



HAL
open science

”Je peux me porter ?” Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice

Émeline Mothe

► **To cite this version:**

Émeline Mothe. ”Je peux me porter ?” Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01195851

HAL Id: dumas-01195851

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195851>

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

« Je peux me porter ? »

Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice

Mothe Emeline

Née le 15.12.1991 à Bruges

Directrice de mémoire : Martine ORGOGOZO

Mai 2015

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je souhaite remercier ma maître de stage et directrice de mémoire, Martine ORGOGOZO, pour son soutien tout au long de cette année scolaire. Sa passion du métier, son expérience, sa bienveillance, et la confiance qu'elle m'a octroyé, m'ont permis d'apprendre et de prendre confiance en ma future pratique de psychomotricienne.

Je remercie Géraldine GOMEZ, qui a été un véritable appui pour l'élaboration de mon mémoire. Son regard extérieur aux séances, ses relectures, et ses conseils précieux ont été riches en apprentissage.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble de l'équipe du CMPEA qui m'a accueillie dans la bonne humeur, et intégrée au travail pluridisciplinaire. Les professionnels se sont rendus disponibles pour échanger, et transmettre leur connaissances, ce qui fût un immense apport pour mes réflexions.

Merci à ma famille, sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui.

Merci à mes amis qui m'ont aidé à décompresser quand j'en avais besoin, merci à celles avec qui des liens se sont tissés au cours de ces trois années.

Merci à Julien.

SOMMAIRE

- I - INTRODUCTION.....	5
1) Premières rencontres	7
HYPOTHÈSE.....	11
- II - PORTAGE ET CONTENANCE AU PRÉMICES DE LA VIE.....	12
1) Anamnèses d'Anna et Laura.....	12
2) Développement in-utéro.....	15
3) Interactions précoces.....	19
4) Toucher et langage tonico-emotionnel.....	21
5) Théorie de l'attachement.....	23
6) Le Moi-Peau D.Anzieu.....	28
7) Genèse de la vie psychique.....	32
8) Angoisses corporelles de différenciation.....	44
- III - ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN AU CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CMPEA.....	48
1) Présentation de la structure.....	48
2) Les prises en charge en psychomotricité.....	48
3) La prise d'information.....	50
4) La médiation du jeu en psychomotricité.....	55
- III bis - PORTAGE ET CONTENANCE EN PSYCHOMOTRICITÉ	59
1) La capacité d'écoute et d'empathie.....	61
2) Contenir physiquement et psychiquement.....	74
- VI - CONCLUSION.....	74
ANNEXE.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78
TABLE DES MATIÈRES.....	81

« *La belle jeunesse s'use à démêler le tien du mien* »

Louis ARAGON

- I - INTRODUCTION

Le choix de mon sujet de mémoire, mit un certain temps à se dégager. M'étant toujours intéressée aux interactions précoces entre l'enfant et ses parents et à ce qui se joue même parfois dès la vie intra utérine, cette curiosité a marqué le point de base de ma réflexion. Je rejoins A. Gatecel lorsqu'elle dit que : « la genèse des troubles cognitifs est situé très tôt dans le développement. »¹

Le développement de l'enfant, maillage entre une maturation neuro-sensorimotrice et psychique est interdépendant de son environnement relationnel et affectif. Comme le dit Winnicott « un bébé tout seul ça n'existe pas ». Le facteur biologique est responsable de la maturation du système nerveux central et le facteur social gère l'interaction et son milieu. L'enfant apprend d'abord avec son corps pris dans la dynamique des relations parents/enfants.

Dans le cadre de ma troisième année de formation au Diplôme d'Etat de Psychomotricité, j'effectue mon stage en pédopsychiatrie dans un Centre Médico-Psychologique de L'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA). C'est donc grâce à l'accueil au sein de cette structure que le sujet de mon mémoire a pu petit à petit se préciser. Frappée par le nombre d'enfants ayant des troubles s'associant à une pathologie du lien je décide donc d'approfondir ma réflexion sur ce point.

C'est donc ainsi que j'en arrive aux notions de contenance et de portage. Je souhaite m'intéresser à ce portage à la fois physique et psychique. Et à l'accordage nécessaire entre l'enfant et son environnement pour permettre une contenance suffisamment bonne pour le développement de l'enfant.

¹ GATECEL A « psychosomatique relationnelle et psychomotricité » 2009

« Ces enfants sont des enfants normaux dont le comportement anormal est dû à un environnement précoce anormal. En effet ce qui est malade n'est ni l'enfant ni la famille mais le lien parent-enfant insuffisamment mentalisé. »¹

Le terme contenir est un mot composé de deux racines latines « cum » et « teneo » ce qui signifie « ensemble » et « tenir ». Sa définition peut être : « Empêcher quelque chose, un groupe de s'étendre ou d'avancer au delà de certaines limites, les renfermer dans certaines limites; endiguer, retenir. » Ou encore : « Réprimer un sentiment, empêcher sa manifestation extérieure, maintenir quelqu'un dans un état calme, l'empêcher de manifester des sentiments violents. »². Ces définitions posent alors la question des limites, de l'intérieur et de l'extérieur. Notions qui ne sont pas toujours évidentes chez les enfants porteurs de troubles du développement.

Comme le dit R.Kaës « Les souffrances psychiques et les pathologies auxquelles nous avons affaire aujourd'hui sont celles des troubles de la constitution des limites internes et externes de l'appareil psychique [...] Ce sont corrélativement des pathologies du lien intersubjectif. »³

Ainsi je souhaiterai mettre en évidence l'importance de ce portage et de cette contenance à travers notre pratique de psychomotricien. Le travail thérapeutique a une fonction d'étayage, notre spécificité étant l'engagement corporel avec comme principe de base la synergie du corps et de l'esprit, il relève de nos compétences de pouvoir intervenir sur ces défauts de contenance qui sont des facteurs risques d'évolution vers une pathologie plus lourde.

¹ FRANKARD A-C, « Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étayage », *Dialogue*, 2007/2 n° 176, p. 105-117. DOI : 10.3917/dia.176.0105

² Définitions du Larousse

³ FRANKARD A-C, « Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étayage », *Dialogue*, 2007/2 n° 176, p. 105-117. DOI : 10.3917/dia.176.0105

Durant mon stage au CMPEA j'ai rencontré un certain nombre d'enfants qui m'ont tous permis de cheminer et d'en apprendre davantage sur mon futur métier de psychométricienne.

Néanmoins mes interrogations ce sont particulièrement dirigées vers deux petites filles que je voyais chaque semaine: Laura et Anna.

Dès nos premières rencontres bon nombre de choses m'ont interpellées. Je souhaite donc faire part de leur déroulement et de mes premiers ressentis.

a) Premières rencontres :

a) Rencontre avec Laura:

Laura arrive dans la salle tenant en main ses cahiers de classe, c'est une petite fille de cinq ans, ses cheveux sont châtain mi-long avec de petites boucles qui font penser aux premiers cheveux de bébé. Elle a de grands yeux marrons, et porte des lunettes violettes. Son visage est rond et expressif, il affiche un air malicieux. Laura a un corps dense, et marche de façon assurée. Sa tenue vestimentaire est soignée, tout comme sa coiffure.

Pour faire connaissance nous nous installons au bureau ma maitre de stage, Laura et moi. Alors que nous sommes en train de feuilleter ses productions scolaires, elle descend de sa chaise pour faire des jeux de construction à coté de nous. Tout en jouant elle se présente et me dit très vite qu'elle ne voit ses parents « que » le samedi. Rapidement elle change de jeu et passe d'action en action, elle me présente alors d'emblée sa difficulté pour rester sur une même activité. Ma maitre de stage le lui fait remarquer et essaie de canaliser son attention sur une seule et même occupation.

Laura décide alors de sauter sur le trampoline, les pieds joints, sur un pied, sur l'autre etc... Je remarque alors qu'elle a un bon d'équilibre, elle est raide et plutôt hypertonique. Pourtant précipitamment elle s'arrête, s'effondre et se couche sur le ventre, ma maitre de stage lui fait alors passer des balles autour du corps cette fois-ci elle prend un petit temps pour apprécier ce qu'il se passe. Ses jambes et ses bras sont écartés et elle semble totalement hypotonique.

Une fois que les balles ont fait le tour de son corps elle se lève, un jeu d'échange de balle se met alors en place entre nous trois. Elle ne s'oppose pas à ma participation, m'envoie la balle et m'inclue dans le jeu. Ma maitre de stage lui propose quand la

balle arrive à elle, de la poser sur les parties du corps qu'elle énonce. Elle y arrive très bien et semble satisfaite de me montrer ce qu'elle sait faire.

Après cet échange elle demande à se mettre dans le hamac, ma maitre de stage est très étonnée car c'est la première fois qu'elle fait cette demande.

Une fois dans ce filet je comprends par l'attitude de Laura qu'il ne faut pas que je sois trop proche d'elle. Je m'assois donc assez loin tout en restant dans son champ de vision. Son regard oscille alors entre moi et ma maitre de stage qui quant à elle est à côté du filet afin de balancer doucement Laura. Un cours instant elle s'éloigne pour allumer la musique, Laura se redresse aussitôt afin de pouvoir la suivre du regard. Une fois de retour à ses cotés elle peut s'allonger à nouveau.

Elle me regarde, je ferme les yeux car elle me semble inquiète de la réciprocité de cet échange. Ainsi j'ai l'impression que Laura est plus tranquille. Tirillée entre mon intention de recul et ma curiosité j'entrouvre parfois les yeux pour me tenir informé de son état de détente, elle me fixe, pourtant elle ne bouge plus, ne parle plus et semble relâchée.

Dès notre rencontre je suis interloquée par cet incessant jeu de regard qui oscillent entre une demande d'étayage visuel qui semble la réassurer, la soutenir quand elle s'oriente vers ma maitre de stage et d'autre part qui parait susciter une certaine méfiance et une hypervigilance quand elle se tourne vers moi.

De retour dans la salle d'attente je fais la connaissance de sa « nounou » Mme M. qui la garde à temps plein. Elle nous dit que Laura est très agitée en ce moment et qu'elle a une attitude provocatrice. Laura fait du bruit et bouge énormément, Mme M. écourte alors la discussion.

A la fin de cette séance j'ai l'impression d'avoir passé un test, comme si Laura chercher à voir si elle pouvait ou non me faire confiance. Ma position, ainsi que les verbalisations apportées par ma maitre de stage à propos de ma présence, semble satisfaisante pour Laura. Notre accordage à permis que la rencontre ait lieu.

b) Rencontre avec Anna :

Le contexte de ma rencontre avec Anna est un peu particulier. La prise en charge d'Anna à commencé en août 2014 ma maitre de stage la recevait hors de mes temps de présence. A ce moment là le seul suivi hebdomadaire dont elle bénéficie est en psychomotricité. Anna met à mal son entourage. L'établissement scolaire n'arrive plus à gérer ses colères ce qui devient de plus en plus lourd à porter

dans la sphère familiale. En décembre 2014 la consultation est ainsi augmentée à deux prises en charges par semaine, ce qui a permis notre rencontre.

Ce jour là nous allons chercher Anna dans la salle d'attente, elle est avec sa maman Mme A qui semble effondrée, triste, et même à bout de force. Ma maitre de stage lui propose alors de nous suivre dans la salle de psychomotricité. Anna se jette alors dans ses bras pour la saluer et part en courant devant nous. C'est une fillette blonde avec une coupe au carré. Elle est petite est assez fluette, mais sa carrure est en adéquation avec ses 4 ans et demi. Ses yeux sont légèrement en amande, elle porte des lunettes. Son visage est doux, ses mimiques sont éloquents et elle déploie un large sourire . De part sa tenue vestimentaire on peut remarquer que son style est étudié.

Mme A suit alors sa fille dans la salle sa démarche est lente, bras ballants, elle semble complètement hypotonique.

Dans la salle assez rapidement je me mets à jouer avec Anna pendant que ma maitre de stage et Mme A discutent autour du bureau.

Anna grimpe au plus haut de l'espalier, elle s'agrippe, se hisse tout en me regardant et me parlant. Je remarque alors qu'un petit clou dépasse de la structure en bois, je le lui fais remarquer afin qu'elle ne se blesse pas. Toute son attention est alors attirée vers ce clou, elle le touche, le regarde, met la mains dessus...

Même si je suis avec Anna j'entend quelques bribes de la conversation au bureau. Mme A confie qu'Anna la sollicite continuellement de six heure du matin à vingt trois heure le soir, « il faut sans cesse lui proposer des activités ». Elle ne s'occupe que d'Anna et délaisse Enzo sont grand frère de 7 ans. Elle raconte que dès le plus jeune âge d'Anna ce fût compliqué « Même avant qu'elle naisse, quand j'étais enceinte d'elle je savais qu'il fallait que je profite de l'instant présent, car j'étais consciente que ma vie ne serait plus jamais pareil ». Parfois elle regarde sa fille avec un air que je qualifierai de fatigué et démuni.

Pendant ce temps Anna ne lui porte aucun regard, et ne l'interpelle pas, elle fait comme si elle n'entendait pas la conversation.

Nous jouons au ballon, c'est Anna qui me guide en lançant elle ne me regarde pas et l'envoie très loin de moi. Mme A intervient alors et me dit « Elle adore ça, elle la fait aussi avec moi, ce qui le fait rire c'est de voir l'autre se tordre le corps pour rattraper la balle ». L'échange devient donc pour moi trop redondant, j'essaie alors de proposer à Anna de faire rebondir la balle en la lançant, de la faire rouler etc... Elle refuse, si en lui lançant la balle j'introduis tout de même une variante elle montre du

mécontentement et me rappelle à l'ordre en se rapprochant de moi pour être plus convaincante. Je la trouve très directive et j'ai du mal dans le cadre de cette première rencontre à élargir ses propositions.

Je me laisse donc faire et elle continue à envoyer la balle comme elle le souhaite un petit moment.

Ensuite ma maitre de stage appelle Anna pour lui parler, elle se met alors sur ses genoux, ventre contre ventre. Quand elle évoque l'école et les crises à la maison Anna se lève brutalement court pour se jeter sur moi et me prendre dans les bras. Elle se colle de façon brusque avec beaucoup d'intensité ce qui m'interpelle.

Quand je sors de cette séance je me sens épuisée, déboussolée et je ne sais pas trop quoi penser.

c) Lien entre Laura et Anna:

Laura et Anna ont à peu près le même âge et sont en grande section de maternelle. Elles ne se ressemblent pas physiquement, et n'investissent pas le même mode de communication. Laura investit le regard pour se faire comprendre, alors qu'il est très difficile pour Anna de regarder dans les yeux à certain moment. J'ai eu peu d'échange direct avec Laura, pourtant j'ai eu l'impression de la comprendre. En contre partie j'ai été en contact direct avec Anna, presque toute la séance, mais je me suis sentie gênée, et déstabilisée par mon impossibilité à anticiper ses réactions.

L'environnement scolaire leur pose problème, il est difficile pour elles de rester sur une même activité du fait d'une certaine agitation motrice. Cette même agitation peut excéder leur entourage et participer à dégrader leur environnement.

Les examens médicaux n'ont révélés aucunes lésions organiques et elles ne présente pas de déficience mentale.

HYPOTHÈSE

Dès nos rencontres je me questionne: Cette recherche de limites dans leur environnement serait-il un moyen pour elles de chercher leurs propres limites ? Les séances de psychomotricités peuvent elles alors apporter la contenance, et les limites dont elles ont besoin ? Que penser du besoin de portage régressif dont elles ont pu me faire part lors de ces échanges ? Pourquoi répondre à ce besoin dans le cadre d'une thérapie psychomotrice ?

Hypothèse: Les soins en psychomotricité apportent à Anna et Laura un portage et une contenance, qui vont leur permettre de se construire des limites internes.

Dans une première partie je ferai un point sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Dans une seconde partie je décrirai le fonctionnement du CMPEA, en décrivant la place et le travail du psychométricien dans cette structure.

Dans une troisième partie je m'attacherai à démontrer l'importance de la prise en charge en psychomotricité et ses apports pour les enfants souffrants de pathologie du lien.

A travers ces différentes parties, je ne cesserai de faire des liens entre la théorie exposée, et les situations cliniques que j'ai pu rencontrer.

- II - PORTAGE ET CONTENANCE AU PRÉMICES DE LA VIE

1) Anamnèses d'Anna et Laura

a) Anamnèse d'Anna :

Anna est née le 1er octobre 2009, c'est une enfant désirée, la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement. Elle naît à terme. La marche a été acquise à 16 mois, son langage s'est installé facilement, et s'est développé rapidement. Dès les premiers mois, le couché est difficile, les troubles du sommeil persistent encore, avec un ou deux réveils par nuit et un levé à six heures du matin. À partir de 16 mois elle fait des malaises avec pertes de connaissance elle « s'effondre », un bilan pédiatrique est réalisé à la recherche d'épilepsie, mais rien n'a été découvert dans ce sens. Les électroencéphalogrammes (EEG) sont normaux. Ces malaises disparaissent à l'âge de trois ans.

Anna est le deuxième enfant du couple et a un grand frère de deux ans son aîné Enzo. Le père d'Anna est commerçant et s'absente souvent de la maison pour son travail. Sa mère Mme A. est animatrice scolaire en maternelle, mais actuellement elle ne travaille pas pour s'occuper d'Anna. Dès le début, les parents ont par comparaison avec leur fils aîné vu que c'était différent. Quand Anna était collée à sa mère, ça allait, mais quand elle était dans son berceau, elle se griffait le visage.

La maman rapporte en séance que déjà enceinte elle s'avait que sa vie allait changer avec l'arrivée de sa fille. Pour l'accouchement tout se déroule bien, et quand Anna lui est présentée, elle la trouve « étonnamment très calme », pourtant quand on lui ramène sa fille après les premiers soins, elle a le visage couvert de griffure, elle se dit alors « je ne m'étais pas trompée ».

Mme A a perdu son père jeune et est restée seule avec sa mère pendant toute son enfance, elle dit pourtant avoir des rapports conflictuels avec ce père. Elle se

demande si elle n'a pas passé à sa fille des choses qu'elle manifestait elle-même enfant.

Anna est allée à la crèche à 20 mois, la séparation semble s'être bien déroulée. Mais elle est considérée comme un électron libre, active, mais toujours très solitaire.

Elle fait sa première année de maternelle dans une école puis elle change pour rejoindre son école actuelle, maintenant elle est en grande section.

Anna ne supporte pas l'autorité, elle est violente à l'école et perturbe la classe. À la maison, elle frappe beaucoup son grand frère, et insulte son père. Elle ne supporte pas d'être seule et a besoin qu'un adulte participe à ses jeux.

Les parents inquiets du comportement de leur enfant sollicitent la Protection Maternelle Infantile (PMI), qui suite à un bilan psychologique les orientent vers le Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA).

b) Anamnèse de Laura :

Laura est née le 27 Aout 2009, sa mère dit qu'« elle était désirée mais pas si vite ». Elle est née à terme avec un poids de naissance de 3180g sans difficultés obstétricales. Elle a régulièrement été suivie en consultation à la Protection Maternelle Infantile (PMI) depuis sa naissance. Son développement staturo-pondéral est normal. Son développement psychomoteur a évolué dans les normes jusqu'à l'âge de 14-16 mois. Elle a dit ses premiers mots à 1an, a marché à 14 mois, le pointage était présent à 16 mois. Laura avait des troubles du sommeil durant sa première année.

Elle a développé des troubles du comportements depuis l'âge de 16-18 mois avec des phases d'agitation souvent majorées lors des périodes d'aggravation des difficultés parentales.

Son père a été placé dans une famille d'accueil précocement et a une fille d'une précédente union avec laquelle il n'a plus aucun contact.

Sa mère est déficiente légère, et fait l'objet d'une mesure de curatelle. Elle aussi a été placée, étant enfant.

Les parents vivent ensemble, mais il y a des conflits dans le couple.

Laura a été accueillie chez une gardienne agréée 4jours par semaine depuis l'âge de 18 mois.

Dès le début de l'apparition des premiers troubles, elle est adressée au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), et bénéficie d'une consultation en binôme psychologue/psychomotricienne. Elle est alors décrite comme une petite fille dont la vie psychique paraît totalement « éclatée », il est très difficile de rencontrer son regard, son langage se limite à quelques mots, elle émet surtout des sons à type de geignements. Sur le plan psychomoteur, elle souffre de son empressement et de son excitation corporelle, elle chute beaucoup. La prise en charge n'est pas investie par les parents qui n'amènent pas Laura au rendez-vous. La psychologue et la psychomotricienne sont inquiètes pour le développement et la construction de la personnalité de cette petite fille. À ce moment là l'équipe du CAMPS prévoit alors une orientation en hôpital de jour.

En mars 2012 en présence d'une travailleuse familiale une dispute violente éclate entre les parents et chacun se retrouve en train de tirer sur un bras de l'enfant. Laura est placée d'urgence chez une première assistante maternelle de mars à mai, après demande de placement judiciaire en août 2012 elle est placée chez Mme. M chez qui elle vit actuellement.

À l'époque Laura voit ses parents trois fois par semaine en milieu médiatisé, au domicile ou au point rencontre auquel le père ne souhaite pas être présent, car cela lui rappelle de mauvais souvenirs, du temps où lui aussi était placé. Les grands parents maternels de Laura ont aussi un droit de visite médiatisés tous les quinze jours à leur domicile.

Par la suite les parents obtiennent une visite à domicile ou Laura reste tous le week-end. Ils sont alors débordés par son comportement et téléphone souvent à Mme M en l'appelant à l'aide. Suite à un de ces week-end Laura mime un coup de pied qui aurait été donné par son père, le juge suspend alors le droit de visite.

Actuellement Laura voit donc ses parents le samedi au domicile durant trois heures en présence d'une travailleuse familiale et partage un repas le lundi avec sa maman au point rencontre. La visite chez ses grands parents est conservée.

Suite à ce placement le CAMPS constate une amélioration clinique de Laura, une synthèse a lieu avec le CMPEA pour prévoir son orientation.

En mai 2013 alors que jusqu'alors il n'y avait que des progrès dans le comportement de Laura, Mme M alerte la PMI d'une dégradation de la situation, Laura se montre opposante et fait de plus en plus de colères incontrôlables, avec des réveils nocturnes fréquents ce qui a des répercussions sur la vie familiale. Ainsi la PMI adresse Laura au CMPEA pour un avis spécialisé.

2) Développement in-utéro :

a) du côté du fœtus:

Le fœtus est compétent bien avant de naître, durant les quarante et une semaines de grossesse, il passe d'une forme ovoïde à une forme humaine ayant une tête, un corps, deux bras, deux jambes, deux mains et deux pieds.

Il se constitue anatomiquement et physiologiquement, avec la mise en place des appareils circulatoire, pulmonaire, digestif, urinaire, génital et, du système nerveux central.

A l'aube des sens, le fœtus ne perçoit d'abord que des sensations fugitives. Mais son cerveau qui se construit à la vitesse de 5 000 neurones à la seconde, va l'amener à développer cinq sens en neuf mois.

Les capacités sensorielles et compétences du fœtus se développent dès le début de la grossesse est dans l'ordre suivant:¹

- Les sensibilités cutanées et vestibulaire : avec le toucher.
- Les sensibilités chimiques : avec le goût et l'odorat.
- Les sensibilités auditives : avec l'ouïe.
- Les sensibilités visuelles avec la vue.

La peau qui est l'organe du toucher apparait donc avant les autres systèmes sensoriels à environ deux mois de vie intra-utérine. Ce sens est sollicité naturellement lors des mouvements maternels ou des mouvements fœtaux, qui provoquent des contacts avec la paroi utérine et l'ensemble de son corps.

¹Université Médicale Virtuelle Francophone: Le développement du fœtus
<http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-devFoetus.pdf>

Le goût et l'odorat sont stimulés par le liquide amniotique qui remplit les cavités orales et nasales dès leur formation au deuxième mois. Les systèmes chimio-sensoriels de la sphère bucco-nasale atteignent leur maturité anatomique au début du deuxième trimestre et sont prêts à entrer en fonction. Pour que les systèmes de déglutition et d'inhalation soient efficaces, le fœtus va ingérer puis régurgiter le liquide amniotique ce qui participe à son renouvellement. Ainsi il aura la possibilité de détecter différentes molécules dissoutes dans le liquide amniotique, qui dépendront de l'alimentation maternelle.

La seconde voie qui stimule les sensations gustative et olfactive est la voie hématogène et les échanges qui se produisent à travers le cordon ombilical.

L'observation d'enfants nés prématurés montre qu'à six mois de gestation, ils sont capables de réagir au sucré par des mouvements de succion et de détente, à l'acide par une salivation accrue, à l'amer par un mouvement de rejet et au salé avec des réponses ambiguës. Les bourgeons du goût sont donc fonctionnels.

Pour des raisons éthiques il n'y a pas de démonstration directe du fonctionnement de l'odorat, mais il est prouvé que trois jours après sa naissance le nourrisson s'oriente préférentiellement vers l'odeur de liquide amniotique par rapport à l'odeur témoin.

Le fœtus in-utéro entend. **L'ouïe** est le sens le plus aiguisé, son développement s'effectue très progressivement lors du dernier trimestre de la grossesse. Il peut réagir à des stimulations sonores externes si elles sont suffisamment intenses pour couvrir les bruits inhérents aux activités cardio-vasculaire et digestives de la mère.

Il semble que les bruits et les sons que le fœtus entend in-utéro soient enregistrés dans sa mémoire. Des tests ont démontré qu'il était attiré par les sons qu'il avait déjà entendus in-utéro.

Les stimulations visuelles sont limitées in-utéro, **la vision** va alors se développer après la naissance. Au cours de la grossesse, le système visuel est tout de même préparé pour recevoir des stimuli par rapport à la forme, l'orientation, le mouvement et à sept mois et demi l'enfant est physiologiquement apte à voir.

Il a été démontré que l'allumage d'une lampe de forte puissance devant l'abdomen maternel provoque des accélérations cardiaques et une augmentation de l'activité motrice. À la naissance le nourrisson voit alors à une distance d'environ trente centimètres.

Les expériences sensorielles in-utéro, connectées les unes aux autres, constitue une véritable enveloppe sécurisante, ainsi ces expériences acquises au cours de la vie foetale préparent, et facilitent la vie postnatale et le développement des interactions sociales et du milieu familial.

Juste avant la naissance le bébé occupe tout l'espace utérin, il est alors habitué à être constamment en contact, à la naissance il va rechercher ce contact, et ainsi apprécier le peau à peau qui est un moment propice pour l'attachement.

Sa vision de trente centimètres lui permet alors de distinguer le visage d'une personne qui le tient dans les bras. Il reconnaît la voix et l'odeur de sa mère, ainsi sa présence va l'apaiser et le rassurer.

« Les sensibilités gustative, olfactive, auditive, dont l'existence est prouvée dès la naissance, permettraient au bébé l'identification *de* sa mère (et l'identification à sa mère), ainsi qu'une ébauche de différenciation entre ce qui est bon et ce qui est mauvais. »¹. Ces potentialités sont des qualités nécessaires à sa survie, mais aussi au bon développement de sa vie psychique.

Par conséquent ce développement considérable se fait in-utéro, là où le portage dans le giron de la mère offre, au fœtus baignant dans le liquide amniotique, une réelle contenance.

b) Du côté de la mère :

L'enfant durant sa vie in-utéro ne peut pas se priver de relation, mais il en est de même pour sa mère. « Habitée pendant 41 semaines de gestation, par un organisme en développement, étranger et familier à la fois, partie indissociable d'elle même, la future mère va constituer avec son fœtus un lien d'influence et de dépendance réciproques. »²

La mère porte physiquement son bébé, mais elle le porte aussi psychiquement Cette relation de la mère à son fœtus dépend davantage du psychisme que du réel. Même si la sensorialité maternelle est sollicitée, prise de poids, perception de la

¹ ANZIEU D. Le Moi-peau édition dunod 1985 : p 60

² BYDLOWSKI M. « 108. la relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus » in Serge Lebovici et al Presse universitaires de France « Quadriga » 2004 2e éd : p 1881

motricité foetale et visualisation des échographies, elle reste sous le contrôle de la vie psychique. La mère va alors fantasmer son bébé.

« La vie fantasmatique de la mère durant la grossesse est prépondérante: c'est la genèse du lent processus de parentification. Elle permet de créer un enfant imaginaire, fantasmé et de construire le processus d'attachement. »¹.

Mais pour la mère le seul enfant représentable est celui qu'elle a été, son désir d'enfant et le bébé qu'elle va fantasmer sera alors intriqué à son histoire personnelle.

A la naissance elle devra faire le deuil de ce bébé fantasmé : « le bébé idéal n'existe pas, car il n'est que l'apparence derrière laquelle gît une autre exigence démesurée: revivre avec un enfant issu de soi, le relation idéale, que l'on n'a pas connue mais dont on garde la nostalgie, avec une mère elle-même idéale. »².

Durant la grossesse la vie psychique de la mère est accélérée, les barrières de l'inconscient deviennent perméables et permettent la transparence psychique.

« En effet, après la notion que « le bébé est une personne » en raison de ses « compétences », on s'accorde maintenant à penser que la vie imaginaire et fantasmatique de la mère pendant la gestation va avoir un caractère fondateur pour la préhistoire affective du bébé. Elle va être à la base des relations ultérieures que la mère développera avec l'enfant. »³

À la naissance le nouveau né éprouve son individualité, mais aussi la perte du contenant utérin. Bien que doté de compétences, le bébé est un être inachevé.

« C'est parce que le bébé est encore incomplet, donc fragile, qu'il a besoin d'un portage maternant qui poursuive ce qui s'est vécu à l'intérieur de l'enveloppe protectrice de l'utérus. »

Le nourrisson est dépendant de l'autre, et nécessite des soins attentifs qui l'accompagnent dans son développement et le mène vers l'apprentissage.

¹ CHEVALIER C. MOUNIER C. CHALAYE K. MOUSSALEM M. « Fantasme parentale et deuil de l'enfant fantasmé » 2012/2015

² MIJOLLA-MELLOR S. « L'enfant idéal n'existe pas » Recherches en psychanalyse 2009/2 n°8 : p 221

³ BYDLOWSKI M. « 108. la relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus » in Serge Lebovici et al Presse universitaires de France « Quadriges » 2004 2e éd : p 1884

3) Interactions précoces :

a) Préoccupation maternelle primaire :

La femme enceinte traverse une crise psychique proche de la psychopathologie, nous remarquons chez la mère une identification croissante à son bébé. L'intérêt est que la mère mette son propre appareil psychique à la disposition du bébé, Winnicott appelle cette attitude la *préoccupation maternelle primaire* :

« À mon sens, c'est précisément ce qui donne à la mère sa capacité particulière à faire ce qu'il faut. Elle sait ce que peut ressentir le bébé. Personne d'autres ne le sait. Les médecins, les infirmières peuvent en savoir beaucoup sur la psychologie et ils savent tout, cela va sans dire, sur la santé et sur la maladie physique. Mais ils ne savent pas ce que ressent le bébé minute après minute parce qu'ils sont hors de ce domaine d'expérience. »¹

Ainsi en s'identifiant à son nourrisson la mère sera dévouée pour répondre aux besoins corporels de celui-ci, elle incarnera alors le statut de « mère suffisamment bonne ».

Quand tout se passe bien, petit à petit est au rythme de l'enfant, la mère retrouve de l'intérêt pour elle, et quitte cet état de préoccupation maternelle primaire.

b) Holding :

La fonction de *holding* est lié à la capacité de la mère à s'identifier à son bébé. Le *holding* qui veut dire « maintien » est la façon dont la mère va porter physiquement son enfant. Il comprend toute la routine des soins de jours et de nuit, s'adaptant aux changements infimes à la fois dû à la croissance et au développement. En tenant compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température) mais également de sa sensibilité auditive, visuelle, ainsi que la sensibilité de la chute (effet de pesanteur).

Si le *holding* est satisfaisant, il remplira alors une fonction contenante qui prolonge les caractéristiques de la vie intra-utérine. D'être porté et soutenu, d'être pour lui un

¹ WINNICOTT D.W. La famille suffisamment bonne petite bibliothèque Payot 1965 p:10

support continu, va lui permettre de ressentir un sentiment de continuité d'existence. Cette expérience va créer une première organisation de l'image corporelle et favoriser le sentiment de confiance de base chez l'enfant. La répétition régulière et rythmique de cette expérience permettra à l'enfant de l'intérioriser.

c) Handling :

Le *handling* ou « maniement » correspond à la manière de manipuler l'enfant. Constituer de « hand » qui veut dire « main », le *handling* désigne les soins manuels prodigués par la mère : soin de toilette, habillage, mais aussi les caresses et autres contacts affectifs cutanés.

« Le handling facilite la formation d'un partenariat psychosomatique chez l'enfant. Il contribue au sentiment d'être "réel", au sens d' "opposé à l'irréel " ».¹

Il facilite alors la formation de la psyché et du soma et le développement du fonctionnement mental.

Il participe à donner à l'enfant le sentiment de pouvoir exercer une certaine maîtrise sur son environnement.

« [...], le *holding* et le *handling* s'inscrivent au rang de besoins physiologiques fondamentaux au même titre que le besoin de nourriture, de propreté, de sommeil. Mais parce qu'ils semblent moins élémentaires peut-être, moins urgents, et que le temps manque, ils sont négligés, repoussés à plus tard ou occultés. Pourtant, ils déterminent la nature du lien qui, ensuite attachera l'individu lui-même, à ses semblables, à son environnement : ne pas leur accorder l'importance qu'ils ont de fait peut s'avérer lourd de conséquences. »²

d) Object-presenting :

L'*object-presenting*, la « présentation de l'objet » ou encore la « réalisation » est la manière dont on introduit dans la relation au bébé différents objets du monde extérieur en lui permettant de s'en emparer. L'*object-presenting* va rendre réelle la

¹ WINNICOTT D.W. La famille suffisamment bonne petite bibliothèque Payot 1965 p:17

² PINELLI A. SANEJOUAND C. « Un être en relation » Cairn pour ERES p:19

pulsion créatrice de l'enfant. Si l'objet est présenté au moment précis où l'enfant en a besoin, celui-ci va avoir un sentiment de toute puissance en pensant avoir créé cet objet. Ce sentiment va lui donner la capacité de se relier à des objets et de se sentir réel. Il s'agit donc d'entretenir chez l'enfant l'illusion de créer l'objet, puis de l'accompagner progressivement vers le chemin de la désillusion.

4) Toucher et langage tonico-émotionnel

L'importance du toucher dans la vie relationnelle et le développement de l'enfant n'est pas une idée nouvelle. En 1971 Ashley Montagu publie « La peau et le toucher un premier langage », anthropologue et humaniste le but de son ouvrage est de transmettre l'importance de l'expérience tactile dans le développement humain, et à contrario les méfaits du non-toucher. Quelques années plus tard D. Anzieu s'inspire de ce livre pour écrire le « Moi Peau ».

A. Montagu affirme que « le développement plus ou moins précoce du système nerveux de l'enfant dépend en grande partie des stimulations tactiles qu'il reçoit. »¹, ainsi il expose les bienfaits pour le nourrisson d'être porté dans les bras ou dans un linge autour du corps.

Pour lui le toucher transmet l'affection et l'émotion qui sont le ciment d'une sensation sécurisante à la base du bon développement de l'enfant.

Ces qualités qu'il associe au toucher font penser à ce qu'en 1977 J. Ajuriaguerra décrit comme le « dialogue tonico-émotionnel ». L'enfant qui ne peut pas exprimer ses intentions, va émettre des signaux moteurs et émotionnels. C'est à partir de sa tonicité, de ses réactions corporelles aux stimulations, et de ses états émotionnels que la mère va deviner si son enfant va bien ou pas. Le dialogue tonico-émotionnel est alors la capacité d'échange de la mère, activée et renforcée par la capacité d'échange du bébé.

¹ MONTAGU A. « La peau, le toucher un premier langage » édition du SEUIL 1979 p: 143

Ce dialogue tonico-émotionnel aura une influence sur le portage de l'enfant par sa mère. Certains facteurs influencent alors le portage, tant dans ses aspects toniques concrets que dans ses aspects psychologiques ils sont les suivants:¹

- des facteurs de circonstances: les conditions de la grossesse.
- des facteurs charnels, corporels : le tonus de fond de la mère, sa « texture » corporelle particulière.
- des facteurs historique conscient ou inconscient : la façon dont la mère a été elle même portée dans sa petite enfance.
- des facteurs directement relationnels : la relation qu'il existe entre le père et la mère de l'enfant induit également des conditions déterminantes dans la qualité du *holding*. Du soutien de la mère par un autre (père géniteur ou autre compagnon) vont dépendre les qualités psychiques de son propre tonus corporel.

« Les qualités physiques et psychiques du portage sont aussi importantes l'une que l'autre et ont des répercussions directes sur la tonicité du nourrisson. »²

Vignette clinique :

Anna a besoin du contact avec l'autre, elle se jette dans les bras, et donne l'impression d'une intrusion, une fusion dans l'autre, elle est alors collée face contre face, ventre contre ventre à l'autre.

Laura a aussi besoin de contact pour réaliser une action, mais ce n'est pas elle qui vient le chercher, elle en fait souvent la demande indirectement, et souvent ce contact se fait au niveau du dos.

« C'est le contact dos qui, joint à l'interpénétration des regards (contacts des yeux au visage maternel) et à l'interpénétration bouche/mamelon, le tout enveloppé par les paroles maternantes, assure chez le bébé le sentiment basal de sécurité et d'intégrité. L'intériorisation de ce contact dos sécurisant, et surtout la jonction entre le contact-dos et les interpénétrations, assure le

¹ POTEL C. « Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir » ÉRÈS 2013 p: 116

²POTEL C. « Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir » ÉRÈS 2013 p: 114

développement du sentiment d'identité. »¹

Ainsi Laura et Anna ont toutes les deux besoin d'un contact qui semble les rassurer et être indispensable, pourtant Anna recherche un portage qui renvoie à celui d'un bébé dans le ventre de sa mère, quand l'enfant et celle-ci ne sont qu'un. Alors que Laura recherche un portage qui renvoie à la position de l'enfant dans les bras de sa mère.

Par ce constat nous pouvons déjà relever qu'Anna a des besoins plus archaïques que ceux de Laura.

5) Théorie de l'attachement :

John Bowlby est le fondateur de la théorie de l'attachement, il s'appuie sur des travaux issus de l'éthologie notamment ceux de Lorenz et Harlow.

Les conclusions du rapport de Bowlby commandés par l'OMS en 1951, sont révolutionnaires pour l'époque, elles inspirent les pratiques institutionnelles du monde occidental, et continuent de nos jours à marquer les professionnels de la petite enfance.

a) Besoin de proximité:

Pour Bowlby le lien affectif est conçu sur une base instinctive, l'attachement est un besoin primaire qui est nécessaire à la survie.

Les nourrissons arrivent au monde pourvus d'un certain nombre de systèmes, de répertoires programmés qui contribuent à la survie de l'individu.

L'attachement est un système motivationnel qui a pour objectif de chercher la proximité d'un adulte.

Pour atteindre cet objectif l'enfant va adopter des schèmes perceptivo-moteurs qui selon Bowlby sont au nombre de cinq: le sourire, les pleurs, la succion non nutritionnelle, la poursuite oculaire puis locomotrice, et le geste de tendre les bras pour être pris.

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 115

Ils alertent la figure d'attachement sur l'intérêt que l'enfant porte à l'interaction avec elle. Ils servent à l'amener à lui ou à maintenir l'interaction entre elle et lui autant de temps qu'il en a besoin.

« Seule la proximité d'avec la figure d'attachement peut « éteindre » le système d'attachement puisque l'objectif du système est atteint . Le parent répondant en même temps par le réconfort et la protection, le bébé va progressivement associer à cette proximité un vécu émotionnel de détente, calme, relaxé. Cet état émotionnel va devenir l'objectif interne du système d'attachement, alors que la proximité en définit l'objectif externe. »¹

b) Figures d'attachement:

En situation de détresse et d'alarme, l'enfant apprend progressivement à se tourner vers des personnes pour trouver un sentiment de sécurité. Ce sont les figures d'attachement primaire. Le terme *caregiver* (celui qui prend soin) est employé afin d'insister sur l'importance des interactions avec ceux qui élèvent l'enfant, qu'ils soient ou non ses parents biologiques.

Progressivement le bébé va hiérarchiser ses figures d'attachement primaires en figures d'attachement principales et figures d'attachement secondaires.

D'après Mary Ainsworth la figure d'attachement principale est en générale «[...] la figure qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans la relation animées et chaleureuse, [...] »². Cette personne sera alors celle qui apaisera le mieux sa détresse.

c) Constitution du lien d'attachement:

- Première phase de 0 à 3 mois, l'enfant est très dépendant de son environnement, ces comportements d'attachement ne sont pas dirigés vers une figure particulière, néanmoins une discrète préférence envers ce qui lui est familier a été démontré (voix et odeurs maternelle).
- Deuxième phase de 3 à 6 mois, l'enfant à développé ses capacités, il peut chercher activement la proximité de sa figure d'attachement potentielle, lui tendre

¹ GUEDENEY N. « L'attachement un lien vital » yapaka.be édition Fabert 2010 p: 10

² GUEDENEY N. « L'attachement un lien vital » yapaka.be édition Fabert 2010 p: 13

les bras, ou s'accrocher. Il sait différencier les gens qui lui sont familiers et ceux qui lui sont étrangers.

- Troisième phase de 6-9 mois à 3 ans, l'enfant vit des changements importants et acquiert des capacités motrices, cognitives, et de communication. Il peut à présent suivre sa figure d'attachement et gérer lui-même la distance qu'il peut supporter avec elle. Il peut aussi exprimer ses émotions. Durant cette phase le phénomène de base de sécurité s'établit, il représente l'équilibre du fonctionnement entre l'attachement et un autre système qui est celui de l'exploration.

d) Un lien vital essentiel au développement :

L'attachement contribue à la survie de l'enfant en assurant sa protection par les adultes, il favorise le développement de sa mentalisation. Il s'agit de la capacité d'empathie qui favorise les relations sociales.

Le système d'exploration est lié à la maîtrise et à la curiosité. La curiosité aide l'enfant à apprendre et comprendre son environnement. La locomotion joue un rôle fondamentale dans l'exploration, le bébé peut s'éloigner et découvrir de nouvelles choses, ce qui va enrichir ses processus cognitifs. Plus l'enfant va explorer, se déplacer, découvrir, plus ses capacités cognitives vont se développer, l'intelligence née de l'action et vis-versa. Ainsi l'enfant se trouve dans un véritable cercle vertueux qui va lui permettre de grandir et de petit à petit s'autonomiser.

Cette exploration pourra se mettre en place seulement si l'enfant se sert de sa figure d'attachement comme une base de sécurité. Ce sentiment de sécurité reflète une évaluation anticipatrice positive de l'environnement, qui traduit que l'enfant a un attachement dit sécurisé. Si l'enfant est sécurisé il peut s'autoriser à découvrir ce qu'il entoure. En contre-partie si l'enfant se sent insécurisé et en situation de stress, il ne pourra pas explorer son environnement.

e) Différents types d'attachements:

Mary Ainsworth élève de Bowlby a participé à l'élaboration de la théorie de l'attachement notamment en mettant en évidence différents types d'attachements à

travers des expériences provocants des situations étranges (situations non familières) entre une figure d'attachement et son enfant.

L'attachement Sécure, et trois types d'attachement insécures Évitant, Ambivalent/ Résistant, et Désorganisé.¹

Vignette clinique Laura:

Souvent Laura amène des livres choisis en salle d'attente, ils la suivent alors du début à la fin de ses prises en charges en faisant le lien entre ces différents moments, nous ne les utilisons pas systématiquement, et elle les range lorsque nous la raccompagnons. Ces livres semblent remplir la fonction d'objet transitionnel dont parle Winnicott, ils servent de lien avec la salle d'attente lieu où elle quitte puis retrouve sa nounou qui l'y attend.

Lorsque Laura réalise des productions il est difficile pour elle de s'en séparer. Lors d'une séance elle réalise des formes en pâte à modeler qu'elle colle sur une feuille, elle demande alors à les faire sécher. Elle inscrit son prénom sur la feuille et scotche le tout sur une boîte de figurines présente dans la salle. Laura a besoin de laisser une trace de son passage, de laisser une partie d'elle-même si elle n'est pas présente physiquement, et de les retrouver la fois suivante pour faire le lien.

En fin de séance même si Laura s'est montrée coopérative tout le reste du temps, son attitude change, elle refuse de remettre ses chaussures, elle s'échappe, escalade, continue de sortir des objets.... même à deux il n'est pas évident de réussir à la faire sortir. Laura est opposante et provocatrice. Nous ne pouvons pas la tenir, elle nous file entre les doigts...

Une fois enfin arrivée dans la salle d'attente, elle peut alors avoir oublié un livre ou autres dans la salle de psychomotricité, elle repart donc le chercher. Quand elle passe la porte du CMPEA pour partir elle revient à toute allure vers nous pour nous faire un bisou.

¹ Cf Annexe tableau récapitulatif des différents attachements

Le fait de laisser des choses dans la salle pour y revenir, de ne pas vouloir quitter cet espace, et de l'exprimer par des vas et vient, illustre la difficulté, l'angoisse de Laura à se séparer.

Lors d'une séance un technicien était présent un court instant, en sa présence Laura ne pouvait pas le lâcher du regard, ce qui a donc considérablement ralenti, son geste et la précision de son activité. Laura est envahie par ses émotions et ne se permet plus d'être dans l'action.

Au fil des séances un lien s'est tissé entre Laura et moi. Ainsi durant celles-ci elle interpelle autant ma maitre de stage que moi. Pourtant les rares fois où ma maitre de stage a quitté la salle durant la séance il s'est toujours passé la même chose, Laura cesse l'activité qu'elle est en train de réaliser et me demande qu'on se cache avant le retour de ma maitre de stage. Les temps ne sont jamais très long mais Laura s'impatiente et me questionne beaucoup pour savoir quand ma maitre de stage va revenir. Je note un changement dans son comportement, elle semble moins sécurisée. Ma maitre de stage semble alors remplir la fonction de figure principale d'attachement lors des séances de psychomotricité, ainsi en son absence, sa base de sécurité n'est mise pas assurée, ce qui ne lui permet pas de continuer son activité.

Cette répétition de jeu de cache-cache me fait penser à un jeu de tout petit où l'enfant se saisit de l'apparition/disparition pour intégrer la permanence de l'objet et mentaliser la personne en son absence. Le besoin de laisser ses productions dans la salle et aussi en lien avec ses besoins de tester la continuité de l'objet, mais aussi s'assurer de sa propre existence, afin de se rassurer et de calmer une certaine angoisse.

Son comportement au moment de notre rencontre, quand ma maître de stage quitte la salle et l'attitude de Laura en présence de ce technicien révèle une immaturité affective due certainement à un attachement insécure.

Vignette Clinique Anna :

Souvent en début de séance MmA la maman d'Anna nous suit dans la salle de psychomotricité pour nous parler des événements nouveaux. Pendant que Mme A nous parle elle caresse l'oreille du doudou d'Anna. Quand elle part de la salle, elle s'en va à toute allure ne dit rien à sa fille, et emporte le doudou. Anna ne détourne pas le regard pour la voir partir. Même quand nous essayons de la solliciter, pour qu'elle fasse un geste à sa mère ou qu'elle lui dise « à toute à l'heure » elle ne le fait pas et continue de jouer, comme si il n'y avait aucun changement. Pendant que Mme A nous parle elle caresse l'oreille du doudou d'Anna, et quand elle sort de la salle elle l'emporte avec elle.

Au cours de la prise en charge, la venue d'Anna en taxi s'est mise en place. Dans un premier temps elle était accompagnée de Mme A et du taxi. Quand est venu le moment qu'Anna vienne seule avec le taxi, elle n'a montré aucun changement, et était même très collé au taxi, comme si il représenté une figure d'attachement. De la même manière qu'Anna à pu me prendre dans les bras dès notre première rencontre, elle peut aussi le faire avec des professionnels du CMPEA qui ne participent pas à sa prise en charge.

Son attachement semble alors très primaire et immature car il n'est pas dirigé vers une figure d'attachement particulière.

Pour avoir notion de la séparation il faut avoir conscience d'être différenciée de l'autre, Anna ne montre aucune réaction à cette séparation. Serait-elle indifférenciée de sa mère?

6) Le Moi-Peau D.Anzieu:

D. Anzieu fait la liaison entre corps et psyché pour lui « Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique »¹. La peau qui est le premier organe à apparaitre durant le développement, est le seul à recouvrir tout le corps, elle sert de contenant de l'intérieur du corps. Cette sensation d'une enveloppe contenante est

¹ ANZIEU D. Le Moi-peau édition Dunod 1985 : p 39

nécessaire à l'étayage des fonctions psychiques. De-plus D.Anzieu fait référence à l'embryologie et le fait que l'ectoderme est la source neurologique commune de la peau et du cerveau. Ainsi, le moi s'étaye sur un moi-corporel, le moi-peau.

La pulsion d'attachement est support du fondement du moi-peau. « l'infans acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle. »¹

A travers les soins de toilette, de nourrissage...., expériences tactiles nécessaires à la survie du nourrisson, celui-ci va pouvoir commencer à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, permettant la distinction entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non soi.

L'intégration du Moi-Peau s'organise autour de trois fantasmes:

- un fantasme intra-utérin, qui nie la naissance et qui exprime le désir d'un retour au sein maternel.
- un fantasme de peau commune, qui assure entre l'enfant et sa mère une communication sans intermédiaire et une identification adhésive. D.Anzieu parle alors d' « interface », de « peau commune à la mère et l'enfant, interface d'un côté de laquelle se tient la mère, l'enfant étant de l'autre côté »².
- un fantasme de peau arrachée, qui image la douleur et la résistance de la séparation. Petit à petit l'interface permet à l'enfant et sa mère d'être de plus en plus séparés, avec un fonctionnement psychique en système de plus en plus ouvert. Cette étape « requiert l'effacement de cette peau commune et la reconnaissance de chacun à sa propre peau et son propre moi, [...]. »³

D.Anzieu décrit neuf puis huit fonctions au Moi-peau en précisant pour chacune le mode de correspondance entre l'organique et le psychique, elles sont les suivantes:

¹ ANZIEU D. Le Moi-peau édition Dunod 1985 : p 37

²ANZIEU D. Le Moi-peau édition Dunod 1985 : p61-62

³ ANZIEU D. Le Moi-peau édition Dunod 1985 : p 62

- La fonction de **maintenance** du psychisme: De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintien du psychisme. La fonction biologique est exercée par le *holding*, et la fonction psychique est l'intériorisation du *holding*.
- La fonction **contenante** : qui est exercée principalement par le *handling*, éveille chez l'enfant la sensation-image de la peau comme sac. Le Moi-peau est alors le sac, la barrière et la limite qui enveloppe tout l'appareil psychique. Il devient une écorce qui contient les pulsions. Deux aspects de cette fonction peuvent alors se distinguer, « le conteneur » qui reçoit de manière passive des sensations-images-affects, et le « contenant » qui est actif et qui permet au bébé une restitution de ses sensations-images-affects rendues représentables.
- La fonction de **pare excitation** : le Moi-peau présente une structure en double feuillet, comme la peau. Alors tout comme la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci, le Moi-peau protège le psychisme de l'excès de stimulations.
- La fonction d'**individualisation** du Soi: apporte le sentiment d'être unique, et la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié et différent.
- La fonction d'**intersensorialité** : relie entre elles les sensations de diverses natures et aboutit à la constitution d'un « sens commun ». « Le nourrisson se vit dans une abondante sensorialité, comme une série d'organes non-reliés les uns aux autres dans un ensemble, et il peut à certain moments être tout entier « bouche », ou tout entier « ventre », ou tout entier « main », etc. Ce sont les sensations cutanées qui lui fourniront progressivement l'impression que ces organes sont rassemblés dans un sac, dans une enveloppe. »¹. Le Moi-peau permet alors que ces sensations soient reliées entre elles, afin d'éviter des angoisses de démantèlement, de morcellement du corps.

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 62-63

- La fonction de surface de **soutien de l'excitation sexuelle** : surface sur laquelle des zones érogènes peuvent être localisées, la complémentarité des sexes reconnue et leur complémentarité désirée.
- La fonction de **recharge libidinale** : maintient la tension énergétique interne et la répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.
- La fonction d'**inscription des traces sensorielles tactiles** : conserve l'inscription d'une écriture « originaire » préverbale, qui est faite de traces cutanées. Cette fonction est renforcée par le rôle de l'*object-presenting*.

« L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. »¹
 Ces fonctions du Moi-peau privilégient l'axe du narcissisme, qui est une dimension importante et normale du développement de la personne. Le narcissisme permet à l'individu d'acquiescer estime de soi, autonomie, assurance, capacité d'entreprendre et possibilité d'investir en confiance de nouveaux objets. L'on voit à quel point cela est important dans les pathologies du lien, qui présentent souvent un Moi-peau altéré.

Vignette clinique:

Laura est très agitée, elle est toujours en mouvement, hypervigilante à ce qui se passe autour d'elle, sur le "qui-vive", ce qui l'amène à être hypertonique. Ces comportements "d'alerte" semblent alors représenter un moyen de se protéger. Nous pouvons alors faire le lien avec un trouble de la fonction de pare-excitation décrite par D. Anzieu qu'il nomme le « Moi-carapace » : «[...] le pare-excitation est présent mais sous forme rigide, imperméable : C'est le Moi-carapace. La surface d'inscription n'existe pas c'est une chair à vif, sans peau, et la communication avec autrui est alors coupée soit par une barrière d'agitation motrice, c'est-à-dire une excitation maximale, soit par le retrait, ou excitation nulle. »²

¹ ANZIEU D. Le Moi-peau édition Dunod 1985 : p 39

² ANZIEU D. « L'épiderme nomade et la peau psychique » Édition du collège 1999 p:73

Laura à travers son agitation et son hypertonie, surinvestie les limites de son corps pour se protéger et se sentir malgré tout contenue.

« L'enveloppe tonique s'est transformé en une paroi, qui empêche les intrusions et lutte contre les risques de confusion entre [l'enfant] et sa mère. »¹

7) Genèse de la vie psychique

a) Les formes psychiques dans leur forme la plus primitives :

• **Les pulsions**

Constituent l'essence psychique originelle. Une pulsion est un état d'excitation localisé dans un organe ou dans une partie du corps. Le sujet est dans l'impossibilité de la fuir, le but de la pulsion est alors toujours la satisfaction. La satisfaction se traduit par un apaisement qui entraîne une modification corporelle. « La pulsion qui est envisagée par Freud comme un concept limite entre le somatique et le psychique , a une source organique et connaît, d'après son but, un destin physique. »².

• **Les pictogrammes**

Notion élaborée par Piera Aulagnier est la représentation d'une dualité constituée par une source sensorielle, source d'excitation, et un objet, cause de l'excitation. La représentation pictographique est issue de la rencontre entre un organe sensoriel et d'un objet extérieur ayant un pouvoir de stimulation à son égard. Néanmoins à ce stade d'évolution la psyché encore primitive ignore cette dualité qui la compose. « L'image de l'« objet-zone-complémentaire » se donne à la psyché comme un reflet d'elle-même, engendrée par elle-même et lui assurant l'existence d'une relation d'identité entre la zone corporelle, et l'objet, entre la psyché naissante et le monde extérieur. »³

¹ ROBERT-OUVRAY S.B. « Intégration motrice et développement de la vie psychique » Desclée de Brouwer 2e édition 2007 p: 240

²CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 63

³ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 63

- **Les agglomérats**

Sont constitués de trois pôles liés les uns aux autres :

- Un objet provoquant
- Une activité perceptivo-sensorielle ou motrice
- Une qualité affective

Daniel Marcelli classe ces agglomérats en deux catégories : Les apaisants ou plaisants d'un côté, et les excitants ou déplaisants de l'autre. « Les premiers seront ultérieurement compris comme « la mise en correspondance d'un fragment d'objet bon , gratifiant, apaisant et un fragment de moi aimable », et les seconds comme « la mise en correspondance d'un fragment d'objet mauvais et dangereux et d'un fragment du moi en tension, agressif, haineux »[.....] Les diverses expériences affectives non reliées les unes aux autres, forment des fragments qui sont d'abord unis, collés, agglomérés, grâce au fonctionnement perceptivo-sensoriel ayant une fonction de colle, à des fragments d'objet. »¹.

Les fragments d'objets sont simplifiés et peuvent être reconnu, ainsi plus tard ils deviendront des fragments du Moi.

b) L'importance du tonus dans le développement du psychisme : les quatre grands niveaux d'organisation.

- **Le niveau tonique**

Quand le bébé ressent un besoin ou une stimulation forte, son tonus augmente, il se crispe, pleure... Il ne peut pas se calmer tout seul et a besoin d'autrui. Le parent alerté répond au besoin de l'enfant, et lui permet la satisfaction ainsi son tonus diminue, et l'enfant retrouve son état de calme. Le nourrisson passe alors « [...] d'un pôle hypertonique lié affectivement à l'absence d'autrui à un pôle hypotonique lié à sa présence. »². Ce niveau est à mettre en lien avec **la pulsion** qui est décrite par

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 65

² ROBERT-OUVRAY S.B. « Intégration motrice et développement de la vie psychique » Desclée de Brouwer 2e édition 2007 p: 79

Freud. Le couple hypertonicité d'appel et hypotonicité de satisfaction et le premier couple de l'intégration psychomotrice de l'humain.

- **Le niveau sensoriel**

S'étaye sur le niveau tonique. Quand le tonus de l'enfant est élevé, ses muscles sont tendus, ses sensations sont alors celles du dur. Quand son tonus baisse, il se détend, ses sensations sont alors celles du mou. Le jeu des contraires sensoriels de base, dur/mou est le premier couple de l'intégration psychomotrice.

- **Le niveau affectif**

Dépend du parent qui apporte la satisfaction et le bien-être en le touchant avec les mots et avec le corps. Pris dans les bras, interprété, nommé, consolé, le bébé acquiert un sentiment de sécurité car autrui donne un sens à ce qu'il est en train de vivre, il verbalise l'affect de l'enfant. Le couple plaisir/déplaisir, satisfait/insatisfait lié à l'absence et la présence de la mère est le premier couple d'opposés affectifs.

- **Le niveau représentatif**

Va séparer l'objet en deux, une bonne partie (bonne mère) et une mauvaise partie (mauvaise mère). Quand le tonus est élevé, que l'enfant est dans un état de tension douloureuse, il se vit en présence d'une mauvaise mère. Par contre lorsqu'il est consolé, que son tonus baisse, il se vit en présence de sa bonne mère. « Grâce à la dialectique de ces deux extrêmes, des positions intermédiaires vont naître et l'objet entier, ambivalent pourra exister dans le psychisme de l'enfant. »¹. Ce niveau est à mettre en lien avec la notion d'**agglomérat** défini par Marcelli.

Il n'y a pas de pensées sans tensions et sensations diversifiées, il n'y a pas de pensées sans affectation respectueuse du corps tonique de l'enfant par ses parents. Le langage tonico-émotionnel, l'accordage entre la mère et l'enfant est déterminant pour la construction du monde affectif et psychique de celui-ci.

¹ ROBERT-OUVRAY S.B. « Intégration motrice et développement de la vie psychique » Desclée de Brouwer 2e édition 2007 p: 84

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 65

« C'est l'affect et la nature de l'affect qui conditionnent la constitution de ces premiers noyaux du moi. »¹. L'objet contenant externe joue alors un rôle fondateur dans la genèse de l'appareil psychique.

c) Les qualités du contenant

• Selon Donald Meltzer :

D. Melzer décrit quatre qualités indispensables à l'objet externe pour assurer sa fonction contenante:²

- « le contenant doit avoir des limites qui, tandis qu'elles peuvent être concrètement représentées, sont fondamentalement définies par l'attention sélective ». Autrement dit, les limites de l'objet contenant concernent d'une part sa présence physique, mais aussi la capacité psychique qu'a l'objet d'être « présent », de ne pas avoir « la tête ailleurs ».
- « le contenant doit être un lieu de confort, abrité de toute stimulation inappropriée venant de l'intérieur du corps ». Ce confort du contenant concerne les qualités sensorielles (chaleur, douceur de la voix etc.) et émotionnelles (quiétude, sérénité, disponibilité, etc.).
- Le contenant est caractérisé par l'« intimité », « quelque chose qui est le produit de l'histoire de la relation imparfaite, mais qui se développe naturellement à mesure que l'histoire se déroule ». Cette intimité du bébé au sein est une qualité inhérente pour son confort.
- Le contenant est caractérisé par l'« exclusivité », le « sentiment d'être unique ».

• La fonction alpha de Bion

En 1962 Bion avance l'idée d'une fonction alpha. « Bion postule que la naissance et la qualité de la vie psychique d'un être humain sont tributaires non seulement de la

² CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 70-71

mère ou substitut, mais de la vie psychique de la mère ou plus exactement de ce qu'il appelle sa « *capacité de rêverie maternelle* », laquelle est inhérente de la mystérieuse fonction alpha. »¹.

La capacité de rêverie ("prêter" au bébé sa capacité à penser), est une qualité indispensable du contenant, elle conditionne l'identification projective de l'enfant.²

Le bébé éprouve des sensations, des émotions, des pulsions insupportables dont il doit se débarrasser, il ne peut alors que s'exprimer corporellement et de façon motrice, cris pleurs, tremblements, agitation motrice, etc. Il projette alors à travers ses réactions des éléments bêta. La mère accueille ces éléments bêta travaille à les comprendre et y met du sens afin de les renvoyer sous forme d'éléments alpha pensables.

Cette fonction alpha qu'accomplit la mère pour le bébé constitue le premier pas dans l'activités de pensée.

« La fonction alpha de la mère permet de détoxifier les projections du bébé, qui pourra alors réintrojecter des éléments alpha, dont l'accrétion progressive permettra un jour ou l'autre la formation d'une « barrière de contact » et l'avènement d'une fonction alpha personnelle. »³

À mesure que les éléments alpha prolifèrent, ils s'assemblent, s'agglomèrent pour former la « barrière de contact » qui déterminera le passage sélectif des éléments du conscient à l'inconscient et inversement. La qualité de cette barrière de contact affectera les rêves, la mémoire, et les caractéristiques du souvenir.

La répétition de ces boucles alpha, permet petit à petit au bébé de faire des liens entre ce qu'il sent, le fait que sa mère arrive et le fait qu'il trouve une satisfaction qui l'apaise. Il identifie alors progressivement ses états/sensations, peut les comprendre et même les anticiper.

« La capacité de rêverie chez la mère, joue un rôle fondamental dans le développement, chez le nourrisson, de sa capacité à supporter la frustration, et donc

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 74

² L'identification projective permet à l'enfant de se débarrasser dans la mère des sentiments de terreurs. Elle représente un mécanisme de défense pour débarrasser le moi des pulsions insupportables, et représente aussi la forme la plus primitive des relations d'objets.

³ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 74

dans le développement de son sens de la réalité. [...] Si la capacité de rêverie de la mère fait défaut, la capacité du nourrisson de tolérer la frustration est mise à l'épreuve et reçoit un fardeau supplémentaire. »¹

d) La frustration :

« La frustration est l'élément déclencheur de l'investissement narcissique des items moteurs et toniques, étayage des processus psychiques. Elle est nécessaire car elle permet à l'enfant de se construire, d'une façon réactive et avec l'aide de sa mère, une enveloppe psychique contenant et identifiante. »²

Au départ l'enfant est trop immature pour tolérer la frustration, il a donc recourt à l'hallucination de l'objet qui lui procure une satisfaction immédiate. Le développement de la pensée s'étaye sur cette hallucination qui permet d'imprimer dans la mémoire l'objet de satisfaction.

Mais il faut petit à petit que l'enfant sorte de ce mode de fonctionnement hallucinatoire ou pensées et réalité son confondues et qu'il soit capable de tolérer la frustration.

« Une petite quantité de frustration est non seulement nécessaire, mais souhaitable car: « Si la frustration n'est pas excessive, elle peut favoriser l'adaptation au monde extérieur et le développement du sens de la réalité. Une certaine somme de frustrations suivies de gratifications permet effectivement à l'enfant de sentir qu'il a été capable d'affronter son angoisse. »³Au fur et à mesure que l'enfant se développe et qu'il acquiert une certaine autonomie, la tolérance qu'il a à la frustration s'accroît.

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 77

² ROBERT-OUVRAY S.B. « Intégration motrice et développement de la vie psychique » Desclée de Brouwer 2e édition 2007 p: 238

³ MARCELLI D. Position autistique et naissance de la psyché 1986 Chapitre 3: « Qui tolère quoi ? Réflexion sur la notion de frustration et de tolérance à la frustration» p 95-132
<https://www.cairn.info/position-autistique-et-naissance-de-la-psyche%20--9782130393047.htm>

Vignette clinique Anna:

Anna ne supporte pas perdre à un jeu, elle met d'ailleurs beaucoup d'énergie à être « imbattable ». Elle est opposante, il est compliqué d'inclure la moindre variation dans une activité quand elle ne l'a pas décidé, elle veut commander, elle est dans la toute-puissance, nous guide et nous donne souvent des ordres. La toute-puissance infantile¹ est souvent associée à la relation primitive mère-bébé. Pour Winnicott la toute-puissance du bébé tient de la manière dont la mère lui présente le monde, c'est-à-dire lui donne l'illusion que c'est lui qui crée le monde. La mère s'identifie à cet enfant, elle est alors fascinée par cette toute-puissance à laquelle elle avait cru devoir renoncer et qu'elle retrouve enfin. Pour que l'enfant quitte cette toute-puissance infantile il faut qu'il sorte de l'indifférenciation primitive pour avoir une relation avec une mère différenciée de lui.

Ainsi quand Anna n'est pas occupée comme elle le souhaite elle devient violente. À l'école et à la maison elle fait beaucoup de crises, elle balance les objets, frappe, griffe, mord, ses camarades ou son frère, insulte etc..

Au CMPEA elle est très différente, en séance seule avec ma maitre de stage, en relation duelle elle est sage, et même coopérative. En ma présence, nous sommes trois et par définition déjà un groupe, ce qui semble compliqué pour Anna (Elle a pu notamment l'exprimer en lançant une balle dans la tête de ma maitre de stage.). Son visage change, son regard se noircit, du haut de ses cinq ans et demi, elle est impressionnante.

Après une de ces crises, Anna est calme pendant plusieurs jours, comme si elle avait lâché la pression, évacué, externalisé la tension qui est en elle afin de retrouver un état d'apaisement.

La violence est un mode d'expression de la souffrance affective. « L'accès de violence survient souvent à l'occasion d'une exigence éducative minime, qui

¹ BLANCHARD A-M. DECHERF G. « Le devenir de la toute-puissance dans les liens précoces » Le Divan familial 2009 n°22 p: 149-163

déclenche un sentiment de persécution, ou lorsque l'enfant se trouve en situation groupage, la proximité des corps des autres enfants étant ressentie comme une menace, une intrusion. Les « crises » sont de véritables moments hallucinatoires pendant lesquels l'enfant est hors réalité. »¹

Dans l'expression « tolérance à la frustration », le mot « tolérance » inclut alors un rapport entre la frustration et le facteur temporel, si les expériences de satisfaction et de frustration fondent le devenir du développement mental c'est surtout la répétition suffisamment rythmique des expériences qui conditionne la qualité de ce développement.

e) Rythmicité des expériences :

Si les échanges entre la mère et le nourrisson sont répétés et qu'il s'inscrivent dans le temps selon un rythme régulier, l'enfant va pouvoir anticiper ces expériences.

« [...] Marcelli émet l'hypothèse que la première activité de pensée indépendante d'une activation perceptivo-sensorielle concerne une pensée sur le temps qui pourrait se formuler de la façon suivante: « Après ça, il y aura autre chose. ».²

Marcelli parle alors de macrorhythmes et de microrhythmes, de répétitions et de surprises qui apparaissent comme indispensables au fonctionnement psychique.³

- Les Macrorhythmes regroupe les rythmes du quotidien, domaine des interactions de soin : lever, repas, toilette, promenade, bain, coucher etc.. Si ces activités sont fixes, elles permettent à l'enfant d'anticiper, et lui donne le sentiment qu'il est le créateur de son environnement, d'où un sentiment de toute-puissance, nécessaire pour sa continuité narcissique. Ainsi il peut alors mémoriser ses actions, intégrer une notion de temps, il peut anticiper et se rassurer.

- Le Microrhythmes regroupe les temps de surprises, de tromperies, domaine des interactions ludiques : jeu de chatouille, « jeu de coucou », jeu de surprise, de

¹ BERGER M. ARRIZABALAGA A. « Enfant violent: clinique, prévention, prise en charge » EMC Psychiatrie/ Pédopsychiatrie 2013; 0(0):1-10 [Article 37-208-A-50]

² CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 200

³ MARCELLI D. « Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé » ERES 2007/4 n°44 p:123-129

fausse gronderie etc... Le bébé lit alors sur le visage de sa mère le plaisir, le rire. Marqué par des microrhythmes aléatoires et incertains, le bébé peut investir l'incertitude, et tout ce qui dans l'expérience actuelle est légèrement différent de l'expérience passée, ce qui renforce alors sa capacité d'attention, nécessaire à ses apprentissages ultérieurs. Pour les deux partenaires cette tromperie est aussi l'occasion durant un court instant de sortir de la symbiose, et de vérifier leur différence.

Il est important que la mère sache doser ces différents rythmes, à la fois la mère peut jouer avec son enfant et faire monter l'excitation, mais il ne faut pas dépasser certaines limites, et qu'elle soit aussi capable d'apporter de la détente et de « calmer le jeu ».

Lors des interactions précoces si les temps d'attente de la mère, temps de frustration se prolongent et que les temps de satisfaction sont brefs cela oblige l'enfant à basculer d'un état émotionnel à un autre sans nuances et sans dialectique possibles entre les deux pôles. « Si le passage entre ces deux pôles se fait de façon brutale, d'une manière incohérente, l'enfant vit une désorientation et il intègre alors les deux repères des plus distincts: l'hypertonie et l'hypotonie »¹

Vignette clinique Laura:

Laura n'aime pas la frustration, il lui arrive de faire des colères au sein de sa famille d'accueil, néanmoins au CMPEA ce n'est pas le cas. Il faut souvent composer et trouver des compromis pour qu'elle puisse réaliser une activité qu'elle n'affectionne pas particulièrement, mais en générale elle finit par le faire.

Laura investit beaucoup les jeux d'équilibre, roller, grimper à l'espalier, gros ballon, échasse... Elle est en constante hypertonie, mais quand elle demande de l'aide et qu'elle entre en contact avec l'autre elle devient totalement hypotonique. Il n'est pas possible de donner seulement la main à Laura car elle s'effondre totalement dans nos bras. Elle lâche alors tout le poids de son corps et, recherche un véritable portage. De ce fait elle est incapable d'être à nouveau

¹ ROBERT-OUVRAY S. *Intégration motrice et développement psychique 2007: p 238*

dans l'action, et de retrouver son équilibre.

Là encore nous pouvons voir le lien entre le corps et la psyché, et à quel point le tonus est chargé d'affectivité, et dépendant de l'histoire de vie de chacun.

f) De l'identification au processus d'individualisation

Margaret Malher décrit le développement de la vie psychique comme traversant trois étapes. Ces trois étapes sont marquées par de modalités identificatoires différentes: la première étape est la « phase autistique normale » marquée par une « identification adhésive », la seconde étape est la « phase de symbiose normale » qui privilégie « l'identification projective », et la dernière étape est « la phase de séparation individualisation » ou « l'identification introjective » est préférentielle.

Ces trois étapes renvoient au trois fantasmes nécessaire à la constitution du Moi-peau selon D.Anzieu que nous avançons décrit précédemment.

- **La phase autistique normale:**
(durant les deux premiers mois de vie)

Cette phase représente un état autistique normal du nourrisson, caractérisé chez l'enfant par une non conscience de l'objet maternel, il est perçu comme indifférencié de lui. L'identification adhésive produit alors une dépendance et supprime la différence entre le sujet et l'objet. L'enfant se trouve alors dans la période hallucinatoire qui correspond à l'illusion de l'objet créé. Cet état permet de protéger le bébé tant qu'il ne peut pas accepter la séparation.

- **La phase de symbiose normale:**
(de deux à huit mois)

Cette phase est caractérisé par un état de fusion psychosomatique toute puissante.
« L'enfant se comporte et fonctionne comme si lui et sa mère formaient un système tout-puissant, une unité-duelle à l'intérieur d'une seule frontière commune. »¹.

L'identification projective permet à l'enfant de se débarrasser dans la mère des sentiments de terreurs. Le moi prend alors possession d'un objet extérieur qui devient une extension du moi. C'est un mécanisme de défense pour débarrasser le moi des pulsions insupportables.

« L'identification projective permet à l'enfant de se débarrasser dans la mère des sentiments de terreur. Si celle-ci les accepte, elle pourra les détoxiquer et les restituer au bébé sous forme tolérable. Si elle les refuse, si elle ne comprend pas la détresse du bébé et ne peut pas la contenir, celui-ci réintrojectera une « terreur sans nom ». »²

« On peut penser que les angoisses primitives du bébé ont pu réveiller ou exacerber des angoisses similaires chez la mère, déjà fragilisée par l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

La mère renvoie donc au bébé sa destructivité, qu'elle n'a pas pu prendre en dedans et transformer, mais nous posons aussi l'hypothèse qu'elle renvoie également des contenus qui lui sont propres, des angoisses qu'elle même n'a pas pu penser ou élaborer. »³

Le bébé rejète alors sa destructivité, mais la reprend ensuite en soi, ainsi la barrière qui le différencie de l'autre devient floue, ce qui entraîne des confusions d'identité, il devient impossible de démêler ce qui vient de soi et ce qui vient des autres.

« L'espace personnel de chacun est attaqué, occupé, envahi. » et « Le développement d'une capacité de penser personnelle devient une menace pour l'intégrité psychique de l'autre. »⁴

Dans une relation fusionnelle, en miroir, « [...] toute tentative de différenciation de la part de l'enfant peut devenir une menace pour les besoins psychiques de la mère »⁵.

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 120

² CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 207

³ SEGIN M-H. « La transmission intergénérationnelle du mauvais » Psychothérapie 2007/3 Vol 27 p 149-160

⁴ SEGIN M-H. « La transmission intergénérationnelle du mauvais » Psychothérapie 2007/3 Vol 27 p 149-160

⁵ SEGIN M-H. « La transmission intergénérationnelle du mauvais » Psychothérapie 2007/3 Vol 27 p 149-160

Vignette clinique :

Quand la mère d'Anna a le sourire, Anna a le sourire, quand sa mère est déprimer, Anna est confuse, semble perdue et triste. L'expressivité du visage de cette mère peut alors devenir un facteur d'indication sur le déroulement de la séance à venir. Quand la mère va mal, elle explique cela par le comportement de sa fille, « si elle est sage, moi je vais bien ». Les affects et réactions de l'une et de l'autre sont alors totalement intriqués et interdépendantes, il n'y a pas de différenciation, et pour nous il devient difficile de comprendre "qui" va mal. Mme A dit d'ailleurs se reconnaître plus jeune chez Anna.

Un jour où le sourire n'était pas au rendez-vous, Anna décide de faire un parcours, elle décide alors de grimper, et fait tout le parcours debout, alors que celui-ci est déjà en hauteur. Elle arrive parfaitement tout en haut, mais avant de re-descendre nous questionne: « Qu'est-ce que ça fait si j'y arrive ? », nos réponses sont assez basiques, alors elle repose la question à plusieurs reprises et avec insistance à chaque fois qu'elle est à nouveau en haut du parcours. Elle dit alors : « Je vais rester perchée en haut toute la vie ? », Nous lui disons que non et qu'elle a déjà su descendre à plusieurs reprises sans notre aide. Une fois en bas nous la félicitons et nous lui faisons remarquer qu'elle a réussi elle « toute seule ».

Dans cette question « Qu'est-ce que ça fait si j'y arrive », nous pouvons entendre « Que devient ma mère si je vais mieux ? ».

- **La phase de séparation individualisation**
(environ jusqu'à trois ans)

L'issue de la symbiose réside dans la réalisation du processus de séparation-individualisation.

Selon Margaret Mahler ce processus se déroule en quatre étapes:

- L'apparition des réactions aux objets étrangers
- L'acquisition de la locomotion
- L'étape du « rapprochement » où l'enfant prend conscience que sa mère est un objet différencié de lui et que par conséquent il risque de la perdre.

- Et pour finir l'acquisition de la « permanence de l'objet libidinal »

Vignette clinique :

Rappelons qu'**Anna** n'a pas de réaction face au objet étranger, elle s'accroche au taxi qu'elle connaît peu comme elle s'accroche à sa mère. Elle ne montre aucune réaction à la séparation. Ces observations font penser qu'Anna n'est pas encore entrée dans cette phase de séparation et d'individualisation, elle est en symbiose, en fusion avec sa mère, et n'a pas conscience d'en être différenciée.

Laura quant à elle, montre son inquiétude face à une personne étrangère, elle craint la séparation et manifeste une angoisse face à celle-ci. Par les vas et viens entre l'objet dont elle doit de séparer pour rejoindre un autre lieux, les jeux de coucou/caché, le fait de laisser des choses dans la salle, elle teste la permanence de l'objet. Sa crainte de la séparation montre qu'elle a conscience d'être différenciée, néanmoins les confusions dedans/dehors, ces réaction face au miroir, démontre que la phase de séparation, individualisation n'est pas totalement terminé, évoque la quatrième phase décrite par Malher et tente d'intégrer la permanence de l'objet.

Le chemin de cette appropriation et de cette différenciation est long et les avancées s'accompagnent souvent de peurs, d'angoisses, de recul devant certaines épreuves.

6)angoisses corporelles de différenciation :

Les angoisses corporelles archaïques sont l'angoisse de morcellement, l'angoisse de chute, et l'angoisse de liquéfaction. Ces expériences sont normales au début de la vie et ne peuvent pas être « éprouvées-inscrites »¹, car le moi n'est pas suffisamment élaboré.

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 59

L'angoisse se caractérise par un état de mal-être, de déplaisir associé à un éprouvé d'insécurité, de danger, de menace dont l'origine est indéterminée. L'enfant peut être soumis à un afflux trop important d'excitations (internes et externes) non maîtrisable, qu'il ne peut pas « psychiser » et qui sont non compréhensibles pour lui.¹

« Ces angoisses corporelles primitives, angoisses post-natal normales, sont apaisées, soulagées par une « tenue » adéquate du nourrisson de la part de l'objet maternant, tenue à la fois physique et psychique. L'absence ou la détérioration de l'objet contenant externe conduira à une activation excessive de ces angoisses. »². Quand ces expériences se répètent de manière excessive, et sans pouvoir être contenues par l'environnement, elles peuvent conserver une place centrale dans le développement ultérieur. Une organisation défensive pourra s'élaborer pour lutter contre la crainte du retour à une expérience similaire.

Vignette clinique: Les angoisses d'Anna

Anna se roule sur le ballon, se frotte le sexe par terre et se masturbe beaucoup. Durant certaine séance elle porte sans arrêt la main entre ses jambes et semble même à travers le pantalon glisser un doigt dans son orifice vaginale. Ces comportements ont aussi été rapportés par l'école. Les parents ont consulté un médecin afin de savoir si Anna n'avait pas une infection qui serait l'origine d'une gêne, mais ce n'est pas le cas.

Quand nous questionnons Anna à ce sujet elle détourne la conversation ou adopte des réponses qui semblent plaquées « C'est mal poli ».

La psychologue qui suit Anna en psychothérapie me rapporte qu'en séance elle rejoue des angoisses de liquéfaction, elle s'allonge au sol et dit « Je suis morte dans l'eau ». Elle questionne sur ce sexe, et ce trou qu'elle voit « tout noir » et qu'elle imagine sans fin.

Rappelons-nous que déjà petite Anna faisait des malaises, « elle s'effondrait », ce trou sans fin et tout noir représenterait-il une peur d'être happée dans le

¹ PIEYRE E. « Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité » Evolutions psychomotrices, 2004, n°63, p.3-11 p: 4

² CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 60

vide?

Cette masturbation, semble alors être un procédé auto-calmant, un moyen pour Anna de combler se vide et sa crainte d'effondrement.

Revenons sur ces paroles qui semblent plaquées, souvent Anna parle et semble réciter quelque chose, ces propos ne sont pas dans le contexte, elle répète quelque chose qu'elle a déjà entendu. Elle peut réciter une poésie apprise à l'école mais ne s'arrête pas à la fin et colle d'autre propos qui doivent certainement lui avoir été dit.

Elle adopte alors une conduite adhésive, « [...] consistant à coller aux « pensées » pour camoufler un état de vide ou de confusion intérieurs. [...] Se coller adhésivement à la pensée du ou des maîtres, enclencher les magnétophones dès qu'ils émettent le premier propos, en avoir ensuite « plein la bouche » et fonctionner soi même en magnétophone répétant le discours entendu, signent, nous semble-t'il, un fonctionnement proche de l'agrippement autistique et l'identification projective : il s'agit en effet d'aller se coller à l'intérieur de l'autre. Ce mouvement traduit une phobie du monde interne, une pulsion à fuir la rencontre. La pensée est alors investie (adhésivement) comme un fétiche tout-puissant qui colmate les brèches, bouche les trous »¹.

Anna essaie alors de boucher ses orifices, de combler ce vide qui l'angoisse tant.

Durant les séances Anna se colle ventre contre ventre contre ma maitre de stage ou moi, elle peut aussi réussir à passer entre nos jambes et « faire le bébé qui naît » à travers ces manifestations corporelles, il semble qu'Anna illustre son fantasme de retour dans le ventre maternel, « [...], le retour au ventre maternel, semble véhiculer le désir d'une approche érotique par une voie courte et régressive. L'enfant songe à retourner au ventre maternel, en passant par le même chemin qu'avait fait le père avec son membre fécondant. Ce fantasme de toute puissance dénie la différence dite des générations, qui à proprement parler marque la différence entre l'adulte sexuellement mûr et l'enfant impuissant. »²

¹ CICCONE A. LHOPITAL M. « Naissance à la vie psychique » DUNOD 2e édition 2001 p: 59

² BIANCHI F. « Séparation et attachement: le rôle de la sexualité infantile » À propos de trois histoires cliniques, Psychothérapies, 2007/2 vol.27 p 59-70

Ce fantasme peut alors être mit en lien avec une angoisse de castration qui est fondamentale pour l'organisation de l'identité. L'angoisse de castration qui fait partie de la phase Œdipienne permet à l'enfant d'accéder à la différenciation des sexes, et des générations.

Avec le déni de la castration, la non-résolution du complexe d'Œdipe, Anna conserve son sentiment de toute-puissance, qui freine son accès identitaire et l'empêche de se différencier de sa mère.

Vignette clinique: Laura et ses angoisses

Laura investit les jeux d'équilibre, traverse des états toniques opposés qui la font alors passer d'un maintien de son corps vertical, droit, à une position au sol, horizontal. Ces différents passage entre hypertonie et hypotonie semble mimer des chutes. Laura à peur de la séparation, témoigne des angoisses de chute, elle à peur d'être "laisser tomber".

Quand Laura "chute" ainsi, elle attend d'être rattrapé, tenu, et contenu par autrui, elle a besoin de l'autre pour se sentir exister, elle a pu dire: « Quand je suis était toute seule c'est comme si j'étais morte. ». Elle ne se sent pas capable de se tenir seule, pas capable d'être séparée de l'autre.

Un jour alors que Laura veut attraper un objet en hauteur elle me tend les bras en disant « je peux me porter ? » Cette question illustre bien la situation et sa demande de portage et de contenance qui est omniprésente. En étant bien porté l'enfant s'organise et organise sa vie psychique ce qui lui permet ensuite de s'individualiser comme un être à part entière. Ce lapsus, ce défaut de pronom pointe du doigt son manque de différenciation de l'autre. Néanmoins la question est posée « je peux me porter ?», ou alors « Est-ce que je suis capable de me porter seule ? »

Laura est en quête de son identité, et passe par le portage pour se réassurer, éprouver des ressentis corporels qui réunifie son corps et renforce les limites, et l'enveloppe de celui-ci.

- III - ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN AU CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CMPEA)

1) Présentation de la structure

Le Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA) fait partie d'un intersecteur de pédopsychiatrie. C'est un lieu de soins ambulatoires qui reçoit des enfants de trois à seize ans et leur famille.

Ce service est composé de trois médecins psychiatres (avec trois 50%), de trois psychologues (deux 50% et un temps plein), de deux orthophonistes (à temps plein), de trois psychomotriciennes (un 30%, un 50% et un 80%) d'une assistante de service social (25%), de deux secrétaires et d'un cadre de santé.

L'équipe pluridisciplinaire mène une réflexion commune pour chaque suivi grâce à la diversité des observations en lien avec la spécificité et la complémentarité des pratiques de chaque professionnel.

2) Les prises en charge en psychomotricité

En arrivant au CMPEA les enfants et leur parents, rencontre un pédopsychiatre. Durant cet entretien il évaluera les besoins de l'enfant et pourra prescrire différents bilans. Ainsi si un bilan psychomoteur est nécessaire le pédopsychiatre en fera la demande lors des réunions de synthèses. Les indications médicales pour des bilans psychomoteurs, sont ensuite réparties entre les différentes psychomotriciennes du service. Une fois le bilan réalisé, le psychomotricien l'expose à l'ensemble de l'équipe et propose son projet de soins qui sera ensuite présenté aux parents.

a) Prise en charge de Laura

La question de la prise en charge en psychomotricité se pose assez vite dès la rencontre avec le pédopsychiatre car Laura a besoin de manière urgente d'un espace de soin, et elle est en difficulté lorsqu'il s'agit de verbaliser. Elle débute donc la psychomotricité en juin 2014, à ce moment là le contact avec l'autre est abrupt, accompagné de beaucoup de colère et de cris. Laura est confuse, elle se colle beaucoup à l'adulte mais elle est fuyante au moment de demander de l'aide. Du fait de son instabilité, de sa fatiguabilité, et de sa faible estime de soi un bilan psychomoteur respectant les conditions nécessaires pour que le test soit valide et cotable ne sont pas envisageable. Néanmoins les séances permettent de repérer que Laura a une latéralité homogène à droite, elle présente des troubles praxiques et une certaine maladresse. Sa motricité fine n'est pas efficiente même très concentrée et appliquée cela ne suffit pas à rendre son geste précis et maîtrisé. Elle se repère dans l'espace, mais du fait de son impulsivité il est difficile pour elle de planifier une action. Laura présente une hypertonie, sa respiration est haletante et désorganisée. Les notions dessus/dessous sont intégrées mais celle de dedans/dehors sont encore confuse. Quand elle dessine un bonhomme la plupart du temps il n'a pas de corps. Elle est capable de nommer les différentes parties du corps sur elle ainsi que sur autrui, néanmoins l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps reste immature. Ses acquisitions sont très labiles et fluctuent en fonction de son état émotionnel. Le projet de soin en psychomotricité s'oriente alors vers une renarcissisation, un travail de son contrôle posturale, et de ses troubles praxiques.

Un bilan psychologique ainsi qu'un bilan orthophonique sont aussi demandé. En juillet 2014 Laura débute alors une prise en charge en orthophonie car elle présente des troubles de la parole et de l'articulation. Le bilan psychologique révèle un quotient intellectuel homogène et dans la moyenne. L'échelle de Conners ne révèle pas d'hyperactivité, mais un niveau d'agitation bien plus élevé chez la famille d'accueil qu'à l'école. Suite au bilan une psychothérapie débute en novembre 2014. Laura est scolarisée en grande section de maternelle, elle ne perturbe pas la classe et montre des compétences.

b) Prise en charge d'Anna

En juillet 2014 Anna et ses parents rencontrent le pédopsychiatre, compte tenu de la précocité des troubles et d'une l'impression de troubles de l'enveloppe corporelle, il fait la demande d'un bilan psychomoteur.

Anna a une latéralité homogène à gauche. Elle a un bon équilibre, planifie rapidement ses actions. Son langage est élaboré. Elle est à l'aise dans sa motricité globale, tout comme dans sa motricité fine. Ses acquisitions sont en accord avec son âge, néanmoins elle montre des difficultés sur le plan relationnel. Anna a du mal à tenir le regard, elle refuse de faire certains items du bilan, et pour réaliser certaine action elle vient se coller à ma maître de stage, et s'asseoir sur ses genoux.

Une prise en charge débute afin d'avancer vers une compréhension plus précise de la problématique présentée par Anna. La mère d'Anna Mme A. dit lui avoir fait passer un bilan psychologique révélant une précocité. Un nouveau bilan psychologique serait alors nécessaire pour la suite de la prise en charge.

En février 2015 Anna débute le bilan psychologique, elle obtient des scores homogènes au WIPPSI, et ce test démontre une intelligence moyenne forte. Par contre Anna ne parvient pas à réaliser les tests projectifs, car d'après la psychologue elle ne dispose pas d'un espace psychique à elle.

Suite à ce bilan, une prise en charge en psychothérapie débute.

Au même moments, ne pouvant pas canaliser les crises d'Anna à l'école comme à la maison, son pédopsychiatre lui prescrit une faible dose d'Atarax, un anxiolytique utilisé comme tranquillisant.

3) La prise d'information

Afin que les prises en charges soit le mieux adaptées au besoin de l'enfant, il est nécessaire d'avoir un certains nombre d'information sur son parcours.

Le dossier médical présent pour chaque patient permet d'avoir plus d'information. Quand un patient passe d'une structure à une autre, son dossier doit normalement le suivre afin que la nouvelle équipe puisse en prendre conscience.

Ensuite tout au long de l'année et pour chaque enfant, plusieurs réunions ont lieu :

a) les réunion de synthèse :

Ces réunions ont lieu en présence de tous les soignants, ainsi chaque professionnel qui suit l'enfant peut apporter des éléments en lien avec le suivi. C'est aussi à ce moment là que l'équipe discute de l'orientation de l'enfant, et des différentes prise en charges dont il a besoin. Ne participant pas à ces réunions je ne vais pas rentrer dans les détails.

b) Réunion d'équipe de suivi de scolarité (ESS):

Durant ces réunions les professionnels qui suivent l'enfant au CMPEA sont conviés à se rendre dans l'école de celui-ci. Les personnes présentes lors de la réunion sont alors : le directeur de l'école, l'enseignant référent de l'enfant, parfois le médecin scolaire ou le psychologue scolaire, les parents de l'enfant et les professionnels qui suivent l'enfant.

Ces réunions se déroulent au moins une fois par an ou sur demande de l'un de ses participants. Elles exercent une fonction de veille sur le déroulement de la scolarité de l'élève et elles s'assurent que tous les éléments préconisés dans le projet personnalisé de scolarité sont bien mis en place, que ce soit au niveau éducatif, scolaire, ou thérapeutique, ainsi que les aides techniques ou humaines.

Durant ces réunions, les échanges entre professionnels peuvent permettre que chacun ait une vision de l'enfant dans un contexte différent. Les enseignants peuvent par exemple informer l'équipe du CMPEA de l'attitude de l'enfant avec ses pairs, de son intégration dans la classe, chose qu'il est difficile de percevoir en prise en charge individuelle.

Vignette clinique : Réunion ESS d'Anna

Durant cette réunion fin janvier, étaient présents, les deux parents d'Anna, la directrice de l'école, son enseignante référente, le médecin scolaire, ma maître de stage et moi.

La situation était assez tendue entre l'école et les parents. L'école demande une déscolarisation partielle, la maîtresse ne peut pas mener sa classe normalement. Anna demande une attention considérable, elle s'impatiente, et fait tout pour attirer l'attention, il faut la surveiller en permanence car elle griffe, crache, et insulte les autres enfants. Toutefois Anna a envie de savoir, elle a une syntaxe très élaborée et une grande perception des exigences. Mais compte tenu de son comportement en groupe, qui témoigne de son mal-être, l'école souhaite une déscolarisation partielle avec un suivi plus conséquent au CMPEA ou CATTTP.

Les parents sont contre cette déscolarisation, et souhaiteraient faire la demande d'une aide de vie scolaire (AVS).

L'école ne pense pas que ce soit une bonne solution, beaucoup de chose ce sont déjà mises en place, en profitant de l'arrivée d'une stagiaire, l'école a permis à Anna d'avoir un adulte toujours avec elle. Néanmoins elle ne pouvait toujours pas faire toute une journée de classe sans crise d'opposition.

Finalement la demande d'AVS n'est pas faite. Les listes d'attentes étant longues au service pédopsychiatrique, il est difficile durant le réunion de trouver une solution. Néanmoins dans la semaine qui suit Anna commence sa prise en charge en psychothérapie au CMPEA, et dispose ainsi de trois prises en charges par semaine.

c) Réunion avec les partenaire de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

L'aide sociale à l'enfance (ASE), peut sur demande du procureur de la république, du substitut des mineurs ou d'un juge des enfants, être chargée du placement des enfants, dans une famille d'accueil. L'ASE intervient dans des situations d'urgence,

lorsque la sécurité, la santé, l'intérêt, ou les droits de l'enfant sont menacés. Cette protection s'inscrit dans une démarche d'éducation et préserve autant que possible le maintien des liens avec la famille.

Les réunions entre L'ASE servent alors à faire le lien entre les parents de l'enfant placé, la famille d'accueil, et le lieu de soin de l'enfant en l'occurrence le CMPEA.

Vignette clinique: Réunion ASE Laura

Les parents de Laura ne sont venus qu'une seule fois au CMPEA, pour une consultation avec le pédopsychiatre. Les droits de visite de Laura changent très souvent, comme cela est exposé dans son anamnèse. Cette réunion est alors très importante pour que l'équipe du CMPEA soit tenue au courant des ces modifications qui ont tant d'impact sur le comportement de Laura.

Justement durant cette réunion en mars, nous apprenons que Laura depuis peu pleure beaucoup lors de la séparation avec sa mère, lorsqu'elle la rencontre le lundi midi pour déjeuner au lieu médiatisé. Face à cette nouvelle attitude, les parents font une demande auprès du juge pour bénéficier d'une visite supplémentaire.

Quelques temps après Laura est très agitée en séance, je fais alors le lien avec cette nouvelle demande de visite. Laura à déjà 2 à 3 visites médiatisées par semaine, elle va au centre de loisir le mercredi, et change de famille d'accueil quand Mm M. est en vacances. Pour Laura qui souffre de son agitation, et d'une incapacité à se poser, il me semble important qu'elle puisse disposer de temps calmes dans un même lieu sans la soumettre à trop de changements, qui impliquent alors plus de séparations.

d) La salle d'attente

Les consultations se déroulant de manière ambulatoire nous ne voyons pas l'enfant dans son environnement habituel (la maison, l'école, le parc...).

La salle d'attente se présente alors comme un entre deux, et nous livre bon nombre d'informations: la capacité de patienter, la position adoptée, l'interactions avec les parents, mais aussi celle avec les autres enfants ou personnes présentes.

Même si le temps de la prise en charge n'est jamais supérieur à quarante-cinq minutes, nous pouvons aussi remarquer ces moments de « séparation » et de « retrouvailles » qui donnent des informations sur le lien des enfants à leur parents, leur maturité affective etc...

Vignette Clinique: Laura dans la salle d'attente

Alors que Laura est dans la salle d'attente avec Mme M, je l'entends la questionner, elle lui demande ce qu'elle va faire durant la prise en charge. La plupart du temps Mme M reste dans la salle d'attente et attend Laura. Cette fois-ci elle a une course à faire, elle rassure alors Laura, lui explique ce qu'elle va faire et lui dit qu'elle revient vite. Laura s'inquiète et lui pose la question plusieurs fois. Mme M la rassure à nouveau.

Quand Laura quitte la salle d'attente pour rejoindre la salle de psychomotricité, elle commence à partir, puis revient embrasser Mme M puis repart. Ce va et vient a aussi lieu avec nous à la fin de la prise en charge quand Laura quitte le CMPEA. Là encore elle teste la permanence de l'objet, et vient vérifier que la séparation n'a pas détruit l'objet réel.

Après la consultation de Laura nous la accompagnons dans la salle d'attente, ce qui permet d'échanger avec Mme M qui nous renseigne sur son comportement à la maison. Laura écoute, si elle nous rapporte des choses négatives Laura veut détourner l'attention, elle fait plus de bruit que Mme M, pousse des cris, fait tomber les jouets, saute sur les fauteuils....

Souvent elle arrive alors à faire cesser la conversation et elles partent avant que l'agitation ne déborde trop.

Vignette clinique : Anna dans la salle d'attente

Quand Anna est dans la salle d'attente avec sa maman, elle reste assise à côté d'elle. Alors que pour une fois c'est son papa qui l'accompagne je la vois jouer avec un autre enfant.

Plusieurs fois nous retrouvons Anna seule dans la salle d'attente, pendant que sa mère est au rendez-vous avec le pédopsychiatre. Quand nous demandons à Anna où est sa maman, elle ne sait pas nous répondre.

Lors d'une des premières consultations au CMPEA Anna mord un autre enfant présent dans la salle d'attente, cet incident se produit sans raison apparente.

En sortant d'une de nos séances, Anna s'approche d'un monsieur présent dans la salle d'attente le regarde de manière absorbée avec un grand sourire et va lui caresser la cuisse. Pour ensuite repartir avec sa mère, comme si rien ne s'était passé.

Il arrive aussi qu'Anna ait des comportements auto-stimulants en salle d'attente en se caressant entre les jambes.

Ce que nous pouvons observer d'Anna en salle d'attente confirme donc ce qui est rapporté par l'école ou par ses parents, Anna n'a pas un comportement adapté, aux normes sociales.

4) La médiation du jeu en psychomotricité

Une médiation est une pratique ou discipline par laquelle un tiers intervient pour faciliter la communication. C'est alors un moyen essentiel pour communiquer, guider, aider, à la prise en charge de ses patients. Le jeu est une médiation qui est beaucoup utilisé en psychomotricité, il peut prendre des formes très diverses: jeu sensori-moteur, jeu de construction, jeu de faire semblant, jeu de société etc...

Le jeu devient alors une façon agréable d'aborder une problématique parfois lourde. Ainsi, sous des apparences de jeux, il y a de véritables objectifs thérapeutiques perçus par le psychomotricien.

Le jeu est une activité spontanée, qui est essentielle au développement psychomoteur de l'enfant et à la base de ses premiers apprentissages.

En jouant l'enfant est libre de se montrer créatif, « Et c'est seulement en se montrant créatif que l'individu se découvre lui même et se découvre en relation avec l'autre. »¹

C'est dans le jeu libre et spontané que l'enfant montre ses centres d'intérêts et ses capacités.

Vignette clinique:

Laura apprécie les jeux de rythme, ce qui est tout à fait avantageux pour travailler l'altération de sa fonction tonique.

Le rythme permet de remobiliser le tonus. « Avec le rythme nous sommes dans une sphère qui appartient autant au psychique qu'au moteur ou à l'émotionnel. » dit B. Lesage.²

Il est aisé pour Laura de taper ou de marcher sur des rythmes rapides, quand les rythmes sont lents c'est beaucoup plus compliqué. Toutefois avec l'apport d'un étayage verbal, visuel et sonore soutenue, Laura parvient à se contenir et à intégrer des rythmes lents, qu'elle est fière de pouvoir réaliser. Elle retrouve alors un plaisir de découverte sensori-motrice, de rythme, de pulsation, et de tension. Durant ces moments elle prend beaucoup d'initiatives, elle fait des liens entre les différentes choses que nous avons fait durant la séance. Elle fait alors preuve d'une créativité riche, qui témoigne de son intelligence.

Le jeu est un bon moyen, pour travailler la frustration, en laissant le choix du jeu à l'enfant, en le laissant établir les règles, il doit ensuite s'y contraindre. Les règles du jeu venant de lui même sont sûrement dans un premier temps plus faciles à respecter.

¹ GATECEL A. *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité 2009* p 31

² JULIEN J. *Approche du rythme en psychomotricité: le rythme comme élément fondamental dans la régulation de la fonction tonique Juin 2014* : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018344>

Vignette clinique:

Anna aime les jeux de société, elle saisit vite les règles et met en place des stratégies pour gagner. Avant de commencer le jeu, elle détermine l'ordre et le sens dans lequel nous allons jouer. Il faut alors qu'elle en tienne compte jusqu'à la fin du jeu, et qu'elle patiente pour attendre son tour. Il est difficile pour elle de ne pas gagner le jeu, pourtant elle accepte, et réussit à contenir son mécontentement et son agressivité. Quand le jeu est plus libre et que les règles ne sont pas enserrées comme dans un jeu de société, la frustration est plus compliquée à accepter, sa toute-puissance prend le dessus, Anna veut être la seule à créer et à diriger.

Les règles du jeu de société étant établies extérieurement au cadre, Anna n'est pas confronté directement à « l'autorité ».

Le jeu de société semble alors être un bon moyen pour introduire doucement la frustration durant la séance, et amener Anna progressivement à la tolérer.

À travers l'activité ludique du jeu, l'enfant « peut parfois prendre appui sur un élément de réalité auquel il a dû se confronter et, pour mieux le maîtriser, il le reprendra à son propre compte dans son scénario imaginaire. [...] Inconsciemment, ces scénarios imaginaires l'aideront également à dénouer des situations angoissantes, lui permettront d'accéder à une identité, à trouver sa place parmi les humains. »¹

Vignette clinique:

Laura joue à faire semblant d'être la maman de la poupée, elle la place alors dans le hamac, et la berce. Elle est alors hypertonique et rapide, la poupée est secouée est Laura laisse déborder son excitation. En rentrant dans son jeu nous l'aidons petit à petit à calmer et endormir la poupée. Laura se libère alors progressivement de cet état de tension, caresse la tête de la poupée lui

¹ GATECEL A. *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité 2009 p 33*

chuchote à l'oreille etc..

Dans ces moments il semble que Laura rejoue et soigne le *holding* qu'elle a reçu étant petite. À travers ces scènes, elle peut mettre en image et semble t-il prendre conscience de sa forte tonicité et de son empressement. Elle réussit alors à avoir une action sur eux, à se contenir et s'apaiser tout comme elle joue à apaiser la poupée.

Le jeu symbolique vont aussi nous renseigner sur la capacité de l'enfant à faire la différence entre le jeu et la réalité.

Vignette clinique:

Laura décide de chanter « prenons nous dans les bois » et m'attribue le rôle de loup. A la fin de la comptine Laura et ma maître de stage se cache, en mimant le loup je m'approche d'elles, et passe la main sous le bureau ou elles sont cachées. Laura hurle, son coeur s'emballé, elle a eu très peur et met du temps avant de s'en remettre.

Sa réaction surprenante montre à qu'elle point la différence entre le jeu et la réalité est encore fragile pour Laura. Nous revenons encore sur l'intégration dedans/dehors qui reste confuse. Durant un instant Laura ne faisait plus la différence entre le « dedans » du jeu et le « dehors » du jeu qui est la réalité. La peur l'a envahie et dedans/dehors, jeu/réalité, ne formait plus qu'un.

Le plaisir du jeu et de sa création aide l'enfant à se développer et à s'épanouir. La façon dont-il joue est alors un indice de grand intérêt pour suivre son évolution. Il étaye alors notre prise en charge, et permet en « jouant ensemble » de renforcer l'alliance thérapeutique.

« Le jeu partagé va être un des éléments clés, un des leviers thérapeutiques essentiels dans cet constitution d'une enveloppe contenante. »¹

¹ POTEL C. « Être psychomotricien » ERES 2013 p: 235

- III bis - PORTAGE ET CONTENANCE EN PSYCHOMOTRICITÉ

1) La capacité d'écoute et d'empathie

La capacité d'écoute est fondamentale, elle nécessite d'être authentique, bienveillant, disponible et présent à la fois physiquement et psychiquement. Cette écoute permet la capacité de donner, de recevoir et d'échanger. Elle s'inscrit alors dans une communication qui peut être verbale ou non verbale et qui vise à la compréhension intellectuelle de l'autre. La thérapie psychomotrice suppose également une capacité d'empathie.

« L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. »¹

Le en-, em- est un préfixe qui réfère au latin « in » qui signifie dans, à l'intérieur. Et « pathie » du grec pathos signifie souffrance, ce qu'on éprouve. Le mot empathie est donc plus ou moins lié à la souffrance de l'autre, mais surtout à ce qu'il en ressent.

Carl Rogers a consacré beaucoup d'attention à l'étude de l'empathie, surtout de l'empathie verbale. Il décrit alors quatre types de réponses différentes face à la douleur d'autrui :

- Réponse Empathique : La douleur de l'autre est perçue.
- Réponse Sympathique : Le préfixe « Sym » est retrouvé dans symbiose (ensemble). La douleur de l'autre est perçue et partagée.
- Réponse Antipathique : La douleur de l'autre est perçue mais invalidée.
- Réponse Apathique : La douleur est non perçue.

Ces différents types de réponses permettent de mieux cibler la position empathique, et plus particulièrement de la différencier de la position sympathique qui marque une appropriation de la souffrance d'autrui, et qui ne permet plus une distance nécessaire au processus thérapeutique.

¹ LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>

Vignette clinique :

J. est un petit garçon de 8 ans, il ne voit pas ou peu sa mère et vit avec son père. Durant mon stage le papa de J. est décédé, ce sont alors ses grands parents qui l'on accueilli. Néanmoins ils ne se sentent pas capable de lui annoncer la mort de son papa. Ils demandent alors à l'équipe du CMPEA de le faire. J. est suivi en psychomotricité et suit une psychothérapie. Son pédopsychiatre va alors lui annoncer mais pour le bien de J. il est décidé qu'il serait plus rassurant que la psychologue et ma maître de stage qui le connaisse bien soient présentes. L'ambiance au CMPEA était pesante, une fois l'annonce faite J. demande à venir dans la salle de psychomotricité pour me voir. Avec ma maitre de stage, nous sommes aussi en deuil, et même peut-être semblant plus touchées que lui sur le moment. J. pose beaucoup de question, mais ne réalise pas, la tristesse viendra plus tard. Pourtant à ce moment la nous lui renvoyons de la tristesse et de la peine, nous ne sommes plus dans de l'empathie mais dans de la sympathie.

Pouvions nous dans un tel moment rester dans l'empathie ? Est-ce que cela aurait-été mieux pour lui ? Est-il dans notre rôle de psychomotricien de participer à l'annonce d'un décès ? Cet événement m'a beaucoup questionné et me questionne encore.

Ainsi: « La relation emphatique est un mode de communication avec une dimension consciente double identification et de différenciation, exigeant un contrôle de la première. On appréhende l'autre dans sa propre perspective, dans son état mental, qui est au centre de la relation avec sa composante cognitive et affective, tout en préservant sa propre différence. »¹

La capacité d'empathie nécessite d'avoir une conscience intime de soi qui éloigne alors de l'autre. Le psychomotricien devra alors prendre conscience des phénomènes transférentiels en jeu dans la relation et travailler sur son contre-transfert.

¹SCIALCOM P. GIROMINI F. ALBARET JM. Manuel d'enseignement de la psychomotricité 2011 : p 303

Le philosophe Merleau-Ponty parle du concept d'intercorporalité qu'il définit comme « le processus de reconnaissance occulte de l'autre qui s'effectue via les corps. ». Il parle de « corps connaissant » doté de possibilités sensibles, perceptives et phénoménales, ce qui lui permet de faire l'expérience d'autrui. Ce concept permet de comprendre comment le langage du corps est essentiel à la compréhension empathique.¹

L'empathie comporte trois composantes principales qui se doivent de coexister: l'identification affective (sous forme d'affect et non verbale), la connaissance intuitive (sous forme de pensée et verbale) et le fait de tenir compte du monde interne de l'autre dans la relation (sous forme d'action et de motricité). Cette dernière composante implique le corps comme dimension indissociable de l'empathie, et démontre le lien entre l'empathie et la psychomotricité.

2) Contenir physiquement et psychologiquement

a) Le cadre

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. »²

Le premier cadre dans lequel s'inscrit la séance de psychomotricité est celui de l'institution, dont la présentation est faite au chapitre précédent.

Le cadre de la séance se doit d'être stable et constant afin d'être rassurant, mais il ne faut pas pour autant qu'il soit complètement rigide, ainsi il pourra s'adapter à l'évolution de l'enfant ainsi qu'à son projet de soins.

- **Le cadre spatio-temporel:**

La salle de psychomotricité est dans l'idéal un espace délimité et constant.

¹ HAMMEL M. « Empathie et psychomotricité Outil au service de la relation en thérapie psychomotrice » N°167 Thérapie psychomotrice : Hors des sentiers battus 2011 p 109-110

² POTEL C. « 2. la question du cadre thérapeutique » La contenance, les limites, le corps ERES « Trames » 2010 p: 321

Les murs, le plafond, les fenêtres vont servir de limites, une fois la porte fermée l'espace devient alors clos et introduit la notion d'un dedans et d'un dehors. Cette salle est alors un contenant solide qui permet de sécuriser l'enfant et de le contenir.

Néanmoins il est possible que cette salle ait un aménagement qui n'est pas optimum pour garantir ce cadre sécurisant, il est alors important que le psychomotricien trouve des solutions, ou qu'il explore la salle avec l'enfant pour lui expliquer d'éventuels confusion.

Au CMPEA la salle de psychomotricité a des plaques qui se soulèvent au plafond, beaucoup d'enfants nous questionne à ce sujet, ils pensent même parfois qu'il y a des gens au dessus de nous, il est alors important de leur expliquer et de prendre soin que chaque plaques soient bien mises.

L'enfant doit pouvoir retrouver le même dispositif séance après séance: la salle de psychomotricité, les participants, afin de lui offrir le maximum de repères. En cas d'absence d'objet ou de personnes, il faut en expliquer le motif pour sécuriser l'enfant.

Plusieurs fois je suis impressionnée par la capacité d'observation des enfants, si un objet manque même si il n'ont pas pour habitude de jouer avec, il nous le font remarquer. Ces changements qui paraissent minime provoque déjà une réaction, il est donc nécessaire que le cadre change le moins possible pour que l'enfant puisse anticiper ce qu'il va trouver dans la salle et se rassurer.

Durant la séance, il est possible d'utiliser seulement une partie de l'espace en le délimitant, par des plots, un tapis etc...

Ainsi il est possible en réduisant l'espace de jeu, de réduire la distractibilité de l'enfant, et de lui permettre d'être moins éparpillé, plus contenu pour qu'il puisse finir son action.

De la même manière si l'enfant sort une multitude d'objets et que la salle donne l'impression d'être sans dessus-dessous, il va être plus compliqué pour lui d'avoir les idées claires et de ne pas se perdre dans ses planifications.

Par ailleurs, la régularité des séances, leur permanence et leur rythmicité offrent à l'enfant des repères temporeux stables qui permettent que le jour déterminé

devienne repérable par l'enfant. De plus, la régularité des retrouvailles, le repérage d'une figure stable crée une fiabilité, ainsi l'enfant prend confiance en nous.

Les temps d'accueils, les rituels de début ou de fin de séance font partie du cadre, et servent aussi à rassurer l'enfant.

- **Les règles en séances de psychomotricité :**

Elles font parties du cadre et servent de limites. Elles sont les suivantes:

« Ne pas se faire mal, ne pas faire mal aux autres, et ne pas casser le matériel de la salle »

Ainsi l'enfant a le droit d'être énervé, d'exprimer sa colère, autant qu'il en ressent le besoin, mais en respectant ces règles. Cela permet alors que tout en relâchant son agressivité, elle soit contenue par des limites.

Dans une séance le psychomotricien ouvre un espace/temps «intermédiaire» dont parle Winnicott, un lieu d'interactions entre deux espaces psychiques où le patient peut s'exprimer librement : il existe dans la tête du psychomotricien ce qui contribue à ce que ce temps existe petit à petit dans la tête du patient (sentiment d'existence). Ce cadre peut s'appuyer sur des éléments physiques tels que l'heure, le rythme des séances, le séquençage de celle-ci.

Le psychomotricien est garant du cadre sécurisant qui vise à mettre l'enfant en confiance dans un lieu qui lui est réservé. Ainsi le cadre participe à l'élaboration de l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien et l'enfant.

Vignette clinique :

A plusieurs reprises **Laura** teste les limites du cadre. Au début de sa prise en charge elle pouvait sortir plusieurs fois de la salle prétextant qu'elle voulait aller aux toilettes, pour en réalité aller vérifier que sa nounou soit toujours dans la salle d'attente. Maintenant ce n'est plus le cas, mais elle peut encore alors

que la séance est terminée retourner dans la salle, il faut alors la reprenne et insister sur le fait qu'une fois la séance terminée, elle ne doit pas retourner dans la salle.

D'autre part en fin de séance elle peut demander à faire rentrer Mme M. pour lui montrer ses réalisations, une fois encore nous lui expliquons que la salle de psychomotricité représente son espace et nous l'invitons à montrer ses productions en salle d'attente.

« Certains enfants sont tellement peu séparés [...] qu'ils leur faut immédiatement montrer la belle tour qu'ils ont construite ou le beau château qu'ils ont dessiné. Chez eux le dedans et le dehors ne sont pas encore construits et différenciés, les limites d'espace et de temps sont floues, encore peu repérables. »¹

Le fait de tester les limites du cadre de manière aussi répétitives nécessite d'en avoir une certaine notion, Laura, répète afin de se rassurer, pour aller vers une intégration de ces limites.

Vignette clinique :

Comme j'ai pu l'expliquer précédemment une prise en charge mieux adaptée pour **Anna** a mit du temps à se mettre en place. Au départ ma maître de stage était la seule professionnelle à accompagner Anna. Sa mère Mme A. a alors besoin de se confier, chaque début de séance elle prend l'habitude de rentrer un certain temps dans la salle de psychomotricité. À nouveau il n'y a donc plus d'espace d'instinct entre Anna et sa maman. La maman montre de la souffrance et même de la détresse serait-il judicieux et bénéfique pour Anna de ne pas la laisser entrer ?

Pourtant le fait que la mère d'Anna vienne dans la salle de psychomotricité, et qu'elle pénètre dans le lieux de soin destiné à sa fille ne peut pas l'aider à se différencier d'Elle. Là encore elle sont dans un même espace symbiotique, qui nous emmener aussi dans leur confusion. " Qui-est-ce qui est prit en charge ? "

¹ POTEL C. « Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi » enfances PSY p : 106-118

Petit à petit et avec l'établissement des autres prises en charges au CMPEA, Mm A. voit plusieurs personnes dont l'assistante sociale du service, il est alors moins délicat de ne pas la laisser entrer dans la salle. De plus comme Anna vient trois fois par semaine au CMPEA la mise en place d'un taxi est demandé. Néanmoins même quand Anna vient en taxi Mme A réussi à être présente. Anna arrive toute souriante une lettre à la main une fois dans la salle elle nous la tend pour la lire. Mme A y expose les progrès de sa fille et écrit. Encore une fois même si Mme A. n'est pas présente physiquement la séance commence par ses propos.

Si les circonstances étaient différentes, cette lettre pourrait-être bénéfique pour Anna, mais compte tenu de l'impossibilité d'Anna à se sentir détachée de Mme A, entrer dans le cadre de sa séance de psychomotricité en tenant dans sa main les propos de sa mère, semble renforcer son indifférenciation.

b) L'accompagnement par la parole

La parole du thérapeute joue un rôle important dans la contenance de l'enfant. Elle joue le rôle d'enveloppe sonore.

La parole passe par la voix, l'intensité et le débit de celle-ci vont alors être porteuses d'information sur l'état émotionnel de la personne. De même le timbre de voix adopté pourra avoir un impact sur l'état émotionnel de la personne à qui nous nous adressons.

Par conséquent lorsque l'enfant est dans un état émotionnel trop fort et que tout « déborde » le fait d'entendre une voix calme peut le rassurer, l'apaiser, et l'aider à se rassembler.

D'autre part le psychomotricien peut retranscrire de manière verbale ce que l'enfant est en train de faire, il peut mettre des mots sur le langage-corporel, les sensations et les affects de celui-ci.

Là encore il faudra trouver le bon ajustement, afin de ne pas envahir l'enfant d'un débit verbal trop conséquent, ou par ailleurs de laisser des silences trop longs qui peuvent faire émerger un sensation de vide qui peut être anxiogène.

L'accompagnement par la parole nécessite un accordage entre le psychomotricien et l'enfant. Si celui-ci est efficient les réponses apportées par le psychomotricien

pourront remplir la fonction d'élément α pensables que décrit Bion. Ainsi les significations et le sens apporté sur l'expression corporelle et motrice de l'enfant vont lui permettre de conscientiser son action, de faire le lien entre le corps et la psyché, et petit à petit de disposer de son propre appareil à penser .

c) Le regard

Le regard est un support important de la communication. Le mouvement et la direction des yeux remplissent une fonction de pointage qui désignent l'objet regarder. Parler d'une fleur en regardant une table, va certainement induire une confusion. Dans un cadre thérapeutique il est donc indispensable d'associer le regard à nos propos et nos actions, de se questionner sur celui-ci, et sur ce qu'il peut renvoyer à autrui. Le regard est une qualité de présence.

Le regard peut remplir une fonction d'étayage et de portage, il renvoie à la fonction de *holding*. Même sans contact physique il soutient. Certaines expressions illustrent cette métaphore : « je le tiens du regard », « je ne le lâche pas des yeux » ... Cependant le regard peut aussi être vécu comme intrusion, il est alors persécuteur, et peut déclencher chez autrui des réactions de prestances.

Le regard est un organisateur psychique, chez le nourrisson il permet dans sa réciprocity de faciliter la construction d'une image de soi distincte et différenciée de celle de sa mère.

Lors des séances « [...] ce regard que nous portons [sur l'enfant], reprend, retrace, rappelle ces premiers regards. Et là aussi, c'est un regard dans un contexte de mise en mots, de mise en sens, et parfois de silence partagé. »¹

Le regard d'autrui, nous renvoie la façon dont il nous perçoit. Nous nous reconnaissons alors à travers le regard de l'autre. Ainsi en adoptant un regard bienveillant envers l'enfant, une image positive lui sera renvoyée. Ces regards gratificateurs pourront alors renarcissiser et permettre une meilleure estime de soi.

¹ ROITMAN-SAVARY E. « Vas y je te regarde... La fonction du regard dans la Thérapie Psychomotrice » N°129
Thérapie Psychomotrice 2002 : p 36

Cas clinique : Laura et le regard

Laura s'agrippe au regard de l'autre, elle regarde beaucoup et a besoin que l'autre la regarde. Elle se sert du regard pour contrôler, se protéger en adoptant une attitude hypervigilante quand elle est en situation de stress. Avec les personnes qui la rassure le regard la porte et remplit parfois la seule fonction nécessaire à la réussite de son action. Sans arrêt elle nous interpelle « regarde », « regardez moi ». Laura n'existe qu'à travers le regard de l'autre.

Laura ne se regarde jamais dans le miroir présent dans la salle elle peut se placer devant sans le regarder. Il est arrivé au cours d'une séance qu'elle se retrouve devant avec ma maître de stage, elle ne regarde alors à travers celui-ci que ma maître de stage. Par la suite elle colle sa tête contre la glace et ne regarde que son corps.

“ *Le stade du miroir* “ décrit l'instant où l'enfant se met à “penser” son être corporel. Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine, il fournit des informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps. L'image du corps quant à elle sert à l'identification et à la reconnaissance du corps, elle est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. En se voyant regardée, dans les bras de sa mère, face au miroir, c'est par son psychisme que l'enfant anticipe la globalité de son être corporel. L'image du corps se différencie alors du schéma corporel dont elle est issue. L'image du corps est support du narcissisme. De cet entrelacement entre le sujet et le monde, va dépendre le sentiment d'être soi, de se reconnaître soi dans le miroir comme dans le regard de l'autre.¹

Le regard qui représente la présence de l'autre lui permet de se sentir exister.

Sans l'autre la continuité de son existence est mise en péril. En séance elle rejoue ce stade du miroir qui ne semble pas avoir été intégré pour elle, la qualité du regard porté par sa mère ne lui aurait pas permis cette identification nécessaire au narcissisme primaire. Laura a besoin d'être renarcissisée, d'être regardée avec bienveillance et contenance, alors petit à petit elle se sent capable et peut être autonome dans certaines tâches.

¹ SCIALCOM P. GIROMINI F. ALBARET JM. Manuel d'enseignement de la psychomotricité 2011 : p 192, 200, 242

Vignette clinique : Anna et le regard

Anna au contraire de Laura a du mal à regarder. Lors d'échange de balles, elle ne regarde pas dans les yeux de son partenaire pour lui faire la passe. Parfois son regard peut-être figé, elle semble alors bien loin dans ses pensées et déconnectée de l'instant présent. Quand sa mère est présente dans la salle, elles n'échangent aucun regard.

Lorsque ses crises ont lieu à l'extérieur Anna attire tous les regards, sa mère à honte et essaye d'éviter au maximum les lieux publics car le regard des autres la dérange, elle est regardée comme une " mauvaise mère ". De la même façon Anna a peur qu'on la voit comme une petite fille méchante. Si nous lui demandons les raisons de sa venue au CMPEA, elle dit « venir parce qu'elle est méchante ».

d) L'engagement corporel du psychomotricien

Les psychologues et les psychanalystes lient leur pratique à l'interdit de toucher, sans pour autant ne pas être attentif au langage corporel, ils ne partiront pas de cela, et laisseront la place au langage et à l'interprétation.

Le psychomotricien quant à lui part du corps, sa méthode ne lui interdit pas de toucher. Néanmoins il n'est pas possible de toucher sans être touché, ainsi le psychomotricien s'implique à son tour corporellement. « Son implication corporelle lui donne une qualité de présence particulière. Induire, contenir, soutenir l'expression créatrice et singulière de chaque patient lui demande une authenticité corporelle et une disponibilité tonique. »¹.

Seul il est souvent difficile d'oser, mais accompagné par l'autre son regard et sa pensée ont moins d'importance car lui aussi réalise l'action, il est tout aussi impliqué.

¹ POTEL C. « L'expérience du jouer: du côté des symbolisations primaires et de la transitionnalité » dans Corps brulant, corps adolescent 2006 : p 36

Il est donc important que le psychomotricien ait conscience de son corps, qu'il tienne compte de son propre positionnement dans l'espace, de sa tonicité, de sa respiration etc... Car son expression corporelle va avoir une incidence sur l'expression corporelle de son patient.

Avec cette position la situation thérapeutique psychomotrice est au plus près des expériences concrètes du corps, et des symbolisations primaires. « On peut ainsi rapprocher la présence active, soutenante et contenant du psychomotricien, de la présence et du rôle de la mère qui regarde jouer son enfant, joue avec lui, nourrit de sa propre créativité et de son plaisir la relation avec son bébé. »¹

Ainsi nous pouvons apporter un climat propice à la régression, qui est parfois nécessaire pour ensuite évoluer, grandir, et mieux se développer.

L'interdit de toucher n'est pas une caractéristique de notre pratique, pourtant l'absence de cet interdit ne veut pas sous-entendre qu'il est possible de toucher tous le monde, il est important d'en être conscient car un geste anodin avec une personne peut-être intrusif, dévastateur, et « toucher » à l'intimité.

e) La notion d'intimité du corps

En tant que psychomotricien il est indispensable d'avoir conscience de l'intimité corporelle. Néanmoins les patients que nous sommes amenés à rencontrer n'ont pas forcément accès à cette notion et peuvent devenir intrusif.

« L'intimité corporelle se construit, elle n'est pas innée. Elle est liée de façon indissoluble à la capacité de chaque individu à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre. »²

Pour avoir cette notion d'intimité, il faut alors avoir conscience de son identité et de son unicité. Conscience d'avoir un corps à soi, en s'appartenant, avec un dedans et un dehors.

¹ POTEL C. « L'expérience du jouer: du côté des symbolisations primaires et de la transitionnalité » dans Corps brulant, corps adolescent 2006 : p 36

² POTEL C. « Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi » enfances PSY p : 106-118

Pour avoir accès à cela il faut aussi avoir accès à la différences des sexes et des générations, l'entrée dans la phase œdipienne va alors se présenter comme précurseur de l'accès à l'intimité de son corps.

Vignette clinique:

Anna n'a pas conscience de cette intimité, quand elle se jette dans les bras de l'autre, elle rentre en lui. La manière dont-elle met en jeu son corps illustre sa grande difficulté à trouver une « bonne distance » tant sur le plan physique que psychique. Elle peut être amusée d'émettre des pets ou des rots sur autrui ce qui renvoie à son agressivité mais aussi au fait qu'elle n'a pas de pudeur, dedans et dehors restent indifférenciés, comme si l'expérience d'une enveloppe qui sépare, protège, différencie, n'avait jamais pu se vivre.

Anna peut soulever ses vêtements, montrer son corps, mais aussi toucher les "parties intimes" de l'autre.

Mme A. à rapporter être inquiète car elle avait découvert, Anna et Enzo (son frère) tous les deux nu dans un lit, et Enzo demandé à Anna « d'arrêter de le toucher ».

« [...], il n'y a pas d'intimité sans l'intégration psychique, symbolique de l'interdit de l'inceste, sans que cet interdit soit énoncé, intégré symboliquement par l'enfant. L'enfant qui n'est pas protégé de ses propres pulsions par cet interdit structurant ne peut ni accéder à la maîtrise de son corps, ni accéder à la jouissance de son corps sans être constamment débordé par la jouissance et le pouvoir que l'autre garde sur son corps. »¹

Souvent durant nos rencontres je vis le contact avec Laura comme une intrusion, et à plusieurs reprises il m'est arrivée de la repousser. Au départ embarrassée par sont comportements et mes propres réactions, je me dit qu'elle ne fait exprès, et dédramatise. Pourtant je suis gênée, je me questionne alors sur mes propres limites, comment réagir face à cette situation ? J'essaie alors de lui expliquer que mon corps m'appartient tout comme le sien lui appartient. Je cherche à éviter le contact avec elle. Mais je n'arrive pas à me positionner et préserver réellement mon intimité.

¹ POTEL C. « Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi » enfances PSY p : 106-118

f) Le massage par l'intermédiaire de balles:

Le massage en psychomotricité n'est pas un massage de type kinésithérapique. Il vise à stimuler les limites corporelles et à aborder la notion de schéma corporel.

Le massage doit alors être le plus englobant, et contenant possible.

Dans le cadre des séances, pour éviter que le massage soit trop intrusif, ou qu'il induise un effet d'érotisation, le touché est réalisé par l'intermédiaire de balles, et l'enfant ne se découvre pas.

Les balles ont des propriétés différentes, afin de varier les sensations, ainsi une balle plus dure permettra de masser plus en profondeur, une balle volumineuse et molle pourra être plus englobante etc..

Vignette clinique:

Les séances où je suis présente, **Anna** réclame souvent un massage avec des balles. Avec ma maitre de stage nous voyons alors l'occasion de lui proposer un toucher à quatre mains chacune d'un côté du corps en essayant d'être le plus symétrique possible.

En passant sur les différentes parties du corps, nous les nommons. Quand nous demandons à Anna de les nommer aussi, elle ne dit rien.

Ce moment est opportun pour aborder l'intimité du corps avec Anna, nous lui faisons remarquer que nous ne passons pas sur certaines parties de son corps car ce sont des parties « intimes » qui appartiennent à chacun.

Dans cette situation elle accepte ma présence et le fait que nous soyons trois, nous pouvons alors sortir des relations duelles pour amener un fonctionnement triangulaire.

Anna reste alors très calme, elle garde les yeux ouverts, et semble s'imprégner de ses ressentis corporels.

Il est arrivé que ce massage dure une bonne partie de la séance, mais durant ces moments Anna ne se masturbe jamais. Elle n'a plus besoin de ce processus auto-calmant, il semble alors que le massage calme ses angoisses.

g) Le hamac

La salle de psychomotricité est équipée d'un hamac qu'il est possible de suspendre de part et d'autre de la salle. Cette médiation semble tout à fait convenir aux enfants qui témoignent de difficultés précoces dans les liens d'attachements.

Ce hamac ressemble à un filet de pêche, ainsi une fois à l'intérieur le fait d'être englobé, n'isole pas non plus de l'extérieur et permet de voir ce qu'il se passe. Le tissu exerce une tension sur le corps il sert d'enveloppe, et permet de ressentir la solidité de l'ossature. Une fois en position couchée il permet le regroupement corporel, et l'alignement des axes du corps.

« Les éprouvés sollicités seront ceux d'être porté, contenu, bercé... apaisé ou rassuré, rasséréné. En référence au holding de Winnicott, la position dans le hamac évoque le maternage dans les bras d'une mère. [...] l'éprouvé d'être porté et contenu de façon sécurisée. L'attention manifestée par le psychomotricien vient confirmer elle aussi à l'enfant son sentiment d'exister et toucher fondamentalement l'image inconsciente du corps et la sécurité de base chère à Dolto. »¹

Vignette clinique :

Souvent **Laura** souhaite se mettre dans le hamac, elle prend alors une poupée un nounours, une couverture, même avec tout cela il est difficile pour elle de rester sans bouger, elle ne ferme pas les yeux, la détente est vécue comme un danger, pourtant elle est en demande de ce portage et s'autorise un peu de régression. Elle veut que le filet soit entièrement fermé au dessus d'elle et dit « je suis comme un bébé là ! ».

Avec cet intérêt pour le hamac elle me donne l'impression de relever un challenge, et dans ce filet ses angoisses de chutes sont mises à l'épreuve. Pourtant avec notre présence la détente est supportable, elle se sent encore exister. Et le hamac tient, il est assez solide pour la porter et l'envelopper. Ainsi même si sa détente paraît minime elle parvient à quitter son état d'hypertonie.

¹ DIARD I. « Contenance & liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement » N°155 Thérapie psychomotrice 2008 p: 210

Grâce à la tension du filet exercé sur son corps, il est peut-être pour elle possible de quitter cet état tensionnel qui habituellement lui permet de se protéger et de renforcer l'éprouvé rassurant de ce dedans qui tient.

Laura rejoue et soigne alors son *holding* la répétition des séances dans le hamac lui permettent petit à petit d'y rester plus longtemps, elle se saisit de ces instants régressifs.

Cependant pour que Laura fasse la demande d'aller dans le filet, il faut qu'elle soit disposée et que son environnement à cet instant lui permette d'être suffisamment sécurisée pour tenter une telle expérience.

Pour conclure ce chapitre :

Afin de parvenir à contenir son patient, il faut avant tout avoir conscience de ses propres limites, et les connaître. Il faut s'écouter, écouter sa voix, son corps, être conscient des son contre transfert. Prendre le temps de respirer, d'apaiser notre voix, de faire le vide de nos propres tensions. S'appuyer sur nos propres ressources psychiques internes, pour accueillir l'autre avec bienveillance.

Pour le psychomotricien « Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice » une connaissance avertie et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques.

Ses buts, ses projets: aider le patient à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisées. On pourrait également dire: permettre « une mise en pensée du corps ». »¹

¹ POTE C. « 2. la question du cadre thérapeutique » La contenance, les limites, le corps ERES « Trames » 2010 p: 324

VI - CONCLUSION

À travers ce mémoire j'ai souhaité faire le lien entre ce que j'ai pu observer d'Anna et Laura et les différents concepts théoriques. Ainsi cela m'a permis d'approfondir ma compréhension de leur comportements et difficultés, mais aussi une compréhension la théorie grâce aux illustrations apportées par la clinique.

À l'arrivée de **Laura** au CMPEA une orientation en hôpital de jour était envisagée, depuis elle a fait des progrès, son comportement au sein de sa famille d'accueil est adapté. Depuis peu elle est plus sociable et prend du plaisir à jouer avec les autres enfants de son âge. Elle n'a pas de difficultés au niveau des apprentissages scolaires. Et parvient petit à petit à mettre des mots sur ses affects. Laura a compris qu'elle pouvait se saisir des séances de psychomotricités pour se relâcher et régresser quand elle en a besoin. Son suivi au CMPEA semble être adapté et lui convenir.

Le suivi d'**Anna** au CMPEA a été plus lent à se mettre en place. Les troubles qu'elle présente demandent une connaissance approfondie de la psychologie. Au départ il était alors compliqué pour moi de mettre du sens sur mes observations. Suite à la mise en place simultanée du traitements médicamenteux et de la prise en charge en psychothérapie, les crises d'Anna diminuent et son comportement s'améliore à l'école comme à la maison. Néanmoins assez vite Anna exprime à nouveau son mal être. Anna joue des choses différentes avec chaque professionnel, il devient alors difficile de comprendre sa pathologie et plusieurs hypothèses restent en suspend : Complexe d'Œdipe non résolu ? Transmission d'un traumatisme trans-générationnel ? Pathologie plus lourde ? etc....

À nouveau je cite R.Kaës « Les souffrances psychiques et les pathologies auxquelles nous avons affaire aujourd'hui sont celles des troubles de la constitution des limites internes et externes de l'appareil psychique: troubles des « états-limites », troubles ou défaut des enveloppes psychiques et des signifiants de démarcation, défaillances ou défaut des systèmes de liaison - ou de déliaison - pathologies des processus de transmission de la vie psychique entre les générations, défiance des processus de transformation. Ce sont des pathologies du narcissisme, de l'originaire et de la symbolisation primaire. Ce sont corrélativement des pathologies du lien intersubjectif. »¹

L'intersubjectivité désigne le fait de ressentir qu'il y a une différence entre soi et l'autre, que cela fait deux. Pour construire des liens sociaux il faut au préalable être rentré dans cette notion d'intersubjectivité.

Nous comprenons alors l'étendue de ces pathologies du lien, et l'hétérogénéité des troubles qu'elles regroupent.

N-P. Rygaard pose l'affirmation suivante: « Ces enfants sont des enfants normaux dont le comportement anormal est dû à un environnement précoce anormal. En effet ce qui est malade n'est ni l'enfant, ni la famille mais le lien parent-enfant insuffisamment mentalisé. »²

Le développement psychomoteur de l'enfant passe par un besoin de portage à la fois physique et psychique. Le sentiment de contenance permet à l'enfant de construire ses limites internes. De façon générale l'intérêt du psychomotricien pour la contenance doit toujours faire partie du soin, elle est nécessaire pour l'élaboration du cadre, pour assurer la sécurité du patient, et favoriser l'alliance thérapeutique. La démarche thérapeutique contenante du psychomotricien à une fonction d'étaillage pour le développement psychomoteur de l'enfant.

¹ FRANKARD A-C, « Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étaillage », *Dialogue*, 2007/2 n° 176, p. 105-117. DOI : 10.3917/dia.176.0105

² FRANKARD A-C, « Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étaillage », *Dialogue*, 2007/2 n° 176, p. 105-117. DOI : 10.3917/dia.176.0105

ANNEXE

	Séure	Évitant	Ambivalent / Résistant	Désorganisé
Population	60 %	20 %	10 %	10 %
Comportements Lors des Séparations	Protestations	Peu d'affect Accepte d'être réconforté par l'étranger.	Détresse, recherche de contact avec la mère et rejet coléreux. Difficulté à être réconforté.	
Comportements Lors des Retrouvailles	Plaisir, il sourit vocalise fait des gestes pour rechercher la proximité et se rassurer.	Évite la proximité et le contact avec la mère.. Focalise leur attention sur des jouets.		Séquences contradictoires résistance et évitement. Magniférations de désorganisation, figement, stéréotypies ou encore peur en regardant la figure d'attachement.
Modèle de pensée de l'enfant	« Je sais qu'en cas de besoin, ma figure me répond, je peux donc me consacrer pleinement à ma découverte du monde »	« Chaque fois que j'ai exprimé mes besoins d'attachement, ma figure n'a pas répondu alors que dès que je montre que je n'ai pas besoin d'elle, elle est disponible et me donne cette proximité dont j'ai tant besoin. Je vais donc devoir me débrouiller par moi même dès que j'éprouve une détresse: je ne dois pas montrer cette détresse, je ne dois pas demander de la proximité mais comme c'est trop dur de ne pas avoir cette réponse de la seule personne qui le pourrait, je détourne mon attention d'elle et me concentre pour faire diversion sur tout sauf elle. »	« En cas de problème je ne sais qu'elle sera la réponse de ma figure d'attachement. Parfois elle me répond et cela m'apaise et me réconforte ; parfois elle ne répond pas. Je dois donc en permanence garder mon attention sur elle pour évaluer sa disponibilité ; ce qui me laisse peu d'énergie pour explorer le monde; cela a l'air plus efficace d'exagérer ma détresse car elle répond alors plus souvent; quand elle me répond et que je la sens disponible , j'ai besoin alors de lui dire toute ma colère pour les fois où elle n'a pas répondu alors que j'en avais besoin. »	« Chaque fois que j'ai besoin du réconfort de ma figure d'attachement, je ne sais pas si elle me protégera ou me terrifiera ou m'abandonnera. Je n'ai plus aucune idée de ce que je peux faire pour obtenir cette proximité dont j'ai tant besoin, je ne sais pas quoi faire. »

Niveau de Stress	Bas	Indicateur de stress mais comme l'enfant est autonome, le stress n'est pas perçu.	Élevé même en présence de leur figure d'attachement. Indice de souffrance psychologique.	Maximum
	développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales.	L'enfant développe des stratégies d'adaptation.	Pas un facteur risque en soi, mais limite les potentialités de développement optimal. En présence de d'autres facteurs de risques , l'attachement Ambivalent/Résistant risque de dysfonctionnement de l'enfant (estime de soi, cognition, santé mentale, santé physique, relations sociales).	Vulnérabilité, prédiction de troubles cognitifs, émotionnels et du comportement.
Modèles Internes Opérants : (Modèles qui orchestrent de manière automatique et inconsciente le comportement, la cognition, et les affects dans les relations proches. Ils régulent surtout les affects négatifs quand le sujet est en situation de stress activatrice de l'attachement.)	« Cela ne va pas, j'ai le droit de ressentir que cela ne va pas, je vau la peine d'aller mieux, je peux supporter de chercher pourquoi je souffre, il existe des personnes à l'extérieur qui pourront supporter de me voir allant si mal ou vulnérable, ou dans le besoin de réconfort ou d'aide, sans indifférence ni rejet ni rétorsion. Ce sera moins difficile si j'ai cette aide pour explorer pourquoi je vais mal et pour trouver des solutions. »	« J'ai besoin d'être a coté de ma figure d'attachement pour me sentir en sécurité mais elle peut rejeter mes avances. Aussi dois-je supprimer mes besoins à la fois en moi même: « Je ne ressent pas de détresse » et mes besoins d'elle « Je me débrouille tout seul, et rester à la périphérie émotionnelle des relations, ce qui me permettra de demeurer aussi proche d'elle qu'elle le supporte. »	« J'ai besoin d'être a coté de ma figure d'attachement pour me sentir en sécurité mais elle peut échouer à me répondre ou faire intrusion en moi d'une manière que je peux contrôler, aussi je dois m'accrocher à elle et insister pour qu'elle me réponde et s'occupe de moi mais je n'ai plus d'énergie pour m'intéresser à moi même ou au monde qui m'entoure. »	

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. *Le Moi-Peau* DUNOD 1985

ANZIEU D. « *L'épiderme nomade et la peau psychique* » Édition du collège 1999 Chapitre 5: Introduction à l'étude des enveloppes psychiques et de leur pathologie.

BERGER M. ARRIZABALAGA A. « *Enfant violent: clinique, prévention, prise en charge* » EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013; 0(0):1-10 [Article 37-208-A-50]

BERGER M. *Sait-on jouer avec l'instabilité?* Le carnet PSY 2003/1 n°78 p15-17

BIANCHI F. « *Séparation et attachement: le rôle de la sexualité infantile* » À propos de trois histoires cliniques, Psychothérapies, 2007/2 vol.27 p 59-70

BLANCHARD A-M. DECHERF G. « *Le devenir de la toute-puissance dans les liens précoces* » Le Divan familial 2009 n°22 p: 149-163

BYDLOWSKI M. « *108. la relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus* » in Serge Lebovici et al Presse universitaires de France « Quadrige » 2004 2e éd : p 1881

CICCONE A. LHOPITAL M. « *Naissance à la vie psychique* » DUNOD 2e édition 2001

CHEVALIER C. MOUNIER C. CHALAYE K. MOUSSALEM M. « *Fantasme parentale et deuil de l'enfant fantasmé* » 2012/2015

DIARD I. « *Contenance & liens multiples, médiations auprès d'enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement* » N°155 *Thérapie psychomotrice* 2008 p: 210

FRANKARD A-C. « *Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étayage* » *Dialogue*, 2007/2 n° 176, p. 105-117. DOI : 10.3917/dia.176.0105

GATECEL A. *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité* 2009

GOYETCHE L. mémoire : « *GEXAN et GANIX: Une histoire de liens...* » Juin 2009

GUEDENEY N. « *L'attachement un lien vital* » yapaka.be édition Fabert 2010

HAMMEL M. « *Empathie et psychomotricité Outil au service de la relation en thérapie psychomotrice* » N°167 *Thérapie psychomotrice : Hors des sentiers battus* 2011 p 109-110

JULIEN J. mémoire : « *Approche du rythme en psychomotricité: le rythme comme élément fondamental dans la régulation de la fonction tonique* » Juin 2014

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018344>

MARCELLI D. « *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé* » *ERES* 2007/4 n°44 p:123-129

MARCELLI D. *Position autistique et naissance de la psyché* 1986

Chapitre 3: « *Qui tolère quoi ? Réflexion sur la notion de frustration et de tolérance à la frustration* » p 95-132

<https://www.cairn.info/position-autistique-et-naissance-de-la-psyche-%20--9782130393047.htm>

MIJOLLA-MELLOR S. « *L'enfant idéal n'existe pas* » *Recherches en psychanalyse* 2009/2 n°8

MONTAGU A. « *La peau, le toucher un premier langage* » édition du SEUIL 1979

PIEYRE E. « *Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité* »
Evolutions psychomotrices, 2004, n°63, p.3-11

PINELLI A. SANEJOUAND C. « *Un être en relation* » Cairn pour ERES p:19

POTEL C. « *Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir* »
ÉRÈS 2013

POTEL C. « *Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi* » *enfances PSY*
p : 106-118

POTEL C. « *L'expérience du jouer: du côté des symbolisations primaires et de la transitionnalité* » dans *Corps brulant, corps adolescent* 2006

ROBERT-OUVRAY S. *Intégration motrice et développement psychique*
2007

ROITMAN-SAVARY E. « *Vas y je te regarde... La fonction du regard dans la Thérapie Psychomotrice* » N°129 *Thérapie Psychomotrice* 2002

SEGIN M-H. « *La transmission intergénérationnelle du mauvais* »
Psychothérapie 2007/3 Vol 27 p 149-160

SCIALCOM P. GIROMINI F. ALBARET JM. *Manuel d'enseignement de la psychomotricité* 2011

Université Médicale Virtuelle Francophone: « *Le développement du fœtus* »

<http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-devFoetus.pdf>

WINNICOTT D. *La famille suffisamment bonne* 1965

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
- I - INTRODUCTION	5
a) Premières rencontres :	7
a) Rencontre avec Laura:	7
b) Rencontre avec Anna :	8
c) Lien entre Laura et Anna:	10
HYPOTHÈSE	11
- II - PORTAGE ET CONTENANCE AU PRÉMICES DE LA VIE	12
1) Anamnèses d'Anna et Laura.....	12
a) Anamnèse d'Anna :.....	12
b) Anamnèse de Laura :	13
2) Développement in-utéro :	15
a) du côté du fœtus:.....	15
b) Du côté de la mère :	17
3) Interactions précoces :	19
a) Préoccupation maternelle primaire :	19
b) Holding :	19
c) Handling :.....	20
d) Object-presenting :	20
4) Toucher et langage tonico-emotionnel	21
5) Théorie de l'attachement :.....	23
a) Besoin de proximité:.....	23
b) Figures d'attachement:.....	24
c) Constitution du lien d'attachement:.....	24
d) Un lien vital essentiel au développement :	25
e) Différents types d'attachements:	25
6) Le Moi-Peau D.Anzieu:	28

7) Genèse de la vie psychique	32
a) Les formes psychiques dans leur forme la plus primitives :	32
• Les pulsions	32
• Les pictogrammes	32
• Les agglomérats	33
b) L'importance du tonus dans le développement du psychisme : les quatre grands niveaux d'organisation.	33
• Le niveau tonique	33
• Le niveau sensoriel	34
• Le niveau affectif	34
• Le niveau représentatif	34
c) Les qualités du contenant	35
• Selon Donald Meltzer :	35
• La fonction alpha de Bion	35
d) La frustration :	37
e) Rythmicité des expériences :	39
f) De l'identification au processus d'individualisation	41
• La phase autistique normale:	41
• La phase de symbiose normale:	41
• La phase de séparation individualisation	43
6) Angoisses corporelles de différenciation :	44

- III - ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN AU CENTRE MÉDICO-
PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CMPEA)
48

1) Présentation de la structure	48
2) Les prises en charge en psychomotricité	48
a) Prise en charge de Laura	48
b) Prise en charge d'Anna	49
3) La prise d'information	50
a) les réunion de synthèse :	51
b) Réunion d'équipe de suivi de scolarité (ESS):	51
c) Réunion avec les partenaire de l'aide sociale à l'enfance (ASE)	52
d) La salle d'attente	53
4) La médiation du jeu en psychomotricité	55

1) La capacité d'écoute et d'empathie.....	59
2) Contenir physiquement et psychologiquement	61
a) Le cadre.....	61
• Le cadre spatio-temporel:.....	61
• Les règles en séances de psychomotricité :.....	63
b) L'accompagnement par la parole	65
c) Le regard	66
d) L'engagement corporel du psychomotricien	68
e) La notion d'intimité du corps.....	69
f) Le massage par l'intermédiaire de balles:.....	71
g) Le hamac	72
Pour conclure ce chapitre :	73
VI - CONCLUSION.....	74
ANNEXE	76
BIBLIOGRAPHIE	78
TABLE DES MATIÈRES	81