

« Si la fonction à contenir concerne très directement la construction des propres capacités de penser du bébé, elle concerne également les soins qui lui sont proposés par ses parents. »²²

Et si l'on continue à s'intéresser aux soins maternels proposés au tout petit, il y a une notion importante développée par Winnicott. Il s'agit de la notion de préoccupation maternelle primaire.

a) La préoccupation maternelle primaire :

C'est en fait la capacité qu'à la mère de se mettre à la place de son bébé afin de répondre à ses besoins physiques et psychiques. Cet état de préoccupation maternelle primaire, permet à la mère de se placer dans le même état émotionnel que son enfant et donc de s'adapter de façon presque totale à ses besoins au début de sa vie. Cet état d'empathie extrême qualifierait une mère « suffisamment bonne » selon les termes de Winnicott. C'est-à-dire, une mère qui sait décoder son enfant et lui procurer les soins physiques et psychiques nécessaires à son développement, à savoir, le Holding, le Handling et l'Object Presenting.

C'est grâce à ce collage extrême de la mère aux besoins de son enfant et leur satisfaction immédiate dans un premier temps, que le nourrisson n'éprouverait pas d'angoisse majeure. Dans un environnement suffisamment bon, l'enfant est dans une illusion de toute puissance ; il pense créer lui-même son environnement en fonction de ses besoins, ce qui est très rassurant. A cette période il perçoit sa mère de façon segmentée, limitée au sein, et comme une partie de lui, qu'il fait apparaître à son envie.

« L'objet maternel suffisamment bon peut seul contenir les pensées primitives de la psyché. »²³

Puis, avec le temps, une désadaptation s'ébauche, parallèlement à la croissance de la capacité de l'enfant de faire face à cette défaillance maternelle. La mère va mettre plus de

²² Mellier, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 48, 2005, p2

²³ Ibid p5

temps à satisfaire son enfant. Elle va le faire patienter. Pendant ces temps d'attente, l'enfant va percevoir les bruits de sa mère qui se rapproche, va la voir s'affairer... il va commencer à anticiper le soin, en s'appuyant sur les traces mnésiques des soins antérieurs et sur la contenance auditive, visuelle, voire olfactive de sa mère et de son environnement. Ce phénomène va permettre à l'enfant de s'individualiser. Désormais, les contacts physiques avec la mère seront non permanents. L'enfant va se construire progressivement une enveloppe personnelle et prendre conscience de sa mère comme différenciée de lui, avec sa propre enveloppe.

b) Le phénomène transitionnel :

Pour Winnicott ce processus de défusion et d'individuation passe par un phénomène transitionnel. Dans un premier temps, mère et enfant partagent une même enveloppe symbiotique, puis, un espace se crée entre les deux protagonistes. Cet espace transitionnel contient à la fois la présence et l'absence de l'autre. Il est indispensable pour supporter puis symboliser l'absence naissante de la mère. Un des objets transitionnels les plus connus est le « doudou » qui est investi par l'enfant dans les moments d'angoisse et notamment de séparation avec la mère. Il contient à la fois la mère et l'absence de la mère. Il modélise l'absence mais contient les traces mnésiques du contact, représente la mère, notamment dans ses fonctions de réassurance, de contenance... Un autre exemple d'objet transitionnel est le jeu.

Enfin, si l'enfant a pu se construire une enveloppe, il reconnaît sa mère comme une entité séparée de lui.

Mais cette enveloppe se construit dans un premier temps dans l'adaptation totale et dans le corps à corps à travers trois fonctions maternantes principales développées par D. Winnicott ; le Holding, le Handling et l'Object Presenting.

c) Holding :

Il se traduit par « maintien » ou « tenue ». Il correspond à la façon de soutenir et porter l'enfant, physiquement mais aussi psychiquement.

Le portage physique nécessite un ajustement entre le porté et le porteur. De Ajuriaguerra théoriserait cet ajustement tonique et postural à travers la notion de dialogue tonico-émotionnel. Le portage induit un contact corps à corps entre le bébé et celui qui le porte, ce qui lui procure une sensation de continuité qui lui rappelle la vie intra-utérine et l'apaise ; sensations vestibulaires, contact du dos, position d'enroulement... Il est également accompagné de nouvelles stimulations souvent rythmées ; paroles de la mère, caresses, ainsi que le regard, qui renforce la sensation de maintien. Le bébé est véritablement contenu physiquement mais aussi psychiquement. Un portage de qualité donne à l'enfant la confiance en son environnement, qui peut le contenir et sur lequel il peut s'appuyer. Il lui donne également confiance en lui-même.

Le hoding « *joue essentiellement une fonction de protection contre toutes les expériences, souvent angoissantes qui sont ressenties dès la naissance. Si le holding est assuré de manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister est préservé et la maturation du nourrisson est alors possible.* »²⁴

Pour Harlow, le portage réunit tous les facteurs nécessaires à l'attachement : contact, chaleur, allaitement, mouvement.

Winnicott nous explique qu'un Holding de qualité permet l'intégration du moi, l'individuation.

« *L'intégration (sous entendue du Moi) est étroitement liée à la fonction de maintien exercée par l'environnement. Une intégration réussie est l'unité. Tout d'abord vient le « je », ce qui inclut que tout ce qui est autre n'est pas moi* »²⁵.

d) Handling :

Il correspond aux soins corporels procurés à l'enfant, qui nécessitent des mobilisations et une stimulation du corps, notamment de la surface de la peau ; le change, la toilette, les massages... L'enfant acquiert ainsi la perception de la peau comme surface, ce qui permet l'élaboration d'une enveloppe corporelle, délimitant un intérieur et garantissant l'intégrité corporelle en le protégeant de l'extérieur.

²⁴ B.Golse, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Masson, 1985

²⁵ Winnicott, *Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant*, in *Processus de maturation chez l'enfant* Payot, 1962, p 9 à 18

« Le bébé a de cette enveloppe une représentation concrète, qui lui est fournie par ce dont il fait l'expérience sensorielle fréquente, à savoir la peau. »²⁶

Anzieu, évoquant les travaux de Harlow, précise que, « le réconfort apporté par le contact avec la douceur d'une peau ou d'une fourrure s'avère le plus important. Le réconfort n'est trouvé que de façon secondaire dans les trois autres facteurs, l'allaitement, la chaleur physique éprouvée dans le contact, le bercement du bébé par les mouvements de sa mère quand elle le porte. »²⁷ Cette observation démontre l'importance primaire des contacts peau à peau entre l'enfant et son entourage.

Winnicott nous dit que le Handling participe à l'installation de la psyché dans le soma, donne une consistance corporelle à l'enfant et participe ainsi à la création des enveloppes corporelles.

e) **Object presenting :**

C'est la capacité de la mère de mettre à la disposition de son enfant, l'objet dont il a besoin au bon moment, en accord avec son niveau de développement et ses préoccupations actuelles. Il sert à présenter un objet de la réalité extérieure en réponse à la réalité interne de l'enfant. Si cela est correctement fait, les stimulations de l'objet ne dépassent pas les capacités de contenance de l'enfant, il se sent compris et la mère permet à l'enfant de s'ouvrir au monde extérieur, de s'intéresser et d'investir un autre objet qu'elle.

D'après Winnicott, ces 3 fonctions maternantes assurent la maturation du nourrisson, selon trois schèmes principaux :

- le processus d'intégration qui conduit l'enfant à un état d'unité. C'est la constitution du Moi et du self, conséquence du Holding.
- le deuxième processus est la personnalisation, c'est-à-dire l'installation de la psyché dans le soma et le développement du fonctionnement mental. Ce sont les effets du Handling.
- le troisième processus concerne l'édification des premières relations objectales qui aboutit à la capacité d'utiliser l'objet, issues de la fonction d'Object Presenting.

²⁶ Anzieu, *Le Moi-Peau*, réédition Dunod, 1995, p 82

²⁷ Ibid, p 46

Au regard de ces éléments, le nourrissage peut être envisagé comme le paradigme de la contenance. Le bébé est porté en enroulement; il y a une grande surface de maintien au niveau du dos, et sur tout un flanc. Il est soutenu par le regard de sa mère, éventuellement par les bruits de son cœur, par un bain d'odeurs. Parallèlement il perçoit la sensation du lait chaud qui entre dans son corps et apaise la sensation de faim, induit un relâchement tonique et la sensation de réplétion. Tout cela est accompagné des paroles de la mère qui symbolisent l'état de l'enfant.

Le bébé perçoit ses limites corporelles, il fait l'expérience d'un échange entre l'extérieur et l'intérieur, une incorporation, dont la perception est favorisée par la chaleur du liquide, et fait le lien avec l'apaisement. Tout cela dans un contexte de contenance physique tactile, mais aussi sensorielle plus à distance. La mère constitue alors l'objet contenant les angoisses, les pulsions, les besoins qui agitent la vie psychique du nourrisson.

Winnicott disait « *ce qui est en jeu, c'est non pas l'incorporation fantasmatique du sein nourricier mais l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se situe et qui le tient.* »²⁸

L'enfant s'identifie à la fonction contenant de sa mère pour construire sa propre fonction contenant. Le contenant résulte de l'intériorisation du contenant.

Petit à petit, le corps à corps diminuera, l'enfant se soutiendra des sens plus à distance.

²⁸ Anzieu, *Le Moi-Peau*, nouvelle revue de psychanalyse, n°9, 1974

7. Bion, la fonction alpha (α)

Le bébé est un être sensoriel, (mise en place précoce des organes sensoriels, proprioception, et tonus). Comme déjà évoqué, il ne peut exprimer ses émotions que de façon tonique et motrice. Ces réponses n'ont pas de forme ou de signification, Bion les nomme éléments béta (β).

a) Les éléments β du bébé :

Les éléments béta correspondent à des éprouvés corporels (sensoriels et toniques) et des éléments psychiques (détresse, envie ...). Mais ces éléments restent encore bizarres, parcellaires, destructeurs, car l'enfant ne peut les identifier et les penser. Ils forment une véritable barrière d'éléments béta agglomérés, qui empêche l'enfant de penser.

Les éléments béta sont des « *éléments non pensables, incapables de se lier entre eux, tout juste susceptibles de s'agglomérer en ce qu'il appelle un écran béta. C'est le « contenu* ». »²⁹

Ne sachant pas les contenir, le bébé les projette sur son environnement maternant.

b) Le travail de transformation de la fonction α maternelle :

Celui-ci, à l'aide de sa fonction α opérante, travaille à les détoxiquer, en les triant et en les organisant pour les comprendre, y mettre du sens et y répondre de manière adaptée et calmante, « ah mais tu as faim », « ca va aller, je prépare ton biberon », le berce et le nourrit.

« *Ces éléments sont traités par le psychisme de la mère, par sa capacité de rêverie, laquelle est inhérente à la mystérieuse fonction alpha, elle joue alors le rôle de contenant.* »³⁰

Ces réponses maternelles sont appelées éléments alpha.

²⁹ A. Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in J.B. Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, Eres, p21

³⁰ *ibid*

c) Les éléments α :

Ils sont renvoyés par l'entourage au bébé, par des vecteurs toniques, posturaux, sonores... Le bébé s'alimente des significations données par son entourage, qui lui prête dans un premier temps, sa capacité à penser.

Bion insiste sur le fait que cette fonction alpha est une fonction de transformation. Transformation des éléments bêta en éléments alpha, transformation du bébé qui, d'un état d'angoisse et d'hypertonie passe à un état d'hypotonie de réplétion. Enfin, transformation de la mère qui devient capable de décrypter son enfant.

d) Constitution d'une fonction α propre au bébé :

Bion situe l'enveloppe au niveau de cette interface de transformation. L'accumulation des éléments α participe à la création d'un écran d'éléments alpha contenant. Le terme d'écran précise sa fonction de filtre et de tri des excitations, le terme contenant renvoie au maintien des traces mnésiques et de l'énergie psychique. Cet écran permet la dissociation excitation/signification. L'écran alpha se développe autour d'un pôle de différenciation. Il rend possible l'acquisition des distinctions de base de la pensée : dedans/dehors, affect/représentation, imaginaire/réel. Progressivement, lorsque ces boucles cognitives se répètent de façon stable et adaptée, le bébé puise dans la répétition, des invariants cognitifs, qui seront des repères organisateurs.

En introjectant la fonction de transformation de sa mère, l'enfant construit son propre appareil à penser. Le bébé apprend à discriminer de lui-même ses états, à y mettre du sens et également à pouvoir anticiper.

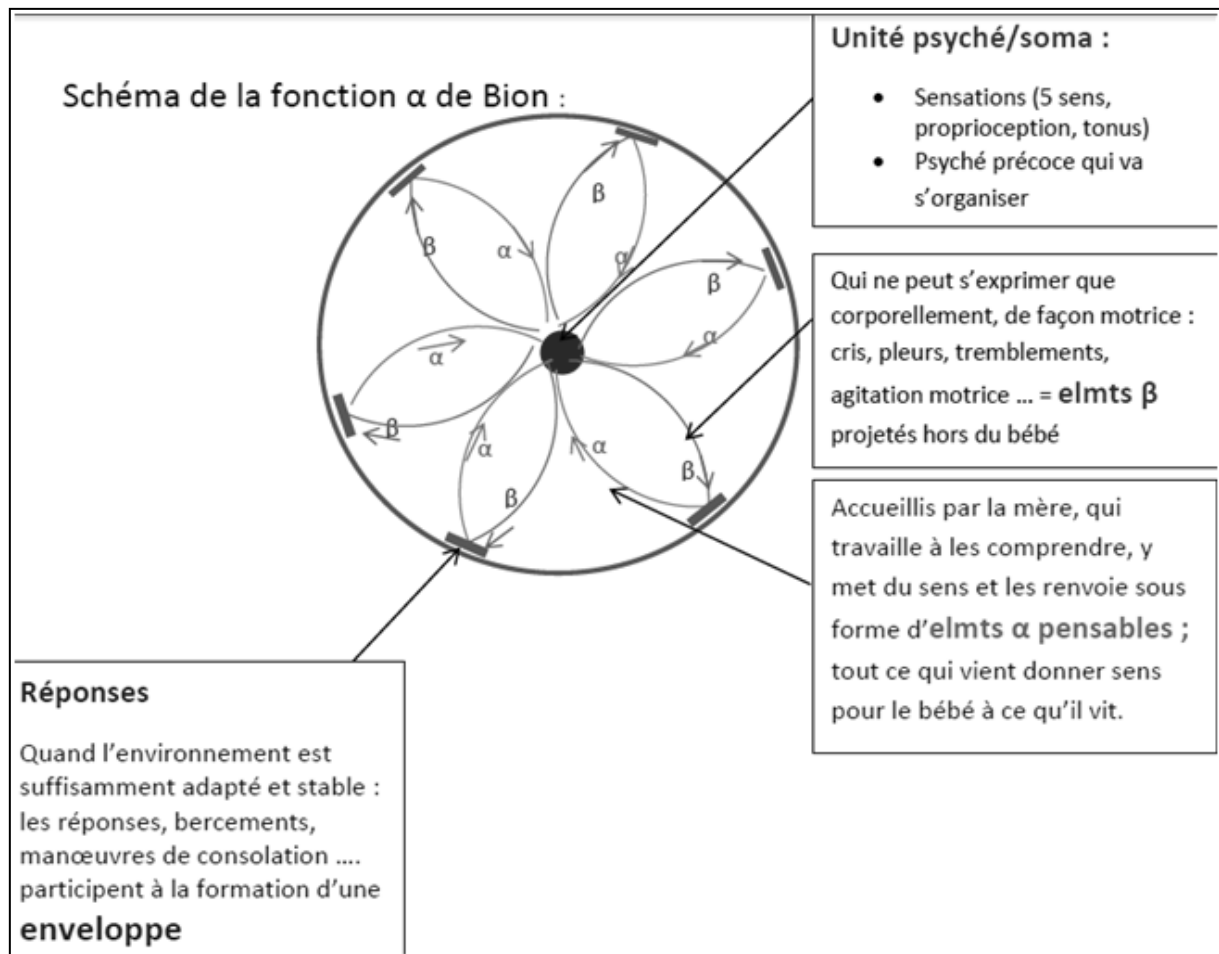


Figure 4: schéma construit d'après le cours de Mme Latour, 3ème année, IFP Bordeaux

La fonction alpha est dans un premier temps une manière de théoriser toutes les attentions contenantes de l'entourage maternel. Elle permet la constitution d'une barrière d'éléments alpha contenant pour le bébé, qui participera à la future fonction alpha autonome du bébé. Elle assure une « *fonction de réceptivité et de détoxification* »³¹ des éléments béta qui nous parviennent à chaque rencontre avec un objet. Car il nous arrive sans cesse des stimuli qui doivent être catégorisés et mis en sens pour produire des pensées.

« Pour Bion, la fonction contenantante serait une fonction d'accueil et de symbolisation. »³²

On peut également la voir comme une théorisation de la fonction soignante. Nous nous attacherons à le détailler dans une prochaine partie, mais le travail du psychomotricien sera de formuler des hypothèses au patient pour tenter de l'aider à décrypter ses états et y mettre du

³¹ N. Kacha, *La fonction contenantante du thérapeute*, in *Groupe, contenance et créativité*, Eres, 2010, p86

³² *ibid*

sens. Cela peut être plus difficile que pour la mère et son bébé. En effet, comme déjà évoqué, à la naissance la mère est dans un état de préoccupation maternelle primaire qui la met très en lien avec son bébé.

8. Anzieu, le Moi-Peau

Quand on s'intéresse à la fonction contenante, il est un concept incontournable, celui du Moi-Peau de D. Anzieu. Premièrement car la fonction contenante est précisément une des fonctions qu'il attribue au Moi-Peau. Egaleme nt car il nous permet de faire le lien entre le corporel et le psychique.

Il construit son modèle en se référant aux concepts psychanalytiques de Moi et de pulsions, développés notamment par Freud. Ce dernier réalise une modélisation de l'appareil psychique dont le Moi, de par son rôle actif de mise en contact du psychisme avec le monde extérieur et de transmission des informations, constituerait l'enveloppe.

D. Anzieu nous explique que cette formation n'est pas innée mais qu'elle se construit en s'étayant sur une fonction biologique, celle de la peau, et passerait par un stade intermédiaire ; le Moi-Peau.

Il définit le Moi-Peau comme une « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* »³³

Intéressons-nous à la façon dont cette figuration précoce se forme.

a) Construction du Moi-Peau :

Pour Tisseron, la métaphore du Moi-Peau fait appel à la sensorialité et à la motricité.

A l'occasion des contacts de sa peau avec la peau de sa mère, le nourrisson perçoit sa peau comme une surface. Il décrit le moment du nourrissage comme paradigme de cette perception. En effet, les sensations buccales représentent alors la première expérience d'un contact différenciateur, d'une incorporation. La réplétion est une expérience plus diffuse, durable, d'une masse centrale, d'un plein, d'un centre de gravité. Le nourrissage est accompagné de conduites de maternage riches en sensations ; le bercement, les odeurs corporelles, le regard... Cela conduit progressivement l'enfant à « *différencier une surface comportant une face externe et une face interne, distinguant le dehors et le dedans, et un*

³³ Anzieu, *Le Moi-Peau*, Dunod, 1995, p 61

volume dans lequel il se sent baigné. Cette surface qu'il nomme « interface » et ce volume donnent à l'enfant la sensation d'un contenant. »³⁴

Ainsi, « l'enfant acquiert un Moi peau qui lui est propre selon un processus de double intériorisation :

- *de cette interface qui devient enveloppe psychique contenant des contenus psychiques*
- *de l'entourage maternant qui devient le monde intérieur, des pensées, des images, des affects »³⁵*

b) Fonctions du Moi-Peau:

D. Anzieu propose différentes figurations pour le Moi-Peau :

- Un **sac** correspondant à la fonction d'enveloppe, qui permet de retenir le bon à l'intérieur (les sons, les paroles ...), de contenir.
- Un **écran** correspondant à la fonction de barrière protectrice, qui permet de délimiter le dedans et le dehors.
- Un **tamis** qui filtre les échanges et permet l'inscription des traces mnésiques.

Plus précisément, D. Anzieu définit 8 fonctions du Moi-Peau :

1. **Fonction contenante**, à l'image de la peau qui recouvre toute la surface du corps.
Il cite alors la fonction de Handling évoqué plus tôt, qui éveille la perception de l'image du corps comme un sac.
2. **Fonction de maintenance du psychisme** : en étayage sur la fonction de soutènement du squelette et des muscles assurée par la peau. Il cite cette fois la fonction maternelle de Holding.
3. **Fonction de pare excitation** qui filtre les excitations trop importantes.
4. **Fonction d'individuation** qui fournit à l'individu le sentiment d'être différencié des autres.
5. **Fonction d'inscription** des traces sensorielles, pour la collecte des informations sur le monde extérieur. Cela inscrit le sujet dans une dimension sociale.

³⁴ A. Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, 2011, p29

³⁵ D. Anzieu, *Le Moi-Peau*, Dunod, p 85/86

6. **Fonction d'intersensorialité.** La peau est l'organe sensoriel qui supporte et relie tous les autres sens. En cela, il fonde l'unité psychique.
7. **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle.** Par les soins corporels dont il fait l'objet, l'enfant fait l'expérience des plaisirs de la peau, toile de fond des plaisirs sexuels ultérieurs et fondement de la répartition de la sexualité adulte dans les zones érogènes.
8. **Fonction de recharge sexuelle** pour maintenir et organiser l'énergie libidinale.

On peut également définir 2 autres fonctions du Moi-Peau en rapport avec les fonctions de la peau :

- **La fonction mnésique** à l'instar de la peau qui stocke les graisses.
- **La fonction de défense archaïque**, comme la peau émet les phéromones.

Si le Moi fonctionne d'abord sur une structuration en Moi-Peau, comment peut-il passer à un Moi psychique ?

c) **Dépassement du Moi-Peau :**

Le Moi-Peau transforme l'expérience tactile concrète d'un contenant, en représentation symbolique, et finalement purement abstraite, d'un contenant.

Dans un premier temps, l'enfant ressent l'existence de sa propre peau. Ce sentiment d'existence de base lui donne conscience des limites de son corps et une confiance suffisamment importante en son intégrité corporelle.

« Ce sentiment d'intégrité donne au Moi une enveloppe narcissique et un bien être de base d'où l'idée du Moi-Peau. »³⁶

Ainsi l'instauration du Moi-peau s'établit en réponse au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base.

Cette sécurité de base permet à l'enfant de contenir ses pulsions.

³⁶ Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, 2011, p30

Selon D. Anzieu, « *dans une première phase, la pulsion prend corps. Dans une phase finale, elle prend nom. Entre les deux, elle prend place.* »³⁷

La pulsion a une source corporelle, elle est liée aux expériences sensorielles et motrices précoces. Puis, l'appareil psychique se représente la pulsion en la localisant imaginativement dans un organe des sens. Enfin, le langage permet d'inclure la pulsion dans un scénario fantasmatique qui agence la source et le but dans un espace et un temps.

Ainsi, « *Le Moi peau fonde la possibilité même de la pensée.* »³⁸

Finalement, de sa « *double origine épidermique et proprioceptive, le Moi hérite également la double possibilité ; d'établir des barrières (qui deviennent des mécanismes de défense psychique) et de filtrer les échanges (avec le Ca, le surmoi et le monde extérieur).* »³⁹

Le concept du Moi-Peau s'étaie donc sur l'expérience cutanée du bébé et l'illusion initiale que lui fournit sa mère d'une peau commune. S'il a été suffisamment acquis, l'interdit du toucher et le fantasme d'une peau invulnérable favoriseront la structuration du Moi.

Mais, à partir de 1976, D. Anzieu parlera d'« enveloppe psychique », car le terme d'enveloppe a une signification plus large que celui de peau et surtout plus indépendante du substrat organique.

Pour Ducret, D. Anzieu a utilisé la métaphore d'enveloppe psychique car il a eu l'intuition d'une « *structure psychique ayant des propriétés formelles qui sont en général attribuées à une enveloppe mais qui peuvent être extraites du substrat.* »⁴⁰

Ainsi, il ouvrera sa réflexion sur les enveloppes à d'autres fonctions sensorielles.

Le concept initial de Moi-Peau, « *permet de généraliser une structure et des fonctions, de penser une plus grande diversité de ses manifestations intrapsychiques et interpsychiques, enveloppe onirique, sonore, groupale.* »⁴¹

³⁷ D. Anzieu et R. Kaës, *Le travail de l'inconsient*, Colloque de l'APF du 12 mai 1984, *Le corps de la pulsion, la pulsion pour quoi faire ?* p 64

³⁸ D. Anzieu, *Le Moi-Peau*, Dunod, p62

³⁹ Ibid, p 62

⁴⁰ Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, 2011, p30

⁴¹ Ibid

9. L'enveloppe visuelle

a) Compétences visuelles précoces :

Lorsqu'il naît, la vision du bébé est encore immature. Seule la vision de près (à 20 cm environ) est opérante. Elle est donc optimum dans les moments de maternage et de nourrissage.

Précocement, le bébé est doué de compétences visuelles qui vont être au service de son besoin de proximité avec les adultes qui s'en occupent. Il a une préférence pour les visages, notamment lorsque ceux-ci sont placés de face, c'est-à-dire qu'ils regardent eux même le bébé. Il possède une bonne poursuite oculaire des objets ou visages en mouvement, ce qui permet à son entourage de percevoir son intérêt et de capter son attention. Il répond alors dans un premier temps, par des sourires automatiques qui, progressivement seront différenciés, plutôt réservés aux proches et adaptés à la situation. Il est capable très tôt de percevoir les états émotionnels des autres, notamment en analysant leur regard.

Toutes ces compétences lui permettent de maintenir la proximité des adultes. Même sans contact physique, la vue de l'adulte représente un certain contact, une continuité de présence à l'enfant. En effet, dans un premier temps, l'enfant pense créer son environnement lui-même, ainsi les objets absents à sa sensorialité, qu'il ne touche pas, ne voit pas ou n'entend pas, ont disparu. Il n'est pas conscient de la continuité de leur existence. Peu à peu, la conscience de la permanence de l'objet se construit. Alors, même sans le contact visuel, l'enfant se sentira contenu, par les bruits qu'il peut percevoir, mais dont il ne voit pas la source, par la mémorisation et par l'introjection qu'il aura réalisés des différents objets, notamment de sa mère.

b) L'enveloppe visuelle :

G. Lavallée, qui a travaillé sur la notion d'enveloppe visuelle, nous dit dans un premier temps que la vision est un sens décorporé. La sensation ne se situe pas dans l'organe sensoriel de l'œil, elle s'ébauche dans les centres visuels du cortex. Ainsi le plaisir de voir ne s'étaye pas directement sur un plaisir d'organe. Pour lui, le plaisir visuel est de l'ordre de

l'hallucinatoire, c'est à dire de l'ordre d'un éprouvé d'indistinction ou de continuité entre le dedans et le dehors, entre le sujet et l'objet. Ce que l'on peut voir est en continuité avec nous même. Et ce que je peux voir, peut me voir également. L'objet que je vois et moi-même, partageons un même espace, une continuité, soutenue par la vue.

L'hallucination correspond à une représentation confondue avec la perception directe du réel. Mais peut-il y avoir une perception directe, véritable, du réel ? Non, car nos représentations influent sans cesse sur la perception que nous avons d'un stimulus.

Dès lors, il se demande « *quelles transformations doivent subir les stimuli sensoriels pour acquérir la qualité de matériaux pour la pensée et permettre à un sujet un accès psychique supportable et même fécond à la réalité perçue ? Quelle différence existe-il entre un stimulus visuel à l'état brut, excitation traumatique non psychisée, pur élément bêta selon Bion, et une perception symbolisée constituée d'éléments alpha ?* »⁴²

Lavallée décrit le processus de la vision comme suit :

1. Le stimulus visuel est ce réel à l'état brut, qu'on peut également appeler élément β . Il éveille instantanément des représentations inconscientes.
2. Les représentations éveillées sont projetées sur l'image perçue. La perception est donc symbolique. Tout le visible n'est pas perçu, une partie est négativée.
3. Cette perception symbolisée est introjectée dans le Moi et devient disponible pour la mise en mots.

Il précise également, que percevoir et penser représentent des mouvements d'investissement contradictoires. Quand la perception demande d'ouvrir les pôles sensoriels et d'accueillir les stimuli externes, penser, au contraire, nécessite d'être capable de fermer psychiquement le pôle perceptif pour nous permettre d'endopercevoir notre monde interne. Cette distinction est permise par l'établissement dans certaines occasions particulières, d'un écran visuel.

⁴² G. Lavallée, *L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire*, in Cahiers de psychologie clinique, 2003, n° 20

i. L'écran visuel :

Le bébé, repu, somnole dans les bras de sa mère. Elle est donc bien toujours présente devant ses yeux. Mais Lavallée nous dit que c'est comme si à ce moment là il ne la voyait plus. « *Un écran psychique hallucinatoire négatif pare-excitation et surface d'inscription s'est créé en lui.* »⁴³ Cet écran ferme le pôle perceptif, accueille et rend utilisable les représentations nourries par le visuel.

C'est à ce moment là seulement qu'il y a aperception de la mère, et que le bébé peut se voir dans le visage maternel, en oubliant sa mère. « *Le premier miroir hallucinatoire et positif constitué à partir du visage maternel reflétant mimétiquement les éprouvés du bébé s'est négativé : il est devenu écran. Le bébé ne voit plus sa mère qui est pourtant là en face de lui, il accède aux ébauches d'endopercptions de celle-ci, en sa présence.* »⁴⁴

ii. Le miroir hallucinatoire positif :

Le premier miroir hallucinatoire positif dont parle Lavallée correspond au rôle de miroir du visage maternel, décrit notamment par Lebovici. Dans les soins, lorsque le bébé est tenu dans les bras, il regarde surtout le visage de la mère. Il se voit alors lui-même, car lorsque la mère regarde son enfant, son expression est directement liée à ce qu'elle perçoit de son état émotionnel. S. Lebovici insiste sur la réciprocité de ce processus. En effet, l'enfant modifie également son expression faciale en fonction de ce qu'il perçoit de sa mère. Ce processus en abyme fonde le processus de maternalisation. La mère prend confiance en ses capacités, en observant les changements que ses soins impliquent. Le visage d'une mère « suffisamment bonne », si l'on reprend l'expression de D. W. Winnicott, permet à l'enfant d'entrer en contact avec son propre monde affectif. Il permet donc à l'image de soi de se constituer.

« *Le visage maternel est le lieu unique où peuvent s'intégrer, en un même espace, des états affectifs différents dissociés les uns des autres. L'observation de la dyade mère/nourrisson montre les changements qui affectent les visages de chacun en fonction des modifications survenant chez l'autre. Il se produit une sorte de modulation permanente du*

⁴³ G. Lavallée, *L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire*, in Cahiers de psychologie clinique, 2003, n° 20

⁴⁴ Ibid

visage de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le bébé, de telle sorte qu'elle tend à lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif »⁴⁵

Lavallée lui, insiste sur la nécessité de la création occasionnelle d'un écran qui ferme le miroir maternel pour permettre l'intégration des représentations.

Ainsi, quand tout se passe bien, la quantité d'hallucinoire positif se trouve régulée, ce qui conduit la formation d'un contenant. Le contenant se trouverait donc du côté de l'hallucination négative et le contenu du côté de l'hallucination positive. «*L'enveloppe visuelle travaille donc à nous protéger inconsciemment et en permanence « de la quantité de quantum hallucinoire positif »⁴⁶. La limite psychique est maintenue dynamiquement par la régulation de la perception sensorielle. « Nous ne prenons pas nos désirs pour une réalité. »⁴⁷*

iii. Cas pathologiques :

Dans certains cas pathologiques, pour faire face à une excitation sensorielle à l'état brut, l'individu est obligé de réduire physiquement son champ visuel, faute de pouvoir le réduire psychiquement. Il y a prédominance des hallucinations négatives, opacité et permanence de l'écran visuel. Ce mécanisme de défense qui permet de ne pas voir psychiquement ce qui est physiquement présent, se retrouve par exemple, sous sa forme la plus mortifère, dans les cas d'autisme.

⁴⁵ S. Lebovici et S. Stoléru, *Le Nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*, Paris : Le Centurion, 1983, p. 163

⁴⁶ G. Lavallée, *L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinoire*, in *Cahiers de psychologie clinique*, 2003, n° 20

⁴⁷ *ibid*

10. L'enveloppe sonore

a) Compétences auditives précoces :

Nous avons déjà évoqué l'importance des sons perçus dès la période utérine. Le fœtus entend toutes les paroles de son entourage. Une fois né, l'enfant placé sur le torse de celui qui le porte entend les battements de son cœur, cela lui rappelle le bain sonore initial de la vie intra-utérine. Il possède des compétences auditives précoces qui lui permettent de reconnaître la voix de sa mère parmi toutes les autres. C'est d'ailleurs elle qui pourra l'apaiser, mieux que toute autre voix. « *Il connaît pour la vie entière, les lignes prosodiques avec lesquelles ses parents s'adressent à lui.* »⁴⁸

Très tôt, le bébé a un premier accès au contenu des paroles par l'intermédiaire de l'intonation de la voix, de sa mélodie, de son rythme, de son intensité... Les sons ont donc déjà une valeur de communication. De son côté, le bébé émet des cris différents en fonction de son état émotionnel ; faim, douleur, frustration ... Dès ses 3 semaines, apparaît le faux cri de détresse. Le bébé fait un premier lien entre ses émissions sonores et l'arrivée de la figure maternelle.

b) L'enveloppe sonore :

L'enveloppe sonore est composée de 2 faces, une face externe composée des sons de l'environnement et une face interne composée des sons émis par le bébé lui-même. Si l'hétérostimulation a été suffisamment bonne, le bébé réalisera des autostimulations ; babillages, bruits de bouches ... qui lui permettront de s'approprier, puis de pouvoir contrôler, ses émissions sonores dans le langage parlé.

Pour que l'hétérostimulation soit de qualité, Lecourt évoque 2 conditions :

- Le vécu sonore doit s'étayer sur le vécu visuel et tactile. Le toucher, la motricité permettent de distinguer les sons produits des sons extérieurs.

⁴⁸ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

- Le vécu sonore doit s'élaborer mentalement grâce à l'intégration des différentes composantes : bain sonore, échanges bilatéraux, cavité sonore, intégration des sons de derrière ...

i. Le miroir sonore :

L'enveloppe sonore doit donc être redoublée dans un premier temps des enveloppes tactiles et visuelles. Dans cette première période, elle doit également s'étayer sur le miroir sonore de la mère, qui renvoi au bébé une image réfléchie de son état émotionnel. « *Les mots, phrases ou onomatopées, culturellement investis d'une dimension émotionnelle [...] sont comme les fractales sonores des tensions qu'il éprouvait à ce moment-là. Ils sont portés par leur prosodie, elle-même accordée comme une harmonique à son état tonique.* »⁴⁹ Ce miroir n'est structurant que si, dans cet échange, la mère exprime quelque-chose de ce qu'elle perçoit de son bébé

La mère renvoi donc au bébé quelque-chose du pareil, mais aussi du différent : avec un enrichissement, avec des mots qui mettent du sens ou même depuis un autre canal sensoriel. Cela permet au bébé d'enrichir ses représentations, ses modes d'expression, son expressivité...

ii. Les fonctions de l'enveloppe sonore :

Les sons permettent la perception :

- D'un espace-volume commun entre les deux interlocuteurs, qui permet l'échange bilatéral, alors que l'allaitement ou l'élimination sont des circulations à sens unique. L'entendu de l'autre nous enveloppe, il vient en réponse à notre propre émission sonore et la stimule. En distinguant progressivement ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre, les échanges sonores permettent la différenciation soi-non soi.
- D'une première image du corps propre. Les sons, notamment ceux produits par le bébé, stimulent la perception d'un corps « caverne sonore ». Par l'intermédiaire des vibrations qu'ils induisent, ils offrent la sensation d'un volume qui se vide et se remplit.
- De nouvelles dimensions de l'espace : l'orientation et la distance.
- De la dimension temporelle

⁴⁹ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

A travers les sons, le bébé peut se représenter mentalement des objets ou évènements qui se situent hors du champ perçu par le tact ou la vision. Cela permet au bébé d'être contenu encore plus à distance. Lorsque le bébé a faim, il émet des cris caractéristiques. Avant même, de sentir son contact ou de la voir, il entend sa mère lui parler. Elle le rassure, lui dit qu'elle arrive bientôt, lui décrit ce qu'elle fait, qu'elle prépare son biberon... Ce bain de paroles lui permet déjà de se calmer, avant même la satisfaction de ses besoins. Cela lui permet de commencer à anticiper le soin.

Enfin, lorsque l'enfant accède au langage parlé, il peut mettre des mots sur les objets et sur ses émotions. C'est un nouveau moyen de symboliser ce qui lui arrive. Il peut désormais se raconter un petit discours interne, ce qui lui permet d'en penser quelque-chose. Il accède à la représentation de mots. L'enveloppe sonore devient alors un contenant psychique, le contenant des mots.

iii. Le défaut d'enveloppe sonore :

On peut évoquer un défaut du bain sonore dans les cas de :

- Discordance : il intervient en contretemps de ce que ressent ou exprime l'enfant.
- Brusquerie : tantôt insuffisant, tantôt excessif, il multiplie les micros trauma sur la pare-excitation naissante.
- Impersonnalité : il ne renseigne ni sur ce que le bébé vit ni sur ce que sa mère ressent pour lui.

11. Conclusion sur l'enveloppe relationnelle primaire

a) Résumé de la genèse de la fonction contenante :

« La régulation tonique, l'intégration des sensorialités, la possibilité de supporter puis « penser » les transformations et enfin le sentiment d'être contenu dans sa propre peau sont les premières acquisitions que réalise progressivement l'enfant. »⁵⁰

La genèse de la fonction contenante est donc selon A.M. Latour, un phénomène précoce. Haag situe le premier sentiment d'enveloppe aux environs des 2 mois de vie.

Cette genèse va se nourrir de sensations corporelles. Mais le corps du bébé et ce qui se joue pour lui doit nécessairement être investi et transformé par l'entourage.

J.B. Chapelier parle du « *double ancrage corporel et relationnel* »⁵¹ de la contenance.

Brazzelton nous dit que « *les multiples feed-back ponctuels qui interviennent dans la relation nourrisson-entourage maternel constituent un système dynamique, voire économique et créent une réalité psychique nouvelle de nature topographique qu'il appelle « enveloppe ».* »⁵²

Cette construction passe premièrement par l'étape d'un nécessaire fantasme de fusion, de peau commune, entre le bébé et sa mère. Ce fantasme est utilisé comme mécanisme de défense par le nourrisson pour calmer ses angoisses. Il permet d'établir une compréhension mutuelle précoce entre la mère et son enfant. Cet ajustement total primaire, autorisé par l'état particulier dans lequel se trouve la mère, permet au bébé de :

- Calmer ses angoisses
- Se sentir contenu physiquement, percevoir ses limites corporelles et leur intégrité
- Se sentir contenu psychiquement, c'est-à-dire, se sentir compris
- S'approprier la fonction contenante de la mère, en introjectant les contenants et les schèmes de transformation, de désintoxication des éprouvés.

⁵⁰ A-M Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psynem.org

⁵¹ J.B. Chapelier, *Chaos, contenance et créativité*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, Eres, 2011, p 61

⁵² Anzieu, *le Moi-Peau*, Dunod, 1995

« Les interactions parents-enfant construisent de manière modulée et organisée, et surtout dynamique, des représentations autorisant l'établissement des contenants (corporels et psychiques) »⁵³

« Ces expériences de transformation d'abord éprouvées dans les bras de la mère [...] produisent des perceptions qui sont probablement le terreau de la capacité à penser les transformations ; ce que Tisseron nomme les « schèmes de transformation », forme de contenant corpero-psychiques de l'expérience des changements et modifications. »⁵⁴

Mais progressivement ce fantasme de peau commune doit céder pour que s'opère l'individuation et la formation d'une fonction contenante autonome. Cela est rendu possible grâce à l'intégration des sensations tactiles et à la mémorisation des expériences contenantantes, qui assurent le sentiment de continuité d'être. De plus, le bébé a fait l'expérience des transformations, d'abord de façon passive, mais il a pu intégrer les structures symboliques de la contenance. Il est désormais capable d'identifier par lui-même ses éprouvés, de les classer, de leur donner une signification, de les ordonner, de les contenir. Il peut localiser corporellement les sensations, les excitations, les pulsions ce qui permet leur transformation psychique en représentation et leur figuration, dans le langage notamment.

Pour Houzel, la fonction contenante correspond au travail d'une fonction alpha pour qu'il puisse y avoir l'établissement d'un lien contenant/contenu. La fonction à contenir est un processus actif et intersubjectif de transformation du psychisme.

Et pour Mellier, *« L'état des enveloppes psychiques traduit le résultat dynamique de ce travail. »⁵⁵*

b) Fonctions et qualités des enveloppes :

- Elles assurent la séparation entre le dedans et le dehors.
- De ce fait, elles protègent contre les agressions extérieures, empêchent le passage des éléments du non soi.
- Elles permettent aussi de localiser l'objet psychique dans un espace restreint, elles luttent donc contre son éparpillement et sa fuite.

⁵³ Mellier, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 48, 2005, Presse universitaire de France

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Ibid

Elles doivent donc posséder des capacités de solidité et d'étanchéité. Mais elles doivent également être souples et perméables de façon sélective car :

- Elles doivent permettre le passage des éléments à contenir.
- Elles doivent permettre la communication et les échanges, car tout système doit échanger s'il veut maintenir un équilibre tout en se complexifiant.

Localiser ses contenus de pensée dans un « espace » limité est indispensable pour :

- Différencier ce qui est de soi et des autres. En effet, Federn « *pense la limite non comme un obstacle, une barrière, mais comme la condition qui permet à l'appareil psychique d'établir des différenciations à l'intérieur de lui-même, ainsi qu'entre ce qui est psychique et ce qui ne l'est pas, entre ce qui relève du Soi et ce qui provient des autres.* ⁵⁶ »
- Se protéger des stimulations extérieures et acquérir la certitude de l'étanchéité de notre psychisme (les autres ne peuvent pas lire dans nos pensées, nous inculquer des pensées qui ne viendraient pas de nous).
- Conserver le contenu (sensations, idées...), le garder à disposition, c'est la fonction mnésique, qui lutte contre la fuite psychique.
- Organiser nos pensées, les maîtriser, éviter qu'elles nous envahissent.
- Mais également mettre en contact la réalité psychique et la réalité extérieure, transmettre les informations.

Si l'on reprend notre définition initiale, les limites ou enveloppes sont de deux natures :

- Spatiales, physiques : enveloppe utérine, holding et expériences de la peau...
- Sociales, morales, affectives : fonction alpha, proxémie, cadre, lois...

Pourtant, au regard des notions abordées dans cette première partie de réflexion sur la genèse de la fonction contenante, on se rend compte qu'on ne peut pas clairement les dissocier. Dans le maternage, le sensoriel est toujours coloré d'affects, de représentations, de mots Dès la naissance, l'enfant baigne dans un bain de représentations crée par son entourage.

⁵⁶ D. Anzieu, *Le moi peau*, Dunod, 1995,

On note un primat de l'expérience de la peau et du tonus car :

- On retrouve une structure neurologique commune à la formation du cerveau et de la peau.
- Ce sont les sens les plus précoces (opérationnels in-utéro).
- Le corps à corps est vital dans les premiers mois de vie.
- Ce sont les 1^{ers} moyens de communication.

Mais dès le début, ces expériences sont accompagnées de la contenance par les autres sens et par le psychisme de la mère.

« Les réverbérations sensorielles de l'adulte sont seules à pouvoir lui refléter visuellement, auditivement, tactilement certains aspects de son fonctionnement et de sa morphologie. Ils lui permettent de connaître son corps sous toutes ses coutures. »⁵⁷

Petit à petit, l'interdit du toucher se met en place. La communication se fait plus à distance, mais le bébé aura incorporé les sensations de son corps propre contenu, introjecté la contenance, il pourra se contenir des sens à distance et même d'une contenance toute symbolique.

« Les phénomènes de contenance passent donc de contenant très concrets à des contenant très symboliques comme la loi. »⁵⁸

⁵⁷ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

⁵⁸ J.B. Chapelier, *Chaos, contenance et créativité*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, 2011, Eres, p 65

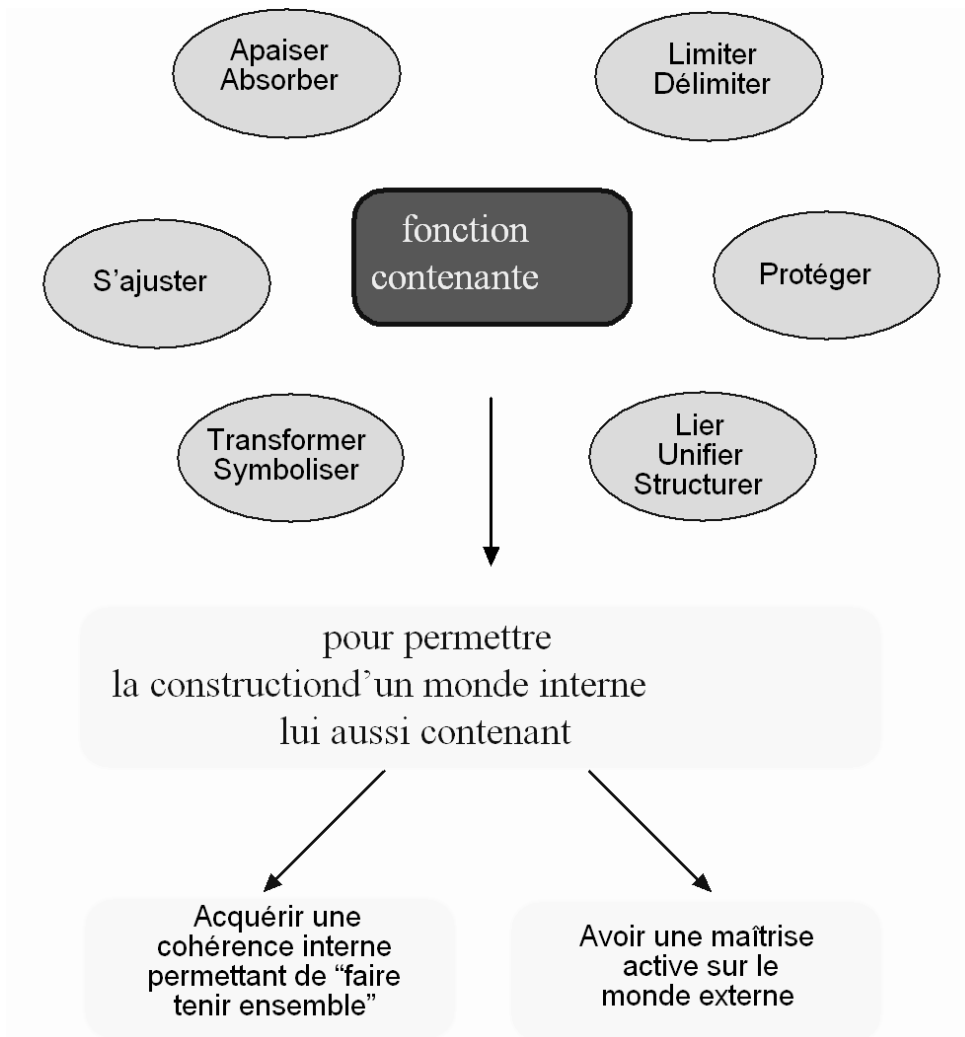


Figure 5: Schéma de la fonction contenante selon C. Ourghanlian, 2009, site internet de l'auteure ; lien et marges (enseignement spécialisé et culture) ou site internet de D. Calin ; psychologie, éducation et enseignement spécialisé

III. PATHOLOGIES EN LIEN AVEC UN DEFAUT DE CONTENANCE

« A l'évidence, nous naissons un : un organisme. Il n'est pourtant pas assuré que nous nous concevions, ni peut-être même que nous nous percevions ainsi en toutes circonstances. »⁵⁹

Dans bien des cas, il apparaît que *« les premières images du corps sont compromises dans leur mise en forme même »⁶⁰*

1. Réflexions sur l'origine du déficit de la fonction contenante

Nous avons évoqué le double ancrage corporel et relationnel de la genèse de la fonction contenante. Ainsi une défaillance de cette dernière peut s'envisager dans les cas de :

- Troubles sensoriels importants, s'ils ne peuvent être suffisamment compensés par les autres sens ou par la rencontre avec un environnement porteur. C'est le cas du polyhandicap par exemple.
- Troubles de la relation entre le nourrisson et son entourage maternant.

Dans ce second cas, les raisons sont multiples et souvent multifactorielles. Il apparaîtrait que, la part de chacune des ressources développées en première partie de cet écrit, aurait été pondérée différemment chez les personnes présentant un défaut de contenance.

« L'ajustement d'autrui aurait pris moins de place comme source de réverbérations sensorielles : ce sont les autres sources qui auraient été surinvesties : son organisme, le milieu inerte et souvent aussi les personnes, mais hors ajustements émotionnels. Quelles qu'en soient les raisons, qu'il ne les ait pas perçue, qu'il ne l'ait pas suscitée, qu'il l'ait

⁵⁹ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

⁶⁰ M. Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psysem.org

évitée, qu'elle ait été insuffisante au regard de ses besoins ou interrompue, la possibilité d'utiliser les signaux sensoriels propre au dialogue tonique aurait manqué.»⁶¹

Il est souvent difficile de préciser qui porte la faute ; un entourage non adapté ou un bébé qui ne réagit pas aux propositions de son entourage ? En effet, la relation est une histoire qui s'écrit à deux et qui demande un ajustement mutuel. Le bébé n'est pas un être passif, il est doué très précocement de compétences pour entrer en communication et susciter les soins. Il s'agit donc d'une co-construction.

A ce sujet, Brazelton définit deux notions parallèles :

- L'enveloppe de maternage, constituée de l'ensemble des réponses adaptées de l'entourage au nourrisson. Elle entoure le bébé d'une enveloppe de sécurité qui calme ses angoisses.

Mais également sa réciproque,

- L'enveloppe de contrôle, constituée des réponses du nourrisson aux propositions de la mère. Ces réactions positives (apaisement, sourires, gazouillis) enveloppent la mère d'une enveloppe de contrôle, elle se sent performante dans son rôle maternant. En créant cette enveloppe de contrôle le nourrisson oblige son entourage à tenir compte de ses réactions.

Dans le premier cas, l'entourage peut donc se retrouver dans l'incapacité de s'adapter suffisamment à son enfant et ce pour des raisons extrêmement variées ; dépression, retard mental important, troubles psychiatriques...

Et, « si l'équipement neuropsychologique du bébé (programme, virtualités, compétences) ne « croise » pas un environnement qui le potentialise et lui permette de s'actualiser, il est possible que l'enfant maintienne un contact tactile, adhésif, à travers toutes ses sensorialités même distales. »⁶²

Dans le second cas, le nourrisson peut également être indisponible à la relation. C'est notamment le cas dans des pathologies du spectre autistique.

⁶¹ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

⁶² A.M. Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, site psynem.org

Pour A.M. Latour justement, « *l'enfant autiste semble paradigme à cet égard. (...) les images sensorielles ne peuvent être suffisamment élaborées dans un lien à l'autre, et donc affectées, triées et nuancées par l'autre, et profiter du retour introjectif de la fonction alpha. La confusion entre perceptions sensorielles et perceptions hallucinées perdure et ne permet pas la perte structurante de l'illusion de faire corps avec la mère.* »⁶³

Anzieu, qui a évoqué ce nécessaire dépassement du fantasme de peau commune, pose l'idée que dans la psychose, la perte de cette fusion est inacceptable, impensable, insupportable. L'enfant n'acquiert pas d'individualité, on peut notamment observer chez lui des conduites de collage avec son environnement physique ou humain ou encore des hallucinations négatives des propres parties de son corps. L'image d'un corps contenant n'est pas construite. Dans la névrose, cette perte serait à peu près acceptée mais se vivrait douloureusement.

Ainsi les défauts de contenances se retrouvent à des stades bien différents. Il en suit toujours l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, non identifiable, anéantissant le sujet.

2. Angoisses liées au défaut de contenance

Cette excitation vécue comme un danger peut venir du dedans. Lorsque l'enveloppe ne contient pas le monde sensoriel, affectif et représentatif de l'enfant, il est soumis à des angoisses d'éclatement, d'explosion. Elle peut aussi venir du dehors, livrant l'enfant au risque d'être percé, déchiré, abîmé ou de se faire déchiqueté. Ce sont alors des angoisses par les ouvertures, de vidage (du sang ou des forces de vie) ou de contamination (d'être rempli de choses infectes). Anzieu évoque le vécu d'un Moi passoire, interrompu par des trous.

S.R. Ouvray définit 2 types de danger :

- « *L'impossibilité de maintenir les liens entre les différentes parties du squelette et des organes et d'être démantelé, démembré, éparpillé, éclaté en 1000 morceaux.*

⁶³ A. M. Latour, *Les images du corps pré-contenantes*, p7, site psysem.org

- *Ne plus être en étayage, en échoïstation avec les autres niveaux d'organisation et de sentir des coupures entre les sensations et la pensée, entre les images et les affects, entre « le corps et la tête ».*⁶⁴

En conséquence, l'individu aura recours à des conduites palliatives, pour tenter d'éprouver un sentiment de contenance.

3. Systèmes palliatifs de la contenance

Pour Pous, un des systèmes de défense contre ses angoisses concerne le contrôle de la sensation par :

- **Maitrise du plein** : Le corps est omniprésent. L'individu peut avoir recours à des autostimulations qui revigorent la perception de soi.
- **Maitrise du vide**, la désafférentation sensorielle. Le corps est désincarné, tout ce qui compte c'est le monde imaginaire, l'intellectualisation. Mon corps n'est pas mon corps, ainsi je ne souffre pas de ce qui lui arrive.

Pour M-F. Livoir-Petersen, « *D'un enfant à l'autre les ressources sont différentes.*

- *L'un exploitera le fonctionnement de son organisme, on peut parler de moi-muscle. Il recherche le contact d'objets durs et les appuis sensoriels distaux.*
- *L'autre fera de l'hypotonie un usage systématique, utilisant toute sa surface tactile pour maximiser les contacts*
- *Chez d'autres encore, c'est le moi-os qui domine : l'enfant produit ou recherche des vibrations, saute, se tasse sur ses talons ...*
- *Beaucoup dépendent des vêtements qui les enveloppent tactilement et visuellement pour conserver un retour sensoriel global et unifiant. »*⁶⁵

⁶⁴ S. Robert-Ouvray, Angers 25 septembre 2009 – XXXVIIIème Journées annuelles de Thérapie Psychomotrice

⁶⁵ M-F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010

On note donc des symptômes extrêmement variés, tentative singulière de chaque individu de retrouver une contenance :

- **Troubles de la régulation tonique :**

La notion de cuirasse musculaire développée par Reich peut se décrire comme un ensemble de « *crispations et de rétentions toniques qui font tenir ensemble les différentes parties de soi. Les sensations liées à ce durcissement musculaire préparent les fantasmes d'armure, de cuirasse, de personnage indestructible.* »⁶⁶

Au contraire, le recours à l'hypotonie par désinvestissement du corps ou pour permettre l'hyper-adaptation, le moulage avec le support physique, humain ou matériel.

Le recours au tonus pneumatique par blocage de la respiration est une autre possibilité. L'asthme est cité par Anzieu comme une manière de se gonfler d'air, pour sentir « *les limites par le dedans d'un soi élargit, gonflé* »⁶⁷

- **Troubles de l'image du corps :** non conscience de certaines zones corporelles, hallucination négative permanente...
- **Autostimulation sensorielle (stéréotypies)** par recherche d'immuabilité. L'objet moi ne se maintient que par des retours sensoriels prévisibles. Cela lui permet de baigner dans un bain de sensations connues donc rassurantes, et assurant une continuité. De plus, l'auto-entretien de ces stimulations permet d'en maîtriser la source, la quantité et de diminuer le seuil de sensibilité aux autres sensations, non maîtrisables donc débordant potentiellement les ressources de l'individu. On peut observer des agrippements sensoriels (visuels, auditifs, vestibulaires ...) sans adaptation à la situation.
- **Inhibition psychomotrice**
- **Instabilité psychomotrice :** Golse parle d'une « *enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordial* »⁶⁸.

⁶⁶ S.Robert-Ouvray, Angers 25 septembre 2009 – XXXVIIIème Journées annuelles de Thérapie Psychomotrice

⁶⁷ Anzieu, *Le Moi-Peau*, Dunod, 1995, p130

⁶⁸ B. Golse, *L'enfant excitable*, Enfance et psy2/2001(n°14), p 53

- **Troubles de la distance** : Evitement du contact ou au contraire collage à l'objet ; certaines personnes ne connaissent leurs contours que calés sur la consistance d'autrui, collé à sa peau.
- **Recherche d'une enveloppe de souffrance**, développée par Enriquez.
- **Troubles mnésiques**

Cette liste ne se veut pas exhaustive. Elle a simplement la prétention d'apporter un éclairage, une ouverture sur les différents troubles que peuvent provoquer le défaut de contenance. Dans une dernière partie, par l'intermédiaire du récit de la prise en charge de 2 enfants, nous serons amenés à nous intéresser plus en détail au défaut de contenance dans le cas d'une inhibition psychomotrice et d'une instabilité psychomotrice.

IV. CONSTITUER UN PROJET THERAPEUTIQUE CONTENANT EN PSYCHOMOTRICITE

1. Annonce de la problématique et des hypothèses de travail

Au regard des éléments développés précédemment, il convient maintenant de se demander :

Comment la psychomotricité peut-elle intervenir auprès de patients souffrant d'un défaut de contenance ?

Voici les hypothèses de travail que l'on peut poser :

- a) Le psychomotricien peut **décrypter les symptômes** en lien avec un défaut de contenance, en ayant une **lecture favorisée de l'image du corps**. Cela passe par une observation sensible :
 - a. Du dialogue non-verbal et notamment du tonus
 - b. De l'utilisation et de la représentation de l'espace et des formes géométriques que réalise le patient
 - c. De la résonance émotionnelle et tonique provoquée en lui, la rencontre avec le patient

- b) Le psychomotricien peut mettre en place une **thérapie à médiation corporelle** afin de permettre la **prise de conscience des enveloppes corporelles et de leur intégrité** et **relancer la dynamique de transformation** pour favoriser **l'émergence d'une fonction contenantante autonome**. Ce travail passe notamment par :
 - a. L'accueil des symptômes, leur reconnaissance comme la tentative d'expression d'un mal-être.
 - b. Le repérage des modalités sensorielles privilégiées du patient pour user des niveaux de contenance les plus appropriés ; la voix, le regard, les règles ...

- c. La figuration des contenants à plusieurs échelles :
 - i. L'institution
 - ii. Le cadre thérapeutique
 - iii. La salle de psychomotricité
 - iv. La psyché du psychomotricien
 - v. L'échange, le jeu commun
 - vi. Des contenants concrets : boîtes, cabanes...
- d. De façon transitoire, l'appareillage de la psyché du patient sur la propre fonction à contenir du thérapeute, qui dose les stimulations, fait vivre les expériences de transformation puis le rassemblement...
- e. L'action sur le corps propre, la sensorialité, la motricité pour nourrir une autre image du corps.

2. L'image du corps

L'image du corps réalise la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles archaïques ou actuelles. Elle en constitue une incarnation symbolique.

On peut détailler 2 fonctions symbolisantes fondamentales :

- Celle qui réalise le lien dynamique entre les différentes parties du corps et la totalité.
- Au-delà de cette forme, celle qui concerne le contenu et le sens de ce lien.

F.Dolto précise 3 facettes de l'image corporelle :

- L'image de base : elle nous permet de reconnaître que nous sommes dans une mêmeité d'être malgré les mutations.
- L'image fonctionnelle : c'est l'image sthénique de l'individu qui accomplit une action, soutenue par un désir.
- L'image érogène : elle est centrée sur l'idée du plaisir des plaisirs.

L'image corporelle, fondée sur le vécu émotionnel des expériences corporelles, est donc en lien avec la fonction contenante. Elle symbolise le lien entre les différentes parties du corps et introduit ainsi la notion d'unité, très en lien avec le tonus. Les images fonctionnelle et érogène quand à elles, nous parlent des pulsions, de leur mise en sens et de leur organisation pour une action ajustée et productive.

a) Le tonus :

Nous avons déjà abordé l'importance du tonus dans la constitution du sentiment d'enveloppe, ainsi que la notion de dialogue tonico-émotionnel.

Nous pouvons ici évoquer son lien avec l'image corporelle. En effet, le tonus est l'élément qui, par diffusion, réalise le lien entre les différentes parties du corps.

La modification tonique de certaines parties du corps peut alors être le signe d'un défaut de perception de cette zone corporelle. Une zone qui peut concentrer les angoisses du patient. Cela nous permet d'envisager le tonus comme moyen de lecture du trouble.

Le tonus peut également être utilisé comme outil thérapeutique. Le psychomotricien tente, dans un premier temps, de transfuser sa détente tonique au patient. Puis, il pourra avoir comme objectif de faire vivre au patient une alternance d'états toniques, entre la détente et la contenance tonique, à l'image de ce qui se joue chez le petit enfant et que nous avons déjà développé.

b) L'espace comme miroir du corps propre :

Sami Ali nous explique que le corps de l'enfant est sa première référence. C'est lui, qui se projette et donne sens à l'espace.

On parle alors de symbolisation primaire pour définir l'utilisation et le détournement des formes spatiales et de l'espace, comme première forme de symbolisation, qui permet à l'enfant de se raconter et de penser quelque-chose de ses expériences corporelles. Cette symbolisation primaire passe donc par l'action.

Chez les jeunes enfants, on peut observer un attrait pour des formes ou des espaces qui font résonance avec leur niveau de structuration et le vécu qui cherche à se symboliser à un moment précis ; représentations de ronds, cachettes dans des cabanes...

Chez les enfants pour qui le vécu corporel reste à des stades très archaïques et qui ne perçoivent pas leur corps comme un élément clos, sécure et différencié des autres, on peut observer une recherche compulsive d'objets particuliers, intéressants par leur forme, notamment des objets troués, qui figurent leur image d'un corps « percé ». Livoir-Petersen remarque « *leur intérêt anxieux pour les morceaux et les objets cassés* »⁶⁹. Elle pose ensuite l'hypothèse que « *la manipulation d'objets durs susceptibles de se fragmenter (ou de disparaître) peut être le moyen de se procurer des signaux visuels, tactiles, auditifs en rapport avec l'expérience de la segmentation (ou de l'effondrement) ; ils lui permettent de les représenter.* »⁷⁰

En thérapie psychomotrice, le psychomotricien met à disposition du patient, du matériel, un médium, capable d'accueillir ces premières transformations, qui permette au patient de mettre en scène son vécu corporel. Il lui fournit aussi des outils (objets contenant

⁶⁹ M.F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in thérapie psychomotrice et recherches, n°162, 2010, p 40

⁷⁰ Ibid, p 53

et pré-contenants, c'est-à-dire percés) pour qu'il fasse progressivement l'expérience de la contenance, du rassemblement ...

Le repérage des différents espaces (celui de la salle de psychomotricité, celui d'une cabane ou d'une boîte, l'espace intime de chacun...) et l'intériorisation des différents temps (ponctués notamment par les rituels de début et de fin de séance) concourent à l'élaboration de limites psychiques. C. Potel nous dit que « *la différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques.* »⁷¹

Les patients manipulent les matières (eau, semoule...) et les objets, comme des figurations de leurs états émotionnels qu'ils ne peuvent représenter, décrire, qu'ils peuvent uniquement mettre en acte. « *Ce que l'enfant joue [...] c'est son corps imaginaire. Ce sont les transformations fantasmées de ses premières enveloppes toniques.* »⁷²

Un enfant qui éparpille, nous raconte qu'il se sent lui-même éparpillé. A nous de lui faire vivre d'abord cet éparpillement, puis ensuite de lui faire vivre, passivement puis activement, qu'on va se rassembler. Le psychomotricien théâtralise alors ce rassemblement : en ramenant tous les grains de semoule dans une boîte, en restaurant l'espace tout entier de la salle en fin de séance

Le psychomotricien permet, dans une certaine limite qui dépend du cadre posé, quelques débordements pour montrer à l'enfant que le médium, le psychomotricien et lui-même, survivent à ses attaques, à ses angoisses. Il va « *stimuler et accepter les excitations motrices ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique.* »⁷³ Cela permet paradoxalement de poser une certaine limite à sa toute puissance. Il peut progressivement penser et ressentir que ses affects ne sont que des mouvements internes, limités par la réalité. Cela doit tendre à diminuer son angoisse et lui permettre de distinguer le monde interne de la réalité extérieure. C'est accepter d'avoir des pensées négatives en soi et prendre conscience qu'elles ne détruiront pas l'objet de ces pensées.

⁷¹ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, p 332

⁷² S.R. Ouvray, *Les transformations fantasmées de l'enveloppe tonique primitive*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010, p124

⁷³ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p330

Pour cela, le médium utilisé doit avoir certaines qualités spécifiques, le cadre doit être pensé pour permettre ce travail et enfin le psychomotricien lui-même doit prendre la position d'un contenant potentiel.

3. La médiation

La médiation est ce qui fait lien entre le patient et le psychomotricien. Elle doit donc être attractive pour les deux partenaires. Elle est l'objet d'une attention conjointe, d'un partage d'expérience. C'est ce partage d'une expérience commune, qui place le patient et le psychomotricien dans un même bain sensoriel, et permet au psychomotricien d'élaborer des hypothèses sur le vécu du patient. Il propose ensuite ses hypothèses au patient pour lui permettre d'y trouver du sens et d'en élaborer une représentation. Nous verrons effectivement que la capacité d'empathie du psychomotricien et son attention particulière à son propre état émotionnel sont des outils précieux.

Il faut rester attentif à « *ne pas prendre le représentant concret de la médiation pour la médiation.* »⁷⁴ Car « *la quintessence de la médiation est immatérielle : elle est dans les processus déliaison/reliasion.* »⁷⁵ Elle n'existe donc pas pour elle-même. Elle représente l'activité de représentation. La pâte à modeler par exemple n'est pas la médiation, elle est le support d'un travail de transformation qui soutient la mise en représentation. Elle en est un outil, un média.

R. Roussillon définit alors les qualités que doit posséder un média thérapeutique selon lui, pour être transformateur, symboliseur, entre la réalité psychique et la réalité externe.

a) La notion de médium malléable :

R. Roussillon introduit la notion de médium malléable et cite 5 propriétés que ce dernier doit présenter :

- Indestructivité
- Extrême sensibilité

⁷⁴ R. Roussillon, in *Entretien avec René Roussillon*, par B. Sage et B. Guillaumin, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 98, 1993, p26

⁷⁵ Ibid

- Transformable indéfiniment
- Disponibilité inconditionnelle
- Capable d'animation propre

Le jeu peut remplir ses conditions.

b) Le jeu :

Un enfant qui va bien joue spontanément, car c'est une activité fondamentale pour lui.

Cette activité répond à plusieurs besoins essentiels, qui sont non sans rappeler ceux de la fonction à contenir :

- Epuiser la charge affective, les tensions et angoisses, lors des absences de la mère par exemple
- Tenter de trouver un sens aux mouvements émotionnels et pulsionnels qui le traversent
- Communiquer et partager avec son entourage

Le jeu permet un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur. Il permet la libre expressivité de soi sans risque, c'est-à-dire, sans risquer de détruire réellement l'objet ou sans s'exposer à des poursuites de sa part (le rejet, l'attaque...), car c'est « pour de faux ». En abolissant provisoirement et dans un cadre donné, la limite entre le monde interne et le monde externe, il permet à l'enfant d'assimiler le réel au Moi. Il peut donc être envisagé comme un médiateur de la vie psychique de l'enfant. A ce niveau, il remplit toutes les conditions d'un médium malléable.

« Le jeu partagé va être l'un des éléments clés, un des leviers thérapeutique essentiels dans cette construction d'une enveloppe contenantante. »⁷⁶

De ce fait, le choix des jeux faits par l'enfant suit son développement psychomoteur.

⁷⁶ C.Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p335

Les jeux :

- De manipulations : emboitement, jeté... permettent de tester la résistance et de réparer le bon objet.
- D'alternance : font comprendre à l'enfant le rôle et le rapport des différents partenaires et la réciprocité de leurs actions.
- Symboliques : permettent la réalisation des pulsions partielles et de revivre des situations pénibles en les transposant symboliquement.

4. L'enveloppe institutionnelle

La dimension institutionnelle se compose de différents niveaux de fonctionnement : administratif, juridique, hiérarchique, travail pluridisciplinaire, communication ... qui créent un ensemble d'enveloppes emboîtées les unes dans les autres, se contenant réciproquement. D. Houzel développe donc la notion d'enveloppe institutionnelle. Selon lui, elle se caractérise par des qualités :

- **Etanchéité** : « *Ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit, dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors.* »⁷⁷
- **Perméabilité** : C'est la possibilité malgré tout, d'établir des échanges avec l'extérieur, notamment avec la famille, l'école... tout en respectant la règle de l'étanchéité précédemment citée. Il faut donc recueillir l'accord du patient ou de son représentant légal.
- **Consistance** : Il s'agit de la capacité à résister aux pressions, extérieures ou intérieures. L'institution doit faire face et maintenir une position stable, si elle est l'objet d'attaques.
- **Elasticité** : C'est la « *capacité... à se déformer, sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes* »⁷⁸. L'institution doit pouvoir accueillir et contenir les souffrances du patient et de sa famille et pouvoir s'adapter aux demandes latentes, dissimulées sous la demande officielle.

A l'image des enveloppes que nous avons détaillées plus tôt, l'enveloppe institutionnelle doit être à la fois rigide mais souple.

L'institution assure donc un rôle de contenance à la fois pour le patient et pour le thérapeute. Elle fait tiers entre eux deux et leur construit un cadre de travail sécurisé et prévisible.

Du côté de l'équipe, l'institution joue un rôle important. En effet, les souffrances et projections du patient impactent l'équipe qui, à son tour, peut attaquer l'institution. Cette dernière doit contenir ce qui est projeté par les équipes ; angoisses, colères, résistances face

⁷⁷ D. Houzel, *Le concept d'enveloppe psychique*, p149, site psyne.org

⁷⁸ *ibid*

aux changements...Elle doit également restituer des choses élaborées en terme d'organisation, informations, plannings, règles ...

5. Le cadre thérapeutique

Le cadre est ce qui borne l'action de quelqu'un ou quelque-chose. Il délimite la séparation entre le dedans et le dehors, mais c'est aussi un lieu, un espace qui tient ensemble. Il contient à la fois le patient et le thérapeute, car il représente l'espace où se confrontent les scènes psychiques de ces deux partenaires. M.Martin dit qu'il contient « l'intériorité », c'est-à-dire la pensée, de chacun.

Mais tout en constituant un espace commun, il constitue un tiers, rappelant que toute relation duelle est illusoire. Après un premier mouvement régressif de l'ordre de la fusion, il permet l'individuation du patient.

D. Anzieu compare ainsi le cadre à un contenant naturel. Les pensées et les excitations y sont limitées dans leurs effets désorganisateur et peuvent donc être contenues. C'est donc un espace où la rencontre peut avoir lieu sans danger et où le patient peut réaliser des associations.

C. Potel distingue un cadre physique et un cadre psychique :

- **Le cadre physique** remplit des :

- **Conditions d'espace** : *« accueillir les excitations, les plaisirs. Il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices.*
- **Conditions de matériel** : *le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix des objets.*
- **Conditions de temps** : *« il s'agit d'organiser l'espace, de bouger son corps [...] avec une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères. »⁷⁹*

Conditions d'encadrement : Moyens humains (travail en co-animation par exemple) et ensemble des règles structurantes et sécurisantes.

⁷⁹ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 322

- **Conditions de fonctionnement institutionnel** : un travail d'équipe qui construit un projet global, cohérent pour les patients.
- **Le cadre psychique** est composé **des postulats théoriques qui** garantissent une mise en pensée de notre travail. Il se traduit par **l'engagement du psychomotricien**, un engagement aussi bien corporel que psychique.

Le cadre thérapeutique permet donc de contenir une action thérapeutique dans un temps, un lieu, une pensée. Pour Pommereau, avec le cadre il est effectivement question de contenance, et non de détention. Ses éléments doivent être fermes et stables mais aussi souples pour absorber les contraintes et éviter les cassures. Ainsi, le cadre dépend de chaque patient, de sa pathologie, de sa personnalité et du projet thérapeutique que l'on construit avec lui. Il est aussi dépendant du lieu d'exercice et du psychomotricien lui-même, de sa sensibilité.

Winnicott préfère au terme de cadre, la notion de setting. Le setting correspond à un « aménagement » du dispositif thérapeutique, qui permet d'offrir des possibilités au patient, en réunissant des conditions favorables et adaptées afin de créer une situation donnée.

Pour résumer, « *le cadre est fondamentalement ce qui vectorise l'écoute.* »⁸⁰ Une écoute qui ne se résume bien entendu pas au verbal. « *Le cadre c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute [...] sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur.* »⁸¹

⁸⁰ R. Roussillon, in *entretien avec René Roussillon*, par B. Sage et B. Guillaumin, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 98, 1993, p26

⁸¹ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p331

6. La fonction contenante du thérapeute

Calin⁸² évoque une fonction contenante qui serait préalable au cadre. Celle-ci serait assurée par le thérapeute lui-même. Cette fonction contenante se détaille en 2 sous-fonctions :

- La **fonction d'apaisement** : c'est la capacité du thérapeute à accueillir les angoisses, tensions, excitations, à les absorber, les réduire.
- La **fonction d'adossement** : c'est la capacité à favoriser chez les autres, la liaison, l'unification, de leurs mouvements émotionnels, pulsionnels et de leurs représentations psychiques.

Ces deux sous-fonctions réalisent des mouvements de sens inverses : l'accueil des éléments bêta, leur transformation et le renvoi des éléments alpha.

Pour Y. Milleur⁸³, afin d'assurer une fonction contenante, le thérapeute doit développer plusieurs capacités :

- **Capacité d'accueil** : Le patient évacue ses angoisses sous forme d'agir, en les faisant vivre à l'autre. Le psychomotricien doit être prêt à se laisser toucher, habiter par des éprouvés puissants.
- **Capacité de réserve ou de refusement** : Il doit retenir ses tentations de décharger ces vécus par l'action et les élaborer pour le compte du patient. Il doit supporter de ne pas tout comprendre.
- **Capacité à supporter ou survivre à la violence** : Pour Gilbello, dans un premier temps, l'angoisse engendre chez le sujet, une volonté de destruction de l'objet. Dans un second temps, la pulsion épistémolitique le poussera à tenter de comprendre et investir l'objet. Le thérapeute qui survit aux attaques du patient, fonde un nouvel état interne chez le patient, un état limité par la réalité.
- **Capacité de se connaître soi-même et de percevoir ses propres limites** : « *Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice ».* »⁸⁴ Cette connaissance lui permettra de déceler ce que le patient

⁸² Calin, site internet : psychologie, éducation et enseignement spécialisé

⁸³ Y. Milleur, *La contenance comme processus psychique*, revue Soins psychiatrie, n°295

⁸⁴ Ibid, p324

induit comme changement en lui. Il doit également pouvoir s'en remettre à ses collègues dans les moments difficiles.

On peut ajouter :

- la capacité **de pare-excitation** : le psychomotricien joue le rôle de filtre, il dose les stimulations.
- la capacité de **transformation** : « *Le thérapeute se met à disposition de l'enfant comme facteur de réflexion émotionnelle. Dans ce cadre, il n'est pas rare qu'il fasse éprouver à son partenaire ou exprime clairement des interrogations telles que : est-ce que je peux casser ? Est-ce que toi aussi tu es fait de morceaux ?* »⁸⁵

a) **S'écouter soi-même...pour entendre le patient :**

Le patient nous fait donc vivre ce qui se passe pour lui. La meilleure façon de percevoir ce qu'il souhaite nous communiquer est d'être attentif aux mouvements sensoriels et émotionnels qu'il éveille en nous.

*« Pour Bion, [...] un grand nombre d'interprétations, et les plus importantes d'entre elles, doivent être fondées sur les émotions et les affects ressentis par l'analyste. »*⁸⁶

C. Potel pense elle aussi, que « *c'est au travers de notre sensorialité et de l'écoute de cette sensorialité en résonance, voire parfois en miroir [...] que nous allons donner sens à ce que l'enfant nous fait vivre, et probablement à ce qu'il vit en lui-même d'anarchique.* »⁸⁷

Cette sensibilité à soi-même nourrit la capacité d'**empathie**. Liotard nous dit que cette dernière « est indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui ».

⁸⁵ M.F. Livoir-Petersen, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°162, 2010, p54

⁸⁶ Ducret, *La contenance, histoire d'un concept*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, Eres, 2011, p22

⁸⁷ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 344

Pour N. Kacha, « *la qualité essentielle pour assurer une fonction de contenance est l'attention. Meltzer parle de capacité psychique « d'être présent, de ne pas avoir la tête ailleurs ».*⁸⁸

La **notion d'attention** regroupe une qualité de présence psychique et de présence relationnelle ; le psychomotricien tient compte de son positionnement dans l'espace, de sa propre tonicité, de ses appuis, des inflexions de sa voix, de sa mélodie, de son rythme...

b) Le thérapeute contenu :

Le thérapeute ne peut assurer sa fonction contenante seul. Il doit :

- Etre contenu lui-même par l'institution.
- Faire un travail de supervision, qui lui permette de détoxiquer ses vécus bruts, élaborer à partir d'eux des représentations qu'il pourra transmettre au patient.
- Suivre régulièrement des formations pour actualiser ses connaissances théoriques.
- Participer à des ateliers personnels pour rester sensible à sa sensorialité, vivre lui-même les expériences de transformation et être au clair sur ses points de blocage.

Le psychomotricien « *devra lui-même être contenu par ses connaissances, son superviseur, son institution, différents contenantants qui [...] lui permettront d'assurer au mieux sa fonction de contenance.* »⁸⁹

⁸⁸ N. Kacha, *La fonction contenante du thérapeute*, in Chapelier et Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, Eres, 2011, p87

⁸⁹ Ibid, p95

7. Clinique

a) Ophélie et l'inhibition psychomotrice :

i. *Anamnèse et orientation au CAMSP :*

Ophélie est une petite fille née le 4 février 2011, à terme, à la suite d'une grossesse sans complications médicales. A la naissance elle pèse 2,7 Kg et présente un score APGAR de 10/10. Elle a un grand frère né en 2003 et une grande sœur née en 2008. Ses deux parents sont placés sous un régime de curatelle. Son père travaille de jour et sa mère est sans emploi. Ophélie est gardée la journée par une assistante maternelle car la maman dit être « malade des nerfs et ne pas pouvoir s'occuper de sa fille ».

Ophélie est hospitalisée entre le 06 et le 12.04.11 pour mauvaise prise de poids, elle pèse 3.5 Kg à 8 semaines. Le bilan d'hospitalisation note une constipation (1 selle/semaine), un aspect cutané très marbré, une dysmorphie faciale qui motivera la réalisation d'un caryotype à la recherche d'une dyschromosomie mais qui s'avèrera négatif. Ophélie réalise une prise de poids de 120g en 6 jours, elle est donc autorisée à rentrer au domicile familial, avec un suivi par la PMI de secteur.

Quand Ophélie à 4 mois, une puéricultrice du centre médico-social l'oriente vers le CAMSP pour retard global, difficultés d'alimentation et de communication.

ii. *Premier RDV médical et première indication (4 mois) :*

Compte rendu de la consultation avec le médecin du CAMSP :

Le médecin observe des réflexes rotuliens vifs, une bonne tenue de la tête ainsi qu'une bonne poursuite oculaire sur 180°. Ophélie pèse désormais 4, 210 Kg à 4 mois. Elle parvient à attraper des objets sur la ligne médiane, repousse sa tétine avec la langue et cherche à se redresser. Pourtant elle présente aussi une hypotonie du tronc, ses bras en chandeliers et les poings crispés.

La maman raconte qu'Ophélie fait ses nuits, qu'elle dort beaucoup, qu'elle pleure souvent mais se calme à la voix. C'est une petite fille fatigable, qui prends très lentement pendant les tétées et qui ne grossit pas. Le médecin ne note pas de troubles de la déglutition.

Lors de cette consultation, Ophélie est accompagnée de sa maman et de sa grande sœur. Le médecin observe que cette dernière se montre capricieuse, prend toute la place et donne des conseils à sa maman.

A la suite de cette première consultation, l'équipe décide d'une première orientation en atelier mère-enfant, co-animé par une psychomotricienne et une infirmière puéricultrice, une fois par semaine. Cette décision est motivée par le très jeune âge de la fillette et des difficultés observées de communication avec sa maman. Cet atelier doit permettre une observation plus soutenue de l'évolution d'Ophélie et un étayage de la relation mère-enfant.

iii. Atelier mère-enfant (de 8 mois à 1 an et 8 mois) :

⇒ Une première période est dédiée au bilan psychomoteur :

Ophélie accroche le regard si elle croise le regard de l'adulte mais ne recherche pas d'elle-même le regard de ses parents. La mère montre des comportements contrastés, elle souhaite s'occuper de sa fille mais lui assure une attention fragmentée, elle reste passive et confie systématiquement sa fille à l'adulte présent. La mère parle de ses difficultés à se séparer de sa fille. Elle ne peut pas se représenter sa fille comme différente d'elle. Elle ne contrôle pas ses impulsions, a des gestes non adaptés, impose le corps à corps par moment. Se pose la question d'un défaut d'attachement. Avec son papa, Ophélie serait plus dynamique.

Au cours des 4 séances de bilan, on observe une évolution. Lorsque les parents sont eux-mêmes soutenus sur le plan de la relation, ils montrent une meilleure attention à leur fille. Ophélie montre désormais des manifestations à la séparation. Lors de la dernière séance elle mobilise ses membres inférieurs dans des mouvements de repoussé.

Toutefois à 9 mois, elle ne se reconnaît pas encore dans le miroir, l'expression des émotions reste succincte même si le visage d'Ophélie est moins figé. Face aux intrusions de sa sœur, elle présente des effondrements toniques, une fermeture du visage mais ne cherche pas la réassurance auprès de ses parents, ni par le regard, ni par des cris.

Les observations en cours de prise en charge font état :

- Des difficultés d'accordage entre Ophélie et sa maman, dans une discontinuité, alternant entre des moments de collage fusionnel et des moments de l'ordre de l'oubli plutôt que d'un réel rejet.

- De la détresse d'Ophélie qui mobilise toute son attention pour solliciter sa mère, sans que cette dernière ne comprenne les tentatives de communication de sa fille.
- D'un tableau de dépression précoce chez Ophélie qui présente une hypotonie axiale persistante, des effondrements toniques brutaux, une atonie, des difficultés d'alimentation et des affections ORL à répétition.

⇒ Au bout de 4 mois de prise en soin :

La prise en soin montre la persistance des carences et incapacités maternelles. Ophélie dormirait dans le lit parental. Lors des congés de son assistante maternelle, la petite fille perdrait du poids. L'hypothèse d'une pathologie psychiatrique associée à une dépression de la maman est questionnée par l'équipe. Cette dernière peut livrer ses difficultés à s'occuper de ses enfants. Elle confie également le problème d'alcoolisme de son mari.

Avec son accord, le CAMSP demande une rencontre en Unité Territoriale et dépose une première Information Préoccupante pour violences maternelles et négligences. Ophélie souffre d'un manque d'hygiène et de soins somatiques. Elle présente un tableau de dépression précoce et une anorexie.

⇒ 6 mois plus tard, le CAMSP décide l'arrêt des soins et transmet une nouvelle IP. Une mesure AEMO est prise pour Ophélie.

Le 16 octobre 2012, à 1 an et 8 mois, Ophélie est placée chez une assistante familiale. Son frère et sa sœur sont maintenus au domicile familial. Des rencontres sont assurées 1 fois tous les 15 jours. Depuis son placement, Ophélie mange de tout, elle est plus dynamique et semble apaisée.

Cette modification de l'organisation familiale entraîne un réarrangement de la prise en soin au CAMSP ; une guidance pour son assistante familiale assurée par l'infirmière puéricultrice et des séances individuelles de psychomotricité.

iv. Prise en soin individuelle en psychomotricité (À partir de 1 an et 9 mois) :

A partir de ses 1 an et 9 mois, Ophélie est donc suivie 1 fois par semaine en psychomotricité. En effet, au cours de l'atelier, Ophélie a su montrer son désir d'évolution malgré un contexte familial peu porteur, elle a su se saisir des propositions sensori-motrices et de l'étayage de la psychomotricienne avec un réel intérêt pour la relation et un potentiel

décuplé quand elle se sent contenue et sécurisée. Ce choix de prise en charge est motivé par le retard psychomoteur global de la fillette, sa grande passivité, son absence de jeu spontané, son désintérêt pour l'autre en dehors des sollicitations soutenues et son manque d'expressivité. C'est une petite fille qui ne demande rien, qui n'exprime aucune envie, ni aucune protestation.

Les objectifs de cette prise en soin seront de la réassurer en lui assurant une continuité et un cadre contenant, pour l'aider à :

- investir son corps propre et favoriser la sensation des enveloppes corporelles pour une plus grande sécurité
- investir la relation
- exprimer ses émotions sans angoisse
- faire émerger le jeu pour symboliser ses difficultés et exprimer sa créativité
- stimuler sa curiosité pour pallier à sa grande passivité

v. *Mes rencontres avec Ophélie (de 2 ans et demi à 3 ans) :*

Je rencontre Ophélie dans le cadre de mon stage de 2^{nde} année, au CAMSP, lors de sa prise en charge en psychomotricité.

Physiquement, c'est une petite fille plutôt petite pour son âge. Marquée par les carences, elle a le teint pâle et une silhouette menue. Elle a de longs cheveux blonds et raides, une frange épaisse occupe tout son front et lui cache la partie haute des yeux. Elle est désormais habillée de façon coquette avec des petites barrettes roses et des vêtements soignés.

⇒ Lors de notre première rencontre elle a 2 ans et demi.

La psychomotricienne part chercher Ophélie dans la salle d'attente. Elle lui a parlé de ma venue depuis plusieurs semaines et dans le couloir qui mène à la salle de psychomotricité elle recueille une dernière fois son accord. Je suis assise dans le coin opposé à la porte d'entrée. Ophélie entre dans la salle, à ma vue elle se fige, ne parle plus. Elle m'observe longuement. La psychomotricienne lui demande si ma présence la dérange, la fillette ne répond pas, elle la questionne sur les jeux qu'elle souhaite faire, toujours pas de réponse. Elle s'assied autour de la petite table ce qui semble la rassurer. Petit à petit, elle reprend ses jeux habituels. Au bout d'un quart d'heure environ, la psychomotricienne lui propose de sortir les instruments de musique, elles se placent toutes les deux sur un tapis, face à moi. Par moments, Ophélie continue de me regarder. Elle prend le tambourin et se met à frapper extrêmement fort dessus

de façon à faire un maximum de bruit. Je fais alors semblant d'avoir peur et cache mon visage derrière mes mains quelques secondes. Ophélie semble intéressée, elle m'observe puis recommence à faire du bruit. Un véritable échange s'installe. Ophélie reconduit son jeu et attends une réponse de ma part, elle laisse du temps et me regarde comme pour me signifier mon tour de répondre.

La fin de la séance arrive, Ophélie est proche de la porte. Elle me tire la langue. Je l'imites. Cela semble lui plaire, elle me tire encore une fois la langue d'un air malicieux. Je l'imites encore en ajoutant une variante ; de grandes oreilles en remuant les mains. Cette fois, c'est elle qui m'imites. Puis d'un coup je perçois une reprise tonique, elle se raidit et semble submergée d'angoisse à nouveau. Elle se retourne si précipitamment pour sortir de la pièce qu'elle manque de cogner de peu.

Ce qui ressort de cette première rencontre c'est le fait que face à l'introduction angoissante d'un tiers, qui vient faire effraction dans sa relation privilégiée avec la psychomotricienne et dans son espace sûr de soin, Ophélie reprend ses anciennes défenses ; dans le mutisme et l'inhibition psychomotrice. Peu à peu elle réussit à se réaffirmer et à exprimer ses émotions, à les symboliser dans le jeu et finalement à initier un véritable échange. Il m'apparaît que dans le jeu du tambour, elle me fait vivre la peur qu'elle a eue en me voyant dans la salle et parvient à exprimer son agressivité. Lors d'autres séances elle pourra symboliser son agressivité envers moi en jetant très fort le ballon par terre ou en utilisant des pistolets. A la fin de la séance, elle jubile de se voir imitée, elle ne se sent pas persécutée par l'imitation et y prend même du plaisir. Elle se situe réellement dans une attention conjointe, repère distinctement les différentes personnes et ébauche une individuation.

⇒ Lors d'une séance suivante,

Elle accepte ma présence à la table. Elle est cette fois en capacité d'exprimer verbalement son refus que je participe au jeu de lentilles. Elle donne à manger avec la cuillère au bébé, à la psychomotricienne, à elle-même mais pas à moi. Je choisis de faire semblant d'être triste et d'avoir faim. Ophélie commence enfin à s'intéresser à moi. Je vole une lentille dans le bac, Ophélie esquisse un sourire. Elle m'intègre alors à son jeu, me distribue une assiette et la remplit.

⇒ Au cours des séances,

J'ai pu observer une petite fille dynamique, qui a envie de faire seule (monter seule sur la chaise pour accéder au lavabo, enlever et remettre ses chaussures seule). La motricité fine est encore en retard mais se travaille à travers les jeux de pâte à modeler, de lentilles, de peinture... Elle réussit à exprimer son agressivité de façon symbolisée et à s'affirmer. Elle commence à s'intéresser aux jeux de faire semblant, avec un imaginaire de plus en plus riche (elle rajoute du sel dans mon assiette, saisit des objets imaginaires, fait le bruit des ustensiles...). Elle questionne énormément la question de la propreté, par l'intermédiaire du poupon qu'elle met sur le pot. Elle supporte encore difficilement d'avoir les mains sales. L'usage de la parole apparaît par moments de façon spontanée. Le « oui » et le « non » sont utilisés de façon adaptée. En ce moment, le « non » est prépondérant, il marque une toute puissance et participe d'un mécanisme de défense par rapport à la nouveauté et à ce qui pourrait la déborder. Le « je » émerge ponctuellement, signe du phénomène d'individuation en cours. La propreté est logiquement en cours d'acquisition.

Ophélie s'est montrée en capacité de faire face à l'introduction d'un tiers dans la relation privilégiée et sécurisée avec la psychomotricienne. Elle a pu exprimer les émotions provoquées en elle, s'opposer à quelqu'un, ce qui lui était impossible dans la relation duelle.

Dans l'avenir, il est envisageable de travailler encore cette ouverture sur l'extérieur, pourquoi pas en proposant à Ophélie un travail en groupe, où elle devra être capable de surmonter sa sidération, pour se confronter au monde émotionnel et imaginaire des autres, défendre ses choix et affirmer sa personnalité.

vi. Réflexions :

On peut faire l'hypothèse d'un défaut de contenance chez Ophélie, nourri par les difficultés d'accordage de son entourage (manque de portage de qualité, manque de soins corporels, de prévisibilité de l'environnement...). La fillette n'aura pas pu constituer une enveloppe corporelle suffisamment solide ; elle a encore peur de se salir ou de toucher différentes matières, comme si sa peau ne la protégeait pas suffisamment. Elle a alors construit un mode de défense par le vide, l'hypotonie, le désinvestissement corporel et relationnel.

La problématique d'Ophélie nous permet alors d'aborder la question de la dépression infantile précoce. La dépression est réactionnelle à une perte. Ici il s'agit de l'absence de la mère, une absence principalement psychique.

Le propre état de santé de la maman d'Ophélie, l'empêchant de se placer dans l'état de préoccupation maternelle primaire défini par D.W. Winnicott. Comme défini plus haut, cet état d'empathie extrême permet à la mère de se rendre disponible affectivement pour son enfant, de décoder ses besoins et d'y répondre de façon adaptée.

C'est dans la répétition stable de ces ajustements, à travers les soins de maternages de type Holding, Handling et Object Presenting, que le nourrisson construit la conscience de son intégrité et de son unité corporelle, fonde son assurance narcissique dans l'expérience sécurisante d'être compris et nourrit sa fonction imaginaire dans l'illusion primaire de construire et de contrôler lui-même son environnement.

Pour Bion, les soins maternels assurent également pour le bébé, le rôle de décryptage des états émotionnels, leur détoxification et leur symbolisation. Il nomme cela la fonction alpha. Immature chez le nourrisson, c'est la propre fonction alpha de la mère qui agit pour lui. Il projette ses états émotionnels, ses ressentis corporels, ses angoisses, non identifiés (Eléments bêta) sur la mère, qui les met en sens, les organise et les lui renvoie sous une forme qu'il peut assimiler ; bercements, nourrissage, paroles... (Eléments alpha). La répétition de ces boucles de transformation assure à l'enfant la construction d'une enveloppe et d'une fonction alpha autonome, c'est-à-dire la capacité à décoder ses émotions, plus tard ses cognitions, de les classer et de les contenir.

Concernant les émotions, une autre notion me semble importante. Il s'agit du rôle de miroir du visage maternel. En effet dans les soins, lorsque le bébé est tenu dans les bras, il regarde surtout le visage de la mère. Il se voit alors lui-même, car lorsque la mère regarde son enfant, son expression est directement liée à ce qu'elle perçoit de son état émotionnel. S. Lebovici insiste sur la réciprocité de ce processus. En effet l'enfant modifie également son expression faciale en fonction de ce qu'il perçoit de sa mère. Ce processus en abyme fonde le processus de maternalisation. La mère prend confiance en ses capacités en observant les changements que ses soins impliquent. Le visage d'une mère « suffisamment bonne », si l'on reprend l'expression de D. W. Winnicott, permet à l'enfant d'entrer en contact avec son propre monde affectif. Il permet donc à l'image de soi de se constituer.

« Le visage maternel est le lieu unique où peuvent s'intégrer, en un même espace, des états affectifs différents dissociés les uns des autres. L'observation de la dyade mère/nourrisson montre les changements qui affectent les visages de chacun en fonction des modifications survenant chez l'autre. Il se produit une sorte de modulation permanente du visage de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le bébé, de telle sorte qu'elle tend à lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif »⁹⁰

L'établissement précoce d'une relation de qualité entre le bébé et son entourage maternant est donc primordial pour la genèse de fonctions psychiques réellement fondatrices de l'individu. Spitz ira plus loin, en affirmant que cette relation est véritablement vitale. C'est ce qu'il décrit à travers la notion d'hospitalisme. Dans un premier temps, l'enfant délaissé par son entourage maternant, proteste et s'agite pour attirer l'attention. Si l'entourage réagit et entre de nouveau en contact avec lui, la communication est rétablie. Mais s'il est délaissé trop longtemps, on observe un retrait progressif de l'enfant qui ne s'agite plus, fuit la relation, détourne le regard. Il finit par ne plus répondre aux sollicitations. Il déprime. Il n'est plus capable d'investir son corps, sa motricité ou la relation. Il ne se nourrit plus, ne bouge plus. Il se laisse littéralement dépérir.

Il est donc primordial de proposer des suivis les plus précoces possibles avant que les défenses mises en place par le nourrisson ne soient trop ancrées dans son fonctionnement. Et qu'il puisse se saisir de la relation établie avec d'autres avatars de la fonction maternante.

⇒ Dans le cas d'Ophélie,

Les difficultés d'accordage de sa maman et la discontinuité de la relation entravent les processus d'attachement primordiaux pour son développement. Toute l'attention et l'énergie de la maman d'Ophélie sont aut centrées. Elle n'arrive pas à décoder les émotions et les besoins de sa fille. Ce qui pouvait donc être à redouter pour Ophélie, ce sont des difficultés de décryptage et d'expression des émotions. Ophélie présente en effet un visage plutôt lisse. Pourtant elle est très intéressée par les émotions qu'elle perçoit chez les autres et cela paraît même être pour elle une porte d'entrée dans la relation.

Le travail thérapeutique mis en place passe par la proposition d'un cadre stable et sécurisant qui a fait défaut, pour permettre la réassurance d'Ophélie.

⁹⁰ S. Lebovici et S. Stoléru, *Le Nourrisson, la mère et le psychanalyste*, p. 163

La psychomotricienne assure la fonction alpha et le rôle de miroir décrits plus haut. Pour se faire elle doit se placer en situation d'empathie avec la petite fille, afin d'émettre des hypothèses pour l'aider à décrypter ses propres états internes.

Le jeu apparaît comme une médiation appropriée qui permet ce partage. C'est une activité primordiale et structurante chez l'enfant. La qualité du jeu est un signe de bonne santé. Pour R. Roussillon, le jeu suspend l'opposition acte/représentation, car il doit être agit pour recouvrir sa pleine valeur d'expérience. Jouer permet que le trop plein d'angoisses soit canalisé puis symbolisé. Il est donc le vecteur privilégié de la contenance et de l'imaginaire. Il peut être pensé comme le paradigme de la psychomotricité car il ouvre un espace transitionnel, qui permet le plaisir et la symbolisation par la mise en acte du corps, en relation.

C'est pourquoi l'absence de jeu chez Ophélie est préoccupante. Dans ses jeux, l'enfant a besoin d'un autre, qui comprenne ce qui se joue pour lui, ce qui est en recherche de symbolisation, qui reconnaisse et valorise ses expériences et enfin qui enrichisse le jeu. On peut faire l'hypothèse qu'Ophélie n'a pas trouvé d'écho à ses premiers jeux.

D. Winnicott prône dans le travail thérapeutique, d'apprendre au patient à « mieux » jouer. C'est-à-dire, tenter de révéler chez lui, une potentialité ludique. Cela passe par une attitude d'engagement du thérapeute qui doit jouer avec et qui permette au patient de s'identifier à la capacité à jouer du thérapeute. On observe l'établissement d'une relation de confiance entre Ophélie et la psychomotricienne, qui a soutenu une progressive reprise du travail du jouer. Cela lui a également permis d'investir l'imitation. Pour Wallon, l'apparition et l'évolution de l'imitation permettent d'apprécier la genèse du symbolisme, base du langage et de la représentation.

⇒ Conclusion :

La dépression sidère. Elle induit un retrait progressif, un désinvestissement de l'autre, de soi-même. Tout le travail thérapeutique auprès de l'enfant sera basé sur la relation, pour lui permettre de reprendre confiance en l'autre, puis en lui-même. Il doit d'abord être reconnu, investi par l'autre pour pouvoir se connaître, se reconnaître, investir son corps, ses émotions, pour enfin, être capable d'exprimer, de symboliser, de construire.

b) Ethan et l'instabilité psychomotrice :

i. Anamnèse et orientation au CAMSP :

Ethan est un petit garçon né le 02 mai 2012, prématuré spontané à 28 semaines d'aménorrhées, sans cause retrouvée. Son papa travaille de nuit. Sa maman est sans emploi. Ayant subi un accident de voiture à 2 ans, elle est reconnue adulte handicapée par la MDPH. Elle boite et marche avec lenteur. On peut repérer un strabisme, des difficultés d'élocution ainsi qu'une lenteur de langage. Ethan fréquente une crèche les lundis, mercredis et vendredis. Le reste du temps il est gardé par sa maman.

Le 13 novembre 2014, les parents contactent le CAMSP sur les conseils de leur médecin pédiatre. Ils souhaitent inscrire leur fils de 2 ans et demi pour des difficultés de langage et de comportement.

En janvier 2015, Ethan commence un suivi en orthophonie dans un cabinet libéral.

ii. Premier RDV médical (2 ans et 7 mois) :

A 2 ans et 7 mois, Ethan mesure 85.5 cm et pèse 11.5 Kg. Il est hypermétrope et astigmat. Pour cela, il porte des lunettes, qu'il supporte bien. Un dépistage auditif a été réalisé qui ne démontre aucun problème auditif. Par contre, il souffre régulièrement d'otites. Il souffre aussi d'asthme, traité par ventoline, et de nombreuses gênes respiratoires de nuit. Son sommeil est perturbé. Ethan aurait de nombreux réveils nocturnes. Il est mis sous traitement homéopathique pour ses problèmes de sommeil. Son alimentation est sélective. La marche est acquise à 20 mois. Le retard de langage est important, Ethan ne dit aucun mot, il ne fait que des « hé ». La propreté n'est pas acquise.

Selon le médecin, pendant la consultation, Ethan bouge beaucoup. Il a peu conscience de l'espace et des dangers. Il tombe à 4 ou 5 reprises. Il ne répond à aucune consigne simple et ne se retourne pas à l'appel de son prénom. Il lance les jouets, monte sur tout. Après plusieurs tentatives il parvient à croiser son regard et débiter un jeu très simple. Les parents semblent dépassés.

Le médecin prescrit la passation d'un bilan psychomoteur.

iii. Réalisation du bilan psychomoteur :

Je rencontre Ethan à l'occasion de mon stage de 3^{ème} année, où nous débutons donc, la psychomotricienne du CAMSP et moi, son bilan psychomoteur. La première rencontre a lieu en présence de ses parents. S'en suivent 4 séances individuelles.

Ethan est un petit garçon toujours très souriant. Ses cheveux mi-longs font apparaître de belles boucles blondes. Lorsque l'on croise son regard, sous ses petites lunettes rondes et bleues, on peut apercevoir une certaine malice. Il a un petit nez rond qui ajoute à sa bonhomie. Il présente une corpulence en accord avec son âge mais porte souvent des vêtements un peu trop grands, ce qui accentue sa maladresse. Il marche, et donc glisse souvent sur le bas de son pantalon. Ethan a presque toujours une respiration forte et rapide, comme s'il était en situation de stress ou venait de courir longuement. Il présente également une toux régulière et de fréquence élevée. Il entre facilement en contact avec les gens, tends des jeux ou des crayons aux autres enfants et adultes dans la salle d'attente. Il semble enthousiaste de venir en séance de psychomotricité.

⇒ Première séance :

Lors de la première séance, Ethan entre dans la salle et ne prend aucun temps d'observation. Il court partout, observe tout, il est comme happé par ce qu'il voit, on a l'impression que tout lui fait envie mais qu'il n'arrive pas à faire de choix ; quand il prend un objet, il le délaisse instantanément pour courir à l'autre bout de la salle. Il se jette à plusieurs reprises sur le canapé. Nous nous installons à la petite table et demandons à Ethan de nous rejoindre. Celui-ci ne répond pas à nos sollicitations. Il ne pourra nous rejoindre que lorsque nous aurons installé de la pâte-à-modeler, ce qui semble l'intéresser. Là encore, il a du mal à se poser, se lève de sa chaise, tourne autour de la table ... Mais petit à petit en manipulant la matière il parvient à se poser. Il peut nous imiter, mettre des morceaux de pâte dans une assiette, les piquer avec la fourchette et les donner au poupon ou aux adultes. Puis Ethan repart et grimpe sur quelques modules en mousse. Nous lui expliquons qu'il est possible de s'en servir mais qu'il faut d'abord ranger. En l'accompagnant physiquement, Ethan est capable de différer de quelques secondes pour nous aider à ranger. Il prend beaucoup de plaisir dans les jeux moteurs mais peut se mettre en danger. Il a des difficultés d'équilibre et de coordinations générales. A la fin de la séance, il tend les bras vers son père pour être porté et esquisse un geste de la main pour nous dire au revoir.

Cette première séance me laisse une sensation d'épuisement et de vide, malgré toute l'agitation qui a régné.

⇒ Séances suivantes :

Lors des séances suivantes, nous recevons Ethan seul. La séparation d'avec ses parents se fait chaque fois sans difficultés, au contraire Ethan semble impatient, il nous saisit la main et se dirige vers la salle de psychomotricité. Dans le couloir Ethan présente un pas lourd et rythmé, il tape le sol de ses pieds, mais cela ne semble pas être un jeu intentionnel. Il saisit toujours chacune de nous par une main de sorte que nous l'encadrons dans ce moment de transition.

Nous travaillons dans la perspective de l'aider à se poser. Il apprécie de s'allonger, le ventre sur le gros ballon. Nous lui proposons également un boudin en mousse où il peut s'allonger mais en gardant les pieds, voire les genoux au sol, ce qui lui permet de réguler lui-même la stimulation. Sur ce boudin, je me place à côté de lui en miroir et arrive à capter son regard. Je place également une main sur son dos. Nous chantons des comptines au rythme lent, ce qui tranche avec son rythme respiratoire extrêmement rapide et ponctué par des « hé » qui donnent l'impression d'une alarme et d'une situation d'urgence.

Pour réaliser les parcours, nous l'aidons en le tenant par une main, en décrivant les différentes étapes ou en les ponctuant par des onomatopées, qui reflètent ses déplacements. Enfin, nous lui demandons de le réaliser au moins 2 ou 3 fois de suite avant de changer de jeu.

Lors des échanges de balles, nous sommes, la psychomotricienne et moi-même, assises au sol. Ethan, lui, ne peut avoir une place propre, séparée de nous. Il vient de lui-même s'asseoir entre nos jambes. Il semble chercher au creux de nous, une protection et une contenance. Là, nous l'accompagnons et lui donnons des pistes pour mieux s'organiser et regrouper ses actions ; dans l'échange de petites boules, nous plaçons chacune d'elle à mesure que nous les recevons, dans un petit panier, une fois toutes les boules récupérées il peut changer de place. Nous l'accompagnons et l'aidons à ranger avant de changer d'activité pour lui permettre de vivre le regroupement, qu'après l'éparpillement et l'agitation il n'y a pas que dépassement ou explosion, mais qu'il peut y avoir un certain apaisement...

Ethan est en recherche de contenant physique ; le corps de l'adulte ou le tunnel. Il cherche à manipuler des contenants et des contenus. Lorsque nous lui avons proposé la

semoule, il s'est montré très précautionneux, concentré sur ses expériences pendant un long moment, à réaliser des opérations de transvasement, de remplissage, de vidage ...

Ethan déménage souvent les meubles ; il soulève les chaises, les amène vers nous mais ne semble pas vouloir les utiliser pour réaliser une action particulière. Peut-être que porter cet élément lourd, qui lui demande une réorganisation de sa marche, de son centre de gravité et de son équilibre, est un moyen de sentir sa force ou d'avoir une meilleure sensation de son poids, de ses appuis ?

La pâte à modeler et le dessin le rassemblent bien. Il veut toujours que tout le monde participe, débouche et tends un crayon à chacune. Assis entre la psychomotricienne et moi-même, soutenu par notre activité partagée, il peut rester assis quelques minutes et presque instantanément, sa toux s'arrête et sa respiration se calme.

D'une séance à l'autre Ethan reprend des exercices, il demande et va chercher des objets. Il a bien intégré le rituel de début et de fin de séance. Il enlève ses chaussures seul et avec notre aide il essaie de les remettre de lui-même.

Lorsque nous le raccompagnons à la salle d'attente, Ethan est bien contenu entre nous deux. Sa maman sort souvent en l'entendant. Lorsqu'Ethan la voit, il se met à courir de façon désorganisée, avec une sorte de démarche en fauchage ; les jambes tendues et passant le pas latéralement. Il court vers elle, mais tombe systématiquement en arrivant dans ses bras.

⇒ Dernière séance :

Lors de notre dernière séance, nous venons chercher Ethan dans la salle d'attente. Un autre enfant, qui a été précédemment suivie par la psychomotricienne lui dit bonjour et elle le prend dans ses bras. En voyant cela, Ethan est pris de panique, il témoigne sa peur et son mécontentement, en gémissant, multipliant les allers-retours entre la psychomotricienne et moi, en tendant les bras vers elle.

Au cours de la séance nous jouons avec la pâte à modeler. Ethan va chercher le poupon, le donne à la psychomotricienne pour qu'elle lui donne à manger. Puis celle-ci dit que le bébé pleure et elle le berce. Alors Ethan part vers elle en gémissant, mais elle tient le poupon dans ses bras, alors il vient vers moi et demande à être porté. Nous berçons alors en miroir et en comptine, elle le poupon et moi Ethan. Il me semble alors, qu'Ethan a pu nous

figurer son envie, son besoin d'être bercé comme un bébé. Peut-être a-t-il l'angoisse d'être remplacé, abandonné ?

A la fin de cette séance, nous raccompagnons Ethan dans la salle d'attente, mais ses parents sont partis réaliser des démarches administratives dans l'immeuble d'à côté. Je reste donc patienter avec lui. Je peux alors repérer chez Ethan de l'inquiétude, une inquiétude qui augmente au fur et à mesure que de nouvelles personnes arrivent puis quittent la salle d'attente. Il est beaucoup moins agité de d'habitude. Il observe, comme tétanisé, les autres enfants, avec des yeux tout ronds, grands ouverts. Lorsqu'au bout d'une vingtaine de minutes, sa maman revient enfin, Ethan fait mine de ne pas la voir, il lui tourne le dos, plonge la tête dans le bac à livre, fait semblant d'être occupé à en chercher un. Il tente de lui faire comprendre qu'il s'est senti abandonné. Sa maman ne le perçoit pas. Je verbalise alors l'inquiétude d'Ethan. La maman réponds « mais nous étions juste à côté ». Elle a une réponse autocentrée et est dans l'incapacité de se mettre à la place de son fils. On peut imaginer que si ce genre de séparations se produit régulièrement, Ethan n'aura pas pu se construire dans un environnement suffisamment stable et prévisible.

iv. Ecrit présenté en équipe :

Ethan présente un retard de langage et une instabilité psychomotrice. Lors des séances sans ses parents, il accepte facilement la séparation. Il est en recherche active de contenance chez l'adulte, très avide de relation. Il a besoin du corps à corps et ne peut se saisir de simples paroles pour s'apaiser. Il présente une absence d'individuation. Il est dans une grande agitation motrice et peut se mettre en danger. Il est en retard sur le plan instrumental, sur le plan de la motricité fine mais aussi de la motricité générale avec des troubles de l'équilibre et des difficultés de coordinations. Il a un fond tonique extrêmement perturbé qui se traduit par une toux nerveuse qui s'arrête dès qu'il est apaisé. Il y a une absence de langage parlé mais il sollicite tout de même l'échange.

En cours de bilan, on note une évolution. Une fois contenu corporellement, il se montre un peu plus organisé dans sa gestuelle, il aborde mieux l'espace et les autres. De lui-même il recherche activement cette contenance. Du fait de son excitation permanente, au cours des premières séances, nous n'arrivions pas à percevoir les différents états émotionnels qui pouvaient le traverser. A partir de la 3^{ème} séance, nous avons pu déceler des petits moments d'angoisse et de surprise.

Ethan présente un retard psychomoteur et une grande instabilité en lien avec un défaut de contenance, des troubles de l'attachement et des difficultés parentales pour l'éducation ce qui nécessiterait une aide environnementale.

v. *Le projet de prise en soin :*

L'équipe choisit de continuer les séances en psychomotricité, à raison d'une fois par semaine, pour évaluer la façon dont Ethan se saisit de l'étayage qui lui est proposé. La prise en charge en orthophonie se poursuit également. La mise en place d'une aide à domicile est proposée aux parents. En septembre 2015, une nouvelle synthèse aura lieu pour évaluer si Ethan est en capacité de rentrer au CP, accompagné d'une AVS. Une intégration à mi-temps, les matins à l'école peut être envisagée, étant donné que la crèche est d'accord pour continuer à recevoir Ethan les après-midis.

vi. *Réflexions :*

D'après nos brèves observations de la dynamique familiale, on peut imaginer que l'environnement d'Ethan, a été peu porteur, au sens figuré comme au sens propre. La maman a pu nous expliquer qu'elle avait du mal à tenir son fils dans ses bras et qu'elle attendait qu'il grandisse pour pouvoir mieux le comprendre. Ethan, quand à lui, a pu nous figurer ce manque et son besoin d'être porté. Ce sont pour le moment, les limites du corps de l'autre qui lui permettent de se sentir contenu et de s'apaiser. Le psychomotricien joue alors le rôle de contenant maternel ; il contient physiquement le corps de l'enfant, mais il reçoit également ses angoisses, ses vécus non élaborés et en réalise une transformation, qui est en défaut chez l'enfant instable.

« L'impulsivité du mouvement traduit en direct les états émotionnels, sans qu'ils aient pu être digérés par un quelconque travail psychique. »⁹¹

Sans ce travail psychique de transformation, son seul moyen pour diminuer ses angoisses réside dans l'épuisement du à une agitation perpétuelle. Ethan s'est construit un mode de défense basé sur le plein ; une hyperstimulation continue pour se « sentir » et évacuer les tensions.

⁹¹ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 344

« La décharge motrice est là pour suppléer à la carence de symbolisation. L'enfant y a recours pour ne pas exploser « à l'intérieur ». »⁹²

Le manque d'enveloppe chez l'enfant instable, crée des effets délétères au niveau des processus de différenciation et d'individuation. Il est donc nécessaire, que le psychomotricien construise des limites structurantes. Ces limites permettent d'éviter une régression sans fin et favorisent l'intégration d'une séparation.

Le travail psychomoteur avec Ethan passe par une nécessaire étape de régression ; faire l'expérience d'une contenance physique, tactile, pour différencier progressivement l'espace du corps propre. Parallèlement, le psychomotricien organise une différenciation des autres espaces ; la salle de psychomotricité, le tunnel, le petit panier... en figurant une dualité dedans/dehors à tous les niveaux. Il introduit également la question des limites et des règles, qui vont venir contenir la toute puissante angoissante de l'enfant.

⁹² C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p 340

V. CONCLUSION GENERALE

La fonction contenantante est celle dont use l'individu à chacune de ses rencontres avec l'« objet », qui lui permet de mettre du sens sur les sensations et affects, que cette rencontre éveille en lui. Cette mise en sens est nécessaire, pour maintenir les « objets » internes au sein de la psyché, de les maîtriser, de les organiser et de les mobiliser pour permettre les processus de pensée.

La fonction contenantante autonome de l'enfant se différencie progressivement à partir de la fonction contenantante assurée, dans les phases précoces de son développement, par son entourage. Ce dernier nourrit chez l'enfant le sentiment d'une enveloppe corporelle solide mais souple qui lui assure une sécurité de base, et lui transmet les schèmes de catégorisation et de transformation, nécessaires à la mise en représentation.

N. Kacha nous rappelle que l'entourage, cet objet contenant relationnel initial, suppose plusieurs qualités : « *portage, soutien, holding, capacité de rêverie, fonction alpha, activité de symbolisation, capacité de sollicitation, capacité à garantir une rythmicité des expériences.* »⁹³

En résumé, la fonction contenantante s'étaie un double ancrage, corporel et relationnel, paradigme de l'abord thérapeutique en psychomotricité.

Si l'autonomisation de cette fonction contenantante ne peut avoir lieu, les affects resteront à l'état brut et seront générateurs d'angoisses. Ces angoisses, tensions, pulsions, devront être projetés hors de l'individu sous des formes pathologiques diverses. Au sein de cet écrit, nous avons pu développer deux troubles spécifiques que sont l'inhibition et l'instabilité psychomotrice, mais un défaut de contenance peut se retrouver, à des degrés divers, au sein de nombreux troubles. De ce point de vue, la fonction contenantante ou fonction à contenir, représente un enjeu majeur en thérapie psychomotrice.

⁹³ N. KACHA, *La fonction contenantante du thérapeute*, in J.B Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p 85 à 96, Eres, 2010

L'objectif du psychomotricien est alors d'« *aider le patient à se construire dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisée. On pourrait également dire : permettre une « mise en pensée du corps ».* »⁹⁴

Il aborde à la fois le corps réel, porteur du symptôme et le corps imaginaire, signifié de l'histoire corporelle. Il cherche à remodeler l'image du corps et permettre au patient d'accéder à l'élaboration psychique.

En effet, quand on aborde « *la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui menace d'inexistence ou de destruction [...] il s'agit non seulement pas de gérer mais de comprendre la situation, ou d'en avoir d'autres représentations, afin de pouvoir la faire évoluer autrement.* »⁹⁵

Pour comprendre le patient, le psychomotricien utilise sa lecture privilégiée du dialogue non-verbal, du tonus et de l'utilisation de l'espace, comme lieu de projection du vécu corporel. Afin d'élaborer ce vécu pour le compte du patient, il doit lui-même se placer en position de contenant potentiel ; c'est-à-dire être à la fois réceptacle et séparateur. Chez le psychomotricien, « *cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre psychisme.* »⁹⁶

Enfin, n'oublions pas que dans la thérapeutique, la réelle contenance est celle qui parlera au sujet soigné.

C. Potel de résumer ; « *Contenir : un travail long, difficile, qui demande du ressort, une implication corporelle et psychique de tout instant, et des moyens de compréhension théoriques pour saisir les tenants et les aboutissants de la relation thérapeutique au travers du jeu psychomoteur.* »⁹⁷

⁹⁴ C. Potel, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, Eres, 2010, p324

⁹⁵ Ibid, p325

⁹⁶ C. Potel, p 324

⁹⁷ C. Potel, p 345

BIBLIOGRAPHIE

- D. ANZIEU, *Le Moi-peau*, Dunod, nouvelle édition revue et argumentée, 1995
- J.B. CHAPELIER, *Chaos, contenance et créativité*, in J.B Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p 55 à 68, Eres, 2011
- A. DUCRET, *La contenance, histoire d'un concept*, in J.B Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p 13 à 35, Eres, 2011
- G. HAAG, *Stéréotypies et angoisses*, les cahiers du CERFEE, sous la direction de Pry, 1996, revu et complété en 2011
- N. KACHA, *La fonction contenant du thérapeute*, in J.B Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité*, p 85 à 96, Eres, 2010
- M.F. LIVOIR-PETERSEN, *L'approche sensori-tonique et la question du morcellement*, thérapie psychomotrice et recherches, SNUP,n° 162, 2010
- D. MELLIER, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 48, p 425 à 499, 2005, Université Lumière, Lyon 2
- Y. MILLEUR, *La contenance comme processus psychique*, revue Soins psychiatrie n°295
- C. POTEL BARANES, *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps*, in *Etre psychomotricien*, p 321 à 345, Eres, 2010
- S. ROBERT-OUVRAY, compte rendu des XXVIIIème Journées annuelles de Thérapie Psychomotrice, Angers, 25 septembre 2009.

- S. ROBERT-OUVRAY, *Les transformations fantasmées de l'enveloppe tonique primitive*, thérapie psychomotrice et recherches, SNUP, n°162, 2010

- D. CALIN, site *psychologie, éducation et enseignement spécialisé*
- A.M. LATOUR, *Les images du corps pré-contenantes*, site psynem.org
(www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Recherches_memoires_et_theses/Images_du_corps_pre-contenantes/2.pdf)

- I. SEZER, *Le cadre thérapeutique en psychomotricité : une enveloppe contenantante pour des enfants sans « limite »*, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Bordeaux, 2014
- M.A. SELLINGUE-ITEMA, « *Tisser des liens au fil du groupe* » *Le groupe thérapeutique : une enveloppe contenantante pour l'enfant instable*, mémoire en vue de l'obtention de Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Bordeaux, 2013

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
PRECAUTIONS DE LECTURE	3
SOMMAIRE	4
I. Introduction	5
1. Questions préliminaires et choix du sujet	5
2. Définition du concept de « contenance »	7
a) La notion de limites :	8
b) La question du contenu :	8
c) Les processus de mise à contenir :	9
3. Conclusion et annonce du plan	12
II. Genèse de la fonction contenante dans le développement psychomoteur	13
1. Embryogénèse	13
a) La 1 ^{ère} semaine de développement :	13
b) La 2 ^{nde} semaine de développement :	13
c) La 3 ^{ème} semaine de développement :	15
d) La 4 ^{ème} semaine de développement :	16
2. La vie intra-utérine	19
3. La naissance	21
4. Le sentiment d'enveloppe	23
5. L'enveloppe tonique	25
6. L'apport de Winnicott	28
a) La préoccupation maternelle primaire :	28
b) Le phénomène transitionnel :	29
c) Holding :	29
d) Handling :	30
e) Object presenting :	31
7. Bion, la fonction alpha (α)	33
a) Les éléments β du bébé :	33
b) Le travail de transformation de la fonction α maternelle :	33
c) Les éléments α :	34
d) Constitution d'une fonction α propre au bébé :	34
8. Anzieu, le Moi-Peau	37
a) Construction du Moi-Peau :	37
b) Fonctions du Moi-Peau :	38
c) Dépassement du Moi-Peau :	39
9. L'enveloppe visuelle	41
a) Compétences visuelles précoces :	41

b) L'enveloppe visuelle :	41
i. L'écran visuel :	43
ii. Le miroir hallucinatoire positif :	43
iii. Cas pathologiques :	44
10. L'enveloppe sonore	45
a) Compétences auditives précoces :	45
b) L'enveloppe sonore :	45
i. Le miroir sonore :	46
ii. Les fonctions de l'enveloppe sonore :	46
iii. Le défaut d'enveloppe sonore :	47
11. Conclusion sur l'enveloppe relationnelle primaire	48
a) Résumé de la genèse de la fonction contenante :	48
b) Fonctions et qualités des enveloppes :	49
III. Pathologies en lien avec un défaut de contenance	53
1. Réflexions sur l'origine du déficit de la fonction contenante	53
2. Angoisses liées au défaut de contenance	55
3. Systèmes palliatifs de la contenance	56
IV. Constituer un projet thérapeutique contenant en psychomotricité	59
1. Annonce de la problématique et des hypothèses de travail	59
2. L'image du corps	61
a) Le tonus :	61
b) L'espace comme miroir du corps propre :	62
3. La médiation	64
a) La notion de médium malléable :	64
b) Le jeu :	65
4. L'enveloppe institutionnelle	67
5. Le cadre thérapeutique	68
6. La fonction contenante du thérapeute	70
a) S'écouter soi-même...pour entendre le patient :	71
b) Le thérapeute contenu :	72
7. Clinique	73
a) Ophélie et l'inhibition psychomotrice :	73
i. Anamnèse et orientation au CAMSP :	73
ii. Premier RDV médical et première indication (4 mois) :	73
iii. Atelier mère-enfant (de 8 mois à 1 an et 8 mois) :	74
iv. Prise en soin individuelle en psychomotricité (À partir de 1 an et 9 mois) :	75
v. Mes rencontres avec Ophélie (de 2 ans et demi à 3 ans) :	76
vi. Réflexions :	78
b) Ethan et l'instabilité psychomotrice :	82
i. Anamnèse et orientation au CAMSP :	82
ii. Premier RDV médical (2 ans et 7 mois) :	82
iii. Réalisation du bilan psychomoteur :	83
iv. Ecrit présenté en équipe :	86
v. Le projet de prise en soin :	87
vi. Réflexions :	87

V. Conclusion générale	89
BIBLIOGRAPHIE	91
TABLE DES MATIERES	93

