



HAL
open science

“ Ces enfants sans toit ni moi ” : la place de la psychomotricité auprès des enfants carencés et placés en famille d’accueil

Céline Bars

► **To cite this version:**

Céline Bars. “ Ces enfants sans toit ni moi ” : la place de la psychomotricité auprès des enfants carencés et placés en famille d’accueil. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358400

HAL Id: dumas-01358400

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358400>

Submitted on 31 Aug 2016

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 PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

«CES ENFANTS SANS TOIT NI MOI»

*La place de la psychomotricité auprès des enfants carencés et
placés en famille d'accueil*

Mémoire présenté par Céline BARS,
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire

LACHAUX-PARKER Catherine

LEBORGNE Jessy

Session Juin 2016

REMERCIEMENTS

- ∞ J'exprime ma plus grande reconnaissance à Catherine LACHAUX-PARKER, référente de ce mémoire, pour m'avoir accompagné dans mon écriture, des prémices de ma réflexion jusqu'à la finalité de ce projet. Elle a su valoriser mes pensées et mes gestes, et m'a permis de m'affirmer en tant que future psychomotricienne.

- ∞ J'exprime ma gratitude à Jessy LEBORGNE, également référente de ce mémoire, pour son engagement et ses précieux conseils lors de l'élaboration de cet écrit. Merci de la confiance qu'elle m'a accordée.

- ∞ Je tiens à remercier tous mes maîtres de stage qui m'ont toujours réservé un accueil chaleureux et qui ont, chacun à leur façon, partagé avec moi leur définition de la psychomotricité.

- ∞ Je remercie tous les patients que j'ai eu la chance de rencontrer pendant ces trois années de formation, pour la richesse et la qualité de nos interactions.

- ∞ Je ne remercierai jamais assez ma famille, mes parents, ma grande sœur, mon ami et mes amis de l'IFP et d'ailleurs pour leur présence, leur soutien et leur engagement à toute épreuve. Merci de m'avoir encouragé tout au long de mes études. Merci d'avoir cru en moi.

- ∞ Enfin, merci à Titouan et Andy de m'avoir donné l'envie d'écrire des milliers de mots sur leur histoire.

«Quand il y a le silence des mots, se réveille trop souvent la violence des maux. Mais il ne suffit pas de rompre le silence et de sortir du mutisme. Encore faut-il se sentir reçu, entendu et amplifié, lors de ses tâtonnements à mettre en mots.»

Jacques Salomé.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	8
INTRODUCTION.....	9
PARTIE CLINIQUE.....	10
I. PRÉSENTATION DU STAGE EN ITEP.....	10
1. Fonctionnement général institutionnel	10
2. Le site au sein duquel j'ai réalisé mon stage	11
2.1 Internat & Externat	12
2.2 Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)	13
2.3 Organisation de la prise en charge et parcours institutionnel.....	14
3. Place de la psychomotricité au sein de l'ITEP	15
II. MA RENCONTRE AVEC ANDY ET TITOUAN.....	16
1. ANDY.....	16
1.1 Anamnèse.....	16
1.2 Bilan psychomoteur	20
1.3 Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique.....	25
1.4 Description et évolution des séances	26
1.5 Conclusion sur l'évolution d'Andy	31
2. TITOUAN.....	31
2.1 Anamnèse.....	31
2.2 Bilan psychomoteur	34
2.3 Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique.....	36
2.4 Description et évolution des séances	36
2.5 Conclusion sur l'évolution de Titouan.....	44

PARTIE THÉORIQUE	45
I. LES INTERACTIONS PRÉCOCES	45
1. Les interactions précoces du nourrisson avec son entourage.....	45
1.1 Les interactions comportementales.....	45
1.2 Les interactions affectives.....	47
1.3 Les interactions fantasmatiques.....	47
2. Pour espérer se séparer, il faut d'abord bien s'attacher : La théorie de l'attachement selon J. BOWLBY	47
3. De l'illusion à la désillusion : Les interactions mère-bébé selon D. W. WINNICOTT	49
3.1 La dépendance absolue	49
3.2 La dépendance relative et l'indépendance	50
4. Quand deux corps se parlent : Tonus et dialogue tonico-émotionnel selon H. WALLON et J. (de) AJURIAGUERRA.....	51
5. La peau, un soutien dans l'avènement d'un sujet unifié : la théorie du Moi-Peau selon D. ANZIEU	54
II. QUAND LA CARENCE DE SOINS MATERNELS VIENT TROUBLER LES INTERACTIONS PRÉCOCES	58
1. Qu'est-ce qu'une carence ?	58
2. Les différentes formes de carences en soins maternels.....	59
2.1 Les carences quantitatives.....	59
2.2 Les carences qualitatives ou par distorsion.....	60
2.3 Les carences par discontinuité.....	60
III. LE PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL	62
1. Motifs du placement.....	62
2. L'enfant face au placement.....	63
IV. LES CONSÉQUENCES D'UNE SITUATION CARENTIELLE PRÉCOCE ASSOCIÉE A UN PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL.....	65
1. Le langage affectif de l'enfant carencé et placé	65

1.1 L'angoisse d'abandon.....	65
1.2 La quête affective.....	66
1.3 L'intolérance à la frustration et les troubles du comportement.....	66
1.4 Des affects violents.....	67
1.5 Le phénomène de brisure.....	67
1.6 Les régressions.....	69
2. Le langage somatique de l'enfant carencé et placé.....	69
3. Le langage cognitif de l'enfant carencé et placé.....	70
3.1 Difficultés langagières.....	70
3.2 Difficultés temporelles.....	71
DISCUSSION.....	72
I. «Rassemble-moi !» Le langage psychomoteur de l'enfant carencé et placé.....	72
II. La contenance du psychomotricien comme étai thérapeutique auprès des enfants carencés et placés.....	83
CONCLUSION.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	
TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	

AVANT-PROPOS

Je rencontre Jules lors de mon stage de deuxième année de formation, au sein d'un Service d'Éducation Spécialisé et de Soins À Domicile (SESSAD). Jules est un petit garçon de sept ans, ayant subi des carences et aujourd'hui placé en famille d'accueil depuis l'âge de quatre ans et demi, à la demande de sa maman ne pouvant plus assurer sa garde. Cet enfant me touche de par son histoire personnelle traumatisante. Jules présente un retard global du développement psychomoteur, potentiellement associé à une pathologie génétique. En séance de psychomotricité, Jules investit son corps de façon impulsive et sur fond d'hypertonie, empêchant la bonne intégration de ses compétences sensorimotrices et instrumentales, et ceci, probablement en lien avec un vécu carenciel précoce. Il présente une grande quête affective et semble manquer d'ancrage et de contenance corporelle. J'observe une certaine désorganisation tonico-émotionnelle, et une relation duelle difficile avec l'adulte.

Les carences subies, ainsi qu'un placement familial semblent avoir d'immenses répercussions sur la façon dont Jules investit son corps, ce qui m'amène à me poser de nombreuses questions quant à son fonctionnement corporel et psychique. J'ai moi-même, pendant mon enfance, côtoyé plusieurs enfants placés en famille d'accueil, ce qui a renforcé mon envie de me pencher sur le sujet. J'ai eu envie de poursuivre cette réflexion, auprès de Titouan et Andy, et d'en faire mon sujet de mémoire.

INTRODUCTION

C'est lors de mon stage en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique, que je rencontre Andy et Titouan, deux enfants placés en famille d'accueil et ayant subi des carences durant leur petite-enfance. Il y a ce je ne sais quoi, dans l'expression de leur corps, qui m'interroge. Lors de notre première rencontre, je peux lire le traumatisme sur leurs visages. Leur façon d'être au monde semble être parsemée de petits nuages sombres. Les souffrances éprouvées lors de leurs premiers mois de vie ont, semble-t-il, laissé une trace, telle une cicatrice béante sur leur corps et leur psychisme.

Ma rencontre avec eux a suscité l'émergence de nombreux questionnements. Quels ont pu être les retentissements d'une défaillance des premières interactions précoces avec leur entourage ? Quelle trace a laissé la carence, sur leur développement affectif, cognitif et corporel ? Un placement en famille d'accueil a-t-il pu avoir des répercussions sur leur développement psychomoteur, en plus d'une situation carencielle précoce ?

En tant que future psychomotricienne, je me sens directement touchée et impliquée auprès de Titouan et Andy, ce qui m'amène à me poser la question suivante : Quelle est la place de la psychomotricité dans la prise en charge de «ces enfants sans toit ni moi» ?

Afin d'aborder au mieux ce sujet, je commencerai par exposer le milieu dans lequel j'ai effectué mon stage cette année, lieu où j'ai fait la rencontre de Titouan et Andy. Après avoir partagé leurs histoires, je reviendrai sur les différents concepts théoriques ayant soutenu ma réflexion, en ce qui concerne les interactions précoces de l'enfant avec son entourage. J'évoquerai ensuite les différentes carences de soins maternels, ainsi que le processus de placement familial, qui en l'occurrence, vont venir perturber le développement affectif, somatique et cognitif de l'enfant.

Cette articulation clinico-théorique, va venir étayer plusieurs interrogations que je tenterai de développer dans la partie discussion, à savoir : Quel est le langage psychomoteur de l'enfant carencé et placé ? Comment le psychomotricien, de par sa disponibilité psychocorporelle, peut-il offrir à ces enfants, un cadre contenant et sécurisant, garant d'un engagement corporo-psychique confiant ?

PARTIE CLINIQUE

I. PRÉSENTATION DU STAGE EN ITEP

1. Fonctionnement général institutionnel

Je choisis ici de consacrer un temps à la présentation de la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage de troisième année d'études de psychomotricité. En effet, il me paraît important de vous faire découvrir l'environnement des enfants dont je vais parler, car il représente leur lieu de prise en charge, en dehors de leur famille d'accueil ou de leur milieu familial.

L'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage, à raison de deux demi-journées par semaine, est un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP). Cet ITEP, ainsi qu'onze autres établissements sanitaires et médico-sociaux situés dans le même département, sont régis par un organisme rattaché à l'Assurance Maladie. Cet organisme est un opérateur de santé privé à but non lucratif. Il a pour mission de participer à l'offre de soins régionale en proposant des prestations au plus près des besoins des populations locales. Cette mission s'inscrit dans le cadre des schémas régionaux d'organisation de l'offre de soins et des lois et règlements qui régissent le fonctionnement des structures sanitaires et médicosociales.

Cet organisme propose, sur toute la région, environ 1500 lits et places au sein de ses structures, pour tous les âges de la vie, à des personnes en situation de rééducation, de perte d'autonomie ou de handicap ; il gère des structures diverses et variées.

Les ITEP accompagnent donc sur plusieurs sites, des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et propose des modalités de prise en charge diversifiées. Il conjugue les actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire à visée soignante pour permettre aux enfants et adolescents qui lui sont confiés de prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et les aider à se mobiliser pour aller vers leur autonomie. C'est en ce sens que s'élabore le travail des professionnels qui participent à la prise en charge des enfants.

La mission de l'ITEP est définie dans le décret 2005-11 du 6 Janvier 2005, qui détermine les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des différents ITEP : «Les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques accueillent des enfants et adolescents qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des

troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants et adolescents se trouvent malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé.»¹

Un ITEP a pour objectif essentiel de mettre en place une organisation qui permet à l'enfant de bénéficier d'une prise en charge articulée autour des trois axes thérapeutique, éducatif et pédagogique.

A cette fin, l'ITEP :

- Met en place un accompagnement dans une évolution personnelle qui s'appuie sur un projet personnalisé,
- Apporte un soutien aux parents dans leurs difficultés,
- Prépare les conditions du retour de l'enfant dans son environnement familial chaque fois que l'évolution de la situation le permet,
- Oriente l'enfant et sa famille vers le dispositif le plus adapté à sa situation.

La direction des ITEP est composée d'un directeur, d'un adjoint délégué à la prise en charge, de médecins psychiatres, d'un responsable ressources humaines. Les différentes prises en charge sont assurées par une équipe médico-psychologique (psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes), d'une équipe éducative (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, moniteurs d'ateliers, éducateurs sportifs, assistants familiaux, maîtresses de maison), d'une équipe pédagogique (enseignants de l'Éducation Nationale, coordinatrice pédagogique spécialisée), d'un service social (assistante sociale) et d'un service de suite (éducateurs spécialisés).

2. Le site au sein duquel j'ai réalisé mon stage

Le site où j'ai pu effectuer mon stage est partagé entre un ITEP et un Centre de Rééducation Fonctionnelle Infantile (CRFI). Le CRFI accueille des enfants et adolescents de trois à dix-sept ans atteints d'affections orthopédiques et traumatologiques, d'affections neurologiques et de maladies chroniques rhumatologiques nécessitant une prise en charge rééducative. Quatre bâtiments sont présents sur le site.

L'ITEP est composé d'un internat et d'un externat dans un premier bâtiment et d'un Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) dans un deuxième bâtiment.

¹ Article D.312-59-1 du Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005.

Des salles de classe se trouvent dans une unité d'enseignement au sein d'un troisième bâtiment dédié à la scolarité. Elles sont partagées entre les enfants de l'ITEP et du CRFI.

Les salles de psychomotricité et d'orthophonie se trouvent dans un quatrième bâtiment. La psychomotricienne et l'orthophoniste interviennent au sein de l'internat, de l'externat et du CAFS.

Tous ces bâtiments sont situés dans un grand parc arboré avec beaucoup d'espaces de jeux.

2.1 Internat & Externat

L'équipe de l'internat et de l'externat est composée d'un cadre de santé, de plusieurs éducateurs spécialisés, de deux moniteurs éducateurs, d'un éducateur sportif, d'une psychologue et d'une maîtresse de maison. Les locaux sont installés au premier étage du premier bâtiment, juste au-dessus du rez-de-chaussée où se trouvent les locaux du CRFI. Ce premier étage est partagé entre l'espace de vie des internes et des externes : une démarcation au sol est apposée afin de garantir un espace de vie privilégié au profit des internes. L'espace internat compte des chambres ainsi que des sanitaires et des salles de bains, une salle de jeux avec une bibliothèque et une salle à manger. L'espace des externes comptent une cuisine, une salle à manger, un salon-télé, plusieurs salles destinées aux ateliers éducatifs, un bureau et une salle de réunion.

L'externat accueille seize enfants et adolescents de six à douze ans. Les enfants arrivent pour la journée, de 9h à 17h, et sont conduits par des taxis. L'enfant est intégré dans un atelier éducatif encadré par un éducateur. En fonction de son évolution et du projet personnalisé d'accompagnement, l'enfant pourra être scolarisé partiellement ou à temps complet, soit dans l'unité d'enseignement intégrée à l'ITEP, soit dans une école extérieure. Pendant les périodes d'ouverture durant les vacances scolaires, la prise en charge quotidienne est assurée par les éducateurs spécialisés avec proposition d'activités éducatives et d'éventuels séjours extérieurs concourant aux soins de l'enfant accueilli.

L'internat accueille huit enfants âgés de six à douze ans. Les enfants sont hébergés dans des chambres individuelles ou dans des chambres doubles. Généralement, les repas sont partagés dans ce lieu de vie avec les éducateurs. La journée, les internes sont pris en charge par les éducateurs de l'externat. L'enfant est intégré dans un atelier éducatif encadré par un éducateur spécialisé.

Cependant, certains enfants peuvent être accueillis sur un mode d'internat séquentiel, c'est-à-dire un certain nombre de nuits par semaine.

Des réunions hebdomadaires de l'équipe internat/externat sont organisées : ce sont des réunions de synthèse, des réunions cliniques, des réunions institutionnelles, des réunions d'équipe et des réunions d'analyse des pratiques.

2.2 Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)

L'équipe du CAFS est composée d'un chef de service, de deux éducateurs spécialisés, d'une psychologue et d'assistants familiaux. Leurs locaux sont situés au deuxième étage du deuxième bâtiment et sont composés de bureaux et d'un salon d'accueil pour les enfants et leur famille d'accueil. Ce bâtiment regroupe aussi les bureaux administratifs de l'ITEP au premier étage, les bureaux des psychologues de l'ITEP, des salles de réunion ainsi qu'un self destiné aux professionnels du site.

Le CAFS accueille vingt enfants et adolescents, garçons et filles, âgés de zéro à dix-huit ans. La prise en charge est mise en œuvre par l'équipe interdisciplinaire dans le cadre d'accueil en familles assuré par des assistants familiaux agréés. Un projet personnalisé est mis en place pour chaque enfant avec concertation avec les parents. Ce projet permet d'offrir et d'assurer une sécurité affective et matérielle dans un cadre familial spécialisé. Il se donne également pour objectif de travailler les relations parents/enfants tout en soutenant l'intégration sociale et scolaire de l'enfant.

Des réunions hebdomadaires en équipe sont organisées. Au cours de ces rencontres sont abordées les pratiques professionnelles ; des temps de réflexion clinique sont aménagés ainsi que des temps d'évaluation de projets personnalisés d'accompagnements. Des partenariats sont mis en place avec des organismes et structures extérieures, c'est alors le CAFS qui fait lien entre tous les partenaires de l'enfant. Des rencontres médiatisées peuvent être aménagées, selon les situations, avec l'enfant et ses parents, dans un lieu spécifique et adapté, en présence de professionnels du service. Les familles d'accueil sont rencontrées régulièrement à leur domicile ou en entretiens au CAFS par des professionnels du service.

Un éducateur référent est désigné pour chaque enfant qu'il soit intégré au sein de l'internat, de l'externat ou du CAFS, afin de répondre aux besoins d'une prise en charge individualisée : il est le lien entre l'enfant, la famille, l'institution et l'environnement.

2.3 Organisation de la prise en charge et parcours institutionnel

L'admission de chaque enfant au sein de l'internat/l'externat est subordonnée à une notification d'orientation de La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), à l'accord écrit du représentant légal de l'enfant ainsi qu'à la confirmation que l'enfant relève bien du champ de compétence de l'établissement et de ses missions.

Si l'enfant est admis, lui et sa famille sont conviés à un rendez-vous d'admission avec un représentant de la direction de l'ITEP ainsi qu'une psychologue et une assistante sociale. S'en suit l'établissement d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge, remis au représentant légal. Il est important de signifier que la participation de l'enfant et de son représentant légal sont requises pour la conclusion et la signature de ce contrat.

A l'issue d'une phase d'observation et de bilan, l'équipe interdisciplinaire élabore le projet personnalisé de l'enfant. Ce projet comprend les éléments recueillis lors de la phase d'admission ; les objectifs généraux de la prise en charge définis par l'équipe interdisciplinaire et déclinés en objectifs thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ; les moyens et actions proposées ou mises en œuvre ; l'avis de la famille exprimé lors des rencontres d'élaboration et d'évaluation de projet.

Le projet personnalisé de l'enfant est évalué dans le cadre de réunions de l'équipe interdisciplinaire, deux fois par an. Une restitution est alors faite à l'enfant et ses représentants légaux. L'orientation de l'enfant fait l'objet d'une collaboration et d'une recherche de solutions partagées entre l'ITEP, l'enfant et son représentant légal. C'est la MDPH qui valide les propositions de prolongation ou d'orientation.

Concernant l'admission de l'enfant au CAFS, l'orientation se fait soit lorsque la famille de l'enfant n'est plus disposée à recevoir et à gérer de façon adéquate, les troubles psychiques de son enfant, soit après sollicitation de l'ASE lorsque l'enfant doit bénéficier d'un placement familial adapté. De meilleures solutions seront alors trouvées au sein d'une famille d'accueil spécialisée. Cette modalité de prise en charge vise à accueillir l'enfant dans des conditions favorables à sa sécurité, son bien-être et son insertion dans un lien social adapté. L'admission de l'enfant au CAFS est subordonnée aux mêmes conditions qu'un enfant admis en internat/externat, exposées précédemment.

L'enfant est accueilli dans une famille d'accueil, sous la responsabilité de l'assistant familial agréé, salarié de l'institution. Durant son séjour, il partage la vie quotidienne de cette famille. L'intervention de l'assistant familial auprès de l'enfant se situe dans le cadre du projet personnalisé, en lien avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en référence au projet institutionnel. Au sein de la famille d'accueil, l'enfant doit disposer d'une chambre

individuelle ou à partager avec un autre enfant. Dans tous les cas, il doit lui être réservé un espace personnel.

Les fins de prises en charge au CAFS ou à l'internat/l'externat sont proposées par le directeur avec l'accord du représentant légal de l'enfant et validées par la MDPH. Ces fins de prises en charges interviennent dans les cas suivants : lorsque l'évolution de l'enfant ne nécessite plus l'intervention d'un service spécialisé ; lorsque le projet de sortie de l'enfant s'oriente vers une autre institution spécialisée au regard de son âge, de ses difficultés et de ses besoins ; en cas de déménagement en dehors du secteur d'intervention du service ; en cas d'opposition de la famille aux orientations du projet de prise en charge ; après une suspension de prise en charge, si le désaccord avec la famille persiste ou si le comportement de l'enfant reste incompatible avec le projet et les moyens proposés par l'établissement.

3. Place de la psychomotricité au sein de l'ITEP

La psychomotricienne de l'ITEP intervient auprès des enfants de l'internat, de l'externat et du CAFS. Elle fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire et est employée à temps partiel au sein de l'établissement, depuis trois ans. Ses fonctions et ses rôles sont plutôt bien intégrés par le reste de l'équipe.

Les questionnements autour d'une potentielle prise en charge en psychomotricité se font en équipe, étant donné l'absence de médecin sur le site. La passation d'un bilan psychomoteur est discutée par le chef de service ainsi que par la psychologue. Il s'en suit l'exposition, en équipe pluridisciplinaire, des tenants et aboutissants résultant de la passation du bilan psychomoteur de l'enfant concerné. La décision d'une prise en charge thérapeutique ou non, est décidée par la psychomotricienne elle-même.

La psychomotricienne évalue les bien-fondés d'une prise en charge individuelle ou groupale et décide de la fréquence des séances, selon l'emploi du temps éducatif et pédagogique de l'enfant. La salle de psychomotricité est située à l'opposé du bâtiment de l'internat/l'externat. Il est donc nécessaire d'aller chercher l'enfant sur son groupe éducatif et de faire chemin ensemble jusqu'à la salle de psychomotricité et inversement. Ce temps de transition est porteur d'un intérêt particulier et permet d'établir un lien relationnel en début de séance ainsi qu'une continuité en fin de séance.

Quant aux enfants du CAFS, ce sont directement les assistants familiaux qui accompagnent l'enfant jusqu'à la salle de psychomotricité.

Ses interventions reposent essentiellement sur l'établissement d'un lien thérapeutique basé sur la confiance et la sécurité émotionnelle, relationnelle et affective, qu'elle met en œuvre à travers le jeu libre, lors des séances individuelles. Les médiateurs utilisés sont divers et variés ; je retiens notamment le jeu de société, la relaxation, les mises en scènes, ou autre, selon les attentes et les demandes des enfants.

De plus, elle participe à l'élaboration de projet thérapeutique de groupe en co-thérapie avec l'éducateur sportif ou les éducateurs spécialisés, qui se déroulent généralement sur l'internat/l'externat ou encore à l'extérieur, à la piscine par exemple.

II. MA RENCONTRE AVEC ANDY ET TITOUAN

1. ANDY

1.1 Anamnèse

Andy est un petit garçon né le 01/07/2007, à sept mois et demi de grossesse, par césarienne. À la naissance, Andy pèse 2,5 kg et passe quelques temps en couveuse de par sa prématurité. Sa mère, enceinte à l'âge de quarante-deux ans, raconte qu'elle a fait un déni de grossesse jusqu'à cinq mois et demi. ; elle peut expliquer qu'Andy est un enfant non désiré. L'âge de la marche reste un élément flou pour la maman, vers l'âge d'un ou deux ans dit-elle ; elle peut également verbaliser qu'il est un bébé assez calme, qu'il ne pleure jamais. Andy est le plus jeune enfant d'une fratrie de quatre. Il a trois grandes sœurs plus âgées, de vingt-trois ans, vingt-et-un ans et dix-neuf ans. On dénombre quatre pères différents : nous n'avons aucun élément les concernant.

● *Antécédents familiaux*

L'histoire autour du papa est imprécise, voire inexistante. La mère d'Andy refuse de lui dire qui est son père. Il est précisé dans le dossier que seule sa mère possède l'autorité parentale, son père ne l'a pas reconnu à l'état civil.

Concernant l'histoire de la mère d'Andy, plusieurs éléments demeurent à notre connaissance. Elle dit avoir été abandonnée dans une benne à ordures étant bébé. Par la suite, elle fut

accueillie par l'ASE jusqu'à ses dix-huit ans, où elle dit avoir subi des violences physiques puis sexuelles au sein des différentes familles d'accueil qui l'on reçue.

Il est rapporté dans le dossier d'Andy que, durant l'été 2015, ce dernier a été témoin de violences conjugales entre sa mère et son nouveau compagnon.

- *Antécédents médicaux*

Andy est présenté comme un enfant ayant des troubles du comportement, il est sous traitement médicamenteux : le Risperdal².

- *Origine du placement*

C'est lors d'une visite d'un professionnel de l'Accompagnement en Économie Sociale et Familiale (AESF), qu'il est remarqué une mise en danger d'Andy, une carence éducative et l'existence de violences physiques à son encontre. Andy semble seul et délaissé au sein de la sphère familiale. Un manque d'hygiène est constaté. La gravité de la situation semble pourtant être minimisée par la mère d'Andy. De plus, cette dernière est menacée par une procédure d'exclusion de son logement. Une Information Préoccupante (IP) est donc signalée par l'organisme. Suite à cette information préoccupante, une Investigation et Orientation Éducative (IOE) est mise en place par le Juge des enfants, pour une durée de six mois, afin de saisir le contexte de vie d'Andy et de procéder à une étude approfondie de son comportement à l'aide d'examens médicaux, psychiatriques et psychologiques. La durée légale d'une IOE est de six mois, seulement, cette investigation est prolongée faute de participation de la part de la mère d'Andy.

En 2011, Andy est alors âgé de quatre ans, une Assistance Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) est ordonnée sur mesure judiciaire, pour une durée d'un an. Les services éducatifs interviennent au domicile familial, dans le but d'apporter de l'aide aux parents afin de surmonter une potentielle carence éducative. Au regard d'une grande dégradation de la situation, l'AEMO est alors reconduite. La mère d'Andy se montre fuyante avec les services d'aide et déscolarise Andy entre les années 2012 et 2013.

² Le Risperdal est un neuroleptique «atypique» ayant des propriétés antipsychotiques. Il est utilisé dans le traitement de la schizophrénie, des états maniaques associés à un trouble bipolaire, chez les enfants de plus de 5 ans présentant des troubles graves du comportement et chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, TALBERT M., WILLOQUET G., GERVAIS R., 2008, p. 1056.

Au mois de juillet de l'année 2013, Andy, alors âgé de six ans, est placé en foyer pour l'enfance sur mesure judiciaire. Le placement se fait dans de mauvaises conditions : la mère d'Andy tente de fuir du tribunal avec son fils. Cela marque une rupture brutale dans le lien qui unit Andy à sa mère.

Au vu des circonstances du placement judiciaire, Andy est accompagné par une de ses sœurs au foyer.

Au sein de l'établissement, Andy figure dans un refus total de son placement et présente de grandes difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace. Il est décrit par les professionnels du foyer comme étant un petit garçon agité, mais attachant et en demande d'attention. Andy peut se montrer violent, il est dans le contrôle et la maîtrise de chaque situation. Des mots forts de sens sont employés à l'égard d'Andy : certains professionnels le qualifient d'enfant «sauvage».

Concernant le sommeil, Andy présente des angoisses nocturnes et ne peut s'endormir sans une petite lumière. Il est touché par des épisodes d'énurésie³, et lorsque cela lui arrive, Andy change ses draps seul sans demander l'aide d'un adulte.

Des visites médiatisées sont organisées pour qu'Andy puisse rencontrer sa maman ainsi que ses sœurs, tous les dimanches : il semble en tirer un grand bénéfice, d'après son éducatrice référente.

Dans l'intégralité du dossier d'Andy, les dates concernant les différentes mesures judiciaires sont floues. Peu d'éléments peuvent être datés par sa mère. Par conséquent, quels repères Andy peut-il avoir au niveau de la temporalité de son histoire personnelle ?

Andy quitte le foyer moins d'un an après son entrée et obtient une place en famille d'accueil en mars 2014. Il paraît profiter de sa famille d'accueil. Trois autres enfants sont accueillis au sein de la famille. Il semble exister une certaine rivalité entre Andy et un autre enfant accueilli.

Une demande d'admission au sein de l'ITEP est réalisée par l'ASE et notifiée par la MDPH, au mois de novembre de l'année 2014. Andy intègre alors l'externat de l'ITEP le 20/04/2015. Il vient sur l'institution tous les jours de la semaine.

En mai 2015, une synthèse clinique est organisée pour discuter du cas d'Andy. Son éducatrice référente parle d'un enfant très instable émotionnellement et le qualifie «d'éponge émotionnelle», il est très influençable : il semble recevoir de plein fouet l'agitation des autres

³ Ce terme désigne l'émission incontrôlée d'urine, chez l'enfant de plus de cinq ans.

enfants de l'ITEP. Andy a tendance à se confronter directement aux enfants les plus grands ainsi qu'à l'adulte. Il ne paraît pas impressionné par l'autorité de l'adulte. Je fais l'hypothèse qu'Andy a probablement évolué au sein d'une sphère familiale constituée uniquement de grandes personnes : les interactions n'ont pas dû être adaptées pour un enfant de son âge. De plus, pendant les repas, Andy mange très salement et n'a pas forcément conscience de se salir. Sur l'année 2015, Andy bénéficie de visites chez sa mère. Cette dernière, en grande situation de précarité, occupe un logement au sein d'un hôtel social. Les droits de visites sont alors autorisés par l'ASE au sein de cet hôtel.

Malheureusement, lors de celles-ci, Andy devient le témoin répété de l'alcoolisme du conjoint de sa maman. Lui et sa mère font l'objet de violences de la part du conjoint. La mère d'Andy fuit l'hôtel social et ne donne plus de nouvelles à l'ASE et à son fils, pendant plus de trois mois.

D'après les services de l'ASE, Andy se porte bien durant l'absence de sa mère, les liens affectifs avec sa famille d'accueil semblent s'être fortifiés.

Depuis cet incident, la mère d'Andy paraît mieux accepter la famille d'accueil dans laquelle est placé son fils. Seulement, depuis qu'Andy et sa mère sont séparés, cette dernière ne cesse de lui faire la promesse qu'elle le récupérera quand elle trouvera un logement adéquat. Andy voit défiler les mois, et malgré tout, ne retourne pas chez sa maman : il se trouve dans un conflit de loyauté, tiraillé entre les dires de sa mère et de l'ASE.

- *Prise en charge pédagogique*

Andy va à l'école de l'ITEP trois demi-journées par semaine : le lundi matin, mardi matin et mercredi matin, sur des créneaux d'une heure et trente minutes chacun. Il bénéficie également de trois temps personnalisés par semaine, en classe «plus».

Andy est intégré au sein de cinq projets pédagogiques qui sont les suivants : «Temps et Espace», «Châteaux Forts», «Dinosaures», «Sciences» et «Sport». Pour les quatre premiers projets, se déroulant en classe, Andy est participatif, mais son comportement n'est pas toujours adapté en fonction de l'intérêt qu'il porte au projet. Il sait repérer les différentes périodes historiques évoquées. Il semble mis en confiance par le caractère ritualisé des projets.

Quant au projet «Sport», Andy est performant dans cette discipline. Son comportement n'est cependant pas adapté : il ne parvient pas à se contenir et n'écoute pas les consignes de l'enseignante, se laissant déborder par son instabilité corporelle.

Le bilan scolaire du premier semestre de l'année 2015-2016, révèle des difficultés importantes. L'investissement scolaire est très variable en fonction de l'humeur fluctuante d'Andy : ce dernier peut se montrer très intéressé et volontaire dans les apprentissages proposés mais

aussi se désintéresser d'autres travaux scolaires. Il peut se montrer violent, agressif et menaçant avec ses camarades de classe et semble être beaucoup sur la défensive.

Selon son enseignante, Andy ne semble craindre ni les enfants, ni les adultes et s'autorise à un très grand manque de respect de ces derniers. A plusieurs reprises, il est dit dans son bilan scolaire, qu'Andy a énormément besoin de la présence de l'adulte à ses côtés, pour travailler et se concentrer.

- *Prise en charge éducative*

Andy participe à trois projets différents sur le groupe éducatif de l'ITEP : le projet «Sciences», le projet «Journal» ainsi que le projet «Karaté». D'après son éducatrice référente, Andy a fait d'énormes progrès depuis son arrivée. Il semble profiter du cadre éducatif qui lui est mis à disposition et fait des efforts concernant son comportement : son attitude est adaptée.

- *Autres prises en charge actuelles*

Andy est suivi par un psychiatre. Actuellement, il n'a pas de psychothérapie, mais une prise en charge libérale est envisagée dans un futur proche.

Depuis septembre 2015, Andy est suivi par l'orthophoniste de l'ITEP pour des troubles de l'articulation et un grand manque de vocabulaire pour son âge. Les séances d'orthophonie ont lieu à raison d'une séance hebdomadaire pour une durée de quarante-cinq minutes.

1.2 Bilan psychomoteur

Je rencontre Andy lors de mon premier jour de stage au sein de l'ITEP. Alors que la psychomotricienne me fait visiter les lieux et m'emmène sur le groupe éducatif, quelques enfants sortent pour la récréation et sont étonnés de voir une nouvelle personne dans l'établissement. Je ne connais pas ce petit garçon, et pourtant, il se pend à mon cou et m'étreint tendrement. Me voyant étonnée de son comportement, Andy peut verbaliser qu'il est heureux de voir une nouvelle personne arriver dans l'ITEP.

Cet évènement suscite mon questionnement : quelle est la problématique de cet enfant et que signifie ce collage physique qu'il utilise pour entrer en relation avec moi ? C'est un appel à l'aide

que je perçois, un fort besoin de s'attacher à l'adulte, et c'est à ce moment-là que je prends la décision de me pencher sur le cas d'Andy.

Corporellement, Andy est un garçon de petite taille et plutôt souriant. Il est en constante contraction musculaire et semble dur comme la pierre. Il me renvoie l'image d'un petit «caïd». Je sens beaucoup de colère en lui et un grand besoin de décharger celle-ci. Il se montre agressif, violent et provocateur, tant verbalement que corporellement. Je repère une véritable intolérance à la frustration, très pulsionnelle, s'exprimant par des injures et une agitation motrice. Andy a la capacité de se rendre compte de ses erreurs et de ses moments de débordement et peut ainsi verbaliser son envie de se rattraper. Il est influençable par les autres enfants, il est le premier à se joindre à eux pour faire des bêtises. Seul, Andy semble plus calme et plus posé.

Lors de la passation du bilan psychomoteur, le 24/09/15, Andy est âgé de huit ans. Je viens tout juste d'arriver sur mon lieu de stage et décide d'adopter une posture d'observatrice. Les notes transmises ici sont les miennes, d'après les épreuves réalisées par la psychomotricienne, et après confrontation entre mes observations et les siennes. La passation de bilan s'étale sur trois séances de quarante minutes chacune, à raison d'un jour par semaine, au vu de la faible capacité d'Andy à fixer son attention sur une tâche.

C'est une vraie tornade que nous recevons en séance ce jour-là, Andy présente une agitation motrice débordante. Face aux consignes formulées par la psychomotricienne, et lorsqu'il est en difficulté, Andy met en place des conduites d'évitement. La passation de bilan s'annonce compliquée au vu de l'état corporel et psychique d'Andy.

Pendant ces séances de bilan, Andy semble assez ambivalent dans sa prise de distance lorsqu'il est en relation avec l'autre : tantôt il manifeste une forte opposition allant jusqu'au rejet et au retrait relationnel, tantôt il est en demande d'attention exclusive. Son intolérance à la frustration est importante. Aussi, la confrontation à son propre échec est compliquée à supporter, ce qui entrave la passation du bilan. Il nécessite sans cesse l'étayage verbal et corporel de l'adulte pour faire, ce qui laisse transparaître un important manque de confiance en lui.

- Tonus :

Andy se présente sur un versant plutôt hypertonique⁴. Il est constamment en mouvement et ne parvient pas à se poser dans l'espace de la salle sur consigne verbale. Son

⁴ Ce terme désigne une augmentation du tonus musculaire.

agitation motrice est empreinte d'impulsivité, de pulsionnalité et d'une grande excitation lorsqu'il découvre la salle de psychomotricité pour la première fois.

Selon le principe des chaînes musculaires de G. STRUYF-DENYS, celle prédominant chez Andy serait la chaîne postéro-médiane «PM». En effet, Andy est plutôt dans une posture de redressement de type dynamique empreint d'un caractère actif et volontaire. Il possède une tendance posturale d'extension de l'axe corporel. La notion d'enroulement ne transparait que très rarement dans ses déplacements moteurs.

- Motricité globale :

Andy semble à l'aise lors de ses déplacements dans la salle de psychomotricité, malgré l'impulsivité de ses mouvements et de ses gestes. Cependant, il ne prend pas le temps d'exécuter les mouvements demandés. Au niveau de l'équilibre dynamique et des coordinations, Andy est plutôt à l'aise et occupe tout l'espace de la salle. L'équilibre statique est précaire. Une difficulté de compréhension est à noter, au niveau du vocabulaire utilisé (pieds joints, pointe des pieds, etc). L'équilibre statique sur un pied est spontané à gauche. Les sauts sont plutôt réussis. Lorsqu'Andy se trouve en échec sur l'exécution d'un exercice, il compense par une démonstration corporelle faite de saltos, de galipettes et de course, comme s'il était dans l'évitement des consignes. La coordination droite/gauche reste compliquée pour Andy lors de l'épreuve du pantin du test Charlop-Atwell, ce qui laisse envisager un manque d'intégration de son axe corporel. La coopération bi-manuelle est bonne lors de l'utilisation de balles. Andy est capable d'entrer en relation via des échanges de balles mais ne contrôle pas sa force. Il a tendance à se jeter beaucoup au sol comme pour rechercher des sensations ou des limites corporelles. Sur le plan posturo-locomoteur, des troubles de la régulation tonique sont présents. Andy a des difficultés à ajuster son tonus en fonction des situations proposées. Aussi, quelques syncinésies⁵ sont perceptibles au niveau des mains et des doigts.

- Motricité fine & Praxies :

La reproduction de gestes est difficile : Andy présente des difficultés dans son organisation praxique. Il reproduit les gestes en pièce à pièce et confond le nom des différents doigts. La latéralité gestuelle innée est affirmée à droite majoritairement, en désaccord avec la latéralité fonctionnelle qui elle est à gauche spontanément. Andy ne parvient pas à adapter son geste sur consigne et se désorganise rapidement, parfois avec une certaine colère.

⁵ «Apparition, pendant la réalisation d'un geste, de mouvements parasites, involontaires, dans une autre partie du corps.» BALLOUARD C., 2011, p.235.

- Graphomotricité :

Lors des épreuves de graphomotricité, la tenue de l'outil scripteur est correcte et se fait de la main droite. Le geste est très tonique et manque de souplesse et de fluidité, en lien avec un défaut de régulation tonique et un manque d'adaptation posturale. Un effondrement du dos est à noter, ainsi qu'un rapprochement exagéré du visage vers la feuille.

- Schéma corporel & Image du corps :

Lors de l'épreuve du dessin du bonhomme, Andy réalise trois dessins similaires. Le personnage dessiné est plutôt grand, avec une tête disproportionnée par rapport au reste du corps. Le nez est représenté par un bâton et la bouche est en rond. Les oreilles sont représentées et le menton est symbolisé par un rond. Le tronc est représenté mais attaché directement à la tête, sans cou. Les membres inférieurs sont présents ainsi que les pieds. Les membres supérieurs semblent avoir été occultés sur ses trois dessins⁶. Les résultats du dessin du bonhomme d'Andy sont en décalage avec ceux requis pour son âge.

L'épreuve des somatognosies révèle un décalage avec les résultats attendus pour son âge : Andy connaît les grandes parties du corps mais se retrouve en échec lors de demandes plus précises (sourcils, chevilles, mollets, etc), en lien avec un vocabulaire assez pauvre.

L'image du corps semble fragile, Andy peut dire que son corps «n'est pas solide».

- Espace & Temps :

Andy connaît les repères spatiaux en accord avec ceux requis pour son âge. Il sait nommer la droite et la gauche sur lui mais ne parvient pas à les décrire sur un référentiel exocentré, en lien avec la non-intégration de la réversibilité. Cette dernière s'acquière aux alentours de huit ans, Andy est probablement dans une période d'acquisition de la réversibilité. Il investit aisément l'espace de la salle, non sans quelques débordements corporels. Au niveau des coordinations oculo-manuelles, Andy est en difficulté lorsqu'il s'agit de s'organiser spatialement pour suivre du doigt un chemin dessiné sur une feuille.

Concernant les repères temporels : les jours de la semaine ainsi que les mois de l'année sont cités à peu près dans le bon ordre, mais Andy nécessite un étayage verbal de l'adulte important. La perception temporelle est compliquée : les notions comme hier/aujourd'hui sont confuses.

⁶ Cf. *infra*, Annexe n°1, p.1

Lors de la troisième et dernière séance de bilan, un évènement survient. Pour terminer la séance sur un moment plus calme, nous proposons à Andy de choisir un jeu de société ; il choisit le «Uno». Face à son échec, il se met violemment en colère et dit qu'il «ne veut pas perdre». La psychomotricienne lui explique donc calmement que la victoire n'est pas toujours possible et lui propose une autre partie. Andy ne peut rien entendre et sort de la salle de psychomotricité en courant et en nous injuriant. Plusieurs minutes passent et nous laissons entendre à Andy que nous l'attendons dans la salle de psychomotricité. Tel un passage à l'acte, de l'extérieur, Andy frappe violemment la porte fenêtre de la salle derrière laquelle nous sommes installées, et brise la baie vitrée, se blessant à la main.

Andy s'empresse de venir nous voir et nie immédiatement son geste, se centrant sur sa blessure : il recherche le soin et la réassurance. J'ai l'impression, à ce moment-là, que la culpabilité l'envahit et qu'il utilise le déni de son acte comme un processus d'évitement. Cependant, malgré sa coupure à la main, il peut dire «même pas mal !» Il semble exister une anesthésie des perceptions chez Andy. J'irai même jusqu'à parler d'anesthésie des affects.

Sur le trajet de retour sur le groupe éducatif, Andy est penaud mais se vante de son agissement devant les autres enfants. Sur un ton calme et bienveillant, la psychomotricienne explique à Andy que nous sommes là pour l'accompagner, dans les moments de joie, de colère ou de tristesse et qu'elle n'établira pas de punition suite à cet incident, comme peut le faire le personnel éducatif. Andy peut alors nous regarder droit dans les yeux en disant : «Je ne veux pas qu'on prenne soin de moi.»

C'est la troisième fois que je rencontre cet enfant et il me laisse interloquée : la relation duelle avec l'adulte semble tellement nécessaire pour lui mais aussi tellement insupportable. Son intolérance à la frustration l'aurait-il poussé à agir de façon pulsionnelle et instinctive ? Le défaut de contenance corporelle, de fonction pare-excitative⁷ et la fragilité de l'image du corps seraient-ils à l'origine de son intolérance à la frustration et de ses débordements émotionnels ? Comment un si petit être peut-il contenir une telle violence en lui ?

Cet incident me laisse également penser qu'Andy, à ce moment-là, teste le lien thérapeutique avec la psychomotricienne ; ceci dans le but d'être acteur de la situation de séparation que provoque cet incident, et non la victime de celle-ci, le renvoyant à la séparation d'avec sa maman. Je fais l'hypothèse qu'Andy anticipe, consciemment ou non, une situation pouvant le déborder affectivement.

⁷ Cf. *infra*, p.55-56.

1.3 Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Andy est un petit garçon qui présente des capacités psychomotrices entravées par une agitation psychomotrice importante, laissant transparaître une gestualité peu harmonieuse. L'investissement de son corps s'est probablement fait dans l'impulsivité et sur fond d'hypertonie, engendrant des troubles tonico-émotionnels et ceci, probablement en lien avec un vécu carenciel précoce. Un manque de repères au niveau de son schéma corporel est à noter, ainsi qu'une image du corps qui reste fragile, sûrement associé à une enveloppe et une contenance corporelle défaillante. L'accès à la temporalité est également impacté, associé à un manque de repères temporo-spatiaux stables.

Les capacités d'attention et de concentration d'Andy sont faibles et nécessitent un étayage verbal et corporel permanent de l'adulte.

Une certaine ambivalence réside dans sa façon d'être en relation avec l'autre : le lien duel est en même temps indispensable et insupportable, ce qui se traduit par des moments de grande désorganisation tonico-émotionnelle.

Un travail en psychomotricité est nécessaire afin d'offrir à Andy une meilleure conscience de soi, ce qui lui permettrait d'élaborer un schéma corporel stable et des limites corporelles contenantantes, qui lui permettront d'harmoniser ses capacités psychomotrices globales.

Une prise en charge groupale est pensée pour Andy, ainsi que pour trois autres enfants. En effet, le cadre institutionnel ne permet pas à la psychomotricienne de l'ITEP d'offrir à Andy une prise en charge psychomotrice individuelle, bien qu'étant plus adaptée à sa problématique. Une prise en charge autour de la motricité fine est proposée afin d'organiser au mieux son geste et afin de développer son toucher à travers un panel de stimulations sensorielles. Le groupe thérapeutique constituera une base sécurisée permettant à Andy de prendre confiance en soi, par le biais d'interactions relationnelles riches. Le projet thérapeutique se nomme : «Dix doigts». Le groupe est constitué de quatre enfants, dont Andy, et trois adultes dont la psychomotricienne, une éducatrice spécialisée et moi-même. Il a lieu sur le groupe éducatif, dans la salle de l'éducatrice spécialisée. Une grande affiche est créée et positionnée sur la porte de la salle, mentionnant le nom du projet ainsi que la plage horaire, afin de limiter les éventuelles intrusions des enfants et du personnel éducatif, et de ce fait, préserver un cadre groupal stable. Le groupe thérapeutique a lieu tous les jeudis, juste après la récréation, de onze heures à midi.

Malheureusement, l'année est rythmée par nombres d'interruptions de la prise en charge, notamment par des absences répétées de l'éducatrice spécialisée. La décision est prise de

maintenir le groupe, même lorsque celle-ci est absente. Le cadre n'est indéniablement pas le même et nous nous retrouvons confrontées, avec la psychomotricienne, à des situations débordantes. Ces modifications semblent désorganiser les enfants, ne pouvant plus compter sur le cadre thérapeutique leur étant offert. Je choisis de décrire ici quelques séances qui m'ont paru importantes, afin de cerner la problématique de cet enfant.

1.4 Description et évolution des séances

Lors de la première séance, début novembre 2015, nous prenons la décision de réaliser uniquement la présentation du projet aux enfants. Le cadre temporo-spatial est posé : le groupe n'aura pas lieu pendant les vacances.

Andy n'est pas enthousiaste à l'idée de débiter les séances : il peut dire que «ça ne sert à rien» et que «de toute façon, les doigts on ne s'en sert pas.» Je fais le lien avec le bonhomme qu'il a dessiné durant le bilan psychomoteur : il n'avait pas de bras et donc pas de doigts. Y-aurait-il une raison pour que cet enfant n'investisse pas ou peu, consciemment ou non, cette partie si importante de son corps ? Une certaine tension interne est palpable chez lui et j'observe un rejet total de la proposition.

La séance suivante, Andy m'accueille d'une étreinte gratifiante, il semble apprécier ma présence sur le groupe. Les enfants fabriquent du plâtre et sont invités à former l'empreinte de leur main à l'aide de cette matière. Souriant, Andy me sollicite pour m'asseoir près de lui.

Lors du mélange des ingrédients nécessaires à la fabrication, Andy prend beaucoup de plaisir à plonger ses mains dans le plâtre. Il observe avec attention ce qu'il se passe, et explore comme un tout petit. L'excitation semble parfois le déborder, des mimiques peuvent apparaître sur son visage.

Afin de réaliser son empreinte, Andy me demande de l'aide. Seul, il ne parvient pas à laisser sa main dans le plâtre assez longtemps pour que celui-ci imprime son empreinte. Je lui propose de poser ma main par-dessus la sienne afin de l'accompagner dans ce moment paraissant difficile pour lui. L'étagage corporel semble le contenir et le rassurer, il peut alors verbaliser de manière très adaptée les sensations que lui procure cette expérience : «c'est froid», «c'est gluant», «ça fait bizarre sur les mains.» Le besoin de contenance corporelle est ici indiscutable. Je suppose qu'Andy a manqué de contenance durant sa petite-enfance. Lors des situations de frustration auxquelles doit faire face le bébé, l'adéquation de la réponse maternelle est garante de la sécurité interne qui doit s'établir chez l'enfant. Peut-être qu'Andy a été confronté à des situations de détresse, de solitude et d'incompréhension, face à la non appréhension de ses

besoins primaires, ce qui a pu engendrer une grande insécurité à la fois sur le plan psychique et corporel. De ce fait, aujourd'hui, il est nécessaire pour Andy de trouver dans son environnement des personnes l'aidant à surpasser les moments difficiles. C'est ce que j'essaie de faire à ce moment-là, en lui proposant une posture rassurante et contenant, qui semble le renforcer dans son sentiment de sécurité interne.

Cependant, Andy paraît perturbé par les traces que le plâtre laisse sur sa main, et s'empresse de rejoindre la salle de bain pour se débarrasser de tout ça. Ses limites corporelles semblent mal intégrées.

Andy se montre impliqué dans l'activité proposée et peut même se projeter à la séance suivante en demandant s'il pourra peindre et décorer ses mains en plâtre.

Pour la réalisation de l'empreinte de l'autre main, je laisse Andy faire seul et vais rejoindre un autre enfant du groupe. Je l'observe alors frapper violemment le plâtre et je réalise à quel point son corps est dur et traversé par une tension interne inestimable. A ce moment-là, il peut dire un nombre incalculable d'injures en s'adressant au plâtre. Son seuil d'attention et de concentration semble être dépassé : Andy se désorganise corporellement et émotionnellement, devient agressif. Est-ce mon départ vers un autre enfant, qui a pu provoquer cette situation ?

La contenance que j'ai pu lui apporter en l'accompagnant corporellement et verbalement pour la réalisation de la première empreinte en plâtre se rapproche d'une position «maternante» de ma part. Le fait que je le laisse seul pour réaliser la deuxième empreinte, a pu provoquer en lui un sentiment d'abandon, engendrant une agressivité latente à mon égard. Il me semble qu'Andy projette sur l'environnement (ici, l'empreinte en plâtre) une hostilité, qu'il ne peut pas diriger vers l'objet véritable de sa souffrance, à savoir l'image maternelle. Le flot incessant d'injures verbalisées par Andy à l'égard du plâtre, m'est peut-être destiné, et je représente à ce moment-même le mauvais objet, source de ses souffrances.

Lors des séances suivantes, il est proposé aux enfants de décorer les empreintes de leurs mains en plâtre, qu'ils ont réalisées précédemment. Andy se montre ingénieux et créatif : il se propose de peindre sa main et de l'arborer avec différentes décorations telles que des paillettes. Il prend plaisir et investit ces séances. La peinture à doigts est proposée aux enfants : Andy s'empresse d'ouvrir rapidement les pots de peinture et d'y plonger généreusement les mains. Il prend le temps d'observer les traces que la peinture laisse sur ses doigts et après quelques minutes, se dirige dans la salle de bain en courant pour se laver les mains, comme si le temps était compté pour que ses mains redeviennent propres. Les séances sont sans cesse interrompues par les allers-retours d'Andy vers le lavabo, malgré les remarques de l'éducatrice et de la psychomotricienne qui reposent les limites du cadre. Andy ne semble pas s'en saisir et semble

à la fois déborder par le besoin d'aller se laver les mains, et par la satisfaction qu'il prend à provoquer l'adulte.

Plusieurs hypothèses prennent sens selon moi. La première est qu'Andy ne supporte pas ou peu la présence de la peinture sur ses mains, comme si cette dernière était source d'angoisse, ou le menaçait d'intrusion. Andy ressent alors le besoin de vérifier si la peinture s'en va vraiment, ou si elle reste sur sa peau. Ces expériences me laissent penser que les limites corporelles d'Andy sont floues, perméables, et sujettes aux agressions extérieures. Je mets ceci en lien avec la possibilité d'une défaillance du *holding*⁸, pendant les premières interactions entre Andy et sa maman. Un défaut de contenance a pu aboutir à l'établissement de limites corporelles mal délimitées laissant Andy face à une angoisse corporelle.

Ma deuxième hypothèse concerne le cadre thérapeutique. Andy, à ce moment-là, teste peut-être la solidité du cadre et met le lien thérapeutique à mal, pour «voir» si nous allons résister et continuer la prise en charge. Peut-être qu'Andy anticipe la séparation en sortant de la salle, comme s'il voulait se protéger d'un nouvel abandon présumé.

Les séances suivantes, nous disposons de grandes feuilles de papiers sur les murs de la salle de groupe. Sur celles-ci, des chemins sont tracés au feutre. Il est proposé aux enfants de remplir le chemin avec de la peinture à doigts. Andy s'intéresse à cette proposition et peut rester attentif malgré son agitation. Il ouvre tous les pots de peinture en même temps, avec une grande excitation, des yeux grands ouverts, comme s'il venait de découvrir la peinture. Il procède de façon désorganisée, en commençant le chemin par tous les bouts. Il se met de la peinture partout sur les doigts et les montre à tout le monde dans la salle : cette situation provoque le rire. Puis, il porte sa main à la bouche et goûte la peinture. Le besoin de porter à la bouche renvoie à un moment de régression, au cours duquel il prend plaisir. Ce plaisir est partagé avec le groupe, c'est une situation relationnelle riche en interactions groupales.

La psychomotricienne et moi l'accompagnons dans ce moment, en lui prêtant un étayage verbal, nous essayons de saisir ses ressentis en lui posant des questions quant au goût de la peinture, etc. Pendant les premiers mois du développement de l'enfant, la zone orale représente le premier lieu d'exploration de l'environnement. Grâce à la posture, aux paroles et aux gestes rassurants de l'adulte à ses côtés, l'enfant intègre les informations sensorielles à disposition. Peut-être qu'Andy n'a pas bénéficié d'une présence contenant, l'accompagnant dans ses explorations de tout-petit. Ce moment de régression illustre sûrement le besoin de repasser par cette étape, nécessaire au développement harmonieux de l'enfant.

⁸ Cf. *infra*, p.50.

Plusieurs semaines se sont écoulées, sans que les enfants du groupe thérapeutique ne puissent bénéficier du cadre leur étant offert, suite à des circonstances d'absentéisme du personnel éducatif. Pendant l'absence de l'éducatrice spécialisée, les séances ont quand même lieu. Cependant, le fil conducteur thérapeutique est décousu, les enfants semblent ressentir la perte d'un repère fiable et stable : celui du cadre éducatif porteur de lois. Nous essayons, tant bien que mal, la psychomotricienne et moi, de mener à bien les séances «dix doigts». Cependant, Andy est le premier à plonger dans la faille qui perce le groupe. Il semble sans cesse tester la solidité du cadre, en l'absence de la figure d'autorité que représente l'éducatrice. Les séances sont mises à mal, en particulier par Andy. Il se désorganise rapidement, est dans le refus de façon permanente, fait face à de nombreux accès de violence envers les objets et envers l'adulte. J'observe une labilité émotionnelle très importante, en l'espace d'une séance de quarante-cinq minutes. Je fais l'hypothèse à ce moment-là, de l'impossibilité qu'à Andy à se saisir du cadre thérapeutique modifié. La modification du cadre suscite en lui la perte d'un repère stable, établi auparavant. Je n'ai aucun mal à comprendre la réaction d'Andy. En fait, je m'y attendais grandement. Mettre cet enfant face à une nouvelle perte de repère, ne fait que réactiver l'immense perte affective vécue antérieurement, lors de la séparation avec sa mère.

Aussi, dans ce cadre triangulaire offert par la co-thérapie, il est possible qu'Andy assimile l'absence de l'éducatrice à l'absence d'une figure paternelle, souvent porteuse de lois ?

Ces situations entraînent de nombreux débordements que nous avons du mal à gérer avec la psychomotricienne. Lors d'une de ces séances, Andy ne souhaite pas participer au groupe, il fuit le groupe éducatif et sort dans le parc extérieur de l'ITEP. Je décide d'aller à sa rencontre, et de le convaincre de venir partager ce moment avec nous. Impossible de le trouver, je passe plusieurs minutes à le chercher. Lorsque je retourne dans la salle de groupe, Andy peut me dire qu'il a fait exprès de partir, «je voulais que tu me cherches» dit-il. Je pense qu'à ce moment, Andy souhaite vérifier ma fiabilité. «Est-ce que quelqu'un s'apercevra que je ne suis pas là, quelqu'un va-t-il venir me chercher ?» D'ailleurs, lors de la séance suivante, Andy peut me sauter dans les bras et me chuchoter à l'oreille : «T'as vu, je me suis pas enfuis aujourd'hui, je suis là !». Andy semble de plus en plus investir notre relation, de façon adaptée. Les éducateurs du groupe me font part des demandes d'Andy à mon égard. Ces demandes me renvoient directement, à la quête affective manifestée par les enfants carencés et placés. Aussi, un jour, à la fin d'une séance et lorsque j'ai le dos tourné, l'éducatrice me fait part de la disparition de mon manteau. Je sors la tête dans le couloir, et aperçoit Andy recouvert de mon manteau sur ses épaules, l'arborant fièrement devant ses copains. J'y vois ici, une tentative d'agrippement, comme si Andy souhaitait se constituer une enveloppe. Je fais le lien avec la façon particulière qu'ont les enfants de l'ITEP d'entrer en relation avec autrui. Souvent, Andy et les autres enfants

se collent à l'adulte, comme s'ils souhaitaient avoir le maximum de surface corporelle en contact avec celle de l'autre. Je pense aux notions d'enveloppe, et à l'importance de la peau, que j'aborderai plus tard⁹.

Plus tard dans l'année, de la terre d'argile est proposée aux enfants du groupe. C'est la fin de la récréation et Andy est le premier à revenir sur le groupe éducatif. Lorsqu'Andy passe dans le couloir, il me voit avec le pot d'argile dans les mains. Il me questionne sur la séance «dix-doigts», à laquelle il a l'air pressé de participer. Je lui explique qu'aujourd'hui, nous allons toucher de la terre d'argile et je lui demande s'il connaît. Andy peut dire qu'il «adore ça», que «ça va être trop bien, on va s'en mettre plein les mains de la terre !».

Lorsque la séance débute, Andy touche d'abord la matière de la terre, de façon précautionneuse pour la découvrir. Les autres enfants désirent utiliser des emporte-pièces pour modeler des cœurs, des étoiles, etc. Andy lui, semble s'émerveiller devant la couleur que la terre laisse sur ses mains, il les observe attentivement. Puis, d'une seconde à l'autre, il tape violemment sur sa production avec ses mains, ses coudes, ses bras et observent chaque trace que laisse cette matière sur sa peau. J'ai l'impression qu'il veut s'en mettre sur chaque partie de son corps pour la recouvrir. Paradoxalement, Andy porte un petit tablier pour éviter de salir sa tenue : «sinon tata ne vas pas être contente». Il semble prendre plaisir à cette proposition mais paraît réguler ses débordements, préoccupé par la réaction que pourrait-avoir son assistante familiale si ses habits sont sales. Petit à petit, Andy voit les autres enfants du groupe «produire» quelque chose. Il décide alors d'utiliser les emporte-pièces à disposition. Le voyant dans l'imitation des autres enfants, je lui dis que le but de la séance n'est pas obligatoirement de produire quelque chose de représentatif, mais de découvrir la terre à disposition et d'en faire ce qu'il veut. Je m'installe d'ailleurs à côté de lui et manipule la matière. Soudain, Andy semble être traversé par une cascade d'émotions différentes : il regarde sa terre avec rage et tape dessus brutalement, parfois il ferme les yeux et continue. J'ai l'impression qu'il ne me voit plus, pourtant ma chaise est collée à la sienne ; qu'il ne voit plus le reste du groupe. Quelques minutes après, je perçois des larmes dans les yeux d'Andy ; la colère, la tristesse, la rage et la pulsion semblent le traverser de toute part, dans tout le corps. Il s'en va en courant et quitte la salle malgré ma tentative d'étayage. Beaucoup de choses semblent prendre sens pour Andy face à ce médiateur. L'aspect archaïque de la terre, a-t-elle pu faire remonter en lui des angoisses primitives ? Ou, est-ce son incapacité à représenter quelque chose, qui le fait prendre conscience de ses difficultés ?

⁹ Cf. *infra*, p.55.

1.5 Conclusion sur l'évolution d'Andy

Lorsque je rencontre Andy, il est fortement agité, voire «éclaté» corporellement. Grâce au groupe «dix doigts», première prise en charge thérapeutique dont il bénéficie, Andy se saisit énormément du cadre lui étant offert. Il parvient au lâcher-prise dans les activités proposées, et cela à travers des moments de régressions intenses. Les expériences sensori-motrices semblent prendre sens pour lui, mais provoquent encore de grands moments de désorganisation tonico-émotionnelle. Ses capacités d'attention ont, dans l'ensemble, plutôt bien évolué mais Andy nécessite tout de même un étayage corporel et verbal permanent. Aussi et surtout, il teste sans cesse la solidité des liens qu'il tisse avec l'autre, en bafouant les limites établies, pour vérifier la fiabilité des adultes l'entourant, sûrement en lien avec une angoisse d'abandon persistante. L'intolérance à la frustration est toujours présente. Tout au long de l'année, Andy recherche de façon récurrente le contact avec l'adulte à travers le portage et la contenance, son image du corps est fragilisée. Les repères temporo-spatiaux, quant à eux, demeurent fragiles.

2. TITOUAN

2.1 Anamnèse

Titouan est un petit garçon né le 24/08/2011. Je n'ai à ma disposition aucune information concernant le déroulement de la grossesse. Les éléments du développement psychomoteur relatés par le pédiatre qui suit Titouan sont les suivants : il tient assis seul à l'âge de un an et deux mois, il marche à quatre pattes à l'âge de un an et cinq mois puis marche seul vers deux ans et trois mois ; ce qui révèle un décalage important avec les résultats attendus pour son âge : il y a un retard global du développement psychomoteur.

La maman de Titouan est agent de service ; elle possède l'autorité parentale exclusive. L'identité du papa est inconnue.

Titouan a un frère aîné âgé de dix-neuf ans. Ce dernier est scolarisé au sein d'un Établissement Régional d'Enseignement Adapté (EREA), et est suivi par une équipe éducative.

- *Origine du placement*

Durant les premiers mois de vie de Titouan, lui et sa maman se rendent au sein d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ce service relate plusieurs éléments préoccupants les concernant. L'équipe de la PMI formule des inquiétudes quant à la qualité du développement psychomoteur, médical et affectif de Titouan et juge que son environnement est inadapté à ses besoins. La maman rencontre des difficultés dans la prise en charge quotidienne de son enfant ; elle ne semble pas être dans l'appréhension des besoins primaires de Titouan et ce, malgré l'étayage des professionnels de santé qui l'entoure. Une visite du logement de la maman est organisée : il s'avère qu'elle vit chez son père. Dans cet appartement insalubre, Titouan ne possède pas de chambre : son lit se trouve dans un couloir, obstruant une porte qui mène à un débarras et aux poubelles.

Un signalement judiciaire est réalisé au Parquet des Mineurs, ainsi qu'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

D'après les représentants de l'ASE, la maman semble fragile et influençable par son père.

Suite à cela, Titouan est accueilli au sein d'une pouponnière au mois de janvier 2012 pendant environ deux années entières : il vient d'avoir six mois.

- *Placement en pouponnière*

Le diagnostic d'un retard global du développement psychomoteur est posé lors de l'arrivée Titouan au sein de l'établissement.

Deux mois après son accueil à la pouponnière, Titouan alors âgé de huit mois, est hospitalisé pour une infection pulmonaire majeure. Au vu de la dégradation de son état général, une sonde alimentaire nasogastrique¹⁰ est administrée à Titouan, afin d'assurer une alimentation et une hydratation régulière. D'après l'équipe médicale présente à son chevet, Titouan semble se laisser aller et ne pas se battre. Il restera hospitalisé au sein de l'hôpital pendant trois semaines. Je fais le lien ici, avec le concept d'*hospitalisme* de Spitz, dont je vous parlerai dans la partie théorique de ce mémoire¹¹.

Titouan ressort très affaibli de cette hospitalisation et perd toutes les acquisitions obtenues depuis son accueil à la pouponnière. Il est en totale régression. Dans la relation avec les professionnels de santé, Titouan est passif et s'exprime par des gémissements plaintifs. Il ne

¹⁰ Ce terme désigne l'introduction d'une sonde dans l'estomac par voie nasale (sondage nasogastrique) pour en évacuer son contenu ou pour administrer des produits directement dans l'estomac.

¹¹ Cf. *infra*, p.59-60.

réclame pas le biberon et lorsqu'il accepte de se nourrir, il s'abandonne dans les bras de la puéricultrice. Titouan ne pleure jamais, se fait oublier. Cependant, il semble être sensible à la présence de l'adulte.

A la pouponnière, Titouan bénéficie d'une prise en charge en kinésithérapie respiratoire ainsi qu'en psychomotricité, deux fois par semaine. Titouan développe ses capacités musculaires et réagit aux différentes manipulations de son corps au lieu de subir. Il prend petit à petit conscience de son corps et évolue dans son développement psychomoteur. Titouan est davantage dans l'échange et la relation avec l'adulte mais semble vite s'absenter.

Au sein de l'établissement, Titouan rencontre sa maman lors de visites médiatisées deux heures par semaine. Titouan est alors accompagné par sa référente Éducatrice de Jeunes Enfants (EJE). La maman de Titouan ne semble pas vouloir élargir la plage horaire de la visite médiatisée, mais cependant, elle vient toujours à l'heure. Durant les visites, il n'y a aucune interaction visuelle ni corporelle entre la maman et son fils : Titouan se montre passif. Il semble entrer en relation davantage avec sa référente qu'avec sa maman. La juste distance interactionnelle entre elle et Titouan semble compliquée : tantôt elle se situe dans une hyperstimulation en se comportant de façon intrusive avec Titouan, tantôt le vide se fait ressentir et l'hypostimulation prend place. Pourtant, la maman de Titouan paraît attentive aux conseils de l'équipe de la pouponnière.

Après plus de deux années passées au sein de la pouponnière, son dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) se concrétise : une orientation en Placement Familial Spécialisé (PFS) est statuée, le 10/05/2014. Titouan intègre sa famille d'accueil actuelle le 27/05/2014.

Actuellement, des visites médiatisées sont organisées avec la maman de Titouan, ainsi qu'avec son éducatrice référente. Durant l'année 2015, cinq visites médiatisées ont eu lieu.

- *Antécédents médicaux*

Pendant les premiers mois de sa vie, Titouan est suivi de près par son pédiatre. En effet, ce dernier observe un retard de croissance qu'il met en lien avec un arrêt trop précoce de l'alimentation au lait maternel.

De plus, une hypotonie¹² importante est relatée au niveau de la colonne vertébrale ainsi qu'au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Le pédiatre entreprend un bilan neurologique

¹² Ce terme désigne une diminution du tonus musculaire.

afin d'écarter toute pathologie cérébrale. Cependant, après diagnostic, cette hypothèse est réfutée.

Plus tard, le pédiatre envisage l'existence d'une pathologie endocrinienne¹³. En effet, un décalage important entre son âge osseux et son âge réel est observé : à l'âge de dix mois, Titouan à l'âge osseux d'un enfant de quatre mois.

D'autre part, Titouan est suivi dans un autre centre hospitalier car il présente un asthme¹⁴ sévère provoquant des difficultés respiratoires et un essoufflement à l'effort récurrent.

Titouan est atteint d'une dysmorphie faciale¹⁵ depuis la naissance, se caractérisant par une déformation de la boîte crânienne, de la mâchoire et une asymétrie générale du visage.

- *Autres prises en charge actuelles*

Titouan se rend au sein d'une halte-garderie deux après-midi par semaine, depuis le mois de Septembre 2014, dans le but d'objectiver un travail de socialisation, sur les conseils de l'assistante sociale.

D'autre part, Titouan va à l'école à raison de cinq matinées pleines par semaine. Devant les difficultés qu'il présente, une demande de présence d'Assistante de Vie Scolaire (AVS) est en cours. Titouan semble heureux de se rendre à l'école tous les matins. Il est très investi par sa maîtresse et réussi à tisser des liens avec ses camarades de classe. Il joue seul et en groupe. Le début de la scolarité serait excellent, d'après son éducatrice référente.

Titouan bénéficie également d'une prise en charge en orthophonie, une fois par semaine.

2.2 Bilan psychomoteur

Je retransmets ici, le bilan psychomoteur de Titouan, réalisé par la psychomotricienne, au sein du Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) :

Le bilan psychomoteur est réalisé sur deux séances de quarante-cinq minutes, au mois de Juillet 2014, Titouan est alors âgé de deux ans et onze mois. Titouan est un petit garçon souriant, le visage expressif. Il présente un retard staturo-pondéral, et une difficulté

¹³ Ce terme désigne une maladie touchant la régulation métabolique physiologique du corps humain.

¹⁴ Ce terme désigne un trouble respiratoire chronique caractérisé par une constriction des voies respiratoires, entraînant des difficultés à respirer.

¹⁵ Ce terme désigne une anomalie de la forme du visage.

respiratoire. Titouan n'a pas acquis la propreté diurne et nocturne. Il s'habille avec étayage de l'adulte.

Lors du bilan, Titouan est perméable à ce qu'il se passe à l'extérieur de la salle, particulièrement sensible aux sons comme s'il était en hypervigilance. Le moment de quitter la salle est difficile pour Titouan qui est alors dans une opposition passive.

Il investit très vite la relation par le langage et la communication non verbale. Il ne montre pas d'appréhension au toucher, au contraire, il se montre en recherche de contact tactile avec l'adulte. Le regard est utilisé pour interagir avec l'autre. Il fait des phrases courtes. Il nomme des objets, fait des demandes à l'adulte. Il n'utilise pas encore le «je». Parfois, le langage semble plaqué à celui de l'adulte.

Il sollicite l'adulte dans ses jeux et à besoin de son regard pour faire. Il est difficile pour lui de jouer seul. Il est attentif à ce qui lui est proposé, et réagit à l'appel de son prénom. Cependant, devant un grand nombre de stimulations, Titouan peut ne pas répondre immédiatement mais au bout de plusieurs sollicitations. De plus, Titouan peut s'affirmer et dire «non». Il investit et découvre spontanément tout l'espace de la salle. Il peut rester fixer sur un jouet notamment les petites voitures, dans une attitude répétitive, en l'absence de sollicitations de l'adulte.

Sur le plan de la motricité, Titouan marche de façon aisée. Il court avec encore des difficultés d'adaptation posturale et des troubles de l'équilibre. L'ancrage au sol est faible et le polygone de sustentation est élargi. Au niveau tonique, l'axe corporel est tonique mais la périphérie du corps reste hypotonique et désorganisée. Les sauts à pieds joints sont relativement instables. Les escaliers ne sont pas montés et descendus en alternance seul, mais avec appuis et petite marche, cela est possible. Il shoote dans un ballon du pied droit, de façon dirigée.

Sur le plan de la préhension fine, Titouan utilise la pince pouce index pour attraper des objets de petite taille. Il peut réaliser des encastresments par essais-erreurs. Au niveau graphique, Titouan fait des gribouillages circulaires mais peut aussi imiter un trait sans orientation particulière. Il ne tient pas encore sa feuille de l'autre main. La coordination oculo-manuelle n'est pas précise.

Titouan n'a pas acquis tous les repères spatiaux correspondant à son âge ; il a besoin d'étayage pour situer un objet dans l'espace. La permanence de l'objet est acquise.

Titouan peut montrer les parties principales du corps voir certaines plus précises comme l'épaule ou le genou. Il ne connaît pas les couleurs, sait compter jusqu'à 3 et nomme une dizaine d'objets et d'images.

2.3 Conclusion du bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Titouan est un petit garçon souriant, dans l'interaction verbale et non verbale. Il a besoin du regard de l'adulte pour faire. Il présente un retard global de développement psychomoteur, plus important sur le plan tonico-postural et de la motricité globale. Il est dans le jeu sensori-moteur. Les repères spatiaux ne sont pas acquis. L'investissement spatial est spontané. Titouan est un garçon curieux, pouvant s'appuyer sur de bonnes capacités de mémorisation pour se repérer.

Une prise en charge en psychomotricité est mise en place à raison d'une fois par semaine, dans le but de favoriser une stimulation du développement psychomoteur dans sa globalité.

2.4 Description et évolution des séances

Je rencontre Titouan au mois de Novembre 2015. Lors de notre première rencontre, j'explique à Titouan ma position de stagiaire et le fait que je serai en séance de psychomotricité avec lui pendant toute l'année. Il semble heureux de rencontrer une nouvelle personne. Il glisse alors dans l'oreille de la psychomotricienne le prénom de l'ancienne stagiaire : il identifie tout de suite ma place.

Il s'approche de moi sans aucune timidité et entre dans la salle de psychomotricité lorsque nous l'y invitons. Aucun «au revoir» à son assistante familiale, Titouan file dans la salle en courant. Il ne semble pas montrer de signes d'inquiétude lors de la séparation avec Mme T. : cela m'interpelle. Les enfants présentent généralement une phase de retrait devant une personne étrangère, ce qui n'est pas le cas de Titouan.

Titouan semble être bien repéré dans sa famille d'accueil et paraît entretenir de bonnes relations avec les enfants de Mme T., ainsi qu'avec son petit fils âgé d'un an. Mme T. nous fait part des potentialités et des difficultés de Titouan dans la vie quotidienne, ce qui nous aide parfois à faire des liens avec sa prise en charge en psychomotricité, notamment autour de la propreté qui semble compliquée.

La façon dont Titouan investit son corps me questionne, il semble maladroit, et réfugié dans un corps trop petit pour lui. Titouan est âgé de presque cinq ans, et pourtant en face de moi, se tient un petit garçon chétif à qui je donnerai volontiers à peine trois ans. Son regard papillonne et ses pensées semblent éparpillées. Son corps semble empreint d'une bizarrerie, avec un équilibre encore précaire et un strabisme important. Ce petit garçon paraît sage et calme, comme si rien ne devait déborder : il semble tout contenir dans ce si petit corps. C'est suite à

ces questionnements que je prends la décision de m'intéresser à l'histoire de Titouan, et de mener les séances de psychomotricité avec lui.

Durant l'année, de novembre à avril, la prise en charge psychomotrice de Titouan a été rythmée par différents thèmes. Je décide de décrire l'évolution des séances en me fiant aux différents thèmes abordés durant l'année qui sont les jeux sensoriels, les jeux de construction, le parcours moteur et le dessin.

- *Les jeux sensoriels*

Les premières séances de psychomotricité avec Titouan sont tournées autour des jeux sensoriels, notamment les jeux d'eau et le bac à sable.

Titouan utilise le lavabo situé à l'intérieur de la salle de psychomotricité, un miroir se trouve juste au-dessus du lavabo, ce qui l'amuse beaucoup : il aime se regarder et nous cherche du regard, comme pour se rassurer. Il prend plaisir à transvaser, verser, remplir, vider l'eau dans différents contenants, comme des cubes, des assiettes et des passoire : ce sont les premiers jeux de manipulations que j'observe chez Titouan.

A ce moment-là, je pense que les premières notions d'intégration des limites s'établissent : grâce aux différents contenants, Titouan vient alors expérimenter le dedans et le dehors, le plein et le vide permettant de symboliser ces jeux de manipulations. Avec la psychomotricienne, nous pouvons mettre ces jeux en liens avec la maîtrise des sphincters : ces échanges fluides viennent peut-être symboliser les difficultés que connaît Titouan actuellement, autour de la propreté.

Pendant plusieurs séances, Titouan investit d'emblée le lavabo et peut formuler des demandes intentionnelles concernant son envie de jouer à l'eau. Généralement, la psychomotricienne et moi, nous asseyons autour de lui et instaurons des échanges interactionnels tant verbal que corporel. Seulement, Titouan peut vite s'isoler dans des jeux répétitifs et solitaires, ce qui complique l'arrêt de l'activité. Par exemple, il parle parfois seul et ne semble pas prêter attention à notre présence. Il peut dire des mots ou émettre des sons, des onomatopées, qui ne paraissent pas en adéquation avec la situation de jeu. Lors de ces moments, Titouan ne réagit même pas à l'appel de son prénom : il semble dans sa bulle. Cela s'accompagne par un regard particulier.

Titouan ne fait pas que «manipuler» les objets lorsqu'il joue à l'eau : il les anime énormément en leur attribuant une histoire. Il me semble que Titouan reproduit les situations de la vie quotidienne, les paroles de son assistante familiale, lorsqu'il fait semblant de faire la cuisine.

Son discours paraît plaqué à celui de l'adulte. Par exemple, il peut dire «C'est parti !» en allant en séance de psychomotricité, discours que tiens généralement son assistante familiale.

Après plusieurs séances, Titouan expérimente l'eau avec une autre partie de son corps : la bouche. A plusieurs reprises, il souhaite rapprocher sa bouche de l'eau qui coule du robinet, ou désire boire dans la tasse qu'il vient de remplir.

C'est à cette même période qu'il s'intéresse au trou du lavabo et au trajet de l'eau. Titouan peut alors exprimer sa peur de voir partir l'eau par le trou du lavabo, et essaye de la retenir en bouchant celui-ci avec sa main : «Mais pourquoi elle s'en va ?» peut-il dire. Je passe beaucoup de temps à lui expliquer que l'eau s'en va par le trou du lavabo, puis s'infiltré dans les tuyaux de plomberie, et lui décrit ainsi son cheminement jusqu'à l'extérieur de la salle de psychomotricité. Titouan peut alors s'adresser directement à l'eau : «Non ! Reste !» dit-il. Il reste parfois plusieurs minutes à suivre des yeux les tuyaux pour voir si l'eau s'en va. Selon moi, ce fonctionnement est empreint d'archaïsme primitif et fait référence aux orifices et aux angoisses qui peuvent y être liées. Ces potentielles angoisses exprimées me permettent de faire le lien avec la porosité apparente de l'enveloppe corporelle de Titouan. Peut-être que les interactions précoces des premiers mois n'ont pas permis à Titouan d'établir une sécurité interne efficiente. Aussi, la discontinuité des interactions corporelles a sûrement engendré la construction d'une enveloppe corporelle fragile.

De plus, lors de ces jeux sensoriels, j'ai tenté d'intégrer une certaine verbalisation des ressentis. Est-ce que l'eau, avec laquelle joue Titouan, est chaude, froide, tiède ? Titouan ne semble pas percevoir, ou intégrer les informations sensorielles tactiles qui lui parviennent. Il est dans l'impossibilité de verbaliser autour de la chaleur ou de la fraîcheur de l'eau. Je le sollicite donc souvent, en l'éclaboussant sur le nez, les joues. Je prends également un petit pinceau en lui mettant de l'eau sur le bras : aucune réaction. Il ne semble même pas sentir que je le touche. Cette situation me laisse perplexe. Nous prenons donc la décision, avec la psychomotricienne, d'en dire quelque mots à son assistante familiale. Mme T. peut nous dire qu'à la maison, Titouan ne se plaint jamais lorsque sa couche est mouillée. Il peut ainsi rester plusieurs heures sans s'en rendre compte.

Suite à ces questionnements, je décide de ramener en séance, des petits marrons. Je propose à Titouan un jeu de cache-cache qui est le suivant : il ferme les yeux pendant que je cache des petits marrons sur son corps, et il doit les retrouver. Après on inversera les rôles. Je commence par lui glisser un marron dans une de ses chaussettes. Il ouvre les yeux, me regarde quelque peu décontenancé et ne le cherche pas. Comme s'il ne sentait pas le contact du marron sur sa peau. A ce moment, je pense que Titouan est conscient de sa difficulté à retrouver cet objet. Il change de sujet, me parle d'animaux, imite les pleurs d'un bébé, traverse la salle à quatre pattes,

etc. J'ai l'impression que l'hyporéactivité est un processus inconscient mis en place par Titouan, lorsque je viens chercher le contact avec lui. *A contrario*, lorsque c'est lui qui amorce la relation, je n'observe aucune difficulté concernant son seuil de sensibilité tactile. Est-ce que mon toucher ferait intrusion dans son enveloppe psychocorporelle ? Je repense au placement en pouponnière qu'a vécu Titouan. Est-ce que le moment où je viens toucher son corps, ne le renvoie pas à l'état de passivité éprouvé lors des soins corporels subis en pouponnière ? Je pense aux manipulations itératives lors des changes, des couchers, assurés par de multiples auxiliaires de puériculture, où seul le soin matériel est de mise. Alors, quel sens prend l'hyporéactivité dans l'intégration de l'enveloppe corporelle et de l'image du corps de Titouan ? Paradoxalement, toutes les autres informations sensorielles présentes dans la salle de psychomotricité semblent le traverser de toute part : les bruits, les odeurs, etc. Notamment, il est assez fréquent d'entendre le bruit du train qui passe, l'ITEP étant proche de la voie ferrée. Lorsqu'un train passe, Titouan paraît en état de sidération, qui peut durer quelques secondes, et s'arrête alors automatiquement dans le jeu. Il peut alors demander : «C'est quoi ce bruit ?» avec une tonalité vocale empreinte de peur. Il en est de même avec le bruit du vent, les rires des enfants qui jouent à l'extérieur. C'est comme si Titouan avait peur que le bruit pénètre dans la salle. Son seuil de discrimination auditif paraît élevé : pour ma part, je dois me concentrer pour percevoir les bruits qu'il entend. J'essaye, à chaque fois de le rassurer, en réitérant le cadre de la séance, en lui disant que le bruit est à l'extérieur de la salle, que le train ne fait que passer. A ce moment-là, Titouan peut venir se blottir dans mes bras, en recherche d'enveloppement, de contenance face à cette peur. Il cherche la réassurance.

Titouan s'intéresse également au bac à sable présent dans la salle de psychomotricité. Nous nous installons généralement au sol, le bac à sable entre lui et moi. Titouan paraît perplexe lors que nous jouons au sable pour la première fois : il touche cette nouvelle matière du bout des doigts, et n'ose pas l'explorer. Il est extrêmement précautionneux. Je commence alors à faire des transvasements avec le sable en l'invitant à me rejoindre. Il passe beaucoup de temps, comme lorsqu'il joue avec l'eau, à faire des transvasements. Il utilise notamment une petite passoire de dinette : il regarde longuement le sable s'écouler à travers les trous de celle-ci. Je décide alors d'intégrer des petits marrons dans le bac à sable. Je mets un marron dans la passoire et fait remarquer à Titouan que le marron ne peut pas passer à travers les petits trous au contraire du sable, le marron lui, est trop gros. Il peut me regarder avec des yeux étonnés : le sable passe à travers mais pas les marrons. Je ne suis pas certaine que Titouan ai intégré les notions de volume : petit, grand, étroit, large, etc... Ces notions semblent ne pas prendre sens pour lui. Je me rends compte ici de l'hétérogénéité de son développement psychomoteur. Titouan semble tout à fait à l'aise et compétent dans certains domaines, et en difficulté dans

d'autres, qui requièrent pourtant une élaboration psychique moins avancée. Par exemple, la mémorisation de comptines semble être un jeu d'enfant pour Titouan, Il peut incroyablement et exactement se souvenir des paroles, même s'il ne l'a entendu qu'une seule fois, et peut la retransmettre sans difficultés. De même, il se souvient des prénoms de chaque personne qu'il croise, sans soucis.

Dans le bac à sable, j'opère des jeux de cache-cache avec Titouan. Il ferme les yeux, je cache ma main sous le sable, et il doit la trouver. Il ne paraît pas savoir que c'est bel et bien ma main qui est cachée sous le sable. Ceci fait contraste avec le bilan psychomoteur mettant en avant l'acquisition de la permanence de l'objet. Il n'ose pas enfoncer ses mains dans le bac pour chercher la mienne. Il peut dire que «ça fait peur !» Je le rassure, prend sa main et l'accompagne dans ce qui paraît être difficile pour lui. Petit à petit, il ose ! A pleine main, il cherche la mienne et la sort victorieusement du bac à sable. A travers un étayage à la fois corporel et verbal, il paraît m'accorder sa confiance. Je prends alors conscience, de l'importance du dialogue tonico-émotionnel¹⁶ dans la prise en charge psychomotrice auprès de ces enfants.

- *Les jeux de construction : puzzle, encastements, sériation*

Au fil des séances, Titouan semble avoir fait le tour du jeu sensoriel à proprement parlé. Il ne se dirige plus vers ces jeux de façon spontanée. Nous essayons, avec la psychomotricienne, de lui proposer des jeux de puzzle, d'encastements, etc.

Assise au sol, aux côtés de Titouan, je décide de lui proposer le jeu de la pyramide d'anneaux. Le but est de trier les anneaux du plus grand au plus petit, de la base de la pyramide, jusqu'à son sommet. Je lui explique le but du jeu, avec une démonstration à l'appui. Quand vient le tour de Titouan, il défait tous les anneaux, et procède par essais-erreurs afin de les remettre sur la pyramide. J'étales donc tous les anneaux au sol en lui demandant de me dire lequel est le plus grand : Titouan prend un anneau au hasard, sans regarder ce qu'il fait, et me le montre. Il ne m'en faut pas plus pour saisir que le jeu proposé de l'intéresse pas. J'insiste, et ce pendant plusieurs séances, sur des temps courts. A chaque fois, Titouan évite ma proposition et se désorganise rapidement. Il cite les couleurs des anneaux, il les compte, mais ne les met pas sur la pyramide.

Plusieurs séances plus tard, après une énième proposition, Titouan range parfaitement les anneaux sur la pyramide avec étayage verbal. Cette situation me laisse pensive. Je ne parviens pas à savoir si Titouan a pu être réellement en difficulté auparavant, ou si c'est l'activité

¹⁶ Cf. *infra*, p.53.

proposée qui ne lui plaisait pas. Je retiens une opposition passive lorsque Titouan se sent en échec ou lorsqu'il veut faire sentir qu'il ne souhaite pas faire une activité. Je pense que ces jeux cognitifs ne prennent pas de sens pour Titouan. En effet, c'est lorsque l'enfant est indépendant qu'il peut se diriger vers des jeux de cognition plus élaborés. Peut-être que Titouan subit encore et toujours des angoisses de séparation qui entravent son individuation. La perception qu'il a de lui-même en tant que sujet individualisé ne semble pas être suffisante.

- *Le parcours psychomoteur*

A partir des séances du mois de janvier, la psychomotricienne ramène de nouveaux éléments au sein de la salle de psychomotricité : des modules de motricité. C'est donc tout naturellement que nous proposons à Titouan de réaliser un parcours psychomoteur. Sont à notre disposition : un module en forme de cube, un autre formant des vagues, ainsi qu'un grand rouleau cylindre.

A ce moment-là, la psychomotricienne et moi décidons de proposer un parcours à chaque début de séance, ce que Titouan accepte avec plaisir. Un rituel est instauré : nous enlevons tous les deux nos chaussures, nous les laissons de côté, et installons le parcours.

Pour la première fois, je propose à Titouan un premier parcours, avec le cube comme point de départ, puis les vagues et enfin le rouleau représentant la fin du parcours. Au fil des séances, Titouan installe lui-même les modules, avec mon aide. Il souhaite garder le même ordre à chaque fois, ce que j'accepte : l'immutabilité des objets semble être une chose rassurante. Lors des premières années de sa vie, Titouan n'a pas du acquérir de repères temporeux-spatiaux environnementaux et affectifs assez stables pour se sentir en sécurité, étape pourtant nécessaire à la construction d'un sentiment de sûreté interne. L'immutabilité des objets est donc sûrement un moyen de réassurance. Je laisse Titouan libre d'effectuer le parcours selon les modalités qu'il choisit : il monte debout sur le cube, saute et danse dessus, marche à quatre pattes sur les vagues et parfois se met debout, puis roule sur le ventre sur le rouleau.

Lors des premiers parcours, Titouan souhaite d'abord que je le réalise une première fois «pour voir», ce que je fais. Il m'observe attentivement, puis vient son tour. Titouan se débrouille tant bien que mal pour escalader le cube, il a des difficultés à s'organiser et ne semble pas posséder la force nécessaire pour repousser le sol avec ses pieds, ce que je mets en lien avec son hypotonie apparente. A chaque fois qu'il saute, l'hypotonie prédomine, c'est comme si ses jambes n'étaient pas assez solides pour le maintenir. D'ailleurs, il s'écroule souvent au sol. Sa régulation tonique lui fait défaut et provoque un manque d'aisance au niveau de la motricité globale et de ce fait, Titouan ne maîtrise pas bien son corps. C'est comme si ses appuis corporels

étaient empreints d'insécurité, ce qui ne lui permet pas de repousser le sol et de se tenir debout correctement. Titouan est un petit garçon qui a souffert de grandes carences dans sa petite-enfance, il n'a sûrement pas pu bénéficier d'un ajustement tonique adéquat et d'un bon maintien. Alors, je peux supposer que Titouan n'a pas pu intégrer des limites psychocorporelles fiables et n'a pas pu sentir la solidité de son axe corporel à travers un portage maternel sécurisant, ce qui impact désormais sur son aisance et sa maîtrise corporelle.

Une fois debout sur le cube, il se met à sauter, à danser, tout en me tenant la main. Je lâche doucement sa main et lui propose de tourner sur lui-même. Impossible pour Titouan de tourner, «j'ai peur de tomber» me dit-il. Je lui prends la main, et tourne avec lui, en le rassurant : pas de risque qu'il tombe, je lui dis que ses jambes sont très solides et que je le sens capable de le faire tout seul. Pendant plusieurs séances, je ne cesse d'étayer Titouan, tant au niveau corporel que verbal : je lui montre comment je fais, je le fais tourner sur lui-même au sol, ce qu'il est capable de faire sans exprimer aucune peur. Au début, je lui tiens les deux mains : il peut alors tourner. Petit à petit, j'en lâche une, et c'est réussi. Puis je positionne mes bras autour de lui en formant un cercle, sans contact corporel : il parvient alors à tourner tout seul «comme un grand» dit-il, avec encore de l'appréhension. Ma présence à ses côtés est absolument nécessaire pour qu'il réussisse à tourner, comme si avec mes bras, je formais une barrière protectrice. Je sens à ce moment-là, ce besoin de contenance, juste ma présence à ses côtés suffit à le rassurer. Juste après, il peut d'ailleurs s'abandonner dans mes bras en tombant sur moi, je pense qu'il a suffisamment confiance. Cette situation me prouve une nouvelle fois le besoin de contenance, d'enveloppement dont Titouan n'a pas suffisamment bénéficié, et pourtant nécessaire à l'établissement d'une sécurité interne propice à un engagement corporel confiant.

Lors de l'installation du parcours, Titouan manifeste à chaque fois, son envie de coller les modules les uns aux autres. Il n'est pas possible de commencer s'ils ne sont pas tous rassemblés entre eux, «sinon je vais tomber dans les trous» dit Titouan. Si, par malheur, un petit espace est perceptible entre deux modules, il s'engouffre dedans et peut dire : «Je suis coincé, je suis coincé, aide moi !» en se débattant et en feignant les pleurs d'un bébé. Il vient alors se coller contre moi pour que je le rassure. Je pense que Titouan fait face à des angoisses corporelles archaïques, telles que le morcellement : il a peur qu'une partie de son corps reste coincée dans le vide. De ce fait, cela renforce mon sentiment quant à la fragilité de son image du corps.

Généralement nous passons beaucoup de temps sur le rouleau, à la fin du parcours, Titouan aime se mettre à plat ventre dessus et avancer avec ses bras. Aussi, il peut s'asseoir dessus et fredonner la célèbre comptine «bateau sur l'eau» en se balançant. S'installe alors un rituel de fin de parcours, où je passe quelques minutes à chanter et à le bercer, comme un tout petit.

Cette proposition semble prendre beaucoup de sens pour Titouan. Parfois, lorsqu'il se met à plat ventre, je pose mes mains dans son dos. L'enveloppe sonore de nos voix lorsque nous chantons les comptines semble l'apaiser : il pose sa tête sur le rouleau, ses bras et ses jambes pendent de chaque côtés, il se laisse aller aux bercements. Aussi, en fin de séance, nous proposons souvent à Titouan de s'envelopper dans une couverture, ce qu'il adore faire. Ainsi, nous le suspendons comme dans un hamac, et le berçons doucement. Titouan semble profiter pleinement de ces moments, il paraît serein et s'apaise. D'ailleurs, vers la fin de l'année, il demande de lui-même le «jeu de la couverture».

Ces situations nous montrent bien à quel point Titouan a besoin de repasser par des moments de régression à travers le portage matériel (le rouleau, la couverture) et corporel (mes mains, mon corps). Peut-être que Titouan a été confronté à un manque de portage lors de sa petite-enfance, ce qui a laissé des traces. S'il n'a pas été suffisamment soutenu dans les bras de sa mère, un sentiment d'insécurité a pu émerger.

● *Le dessin*

Des feuilles blanches et des feutres sont toujours à disposition sur la table de la salle de psychomotricité. Titouan ne semble pas se diriger spontanément vers le dessin. Au début de l'année, suite à notre rencontre, je l'emmène doucement vers cette proposition en lui demandant de me dessiner un bonhomme. Le processus de symbolisation que représente le dessin d'un bonhomme ne semble pas prendre de sens pour lui, il n'en est pas encore là : ses traces se résument à des gribouillages, des traits, des points, et l'ébauche d'un rond¹⁷. La trace laissée est peu perceptible, Titouan n'appuie que très peu sur le feutre. Il tient son feutre du bout des doigts, comme s'il était trop lourd pour lui. D'ailleurs, je lui propose un jour de découper son dessin pour l'accrocher dans la salle de psychomotricité : Titouan ne parvient même pas à appuyer sur les ciseaux pour le refermer et ainsi découper, c'est comme si il ne possédait pas en lui la force nécessaire pour effectuer cet effort. Je mets cela en lien avec l'hypotonie apparente des membres supérieurs et inférieurs de Titouan, il semble tout mou. Au fur et à mesure de l'année, notamment après les moments de jeux sensoriels, je réitère mes propositions de dessins. Titouan semble plus à l'aise face à cette activité. Désormais, il dessine un rond. C'est une étape importante dans le développement de l'enfant, qui a généralement lieu vers l'âge de trois ans. Je mets cette étape en lien avec les jeux de transvasements à l'aide de l'eau et du sable, qui ont eu lieu auparavant. Grâce à ces transvasements, Titouan a pu

¹⁷ Cf. *infra*, Annexe n°II, p.II

expérimenter les notions de dedans/dehors, ce qu'il symbolise maintenant à travers le dessin du rond, à savoir la présence d'un contenant et d'un contenu. Je mets cette étape en lien avec le processus d'individuation, la distinction des limites entre soi et l'autre semble prendre plus de sens pour Titouan.

Vers la fin de l'année, Titouan parvient à dessiner un bonhomme têtard¹⁸, ce qui illustre, selon moi, le chemin parcouru pendant ces quelques mois de prise en charge en psychomotricité.

2.5 Conclusion sur l'évolution de Titouan

Au fil des séances, je sens que Titouan se saisit pleinement de tous les échanges relationnels et sensoriels présents. À travers diverses expériences sensori-motrices et au travers de la relation à l'autre, l'enveloppe psychocorporelle de Titouan se consolide petit à petit, mais reste tout de même fragile. Les différentes étapes franchies l'amènent à fortifier les limites entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors et ainsi à développer sa subjectivité, malgré la persistance d'une grande insécurité interne.

L'ensemble des enfants de l'ITEP qui ont croisé mon chemin cette année, ainsi que Titouan et Andy, ont été victimes de carences durant leur petite-enfance et ont subi un ou plusieurs placements familiaux ou institutionnels. J'ai pu remarquer des caractéristiques communes dans la façon qu'ils ont d'investir leur corps et d'être en relation avec le monde. Malgré tout, ces enfants résident dans leur singularité et leur particularité, qui font d'eux des enfants tous différents, ayant pourtant globalement un vécu antérieur similaire. Quelle est donc la place de la psychomotricité auprès de ces enfants carencés et placés ? Avant d'aborder ce questionnement, il me paraît indispensable de revenir sur des bases théoriques éclairant mes hypothèses. J'aborderai donc les concepts traitant des interactions précoces, des carences, du placement familial ainsi que des conséquences que peut avoir une situation carencielle précoce suivie d'un placement en famille d'accueil.

¹⁸ Cf. *infra*, Annexe n°III, p.III

PARTIE THÉORIQUE

I. LES INTERACTIONS PRÉCOCES

1. Les interactions précoces du nourrisson avec son entourage

D. W. WINNICOTT a dit «un bébé tout seul, ça n'existe pas». Lors de la naissance, le bébé est immergé dans un réel bain humain et a besoin de celui-ci pour exister en tant que sujet. La qualité de la relation qui va s'établir avec son entourage, en particulier avec la mère, sera garante de l'harmonie de son développement affectif, cognitif, comportemental et social et de sa compréhension du monde qui l'entoure.

Pendant longtemps, la société pensait que le nourrisson éprouvait passivement les influences de son environnement. M. KLEIN, psychanalyste britannique, fut la première à mettre en exergue le processus bidirectionnel existant entre le bébé et sa mère dans les échanges relationnels. La conception de la relation mère-bébé s'est alors modifiée avec le temps, la notion d'interaction précoce n'est maintenant plus à prouver.

Selon le dictionnaire LAROUSSE, une interaction est définie comme étant l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes. Plus communément, les interactions se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. Les notions d'actions réciproques et d'interdépendance sont alors soulignées. «L'enfant se développe dans un milieu qui agit sur lui, mais il peut également le modifier. Les cris, les pleurs, les sourires, les différents signaux qui émergent du bébé déterminent en grande partie le vécu des parents, et inversement.»¹⁹

C'est en 1989 que S. LEOVICI, P. MAZET et J-P. VISIER ont défini trois niveaux d'interactions précoces entre le bébé et la mère ou l'objet substitutionnel : les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques.

1.1 Les interactions comportementales

¹⁹ FRADET-VALLÉE Y., Notes de cours, Psychologie et Psychopathologie, Enseignement de 2^{ème} année, 2014-2015.

Ces interactions, aussi appelées interactions réelles, définissent la façon dont les comportements de la mère et du bébé vont s'agencer l'un par rapport à l'autre. Elles s'expriment par différents canaux : la vue, la voix et les échanges peau à peau.

Les échanges de regards dans les premiers mois de la vie du bébé vont tendre vers un regard dit mutuel, conjoint. Le regard de la mère aura une conséquence sur son enfant, et inversement. Nous pouvons surtout l'observer lors de la tétée, lorsqu'une bulle se crée entre la maman et son enfant, entre autre, via le regard. A. COEMAN parle d'«espace de rencontre dans lequel le bébé en tant que partenaire dans l'interaction va être capable de manifester ses désirs, ses intentions.»²⁰

Les échanges vocaux constituent un lien important entre la mère et son enfant. Les cris et les pleurs du bébé vont renvoyer un vécu différent au parent en fonction de leur qualité et de leur intensité, et détermineront donc les réponses de celui-ci. Les premiers échanges langagiers sont surtout liés à la prosodie, à savoir le rythme, le timbre et les intonations de la voix. Ceux-ci sont d'ailleurs présents *in-utéro*. En effet, dès le sixième mois de grossesse, le système auditif du bébé est fonctionnel : il peut discriminer les bruits et les sons venant de l'extérieur de l'enveloppe utérine. En réponse à un son, une voix ou une mélodie, le bébé bouge : la voix maternelle est perçue grâce à son rythme et son intonation. Le bébé peut percevoir les états affectifs de sa mère : il semble alors exister un premier partage émotionnel.

De même, les échanges cutanés sont également présents dès la vie intra-utérine. La surface cutanée du bébé reçoit les stimulations provenant des changements de position, des activités de la mère, des mouvements du diaphragme liés à la voix maternelle mais également des mouvements propres du bébé. «Les bébés sont compétents bien avant de naître. Ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations venues de leur environnement.»²¹

A la naissance, cette façon dont la mère entre corporellement en contact avec son bébé est étroitement liée au tonus et provoquera un panel d'affects, lié à leurs états corporels. J. (de) AJURIAGUERRA introduit, en 1970, la notion de dialogue tonique, qu'il définit comme des ajustements corporels interactifs entre le bébé et sa mère. Je développerai ce concept plus tard, dans le chapitre consacré au dialogue tonique.

²⁰ COEMAN A., RAULIER H (de) FRAHAN M., 2004, p.81.

²¹ CYRULNIK B., 1989, p. 30.

1.2 Les interactions affectives

Les interactions comportementales, décrites précédemment, sont un réel support aux interactions affectives. Grâce à une sensibilité accrue et une empathie naturelle, la mère va être capable de percevoir l'état émotionnel de son petit et d'y proposer une interprétation en lui prêtant sa psyché. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. D. STERN parle d'*accordage affectif*, le bébé exprime un affect type puis la maman propose un affect équivalent. «Ce qui compte, plus que le sens des mots, c'est la prosodie et l'ajustement tonico-postural, qui sont des indices pour le bébé de l'état affectif de sa mère.»²² La couleur de l'échange permet alors d'y apposer un sentiment tel que la détente, le plaisir, l'insécurité ou encore la douleur.

1.3 Les interactions fantasmatiques

Ces interactions concernent l'influence réciproque de la vie psychique du bébé et de sa maman, et la façon dont elles interagissent, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatiques, inconscients.

Je rapproche ce type d'interactions de «la capacité de rêverie», concept développé par W. BION (1897-1979), psychiatre anglais. Ce dernier postule que la vie psychique du bébé est étroitement liée à celle de la mère ou de son substitut. «La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses 'identifications projectives', bonnes ou mauvaises.»²³ C'est donc la capacité de la mère à accueillir les informations sensorielles brutes de l'enfant, éléments β , et à les transformer en éléments α , permettant au psychisme de l'enfant d'assimiler ces multiples informations afin d'y donner un sens. C'est, en soi, une première forme de représentation mentale, accompagnée par la mère.

2. Pour espérer se séparer, il faut d'abord bien s'attacher : La théorie de l'attachement selon J. BOWLBY

Avant d'oser comprendre les perturbations du lien unissant l'enfant à sa mère, il est primordial de se familiariser avec la théorie de l'attachement.

²² MAURY M., PARADIS-GUENNOU M., 2000, p.27.

²³ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (dir), 2011, p.290.

J. BOWLBY (1907-1990), psychiatre et psychanalyste britannique, fut célèbre pour ses travaux portant sur les relations mère-enfant. C'est à la suite de l'écriture d'articles préliminaires en 1958, et après les travaux de D.W. WINNICOTT, que J. BOWLBY théorise le concept d'attachement.

Selon J. BOWLBY, le comportement d'attachement est inné et répond à un besoin primitif chez le nourrisson. L'attachement est décrit comme étant l'ensemble des comportements du bébé qui ont pour objet la recherche et le maintien à proximité d'une personne spécifique, généralement la figure maternelle.

Ainsi, en cas de détresse, la proximité de la figure maternelle fera naître chez l'enfant un sentiment de sécurité, lui permettant d'établir des bases narcissiques relativement stables pour explorer le monde qui l'entoure. «Si l'enfant a construit une base de sécurité, alors il peut, fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure 'c'est la base de sécurité' parce qu'il peut y revenir en cas de besoin.»²⁴

De ce fait, l'enfant dispose de plusieurs comportements instinctifs qu'il va pouvoir utiliser dans le but de susciter une proximité de la part de la figure d'attachement : ce sont les conduites d'attachement. «Cinq conduites d'attachement se succèdent : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à aller vers l'autre.»²⁵

La figure maternelle, grâce à l'adéquation de ses réponses face à ces comportements d'attachement (le réconfort, la protection), devient elle-même figure d'attachement. Si la figure d'attachement représente une personne s'engageant dans une interaction sociale, comportementale et affective avec le bébé, elle n'en demeure pas pour autant l'unique. Il existe, en effet, plusieurs figures d'attachement, hiérarchisées de par la nature des soins qu'elles prodiguent au bébé, mais aussi de par la qualité de ces soins. Généralement, la mère devient figure d'attachement dite privilégiée. Les figures d'attachement se constituent dans les neuf premiers mois de la vie du bébé ; elles deviennent alors particulières, irremplaçables et non-interchangeables.

Ainsi naissent des sentiments tels que la confiance et l'assurance, permettant à l'enfant de se sentir autonome dans ses explorations de l'environnement, tout en gardant le précieux souvenir de la disponibilité psychocorporelle de sa figure d'attachement.

²⁴ GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2006, p.19.

²⁵ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (dir), 2011, p.289.

Parfois, lorsque les réponses de la figure d'attachement ne sont pas adaptées, ou lorsque la base de sécurité n'est pas assez solide, l'attachement défaille et prend une teinte différente, ayant des conséquences importantes sur le développement du jeune enfant. C'est ce dont je serai amenée à vous parler un peu plus loin dans ce mémoire.

3. De l'illusion à la désillusion : Les interactions mère-bébé selon D. W. WINNICOTT

D. W. WINNICOTT (1896-1971) pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, considère le développement de l'enfant comme un cheminement allant de l'illusion à la désillusion.

3.1 La dépendance absolue

Au début de la vie, le nourrisson se trouve dans un état de dépendance absolue : dépendance pour sa survie psychique et physique. Plus tard, prendront place la dépendance relative puis l'indépendance. Durant les premiers mois de sa vie, le bébé n'est cependant pas totalement démuné et possède des compétences tout à fait remarquables. Malgré tout, son potentiel inné ne peut se révéler qu'en présence de soins maternels adéquats. D. W. WINNICOTT introduit la notion de «préoccupation maternelle primaire.»²⁶ Il s'agit d'un état particulier de la mère, semblable à une maladie psychiatrique s'il est retiré de son contexte, prodiguant à celle-ci une sensibilité accrue et une empathie débordante à l'égard de sa progéniture. «Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignement ne peut le transmettre.»²⁷

Cet état si particulier s'étale sur une période relativement courte, débutant vers les dernières semaines de grossesse et disparaissant progressivement après quelques semaines de vie du bébé. Cette capacité à répondre presque instinctivement et immédiatement aux besoins de son nourrisson et de surcroît, de façon adaptée, offre à l'enfant un sentiment de toute-puissance, d'omnipotence : c'est l'illusion. La disponibilité de la mère participe à l'étayage du Moi de l'enfant, permettant à ce dernier d'évoluer dans un milieu sécurisé et adapté à ses besoins, tout en lui prodiguant un sentiment de continuité d'existence.

²⁶ WINNICOTT D. W., 1992, p.59.

²⁷ *Ibid.*

Aussi, D. W. WINNICOTT perçoit trois rôles à la fonction maternelle : le *holding*, le *handling* et l'*object presenting*.

- Le *Holding* ou le «maintien»²⁸ désigne le soutien du bébé, tant sur le plan psychique que sur le plan corporel. La mère, de par la qualité du portage offert et sa constance dans le temps, soutient son enfant et lui offre une contenance chaleureuse. Ainsi, le vécu corporel d'une angoisse de morcellement, bien que normal au début de la vie de l'enfant, évolue grâce au *holding* physique et psychique vers une perception et une représentation unifiée, globale et différenciée du corps de l'enfant.

- Le *Handling* ou le «maniement»²⁹ désigne l'ensemble des soins corporels prodigués à l'enfant tels que le bain, l'habillage, les caresses ou encore les échanges cutanés lors de jeux interactifs entre la maman et son bébé. Le *handling* est assuré par la répétition qualitative et quantitative des soins quotidiens. Il permet à l'enfant d'élaborer une conscience corporelle efficiente et participe à l'édification du Moi corporel.

- L'*object presenting* ou en français, «mode de présentation de l'objet» désigne la capacité de la mère à mettre à disposition de son bébé, un objet physique ou psychique au bon moment. Cela renforce le sentiment d'omnipotence et de toute-puissance du bébé, car il a l'impression que c'est ce dont il avait besoin à ce moment précis. C'est ainsi que l'enfant fait l'expérience du «trouvé- créé». Par exemple, la mère présente le sein à son enfant, au moment même où celui-ci le crée sur un mode hallucinatoire.

Il est important de souligner que ces notions se réfèrent aux premiers stades de développement de l'enfant, lorsque celui-ci se trouve dans une phase de dépendance absolue.

3.2 La dépendance relative et l'indépendance

Plus tard, l'enfant entre dans une phase de dépendance relative : l'omnipotence magique tend à s'atténuer. Progressivement, et dans la limite de ce qui est supportable, la mère accepte de faire vivre à son enfant des épisodes brefs de frustration, en ne répondant pas

²⁸ *Ibid*, p.92.

²⁹ *Ibid*.

immédiatement aux besoins de son bébé ; on parle généralement de défaillances transitoires de la part de la maman. Selon D. W. WINNICOTT, elle devient «*good enough mother*»³⁰ ou «suffisamment bonne.» Cette période cruciale de dépendance relative est garante du processus de différenciation, et participe grandement à l'émergence du Moi de l'enfant en tant que sujet individualisé.

S'en suit l'indépendance : cette étape où l'enfant est directement confronté à l'absence de sa mère, donc à la frustration, peut être soutenue par ce que D. W. WINNICOTT appelle «l'objet transitionnel.»³¹ Il s'agit communément d'un «doudou», d'une peluche, d'un pouce ou d'un objet sur lequel l'enfant projette symboliquement l'union entre lui et sa mère. Cet objet permet à l'enfant de supporter, en toute relativité, l'absence temporaire de sa mère. En effet, «comme il [l'objet] a sa réalité propre ce n'est pas un objet interne, mais comme il n'est pas hors de contrôle ce n'est pas non plus un objet externe, il se situe donc bien entre une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité externe : une aire transitionnelle.»³²

Au détour de ces trois concepts, l'enfant passe de la dépendance absolue à l'indépendance, c'est-à-dire qu'il se perçoit d'abord dans les yeux de sa mère, puis progressivement s'individualise en tant que personne : c'est l'avènement d'un sujet construit et unifié.

4. Quand deux corps se parlent : Tonus et dialogue tonico-émotionnel selon H. WALLON et J. (de) AJURIAGUERRA

Le tonus musculaire est un élément clé de la relation mère-bébé. Il apparaît comme toile de fond indispensable à toute activité motrice. Il est aussi le support essentiel et premier des émotions, véritable vecteur de la communication infra-verbale : c'est une communication non médiatisée et immédiate. Ainsi, il possède un rôle déterminant dans le développement corporel et psychique de l'enfant.

Avant d'aborder le célèbre dialogue tonico-émotionnel, il convient de définir brièvement le tonus dans ses tenants et ses aboutissants.

³⁰ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (dir), 2011, p.287.

³¹ *Ibid*, p.288.

³² *Ibid*.

Le terme tonus vient du grec «*tonos*» qui signifie tension. D'un point de vue neurophysiologique, «le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales.»³³

On distingue trois formes classiques de tonus : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

- Le tonus de fond est aussi appelé tonus passif ou de repos. Il se caractérise par l'état de légère tension des muscles, permanente et involontaire, ne disparaissant pas même lors du sommeil. «Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions, qui prennent corps en lui»³⁴, et détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient.

- Le tonus postural est également appelé tonus d'attitude. Il correspond à l'activité tonique minimale permettant le maintien d'une posture, d'une attitude.

- Le tonus d'action, ou tonus actif, est impliqué dans un processus de contraction volontaire et correspond aux différentes variations toniques destinées à préparer, à soutenir le mouvement.

L'ensemble des variations toniques chez un sujet, est individuelle. Le tonus relève de l'intimité, il est personnel et unique, modelé tout autant par une prédisposition génétique que par la vie affective, psychique et relationnelle de l'individu. Si le tonus est lié à la vie affective, j'entends par ici les émotions, il apparaît donc sous un nouvel angle qui est celui de la communication entre le bébé et sa mère.

C'est d'abord H. WALLON (1879-1962), médecin et psychologue français, qui est à l'origine de la mise en exergue du lien entre tonus et émotions et qui a posé les bases du dialogue tonico-émotionnel. Plus tard, c'est J. (de) AJURIAGUERRA (1911-1993),

³³ JOVER M., 2000, p.17-18.

³⁴ PAVOT C., Notes de cours, Psychomotricité, Enseignement de 1^{ère} année, 2013-2014.

neuropsychiatre et psychanalyste franco-espagnol, qui enrichit ces bases et instaure la notion de dialogue tonique. Le dialogue tonique, notion développée par ces deux auteurs fait partie intégrante des interactions précoces comportementales, présentées plus haut.

- *La conception d'H. WALLON*

C'est en analysant l'origine et la nature des émotions que H. WALLON a mis en avant le lien unissant tonus et émotions, en parlant de la «fusion affective primitive». Ce terme désigne l'état de symbiose et la notion de résonnance affective interactive se produisant lors de cet état, entre la mère et son enfant. Il souligne l'importance du tonus dans les interactions mère-bébé et parle de «relation tonico-affective.» Selon lui, l'émotion est le premier vecteur de la communication et s'étaye sur la fonction tonique : «Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire»³⁵ Pour H. WALLON, le bébé possède un seul bagage lui permettant de communiquer avec son environnement : l'émotion. Ainsi, l'émotion se transmet via les postures et les variations toniques et serait à l'origine de toute relation existante. Ce même auteur étudie le couple quiétude/déplaisir, deux modes de réponse tonico-émotionnelle. À la quiétude correspond la détente musculaire, alors que le déplaisir est associé à l'augmentation du tonus musculaire. Prenons l'exemple de la tétée : lorsque le bébé tète le sein de sa mère, celui-ci est empreint d'un sentiment de plaisir, s'accompagnant d'une détente musculaire.

Véritable communication corporelle à elle seule, l'émotion est donc perçue comme une interaction dynamique de corps à corps, entre la mère et son enfant, préexistant au langage verbal : «Les émotions, système d'expression, sont encore loin d'être un langage.»³⁶

- *La conception de J. (de) AJURIAGUERRA*

Plus tard, J. (de) AJURIAGUERRA complète les travaux d'H. WALLON, en conceptualisant le terme de dialogue tonique. Il pose de nouveaux jalons, venant enrichir les écrits de son prédécesseur : «La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le 'dialogue tonique'.»³⁷ Il ajoute que «ce

³⁵ PAVOT C., Notes de cours, Psychomotricité, Enseignement de 1^{ère} année, 2013-2014, citant WALLON H., 1949.

³⁶ PIREYRE E., 2011, p.130, citant WALLON H., 1982.

³⁷ JOLY F., LABES G., 2009, p.171.

dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps.»³⁸

La nouveauté de ses écrits réside dans la réciprocité des échanges existants entre la mère et son bébé, ainsi que dans le processus actif dans lequel se trouve l'enfant. On peut alors parler d'accordage tonique et communicationnel.

Aussi, J. (de) AJURIAGUERRA reconnaît les travaux de D. W. WINNICOTT, et note que le *holding*³⁹ fait partie intégrante du dialogue tonique. Grâce aux processus d'assimilation et d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant existant pendant le portage, les deux partenaires de la dyade intègrent dans leurs corps propres les structures toniques, posturales et émotionnelles qui viennent de l'autre. Par exemple, lorsque l'enfant bouge dans les bras de sa mère à la recherche d'une position de confort, la mère s'adapte et modèle son corps afin d'apporter les points d'appuis nécessaires à un maintien agréable. C'est ainsi que J. (de) AJURIAGUERRA considère que le dialogue tonique participe aux comportements d'attachement.

Progressivement, c'est la notion de communication qui est mise en exergue au sein du dialogue tonique, la communication infra-verbale s'élabore et devient intentionnelle. J. (de) AJURIAGUERRA parle alors de «dialogue tonico-émotionnel», sous tendu par le regard, le sourire, les mimiques émotionnelles, le toucher, les vibrations, etc.

5. La peau, un soutien dans l'avènement d'un sujet unifié : la théorie du Moi-Peau selon D. ANZIEU

La peau, dans ses aspects sensoriels et fantasmatiques, revêt une fonction importante dans la relation de l'enfant avec sa mère et dans son développement corporel et psychique. D. ANZIEU (1923-1999), psychanalyste français a élaboré une célèbre théorie, qu'il développe dans son livre : *Le Moi-peau*, en 1985.

Selon lui, la peau est l'enveloppe du corps, tout comme le Moi tend à envelopper l'appareil psychique. Le Moi-Peau «désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.»⁴⁰ C'est donc une

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Cf. supra*, p.50.

⁴⁰ ANZIEU D., 1995, p.61.

interface entre le dedans et le dehors : l'enfant se sent contenu dans une enveloppe corporelle et psychique, qui l'unifie et le protège. D. ANZIEU décrit l'importance du Moi-peau, et sa place dans la relation qui s'établit entre la mère et l'enfant : «D'une façon générale, le Moi-peau est une structure virtuelle à la naissance, et qui s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et son environnement primaire [...]»⁴¹

L'auteur décrit alors huit fonctions principales du Moi-peau et établit un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi, qu'il me paraît intéressant de détailler ici.

La fonction de maintenance nous dit que de même que la peau maintient notre squelette, nos organes et nos muscles, le Moi-peau maintient le psychisme. Cette notion se rapproche du *holding*⁴² de D. W. WINNICOTT : la mère, en soutenant corporellement son bébé en particulier avec ses mains, lui permet d'intérioriser une unité, une sécurité et une solidité psychique. Selon D. ANZIEU, «l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arrête solide permettant de se redresser.»⁴³ *La fonction contenante* s'illustre principalement par le *handling*⁴⁴ maternel. Les soins prodigués par la mère donneraient à son enfant la sensation, l'image que sa peau s'apparente à un sac qui recouvre toute la surface de son corps. Cette fonction émerge donc des jeux interactifs entre le corps de la mère et le corps de l'enfant, donc des interactions dites comportementales (corporelles, vocales, visuelles) et des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions de son enfant. D. ANZIEU rajoute qu'à la carence de cette fonction contenante peuvent répondre deux formes d'angoisses : dans un premier cas, la non-enveloppe corporelle et psychique, illustrée comme «un noyau sans écorce»⁴⁵ ; et dans un second cas, une enveloppe existante mais parsemée de trous, «C'est un Moi-peau passoire [...] l'angoisse est considérable d'avoir un intérieur qui se vide [...]»⁴⁶

La fonction de pare-excitation a un rôle de protection corporelle et psychique contre les excitations du monde extérieur, afin de prévenir les excès de stimulations. C'est au départ, une fonction assurée par la mère (nommée alors pare-excitante auxiliaire), jusqu'à ce que «le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction.»⁴⁷ Les excès et les déficits de pare-excitation peuvent laisser des traces dans le corps

⁴¹ *Ibid*, p.125.

⁴² *Cf. supra*, p.50.

⁴³ ANZIEU D., 1995, p.122.

⁴⁴ *Cf. supra*, p.50.

⁴⁵ *Ibid*, p.125.

⁴⁶ *Ibid*.

⁴⁷ *Ibid*.

de l'enfant : «le Moi-poulpe 'quand aucune des fonctions du Moi-peau n'est acquise, ni celles du support, ni de contenant, ni de pare-excitation [...]', le Moi-crustacé, avec une carapace rigide qui remplace le conteneur absent et qui interdit aux fonctions suivantes du Moi-peau de s'enclencher.»⁴⁸ Je rapproche les images du Moi-poulpe et du Moi-crustacé, respectivement, des notions d'hypotonie et d'hypertonie.

La fonction d'individuation identifie la peau, comme interface entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non-soi et permet «de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau personnelle. A son tour, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique.»⁴⁹ C'est la sensation de se sentir unique, différencié et intégré dans sa singularité.

La fonction d'intersensorialité désigne «une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile [...]»⁵⁰ Cette fonction aboutit à la constitution d'un sens commun. Ainsi, les différents sens à la disposition du bébé, s'étayaient sur une référence de base qui est le toucher. A la carence de cette fonction, on observe alors des angoisses de morcellement.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle désigne la capacité du Moi-peau à localiser les zones érogènes et à différencier les sexes, cela grâce aux contacts peau à peau existant entre le bébé et sa mère. En effet, ces contacts préparent l'auto-érotisme et localisent les zones érogènes de la peau comme futurs plaisirs sexuels.

La fonction de recharge libidinale illustre la façon dont la peau est le lieu de nombreuses excitations externes du tonus sensori-moteur. De ce fait, le Moi-peau possède ce rôle «de recharge libidinale du fonctionnement psychique, du maintien de la tension énergétique interne [...]»⁵¹

La fonction d'inscription des traces revêt un rôle de mémoire corporelle des traces laissées par la relation de la mère avec son bébé, lorsque la peau de ce dernier lui a fourni des informations sur le monde extérieur. «Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture 'originaire' préverbale faite de traces cutanées.»⁵² Cette fonction est consolidée par la mère, lors de la dépendance absolue du bébé, lorsque celle-ci tient son rôle de présentation de l'objet, notion développée par D. W. WINNICOTT⁵³.

⁴⁸ *Ibid*, p.126.

⁴⁹ *Ibid*.

⁵⁰ *Ibid*, p.127.

⁵¹ *Ibid*, p.128.

⁵² *Ibid*.

⁵³ *Cf. supra*, p.50.

La mise en place d'interactions précoces de qualité, ainsi qu'en quantité suffisante, entre un enfant et son environnement primaire, est alors garant d'un développement harmonieux chez le jeune enfant. Elles dépendent, comme nous l'avons vu, de nombreux facteurs, impliquant à la fois l'enfant et sa figure d'attachement.

Nonobstant, il existe des situations où ces interactions sont perturbées. C'est le cas des enfants carencés que j'ai pu rencontrer cette année : Titouan et Andy.

Qu'entend-t-on par le terme carence ? Comment ces dernières peuvent-elles mettre à mal l'établissement d'interactions précoces de qualité, et quelles sont leurs conséquences sur le développement l'enfant ?

II. QUAND LA CARENCE DE SOINS MATERNELS VIENT TROUBLER LES INTERACTIONS PRÉCOCES

1. Qu'est-ce qu'une carence ?

La carence, du latin *carere*, qui signifie «manquer», désigne l'absence ou l'apport insuffisant d'un ou plusieurs éléments indispensables à l'équilibre d'un organisme. La carence de soins maternels, évoquée ici, implique donc une absence, une insuffisance ou une perturbation des interactions précoces entre l'enfant et sa figure d'attachement. L'ensemble des concepts relatifs aux interactions précoces développés plus haut, tels que le *holding* et le *handling*⁵⁴ de D. W. WINNICOTT, ou le dialogue tonico-émotionnel⁵⁵ de J. (de) AJURIAGUERRA sont alors remis en cause de par leur perturbation.

M. LEMAY, psychiatre et auteur de l'ouvrage «*J'ai mal à ma mère*», ayant éclairé ma réflexion durant l'écriture de ce mémoire, définit la carence comme «un processus morbide qui risque d'apparaître lorsqu'un enfant de moins de trois ans a subi la rupture de ses premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage sans que cette rupture ait pu être réparée. Cette discontinuité entraîne non seulement la blessure narcissique que l'on peut retrouver à toute période de l'enfance et qui se traduira par une dépression plus ou moins marquée mais, du fait de la structuration encore incomplète du Moi, elle provoque de graves perturbations dans la construction même de l'identité.»⁵⁶

Mais alors quelle différence faire entre carence et abandon ? Il convient de distinguer ces deux évènements. L'abandon, lui, engage une situation de perte définitive des objets parentaux, dont la compensation dépend d'adultes substitutifs qui vont alors prendre le relai de l'éducation de l'enfant abandonné.

Le terme de carence est également décrit comme étant une «pathologie du manque, du 'vide relationnel' conséquence de l'absence, de l'insuffisance des apports indispensables de l'environnement ou conséquence des distorsions précoces du lien et du processus d'attachement.»⁵⁷

⁵⁴ Cf. *supra*, p.50.

⁵⁵ Cf. *supra*, p.53.

⁵⁶ LEMAY M., 1993, p.15.

⁵⁷ HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F., 2000, p. 106, citant GOLSE B.

La carence de soins maternels dépend donc de différents critères : la nature, la durée, l'âge à laquelle elle a lieu, la qualité et la quantité des soins maternels apportés et la possibilité de renouer un lien après cette période de manque.

Il convient de différencier trois formes de carences. Les carences quantitatives qui sous-entendent l'insuffisance d'interactions, les carences qualitatives résultant de distorsions dans les interactions et les carences par discontinuité des interactions entraînées par des séparations fréquentes ou des changements itératifs au sein de la relation.

2. Les différentes formes de carences en soins maternels

Il est important de distinguer les différentes situations, pouvant engendrer une carence chez l'enfant. Ces dernières sont caractérisées par des désordres relatifs à la qualité et/ou à la quantité des interactions.

2.1 Les carences quantitatives

Il s'agit d'une insuffisance d'interactions, lorsque l'enfant est séparé de sa mère ou de sa figure d'attachement. L'enfant est confronté à l'absence physique de sa mère sans que celle-ci soit compensée par un substitut maternel. Cette situation entrave le lien unissant l'enfant à sa mère, pour une durée plus ou moins longue, suite à un décès, un abandon, ou à une institutionnalisation. Il en résulte une défaillance importante des interactions mère-enfant : les besoins primaires du bébé (physiologiques, affectifs, etc.), nécessaires à l'harmonie de son développement, ne sont pas assurés.

R. A. SPITZ (1887-1974), psychiatre et psychanalyste américain s'est intéressé à la notion de séparation et à ses effets sur le très jeune enfant. Au sein d'une pouponnière, il a observé ces effets chez de jeunes enfants âgés de douze à dix-huit mois. Il décrit alors deux types de carences : la carence partielle et la carence totale. R. A. SPITZ observe le phénomène de «*dépression anaclitique*» se caractérisant par «le processus de détérioration physique et psychique qui s'installe chez les enfants séparés brutalement de leur mère qui avaient auparavant de très bonnes relations avec elle.»⁵⁸ Si la séparation est inférieure à cinq mois, la carence est partielle : la santé physique et psychique de l'enfant s'améliore mais la guérison n'est pas totale, R. A. SPITZ suppose que cette situation laisse inévitablement des traces. Lorsque la séparation dépasse cinq mois, la carence devient totale. Le tableau clinique

⁵⁸ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (dir), 2011, p.290.

s'assombrit, gagne en sévérité et évolue vers «*l'hospitalisme*». Ce phénomène entraîne une détérioration sévère de l'état de l'enfant (insomnie, automutilation, etc.), puis peut évoluer et parfois conduire l'enfant jusqu'au marasme⁵⁹ et à la mort.

2.2 Les carences qualitatives ou par distorsion

La carence qualitative «n'implique pas forcément une insuffisance quantitative dans les échanges.»⁶⁰ Ces carences se jouent en présence de la mère ou du substitut maternel, l'enfant n'est pas séparé de ses repères relationnels habituels, mais il est confronté à l'inaccessibilité psychique de ces repères. La mère est présente corporellement, mais elle n'est pas disponible psychiquement pour son enfant. Ce type de carence «fait référence à un manque d'adéquation profonde de la réponse de la mère aux 'besoins' de son enfant.»⁶¹ On peut alors parler «d'insuffisance relationnelle qualitative»⁶²

Les causes de la carence qualitative peuvent être multiples : les troubles psychiatriques du *post-partum* (dépression post-natale ou psychose aiguë) ; les troubles psychiatriques préexistants chez la mère (schizophrénie, etc.) ou encore les addictions (alcoolisme, etc.). Ces situations entravent fortement le lien unissant l'enfant à sa mère.

Sans des soins maternels suffisamment bons et intégrés dans la continuité, l'enfant plonge dans un sentiment d'insécurité, faute de repères fiables et stables. La conception du Moi se trouve perturbée, et entrave le processus de construction identitaire.

2.3 Les carences par discontinuité

Ce type de carence peut s'inscrire à la fois sur un registre quantitatif et qualitatif. Sur le registre quantitatif, elle s'observe dans les cas de discontinuité des liens, où l'enfant est séparé de manière répétitive de sa mère. L'enfant subit des ruptures relationnelles répétées : c'est le syndrome «des enfants 'paquets'»⁶³ Ces enfants sont placés et déplacés, en hôpital, en pouponnière, en famille d'accueil, etc... L'enfant subit de multiples changements d'institutions.

⁵⁹ Ce terme désigne un affaiblissement des forces morales ; un découragement, une dépression.

⁶⁰ SOULÉ M., LAUZANNE K., 1985, p.212.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ GOLSE B., 2007, p.176.

«La situation de séparation d'avec la mère [...] entraîne des réactions pouvant aller à court terme jusqu'à la détresse la plus aigüe due à la rupture d'un lien antérieur [...]»⁶⁴

Sur le registre qualitatif, on observe ce type de carence dans les situations l'enfant est confronté à des styles interactifs particuliers. Par exemple, dans le cas de la schizophrénie, «les interactions varient entre une grande fusion et un délaissement total [...]»⁶⁵ Une ambivalence réside dans la façon de la mère à être en relation avec son enfant : l'enfant subit l'imprévisibilité de la réponse maternelle, tantôt satisfaisante, tantôt inadaptée. Il en résulte, chez l'enfant, une insécurité grandissante.

Le danger réside également et surtout, dans la répétition des séparations de l'enfant avec sa mère. «La discontinuité des investissements objectaux de qualités variables désorganise le vécu de l'enfant ainsi que l'image de son corps propre et gêne progressivement l'instauration des nouveaux liens ou la restauration des anciens : tout nouvel investissement réactive des blessures narcissiques dont l'enfant peut se protéger par l'hostilité ou un détachement apparent.»⁶⁶

Les conséquences de ces carences de soins maternels sont variées et nombreuses, et dépendent d'un tout à chacun. Il n'existe pas de tableau symptomatologique unique, pour la seule raison que chaque enfant réside dans sa singularité. Cependant, nous pouvons observer des difficultés communes chez les enfants souffrant de carences.

Ces enfants carencés trouvent parfois refuge au sein d'un foyer ou d'une famille d'accueil : ce sont les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Si le placement en famille d'accueil intervient trop tard, ou si l'enfant est placé de façon répétitive, et si les carences ne seront pas comblées suffisamment tôt par une figure d'attachement de substitut, l'enfant peut développer une insécurité sur le plan affectif et un manque de repères stables et fiables sur lequel il peut s'appuyer. Ces conséquences, que j'ai pu observer auprès de Titouan et Andy, entraveront donc l'harmonie du développement affectif, cognitif et corporel.

Quels sont les tenants et les aboutissants d'un placement familial ? Quels sont les motifs d'un placement en famille d'accueil et quel est le rôle de l'assistant familial, potentielle figure d'attachement substitutive que va trouver l'enfant en y étant accueilli ?

⁶⁴ SOULÉ M., LAUZANNE K., 1985, p.212.

⁶⁵ BOURSIER CSEKEI O., 2012, p.27.

⁶⁶ SOULÉ M., LAUZANNE K., 1985, p.218.

III. LE PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL

1. Motifs du placement

Il existe plusieurs causes et motifs à l'origine du placement d'un enfant⁶⁷ :

- L'accouchement secret, plus communément appelé accouchement sous X, désigne la volonté d'une mère d'accoucher de manière anonyme. Il est nécessaire pour ces mères, d'entreprendre les démarches nécessaires et de prévenir l'équipe médical assurant l'accouchement. Il est important de savoir qu'aucune enquête ne peut être réalisée à l'égard de ces femmes, et qu'aucun papier d'identité ne peut être exigé. Cette dernière peut bénéficier d'un accompagnement psychologique et social, de la part des services de l'ASE.

Après l'accouchement, l'enfant qui vient de naître est alors remis aux services de l'ASE. La mère de l'enfant bénéficie d'un délai de deux mois pour récupérer son enfant. Le père bénéficie du même délai pour reconnaître son enfant né sous X. Ce délai passé, l'enfant est placé en famille d'accueil en vue d'une potentielle adoption. A partir de ce moment, plus aucune reconnaissance n'est possible par les parents d'origine.

- Le placement volontaire d'un enfant par ses parents est possible dans des cas particuliers. Les parents rencontrant des difficultés pour élever leur enfant peuvent décider de le placer hors de la cellule familiale, de façon temporaire ou prolongée. Les parents peuvent soumettre cette demande lorsqu'ils ne sont plus en mesure de s'occuper de leur enfant, en cas de maladie ou d'hospitalisation par exemple ; ou lorsqu'ils rencontrent des difficultés matérielles ou psychologiques. Dans ce cas, les parents doivent saisir les services de l'ASE ; ces derniers prendront la décision, avec l'accord des parents, de placer l'enfant soit en famille d'accueil, soit au sein d'un établissement spécialisé. Un accord doit être signé mentionnant les conditions du placement (durée, droits de visite et d'hébergement, participation financière, etc.)

Dans cette situation, les parents conservent l'autorité parentale. L'enfant est confié aux services de l'ASE pour une durée d'un an, cette mesure est renouvelable.

- Le placement d'un enfant sur décision judiciaire est mis en place lorsque l'enfant se trouve en danger, au sein de la cellule familiale. Cette mesure de protection est valable lorsque

⁶⁷ Site de la Direction de l'information légale et administrative.

le milieu familial ne peut garantir la santé, la sécurité et la moralité de l'enfant (absence de soins médicaux, par exemple), ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Ces enfants sont confiés au titre de l'assistance éducative.

Alors, le Procureur de la République doit saisir le Juge pour enfants, afin que ce dernier ordonne toute mesure relative au placement de l'enfant. Il confie l'enfant aux services de l'ASE, qui le place en famille d'accueil ou au sein d'un établissement spécialisé.

La mesure de placement peut durer jusqu'à deux ans maximum et peut être renouvelée. Les parents conservent l'autorité parentale exclusive mais celle-ci peut être totalement levée s'ils présentent un grand désintérêt à l'égard de leur enfant. Le lien entre l'enfant et ses parents est primordial, l'enfant est placé non loin du lieu de résidence de ses parents. Les parents possèdent également un droit de visite et d'hébergement, si leur situation le permet, qui se déroule en présence d'un travailleur social qui accompagne l'enfant.

- Un enfant ayant perdu tout lien avec sa famille est confié aux services de l'ASE, il est alors admis en qualité de pupille de l'État. Un enfant devient pupille de l'État lorsque les parents sont inconnus (enfant trouvé ou né sous X), lorsque l'enfant est orphelin et qu'aucun membre de la famille ne veut ou ne peut être le tuteur, lorsque les parents de l'enfant ont été déchus de l'autorité parentale ou lorsqu'une décision judiciaire d'abandon a été prononcée à l'égard de l'enfant.

L'enfant ne bénéficie plus d'aucune filiation, il est alors confié à l'ASE, et placé en pouponnière ou dans une famille d'accueil. Si les parents se manifestent, ils bénéficient de deux mois pour reprendre leur enfant. Cette mesure dépend de la situation des parents.

L'enfant qui a le statut de pupille de l'État fait l'objet d'un projet d'adoption simple⁶⁸ ou plénière.⁶⁹ Lorsqu'il est adopté, l'enfant quitte son statut de pupille de l'État.

Les différents enfants placés en famille d'accueil que j'ai rencontré cette année au sein de l'ITEP et du CAFS, ainsi que Titouan et Andy, ont été confiés à l'ASE sur décision judiciaire.

2. L'enfant face au placement

Pour les enfants que j'ai pu rencontrer, le placement familial a été mis en place, le plus souvent, sur décision judiciaire. Après une longue procédure, ces enfants quittent donc le

⁶⁸ L'adoption simple entraîne une conservation des liens entre l'enfant adopté et les parents d'origine.

⁶⁹ L'adoption plénière entraîne une rupture des liens entre l'enfant adopté et les parents d'origine.

milieu intrafamilial pour trouver refuge au sein d'une famille d'accueil, aux conditions de vie plus adaptées.

L'article L421-2, du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), définit l'accueil familial, comme il suit : «L'assistant familial est la personne qui, moyennant rémunération, accueille habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt et un ans à son domicile. Son activité s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil familial thérapeutique. Il exerce sa profession comme salarié [...] après avoir été agréé à cet effet. L'assistant familial constitue, avec l'ensemble des personnes résidant à son domicile, une famille d'accueil.»⁷⁰

Cette situation engendre donc une séparation parents-enfants plus ou moins prolongée ; elle peut être mise en place lorsque les parents sont gravement défaillants sur le plan éducatif et affectif. Notamment, on retrouve des parents dans un contexte de paranoïa, de psychopathie, de toxicomanie. «Ou encore ils présentent une psychose blanche sans aucun autre symptôme qu'un système éducatif dont ils ne réalisent pas l'aspect aberrant. Tous sont incapables de s'identifier aux besoins affectifs et parfois même physiques de leur enfant, et dès les premiers mois de sa vie, ils l'ont involontairement soumis à d'importantes distorsions dans les échanges corporels et langagiers.»⁷¹

Il faut ajouter à ces situations celles où prédominent les sévices physiques ou sexuels faits aux enfants, mais je ne traiterai pas ce sujet ici.

Les conséquences d'une séparation mère-enfant du au placement familial, ainsi que les carences préalablement vécues par l'enfant au cours des interactions précoces, provoquent un fonctionnement psychique et corporel caractéristique. Un manque de repères, une quête affective, une agressivité latente, sont autant de signes permettant de comprendre le fonctionnement corporel et psychique de l'enfant carencé et placé. C'est ce que je développe ci-dessous.

⁷⁰ Article L421-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

⁷¹ BERGER M., 2003, p.88.

IV. LES CONSÉQUENCES D'UNE SITUATION CARENTIELLE PRÉCOCE ASSOCIÉE A UN PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL

1. Le langage affectif de l'enfant carencé et placé

Lorsque l'enfant est victime de carences, différentes sphères de son développement peuvent alors être atteintes. M. LEMAY aborde les répercussions de la carence telles qu' «un ensemble de facteurs pathogènes crée à un âge donné un processus à la fois déficitaire et conflictuel qui, bouleversant l'équilibre émotionnel du sujet, le force à se réaménager selon des lignes de développement inhabituelles.»⁷² Cet auteur parle alors de conséquences, chez l'enfant carencé, touchant le langage affectif, cognitif et corporel.

Le langage affectif de l'enfant carencé est d'emblée entravé par des difficultés relationnelles. En effet, les personnes partageant son quotidien sont de suite interpellées par «son avidité, son agressivité, ses craintes d'abandon, son incapacité à s'attacher réellement, l'oscillation entre des attitudes de toute-puissance et l'expression de son grand désarroi, ses comportements régressifs, etc.»⁷³

1.1 L'angoisse d'abandon

Après avoir vécu la perte de sa figure maternelle primaire, l'enfant carencé présente de façon permanente une peur d'être à nouveau abandonné. Cette peur semble être vécue intensément et peut parfois être verbalisée si l'enfant parvient à poser des mots sur les craintes ressenties. Des comportements de mise à distance de l'adulte, ou alors au contraire, des comportements d'agrippements peuvent alors apparaître. «L'angoisse déclenche assez souvent une mise à distance défensive afin de ne pas être amené à trop souffrir si l'objet aimé disparaît.»⁷⁴ Mais l'angoisse peut aussi se manifester par des tentatives de collage presque adhésif à l'adulte, une sorte d'avidité affective, comme pour maintenir près de lui une présence dont la permanence n'est pas assurée.

Les changements concernant l'espace, le temps ou les personnes sont particulièrement mal supportés. Les situations immuables semblent être rassurantes chez ces enfants.

⁷² LEMAY M., 1993, p.13.

⁷³ *Ibid*, p.27.

⁷⁴ *Ibid*, p.32.

1.2 La quête affective

L'enfant carencé se trouve dans une demande affective intense. Les demandes d'affections privilégiées sont multiples et variées, également à l'égard de personnes nouvellement rencontrées. On peut alors percevoir une recherche de possession immédiate. La phase habituelle de retrait que tout enfant présente face à un adulte inconnu semble alors écourtée. L'enfant carencé «se rapproche, prend notre main dans la sienne, veut montrer les objets qui lui appartiennent, colle sa chaise contre la nôtre, nous interrompt si nous cherchons à discuter avec quelqu'un d'autre, exige de rester près de nous [...]»⁷⁵ Pour rechercher l'attention de l'adulte, l'enfant peut manifester des comportements régressifs : il suce son pouce, se balance, fait des caprices non adaptés à son âge, etc. Il se confie également très rapidement.

Sur le plan relationnel, l'enfant se présente de façon assez instable. M. LEMAY ajoute que «l'attachement aux objets est aussi inconstant que la relation aux personnes.»⁷⁶ L'enfant carencé amasse beaucoup de petits objets inutiles, qu'il semble énormément investir au moment où il les trouve, puis peut s'en désintéresser et les détruire, aussi vite qu'il les a trouvés. On pourrait penser que les conditions sont remplies pour que l'enfant puisse s'appuyer sur un objet transitionnel⁷⁷, mais régulièrement, cette démarche avorte de façon prématurée.

1.3 L'intolérance à la frustration et les troubles du comportement

La grande quête affective que présentent ces enfants est soutenue par un profond sentiment de manque originel qu'est la carence. Or, ce sentiment si intense débouche presque inévitablement sur une insatisfaction. Ainsi, chaque situation de frustration chez l'enfant, provoque irrémédiablement une immense perte, empreinte d'angoisse, qui ravive ses blessures narcissiques originelles. Les réponses à une telle frustration sont l'agressivité, l'insulte et la menace envers l'autre, alors que quelques minutes auparavant, l'adulte était choyé et flatté.

Les troubles des interactions précoces et les phénomènes causés par le placement peuvent engendrer des troubles du comportement chez l'enfant, s'ils ne sont pas pris en charge à temps. Les angoisses causées par la perturbation des interactions précoces vont engendrer une

⁷⁵ *Ibid*, p.28-29.

⁷⁶ *Ibid*, p.36.

⁷⁷ *Cf. supra*, p.51.

difficulté à mettre en mots les sensations et les émotions. Alors, lorsque la mise en mots des émotions est difficile, ces dernières s'expriment le plus souvent par une mise en corps, par l'agir et parfois par le passage à l'acte. Le tableau clinique est large, on peut trouver des enfants agités, agressifs ou encore inhibés. Le passage par la violence, l'automutilation ou l'autodépréciation n'est pas rare. C'est la maîtrise des émotions qui est directement impactée, ce qui engendre inévitablement une expression corporelle caractéristique.

1.4 Des affects violents

Les enfants séparés de leurs parents se sont souvent retrouvés dans des situations extrêmes de souffrance. De manière interminable, ils vont donc faire sentir aux adultes présents dans leur entourage, les affects qu'ils ont vécu auparavant, lors des premières interactions. Ces affects prennent sens sous plusieurs formes. D'abord, ce n'est qu'à travers un cadre existentiel cohérent (une famille d'accueil contenant et adaptée, par exemple) que ces enfants vont pouvoir montrer le degré de désespoir qui les traversent. S'ils ne peuvent pas en bénéficier, ce sont l'ensemble de leurs processus défensifs qui sont mis en avant. Ainsi, «c'est lorsque le cadre est bon que l'enfant va pouvoir se permettre de montrer à quel point il va mal.»⁷⁸ La rage et la violence sont des affects souvent mis sur le devant de la scène. Ces sentiments peuvent prendre la forme d'automutilation ou de violence verbale et corporelle déversée sur les adultes qui entourent l'enfant. Ces accès de violences peuvent aussi être traduits sous la forme de «mouvements d'envie féroces»⁷⁹ envers des objets dont l'enfant n'a pas la possession, tels que des jouets appartenant à d'autres, ce qui le conduit à les détruire avec irascibilité.

1.5 Le phénomène de brisure

Selon M. LEMAY, le «*phénomène de brisure*»⁸⁰ est relatif à ce qu'il se passe sur le plan fantasmatique lorsque l'enfant carencé relationnel se rapproche d'un adulte qui lui devient significatif. Cet auteur a décrit plusieurs caractéristiques :

⁷⁸ BERGER M., 2003, p.121.

⁷⁹ *Ibid*, p.123.

⁸⁰ LEMAY M., 1993, p.38.

- Il existe un profond sentiment de perte. L'enfant carencé ressent, de façon permanente, un manque fondamental originel douloureux, dû à l'absence de la figure d'attachement.

- Toute frustration éveille la blessure initiale. A chaque situation entraînant une frustration, le sentiment de manque est exprimé de façon dramatique. Il existe une blessure narcissique extrêmement profonde, due à la perte vécue par l'enfant lors de la séparation d'avec sa mère.

- Un apport d'affection est toujours perçu comme dérisoire et menaçant. Il est important de saisir que le sentiment de perte et de béance est tellement profond, qu'il est impossible à combler. L'apport d'affection de la part d'un adulte est donc désiré par l'enfant carencé, mais est vain comparé à ses attentes profondes. Irrémédiablement, toute relation proposée par un adulte éveille le manque originel, et le sentiment d'avoir été abandonné.

- S'attacher signifie pouvoir perdre. L'enfant carencé a vécu auparavant l'expérience de l'abandon, il connaît donc les risques de l'attachement. Il sait qu'en établissant une relation avec l'autre, il peut potentiellement revivre l'évènement traumatique auquel il a dû faire face jadis. Il amorce donc une situation de rejet dont il va être la victime. Pour éviter une nouvelle situation d'abandon, trois réactions sont possibles : soit l'enfant rompt la relation avant de revivre l'abandon et la douleur ; soit il teste le lien l'unissant à l'autre pour vérifier la solidité de la relation, même si il est agressif ou opposant ; soit il devient agresseur avant de fléchir sous le poids de l'abandon présumé.

- Le sujet se perçoit inexorablement mauvais. De par les abandons successifs vécus par le jeune carencé, les situations frustratives des premiers mois sont restées sans réponses. Il n'a pu faire que l'unique expérience de la «mauvaise mère» qui occasionnait des sensations pénibles et désagréables. Le résultat est une mésestime de soi, une perception négative de lui-même, car l'enfant croit être la cause de tout cela. De plus, l'enfant s'imagine que l'état de sa mère est transmissible et qu'il deviendra forcément comme elle.

- Le sujet construit en lui une image maternelle magique et toute puissante. L'enfant carencé se pose lui-même l'interdit de s'attacher à nouveau. C'est comme si l'enfant se sentait sous l'emprise de sa mère d'origine, comme si le fait d'aimer était un droit dont il ne pouvait bénéficier : «Pour se construire, l'enfant privé de mère élabore un objet idéal qui devient la

seule personne sur laquelle puissent être projetés ses désirs d'affection. Tout autre parent réel entre en rivalité avec l'image mythique et constitue un danger d'autant plus sérieux qu'il éveille des sentiments positifs.»⁸¹

• Derrière le mythe de la mère idéale existent des désirs meurtriers. Malgré le fait que le mythe de la mère idéale vise à réparer la blessure narcissique initiale, il subsiste inexorablement une immense perte chez l'enfant, provoquant une grande agressivité. L'enfant carencé a le sentiment d'avoir été indigne d'amour et de désir de la part de sa mère originelle ; de ce fait, une partie de sa mère est profondément détestée. «S'il rencontre un parent adoptif ou un milieu nourricier stable, il conservera la cicatrice de cette plaie mais il pourra la rendre supportable grâce à la certitude d'être devenu secondairement un sujet de désirs.»⁸²

1.6 Les régressions

Il existe chez ces enfants, un fond régressif permanent, qui s'accompagne de régressions plus accentuées face à certains événements. L'enfant souhaite presque toujours le contact corporel avec l'adulte, il peut se blottir et se lover dans les bras de l'autre, comme un tout petit. Ce comportement est associé à un sentiment de rivalité lorsqu'un autre enfant se rapproche de l'adulte investi. Après cette phase de collage physique, «ce mouvement incorporatif s'interrompt aussi vite qu'il s'amorce, le phénomène de brisure déjà décrit se concrétisant par un arrêt puis un retrait corporel.»⁸³ De plus, il existe un décalage important entre le discours verbal et gestuel de l'enfant carencé : «Les désirs régressifs se manifestent également par des caprices étonnants quand on compare le contenu de la demande formulée par le sujet avec son âge physiologique.»⁸⁴

2. Le langage somatique de l'enfant carencé et placé

Les troubles précoces de la relation peuvent avoir comme conséquences des répercussions sur le plan somatique. M. LEMAY décrit ces troubles chez le jeune sujet carencé :

⁸¹ *Ibid*, p.51.

⁸² *Ibid*, p.56.

⁸³ *Ibid*, p.59-60.

⁸⁴ *Ibid*, p.60.

«Les perturbations somatiques semblent être à la fois des messages exprimant une lutte et une grande détresse [...]»⁸⁵

L'enfant carencé peut être amené à présenter des difficultés d'endormissement caractérisées par de longues périodes d'éveil avant de plonger dans le sommeil. Parfois, ces longues périodes sont associées à des pensées envahissantes, «tantôt il ressent une grande solitude, éprouve quelques peurs mal élaborées et ressasse, dans une sorte de morosité masochiste, sa situation de sujet abandonné.»⁸⁶

Des angoisses ou terreurs nocturnes peuvent aussi apparaître, ainsi que des épisodes d'agitation, des cauchemars ou des réveils précoces. Associé à cela, il est souvent relaté chez ces enfants, la présence d'incidents nocturnes tels que l'énurésie et l'encoprésie⁸⁷.

Lorsque l'enfant carencé est confronté à une séparation précoce, et à des séjours discontinus en pouponnière ou en famille d'accueil, il peut apparaître «des réactions dépressives intenses avec des manifestations somatiques inquiétantes : refus de s'alimenter – agitation anxieuse se traduisant par des pleurs et des cris – tentative d'agrippement – troubles du sommeil – troubles digestifs à forme de vomissements et de diarrhée – sensibilité accrue aux infections respiratoires mineures.»⁸⁸

Le désordre somatique causé sera différent en fonction de la nature du conflit précoce, de sa durée, de la sensibilité de l'enfant et de son âge, ainsi que de son évolution dans le temps. Aussi, il existe une variation considérable des manifestations somatiques chez l'enfant carencé. Parfois, hormis un retard de développement psychomoteur, et malgré une carence profonde et durable, l'enfant peut ne pas présenter de perturbations somatiques.

3. Le langage cognitif de l'enfant carencé et placé

3.1 Difficultés langagières

Le jeune enfant victime de carences présente souvent un retard dans l'apparition du langage. Généralement chez l'enfant, le langage se met en place lorsqu'il a reçu assez de stimulations lexicales, associées à une sécurité sur le plan affectif et relationnel. Ainsi, il utilise le langage comme un nouveau moyen de communication avec son entourage. S'il y a eu carences lors des interactions précoces, l'échange relationnel et langagier risque d'être pauvre.

⁸⁵ *Ibid*, p.108.

⁸⁶ *Ibid*, p.109.

⁸⁷ Ce terme désigne l'émission incontrôlée de selles, chez l'enfant de plus de trois ans.

⁸⁸ LEMAY M., 1993, p.107.

Plus tard, l'enfant ne manifestera pas forcément le besoin de s'exprimer par les mots : «il tend à converser avec le corps.»⁸⁹ Le symptôme prédominant est celui d'un langage déficitaire, avec un apport réduit sur le plan du vocabulaire. Si le contenu de son discours verbal est globalement pauvre, l'enfant cherche à compenser ses difficultés par une expression corporelle empreinte d'agitation motrice.

L'élaboration de sa pensée ne semble pas assez solide pour faire face à la construction d'une phrase et ainsi traduire sa pensée. L'enfant carencé a tendance à enrober ses phrases d'onomatopées afin d'enrichir son expression verbale. La mise en mots requière pour lui, un degré de symbolisation difficile d'accès, surtout lorsqu'il doit exprimer ses émotions, ses ressentis.

3.2 Difficultés temporelles

De par les perturbations temporelles vécues au cours de la petite-enfance, l'enfant carencé présente souvent une difficulté d'accès aux temps conjugués. Les situations passées, présentes et futures semblent confondues : le présent est souvent utilisé pour parler du futur. C'est une véritable difficulté à se situer dans le temps, et donc dans la spatialité temporelle de la situation présente. «La perception de l'avenir est habituellement vague. Le sujet ne s'en préoccupe guère, tant il est centré sur la recherche de satisfactions immédiates»⁹⁰ Cette difficulté à se situer dans le temps provoque généralement une déformation de la durée des événements.

Face à une situation carencielle, l'ensemble des processus mis en jeu lors des interactions précoces vont être remis en cause. Des difficultés liées à la multiplicité des placements peuvent voir le jour. L'enfant va présenter des difficultés psychomotrices, en lien avec les situations relationnelles, affectives et corporelles particulières qu'il a subies. C'est ce que je tente de décrire ici, en m'appuyant sur l'histoire de Titouan et Andy. Comme un fonctionnement en cascade, le développement psychomoteur va être perturbé, ce qui peut engendrer des troubles au niveau du tonus, de l'axe corporel, du schéma corporel, de l'image du corps et de la motricité globale. Quel est le langage psychomoteur de ces enfants, et par conséquent, quelle est la place de la psychomotricité auprès des enfants carencés et placés en famille d'accueil ?

⁸⁹ *Ibid*, p.164.

⁹⁰ *Ibid*, p.177.

DISCUSSION

I. «Rassemble-moi !» Le langage psychomoteur de l'enfant carencé et placé

En rencontrant ces enfants, j'ai d'abord été frappée par leurs troubles toniques, cela saute aux yeux. Nous avons vu un peu plus haut⁹¹, l'importance du tonus dans les interactions précoces mère-enfant : il est le support essentiel et premier de nos émotions, véritable vecteur d'une communication infra-verbale nous renseignant sur nous-même et sur les autres.

Dans le cadre d'un trouble des interactions précoces, comme cela a été le cas pour Titouan et Andy, le dialogue tonique est défaillant. Il existe quatre types de dysfonctionnements tonico-émotionnels dans le cadre d'un trouble des interactions précoces : l'excès de stimulations ; le manque de stimulations ; les dys-stimulations qui alternent imprévisiblement entre sous-stimulations et sur-stimulations ; un ajustement trop près des besoins de l'enfant qui n'a alors pas le temps de ressentir la frustration. Ces dysfonctionnements entraînent des troubles toniques, soit sur le versant de l'hypertonie, soit sur le versant de l'hypotonie.

Souvent, lors d'interactions précoces défaillantes, le rythme relationnel, c'est-à-dire l'alternance entre l'attente et la satisfaction des besoins, n'est pas structuré. Alors, l'enfant n'intègre pas l'alternance des deux pôles toniques extrêmes, à savoir l'hypotonie lors d'une sensation de satiété ou de quiétude, et l'hypertonie lors d'une sensation de faim, par exemple. L'enfant passe directement d'un pôle à l'autre, de l'hypotonie à l'hypertonie, sans nuance ; «entre les deux, [c'est] le 'no man's land' sensoriel et affectif.»⁹² S. B. ROBERT-OUVRAY dit, à ce propos, «nous pourrions dire, d'une façon un peu schématique, qu'une mère qui survient à tous les besoins de son enfant avant même qu'il ait pu en exprimer la tension, engage son enfant dans des positions identitaires mal définies par intégration insuffisante des extrêmes. Une mère qui laisse son enfant dépasser son seuil de tolérance à la stimulation, l'entraîne à vivre l'intégration unilatérale du pôle dur et le déséquilibre complet des autres paliers d'intégration. Une mère qui passe trop rapidement de la frustration à la satisfaction engage l'enfant à vivre une instabilité émotionnelle et des intégrations anarchiques.»⁹³

⁹¹ Cf. *supra*, p.51-52.

⁹² ROBERT-OUVRAY S. B., 2007, p.238.

⁹³ *Ibid*, p.87.

Un enfant victime de défaillances graves des interactions précoces va développer ce que l'on appelle une hypertonie de protection ; il va répondre aux stimulations externes de son environnement, par l'augmentation de son tonus musculaire. C'est généralement suite à un excès de stimulations, que se met en place ce que S. B. ROBERT-OUVRAY appelle une «paroi tonique». C'est un système de blindage qui assure une fonction de pare-excitation, que l'enfant n'a pas ou peu connu lors des interactions précoces avec sa mère. Une insécurité interne grandissante se met en place, l'enfant construit seul les limites de son corps. On retrouve chez les bébés hypertoniques, la présence d'une hyperexcitabilité et une difficulté à se lover dans les bras accueillants d'un adulte. D'un point de vue développemental, l'enfant possédera une maladresse gestuelle, associé à un état permanent de vigilance accru démontrant une méfiance à l'égard des sollicitations environnementales. Je pense à Andy et à sa façon d'être dans une posture de force. Son corps m'évoque la dureté d'une pierre, d'un roc. Peut-être que les stimulations précoces offertes par son entourage proche, n'ont pas été adaptées, favorisant alors l'unique intégration du pôle dur dans ses muscles. Le sentiment de sécurité interne associé à la détente corporelle n'a peut-être pas pu être intégré correctement. De ce fait, j'observe chez Andy, une hypertonicité relationnelle, qu'il a forgée grâce à l'établissement d'une véritable carapace tonique. Il semble se protéger des potentielles agressions extérieures, en s'armant d'une armure massive : il se construit lui-même sa fonction de pare-excitation. C'est donc directement son mode d'expression corporelle qui se fige, associé également à un fonctionnement émotionnel en «tout ou rien». Si la nuance tonique n'a pas été expérimentée, comment Andy peut-il contrôler ses émotions ? Ceci pourrait expliquer, en partie, ses débordements tonico-émotionnels observables lors de la confrontation à des situations frustrantes ou même joyeuses, ses réactions explosives et ses troubles du comportement. J'ai également remarqué que la joie provoque chez Andy, un durcissement, voire des tremblements qui le traversent de toute part, comme si l'émotion le débordait. Il s'est bâti chez Andy une sorte d'hypertonicité relationnelle ; «ce durcissement psychocorporel réactionnel et anesthésiant se double d'images de carapace, de mur, de blindage. Les personnes ne peuvent que constater ce phénomène qui les envahit et qui les laisse impuissants à se situer sensoriellement et affectivement par rapport à autrui.»⁹⁴

À l'inverse, c'est généralement suite à un manque de stimulations intégratives que l'hypotonie prédomine chez le bébé. Dans ce cas, l'enfant se trouve souvent envahit d'affects dépressifs. Ces bébés sont mous, passifs et glissent dans les bras de l'adulte ; l'enfant s'abandonne, on parle de fuite tonique. Cette dernière s'accompagne d'un désinvestissement relationnel. Dans les cas

⁹⁴ ROBERT-OUVRAY, S. B., 1999, p.47.

les plus graves, l'enfant peut sombrer dans une dépression anaclitique ou dans l'hospitalisme, concepts développés par R. SPITZ, dont j'ai parlé plus haut. Je pense à Titouan et à son hypotonie apparente. La façon qu'il a de se laisser glisser, de s'effondrer au sol lors des séances, et son manque de force impressionnant m'a d'abord percuté. C'est comme si ses jambes n'étaient pas assez solides pour le soutenir. Cela traduit peut-être l'effondrement corporel et psychique que Titouan a vécu dans les premiers mois de sa vie auprès de sa mère, ainsi que lors de son placement en pouponnière. Lors de ce placement, Titouan se laisse aller, paraît passif et ne se plaint pas, pas même pour exprimer sa faim. L'abandon vécu antérieurement ainsi que le manque de stimulations et de relation vécu auprès de sa mère a sûrement laissé une trace dépressive en lui. C'est comme s'il se résignait à sa condition, comme s'il n'avait pas la force de (sur)vivre. L'hypotonie se serait alors associée à des affects dépressifs et serait devenue prédominante dans sa façon d'être en relation avec l'autre. J'ai l'impression que l'hypotonie s'est injectée dans son corps. Quelle que soit alors l'émotion qui traverse Titouan, c'est par l'hypotonie que son corps y répond. «L'émotion d'un bébé est la représentation par celui qui en est le témoin de son état tonique et du sens qu'il lui prête.»⁹⁵ J'apprends, vers la fin de mon stage, que Titouan serait *potentiellement* issu d'une relation incestueuse unissant sa maman et son propre père, donc le grand-père de Titouan. Ce drame qu'est l'inceste a pu provoquer un désinvestissement relationnel, empreint d'une coloration dépressive, chez la maman. Ces affects dépressifs ont pu s'inscrire au plus profond des muscles de Titouan, à travers le portage carenciel qu'il a subi. Ceci peut alors être une hypothèse qui expliquerait, en partie, l'hypotonie retrouvée chez Titouan.

Le lien entre tonus et émotions se trouve alors impacté, ce qui engendre, chez Titouan et Andy, un dialogue tonique souvent disharmonieux. Ceci peut créer des tensions et des questionnements auxquels les assistants familiaux doivent faire face. La plupart du temps, c'est l'incompréhension des réactions de l'enfant qui prime, et le rejet de celui-ci est parfois inéluctable, malgré le bon vouloir de la famille d'accueil. C'est comme si ces enfants avaient développé des archétypes relationnels, qu'ils répètent dans leurs liens d'attachements ultérieurs. Un évènement, aussi minime soit-il, peut venir rompre la relation affective pourtant établie. Je pense à un enfant de l'ITEP qui a mis le feu chez sa famille d'accueil. Depuis cet évènement, il a opéré une certaine mise à distance défensive, avec les adultes qui l'entourent, il se montre rejetant vis-à-vis de sa famille d'accueil, comme pour se protéger d'un nouvel abandon.

⁹⁵ LIVOIR-PETERSEN M-F., 2009, p.98.

Les états d'hypertonie et d'hypotonie retrouvés chez Titouan et Andy et chez la plupart des enfants carencés et placés vont grandement perturber le dialogue tonico-émotionnel, et donc engendrer des difficultés dans les liens entre le vécu psychocorporel de l'enfant et la mise en place de ses fonctions psychomotrices.

A. BULLINGER est le premier auteur à mettre en lien la qualité du vécu psychocorporel de l'enfant, dans ses aspects toniques et posturaux, avec la maîtrise du geste sur le milieu environnant de l'enfant. Selon lui, «les points d'appuis toniques posturaux sont négligés, alors qu'ils constituent, tant au plan biomécanique que représentatif, une composante essentielle dans la réalisation des actions orientées vers le milieu physique et humain.»⁹⁶ C'est le développement de la statique du buste et sa régulation tonique qui participent au geste. Il introduit alors la notion d'axe corporel, qu'il décrit «comme étant composé du tronc, du cou et de la tête.»⁹⁷ Il représente une ligne anatomique virtuelle physique et psychique allant de la tête jusqu'en bas du corps, passant par «le trou occipital ; le centre de L3 ; les coxo-fémorales ; le centre du genou ; les malléoles.»⁹⁸ C'est autour de cette ligne que s'organisent les premiers mouvements de l'enfant, dans un équilibre tonique adapté. En effet, à la naissance, l'enfant présente une hypotonie physiologique de l'axe vertébral, associé à une hypertonie périphérique des membres. Cela tend à s'équilibrer avec le temps et la maturation neurologique de l'enfant. Cette équilibration tonique axiale et périphérique globalise le corps en mouvement de l'enfant. Plus tard, il aura accès à toutes les directions et tous les sens de l'espace, et pourra différencier les notions avant/arrière, droite/gauche et haut/bas, grâce aux mouvements et aux postures d'enroulement, d'extension et de rotation de la colonne vertébrale, servant de référence. Ces postures constituent de véritables points d'équilibre, à partir desquels l'enfant engage ses interactions avec le milieu humain et matériel qui l'entoure. Ces différentes postures vont déterminer des espaces privilégiés, tels que l'espace oral, premier espace de préhension, lieu d'exploration de l'environnement.

Seulement, l'enfant a besoin de l'adulte présent à ses côtés pour l'aider à se représenter et à intégrer cette ligne virtuelle. En effet, l'axe se construit dans la sécurité affective et dans la sécurité émotionnelle lors des soins prodigués à l'enfant : «l'enfant a besoin de se sentir calé et enveloppé dans les bras sécurisants de sa mère et dans une relation affective cohérente.»⁹⁹ Grâce à un portage de bonne qualité, à un *holding* et un *handling* adaptés, l'enfant est

⁹⁶ BULLINGER A., 2000, p.4.

⁹⁷ BULLINGER A., 2005, p.136.

⁹⁸ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., 2004, p.33.

⁹⁹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (dir), 2011, p.173.

accompagné dans les ressentis de son axe. De la qualité de ce portage dépend donc la solidité psychique et corporelle de cet axe. C'est à partir de là que l'enfant engage ses interactions avec son milieu, explore son environnement et s'individualise dans sa singularité psychique, corporelle et motrice, et donc psychomotrice.

Dans le cadre d'une défaillance des interactions précoces, on trouve souvent un défaut de contenance et de portage. L'enfant n'a pas pu ressentir la cohésion et la solidité de son axe, car confronté à une relation affective incohérente et parsemée de séparations itératives. Or, c'est autour de cet axe que s'organise le mouvement. «L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales.»¹⁰⁰ Il permet des activités intentionnelles instrumentales élaborées. Comment un enfant n'ayant pas intégré un axe corporel et psychique solide, peut-il se diriger vers des activités plus élaborées comme les apprentissages ? Les postures mettant en mouvement la colonne vertébrale, après acquisition et intégration d'un axe corporel solide, vont déterminer des espaces droite et gauche coordonnés.

La sphère orale constitue le relais pour passer un objet d'une main à l'autre, d'un espace à l'autre. C'est l'unification de ces différents espaces qui crée l'espace de préhension où les mains peuvent jouer des rôles instrumentaux complémentaires. «Pour réaliser une action orientée, il est nécessaire de disposer d'une image relativement stable de son organisme, qui constitue le point d'appui pour l'action projetée.»¹⁰¹ L'enfant carencé se trouve dans une intégration disharmonieuse de son axe corporel, ce qui va donc engendrer des difficultés à organiser le mouvement dirigé vers un but. De ce fait, l'ensemble des coopérations droite/gauche, des dissociations haut/bas, vont se trouver impactées dans la façon de se mouvoir. Tout rassemblement autour de l'axe dans le but d'avoir une action sur quelque chose se trouvera fragilisé, notamment la coordination oculo-manuelle. Lors du bilan psychomoteur, Andy a de grandes difficultés à suivre du doigt un chemin tracé sur une feuille. Il ne tient pas son axe, j'observe un effondrement de son dos, et un rapprochement exagéré de son visage vers la feuille. Son organisation praxique, quant à elle, est complètement déstructurée, notamment en ce qui concerne la reproduction de gestes sur imitation. La non-intégration d'un axe corporel stable et solide, engendre donc des perturbations sur le plan de la motricité globale, fine et potentiellement au niveau praxique.

Je pense à Andy, et à ses moments de régressions, où il peut porter des objets à la bouche, comme de la peinture. J'y vois ici, une tentative d'exploration de son environnement, comme

¹⁰⁰ BULLINGER A., 2005, p.143.

¹⁰¹ *Ibid*, p.150.

un tout petit. En effet, la zone orale constitue le premier lieu d'exploration mais constitue également un lien primordial d'échange charnel à la mère lors de la tétée. Peut-être qu'à travers le manque de contenance qu'il a vécu, Andy n'a pas intégré correctement cette zone de son corps, point de départ de constitution de l'axe. La solidité de son axe, ne s'est peut-être pas intégrée tant sur le plan corporel, que psychique. Pendant les premières semaines de sa vie, l'hypotonie de son rachis ne s'est peut-être pas associée au plaisir et à la détente dans les bras de sa mère, ce qui a favorisé l'intégration du dur dans sa colonne vertébrale, associé à une insécurité. De ce fait, l'exploration de son environnement s'en est trouvée impactée. L'appréhension des différents espaces de préhension s'est sûrement fait dans une souffrance à la fois physique et psychique, car Andy ne pouvait pas compter sur la solidité de son axe pour le porter dans ses explorations de tout petit. Pendant les séances, Andy vient souvent sur les genoux de l'adulte, il appuie son dos sur l'adulte qui se trouve derrière lui. A plusieurs reprises, je pose mes mains à plat, sur son dos : il paraît apaisé et bien calé. Cette mise en forme de son corps paraît ainsi le rassembler. Je pense, ici, qu'il cherche la contenance, le «contact-dos» dont parle G. HAAG, dont il n'a pas pu bénéficier antérieurement. «Sur cette base d'intégration des sensations rachidiennes et relationnelles, l'enfant va effectuer toutes les opérations possibles qui lui permettront d'aller vers le dehors et le monde extérieur.»¹⁰²

Je pense également à la façon qu'Andy a de se tenir debout. Sa colonne vertébrale est presque toujours en extension. La notion d'enroulement axiale semble ne pas être investie, dans sa façon de se tenir. C'est comme s'il se préparait toujours à l'affrontement, comme si il était en hypervigilance. Pourtant, l'enroulement est le premier schème de base investi par l'enfant à sa naissance, il permet la prise de conscience d'un corps à soi à travers des mouvements centripètes. Cette posture est bien évidemment soutenue par le portage offert à l'enfant dans les bras de sa mère. Si Andy n'a pas pu se lover, s'enrouler et se rassembler dans les bras de sa figure d'attachement, cette posture d'enroulement n'a pas pris sens pour lui. Seul face à lui-même, il a dû se diriger directement vers son environnement, vers les stimulations du dehors en se redressant, et lever son regard vers le monde environnant. Le regard joue un rôle conséquent dans les interactions comportementales. Un bébé se construit dans le regard de sa mère. Si l'enfant ne se sent pas observé par le regard soutenant et portant de sa figure d'attachement, alors c'est comme si nul ne portait attention à lui-même, à son corps. Plus tard, cela se traduira par un manque d'attention et d'intention pour lui, une certaine dévalorisation, ainsi qu'une fragilité narcissique. Le manque d'attention a sûrement poussé Andy à se diriger

¹⁰² ROBERT-OUVRAY S. B., 2007, p.170.

plus rapidement qu'il ne faut vers le monde qui l'entoure, sans avoir pu intégrer intérieurement le sentiment de sécurité via le regard de sa mère.

De plus, «c'est avec l'intégration des schèmes de base agissant pour leur propre compte, que l'enfant commence à intégrer son schéma corporel.»¹⁰³ Les difficultés autour de l'intégration du schéma corporel¹⁰⁴, observées chez Andy pendant son bilan psychomoteur, prennent sûrement racine dans la mauvaise intégration de son axe corporel. «Le schéma corporel sera la résultante de toutes ces actions/explorations auxquelles l'enfant recourt pour utiliser son corps et ses potentialités, pour connaître son corps dans l'espace et dans le temps.»¹⁰⁵ Si l'intégration de l'axe d'Andy a été défailante, son corps ne s'est pas construit comme une entité mais plutôt comme une somme de parties dissociées et ajoutées les unes aux autres, provoquant sûrement l'assimilation d'un corps mal organisé dans l'espace et dans le temps.

J'observe des éléments similaires dans ma prise en charge avec Titouan. Lorsqu'il grimpe sur les modules du parcours psychomoteur, Titouan a tendance à se jeter en arrière, à s'arque-bouter pour se laisser tomber sur les modules derrière lui. J'observe alors une hyperextension de sa colonne vertébrale. De plus, la psychomotricienne a observé une hypotonie axiale qui a perduré dans le temps, qui maintenant, tend à évoluer vers l'hypertonie. Titouan me fait penser à ces bébés qui ne trouvent pas le confort, qui ne parviennent pas à se mouler dans les bras d'un adulte. «On voit de nombreux bébés qui, ne vivant pas l'expérience du poids et de l'enroulement, se privent également du jeu des repoussés et manifestent des tensions postérieures excessives qui désorganisent leur mouvement et leur exploration spatiale.»¹⁰⁶ Peut-être que ses difficultés à repousser le sol, de ses jambes, seraient en lien avec les difficultés concernant son axe corporel ? C'est uniquement lorsque Titouan adopte ces postures d'hyperextension axiale, que je perçois une rigidification de son axe, une hypertonie, et j'ai l'impression qu'il perd les possibilités de retour à l'enroulement. C'est comme s'il ne connaissait pas ce schème d'enroulement qui est pourtant le premier à se mettre en place. Si cette posture n'a pas été soutenue par un portage adéquat, Titouan n'a pas pu intégrer la solidité de son axe.

¹⁰³ *Ibid*, p.46.

¹⁰⁴ «Le schéma corporel est le référentiel postural auquel sont rapportées les perceptions, garant de l'efficacité des intentions motrices, il ne cesse d'être réactualisé, à chaque fois que l'on bouge, grâce aux afférences proprioceptives, vestibulaires et visuelles.» BALLOUARD C., 2011, p.234.

¹⁰⁵ POTEL C., 2010, p.136.

¹⁰⁶ LESAGE B., 1999, p.29.

Il existe donc un lien évident entre axialité et relation, disponibilité, capacité à intégrer et rencontrer l'autre. Si l'enfant est accueilli tardivement, ou de manière répétitive au sein de différentes familles d'accueil, cela ne fait que renforcer ses difficultés. Car l'axe est la ligne autour de laquelle s'organise le mouvement, un trouble de l'axe engendrera donc des difficultés dans plusieurs autres domaines psychomoteurs tels que l'équilibre, les dissociations, les coordinations globales et fines, etc. L'équilibre, par exemple, est souvent précaire, comme chez Titouan et Andy, de par les difficultés de régulation tonique exposées plus haut, mais aussi par un manque d'ancrage au sol. Cette difficulté de motricité globale est en lien, chez Andy, avec une agitation motrice : il réalise ses gestes avec précipitation et n'est pas précis, il n'est pas dans la maîtrise de son corps. Titouan, au contraire, alterne entre l'hypotonie, signe d'un corps mal investi, et plus rarement l'hypertonie, lorsque par exemple les bruits de la salle le traversent et qu'il est en hypervigilance.

Cette hypervigilance, que j'observe chez Titouan et Andy, témoigne certainement d'une difficulté à intégrer l'ensemble des informations sensorielles autour d'eux. Chaque personne est soumise de manière continue à des informations sensorielles variées telles que la gravité, le tact, l'audition, l'olfaction et la vue. Ces informations mobilisent notre tonus et donc notre posture. H. WALLON et A. BULLINGER s'accordent à dire que «la capacité de stabiliser et d'orienter son attention vers une tâche intellectuelle s'appuie sur les mêmes mécanismes que ceux qui régulent la posture.»¹⁰⁷ Si l'intégration sensorielle est troublée, l'attention est alors perturbée, ce qui engendre une difficulté à rester en place. Durant l'année, j'observe à plusieurs reprises la difficulté pour Titouan et Andy à rester attentif aux propositions. On peut imaginer à quel point il doit être difficile, non seulement de traiter et d'intégrer les informations sensorielles environnantes surtout si l'une d'entre elle est surinvestie, mais également tenter de rester attentif à une tâche.

Il me semble que ces difficultés sont également étroitement en lien avec l'intégration de l'enveloppe corporelle et de l'image du corps chez les enfants carencés. En effet, lorsque l'attention ne tient plus, Andy et Titouan ont tendance à s'agiter : «Il y a pour lui [l'enfant] nécessité de bouger pour maintenir présente une image corporelle évanescence.»¹⁰⁸

La qualité de l'enveloppe corporelle et de l'image du corps est liée à la construction des limites du corps. Cette construction se fait dans le portage dont le nourrisson a eu besoin pour se construire une peau à lui. La peau est le premier contenant qui contient l'intérieur du corps,

¹⁰⁷ BULLINGER A., 2005, p.94.

¹⁰⁸ *Ibid*, p.95.

elle représente la surface à travers laquelle s'établissent les échanges nécessaires à la vie, entre le dedans et le dehors. En effet, «c'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite. La peau en est la composante concrète –ressentie, éprouvée, sécurisante- qui va constituer le premier maillon et la première surface d'inscription d'une représentation d'un corps unifié, rassemblé.»¹⁰⁹ Si un bébé n'est pas l'objet d'attention de sa figure d'attachement, comme pour les enfants carencés, le schéma corporel peut tout à fait se construire de façon cohérente et organisée, mais l'image du corps, elle, traduira le manque d'attention qu'il a subi, la dévalorisation et une certaine fragilité narcissique. L'image du corps possède donc un versant inconscient prédominant, elle «est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...]»¹¹⁰ Les interactions corporelles, affectives et fantasmatiques jouent donc un rôle indéniable dans la constitution de l'enveloppe propre de l'enfant. Si l'enfant ne reçoit pas ces soins de peau, à travers un *holding* et un *handling* satisfaisants, les limites du corps vont être floues et la constitution de l'enveloppe se fera dans l'insécurité et la non-fiabilité. Cela s'intensifie si l'enfant est amené à voir sa figure d'attachement disparaître, ou changer, de manière répétitive, comme ce fut le cas pour Titouan et Andy, tous les deux placés en institution puis en famille d'accueil. Le nourrisson vit dans son corps des sensations de morcellement, de démantèlement, et de liquéfaction dans les premiers mois de sa vie. Elles «se transforment en angoisses si ces sensations corporelles se répètent, si elles ne sont pas contenues par la mère, dans ses gestes, dans ses bras, dans ses mots.»¹¹¹ Ces éprouvés, s'ils durent dans le temps, vont venir effracter la construction d'une enveloppe solide et fiable. De ce fait, l'image que l'enfant aura de son propre corps se trouvera impactée.

Les troubles de l'enveloppe et de l'image du corps sont indéniables auprès d'une population d'enfants carencés et placés. J'ai pu largement observer combien les limites de leur corps étaient floues. Lors des séances avec Titouan, c'est la porosité de son enveloppe corporelle qui m'a d'abord sauté aux yeux. Comme je l'explique dans la description des séances, Titouan se trouve traversé par l'ensemble des bruits qu'il entend dans la salle de psychomotricité, et peut également montrer sa peur de voir partir l'eau par le trou du lavabo. Dans le rapport que Titouan entretient avec son corps, il me semble que les angoisses corporelles archaïques sont au centre de sa problématique. Son enveloppe corporelle semble

¹⁰⁹ POTEL C., 2010, p. 139.

¹¹⁰ DOLTO F., 1984, p.23.

¹¹¹ POTEL C., 2010, p. 139.

percée de trous, ce que je rapproche du concept de Moi-peau passoire, de D. ANZIEU. Cette angoisse serait donc la conséquence d'une défaillance de la fonction contenant de la peau, lié à la carence qu'il a subit. De ce fait, le toucher, ou la relation corporelle avec l'autre ne peut faire que mobiliser cette angoisse. Je repense à mon questionnement autour du seuil de sensibilité tactile de Titouan. Lorsque je viens chercher le contact corporel avec lui, c'est comme s'il se formait une barrière entre lui et moi, il paraît passif, n'interagit que très peu avec moi, et ne semble pas sentir quand je le touche. *A contrario*, lorsque c'est lui qui engage la relation, je n'observe aucune problématique autour du toucher. Je me suis demandé à plusieurs reprises si mon toucher ne venait pas faire intrusion dans son enveloppe psychocorporelle. Est-ce que lorsque je le touche, cela ne fait pas remonter inconsciemment en lui, la passivité éprouvée lors des soins subits en pouponnière ? A. BULLINGER parle de ce phénomène, et dit qu' «à titre d'exemple, des stimulations tactiles subies passivement peuvent ne pas être supportées 'on parle de défense tactile', alors que la même stimulation réalisée par la personne elle-même peut-être supportée.»¹¹² Il est possible que Titouan garde en lui une trace mémorielle traumatique de ce qu'il a pu vivre comme des intrusions corporelles lors des soins prodigués en institution. On peut imaginer que l'état dépressif dans lequel il se trouvait alors, a pu jouer sur sa capacité à participer à ces échanges. Ceci a pu renforcer la défaillance déjà présente autour de la non-intégration de ses limites corporelles. De ce fait, dès lors qu'il se trouve confronté à une relation où c'est l'autre qui engage le toucher, la passivité prend place ainsi que l'hyporéactivité, comme si Titouan se protégeait d'un nouveau traumatisme présumé.

Je pense également aux séances de groupe avec Andy, et à sa façon de se mouvoir dans la force et dans le contact «dur». Ses déplacements se composent de sauts, de course, jamais de marche tranquille. Il fonce dans les murs, les chaises, parfois sans s'en rendre compte. Le seul moment où je perçois un apaisement, c'est lorsqu'Andy trouve l'étayage corporel de l'adulte. J'y vois ici la tentative de ressentir, dans les sensations dures, les limites de son corps. Andy détruit souvent des objets qui sont à portée de mains, la dernière en date était une chaise, qu'il a envoyée à travers la salle de groupe avec agressivité. «Outre que l'agressivité est une énergie vitale de lutte et de défense, elle est également le moyen par lequel l'enfant peut faire l'expérience symbolique de la fragilité mais aussi de la solidité et de la permanence puisqu'on peut reconstruire.»¹¹³ Il me semble ici, qu'Andy expérimente les limites de son corps à travers des expériences de destruction, de confrontation, et d'agitation permanente. Peut-être qu'Andy ne peut interioriser son enveloppe corporelle et ses limites qu'en se mettant en danger ? Je

¹¹² BULLINGER A., 2005, p.156.

¹¹³ POTEL C., 2010, p.141.

pense que cela est due au manque de sécurité interne, au manque de soins éprouvés auprès de sa figure d'attachement, «ces soins qui ont été pourtant nécessaires et vitaux ont créé chez l'enfant une perversion du schéma sensoriel : avoir besoin de la souffrance pour se sentir exister. Le schéma classique -alternance bons soins/apaisement- s'est perverti. L'enfant cherche l'apaisement dans un passage obligé par la douleur. La douleur cessant, il trouve le calme.»¹¹⁴ Dès lors qu'il se calme, Andy peut venir finir sa course auprès d'un adulte en qui il a confiance. Cela est en partie lié à la grande quête affective que montrent cet enfant. Je pense qu'à travers son agitation et la confrontation aux autres et aux objets, Andy compense le défaut de pare-excitation maternel, subit dans sa petite-enfance.

Ces questionnements sont venus à moi, tout au long de l'année. J'ai pu toucher du doigt et essayer de comprendre le fonctionnement corporel et psychique des enfants carencés et placés, au travers des histoires personnelles de Titouan et Andy ainsi que lors de leur prise en charge en psychomotricité. Cependant, chaque enfant réside dans sa singularité, et il n'est pas question ici de dresser un portrait psychomoteur unique des enfants carencés et placés, car chaque enfant réagit à ses traumatismes de façon différente. Pourtant, les problématiques autour du tonus, de l'axe corporel, de l'enveloppe et de l'image du corps demeurent récurrentes auprès de cette population. Quelle est donc la place de la psychomotricité auprès de ces enfants ? Quel positionnement doit adopter le psychomotricien, face à ces enfants en manque d'affection, de contenance et de cadre ? C'est l'axe que j'ai choisi d'aborder ci-dessous.

¹¹⁴ *Ibid*, p.142.

II. La contenance du psychomotricien comme étau thérapeutique auprès des enfants carencés et placés

Lors de mon premier jour de stage à l'ITEP, ne connaissant ni la structure, ni les enfants, j'ai opté pour une position d'observateur. Les enfants me regardaient du coin de l'œil, semblaient vouloir attirer mon attention : je portais alors le regard le plus bienveillant soit-il sur eux. Inconsciemment, grâce à ma formation et mes expériences cliniques, je les soutenais déjà par mon regard et ma disponibilité psychocorporelle. Je pense que je vivais d'ors et déjà l'expérience de contenir l'autre.

La contenance, «c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoqué dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique.»¹¹⁵

Ce qui fut flagrant, c'est l'intensité des manifestations affectives des enfants de l'ITEP. Leur facilité à sauter dans les bras d'un adulte qu'ils viennent de rencontrer, à rechercher le contact corporel coûte que coûte, m'a d'abord impressionnée. Leur recherche d'attention, leur envie d'exister aux yeux de l'autre était très présente.

Je me souviens d'Andy qui me saute dans les bras, lors de notre première rencontre, ou de Titouan qui entre dans la salle de psychomotricité avec moi, sans jeter un coup d'œil à son assistante familiale. La phase de retrait que tout enfant présente habituellement à l'égard d'un adulte inconnu, est quasiment inexistante. C'est sans nul doute une recherche de contenance, d'étayage à la fois corporel et psychique, dont ils n'ont pas pu bénéficier auparavant. La recherche de portage chez Andy a été visible lors de nombreuses séances. Son envie de coller sa chaise à la mienne pour que je sois au plus près de lui, sa façon de me montrer ses travaux réalisés sur le groupe éducatif pour que je le félicite, traduit cette recherche. Je pense à Titouan et à son besoin d'être entouré de mes bras, pour effectuer une partie du parcours psychomoteur ; il peut le dire lui-même : «sans tes bras, je vais tomber !» La recherche de contenance se traduit également au travers des jeux de bercements, sur le gros rouleau cylindrique, lorsque ma main posée dans son dos, procure un apaisement jamais vu, un relâchement tonique.

Les enfants carencés et placés, ont souvent vécu de multiples placements, qui sont venus se surajouter à une défaillance du *holding* et du *handling* maternel. La continuité du portage a été

¹¹⁵ *Ibid*, p.324.

mise à mal, ce qui a laissé des traces corporelles et psychiques. Vient s'y ajouter, une angoisse d'abandon intense, qu'ils compensent par une recherche d'agrippement. Je pense à Andy, au jour où il s'est emmitouflé dans mon manteau, dans mon écharpe. Ne serait-ce pas ici une recherche d'agrippement ? En s'enveloppant dans ce manteau, est ce qu'Andy ne cherche pas à pallier aux manques de son Moi fragile ? «Ces procédés [les agrippements] protégeraient le Moi de son propre effondrement en fournissant à un niveau sensorimoteur des qualités de contenance, de maintenance, de pare-excitation... qualités que les intégrations défailantes du Moi ne peuvent pas ou peu assurer.»¹¹⁶ Ce jour-là, la fin de séance était plutôt compliquée, Andy a peut-être trouvé refuge en s'enveloppant dans ce manteau. Il s'y est senti peut-être contenu, maintenu ? Ne pouvant pas se rassurer seul, Andy a eu besoin d'un objet externe pour trouver la réassurance.

C'est à travers la mise en place d'un cadre thérapeutique que le psychomotricien propose des limites souples et solides. On peut alors distinguer le cadre humain et relationnel, le cadre matériel et le cadre spatio-temporel. «Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.»¹¹⁷

Les enfants placés ont subi une immense séparation, souvent vécue comme un abandon. Leur cadre de vie a été mis à mal dans ses aspects matériels, spatio-temporels, humains et relationnels. Il convient donc, dans leur prise en charge psychomotrice, de leur offrir un cadre solide et fiable. Cependant, beaucoup d'enfants carencés et placés n'ont de cesse de tester la solidité de ce cadre, pour se rassurer, et lutter contre une énième angoisse d'abandon. Il convient donc pour le psychomotricien de veiller à l'établissement d'un cadre sécurisé.

J'ai pu remarquer un rapport particulier au cadre spatio-temporel chez les enfants placés et carencés. Les fins de séances «dix doigts» ont souvent été difficiles avec Andy. Cela me renvoie directement à son angoisse de séparation. C'est comme s'il souhaitait prolonger la séance à nos côtés. A l'annonce de la fin du temps imparti, Andy répétait ses allers-retours à l'intérieur et à l'extérieur de la salle, comme pour vérifier si nous allions rester. Les transitions s'avéraient difficiles pour lui. De plus, la séance débutant juste après la récréation, il était souvent le premier arrivé. Il demandait «c'est bien aujourd'hui qu'on fait dix doigts ?» Il cherchait donc la confirmation du cadre, comme pour se rassurer. Titouan, quant à lui, a souvent mis en place des stratégies d'évitement, pour prolonger le temps de la séance avec

¹¹⁶ PAGANI M., 2005, p.6.

¹¹⁷ POTEL C. 2010, p.321.

nous. Il ne voulait pas remettre ses chaussures pour quitter la salle. C'est grâce à mon étayage corporel et verbal qu'il y parvenait. Je m'asseyais à ses côtés, en remettant moi-même mes chaussures, et en lui disant qu'il allait rejoindre sa «tata», et que la psychomotricienne et moi allions accueillir un autre enfant. La perception du temps se fait dans les premiers moments d'accordage entre l'enfant et sa mère. Si l'enfant connaît une discontinuité, une irrégularité dans les soins, si il y a un écart trop important entre le manque et la satisfaction, comment peut-il percevoir le temps ? Cela a pu freiner l'intégration d'un rythme organisé et sécurisant. Concernant l'espace, les enfants placés se sont retrouvés face à une perte de repères immense, surtout lorsqu'ils ont vécu des placements multiples. Ainsi, tout changement de repères spatiaux, ou découverte d'un nouvel endroit peut être angoissant pour eux, ce qui peut se répercuter sur leur organisation spatiale.

La prise en charge psychomotrice auprès de ses enfants devra donc veiller à élaborer des repères spatio-temporels fiables et sécurisants. «Pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps.»¹¹⁸ Je pense à la grande affiche «dix doigts» apposée sur la porte de la salle de groupe : elle a pu ainsi servir de repère. Elle représentait un espace clos, réservé au groupe, limitant les intrusions des autres enfants de l'ITEP, ce qui en faisait un espace privilégié pour les enfants du groupe «dix doigts». La salle de psychomotricité en elle-même représente également un repère spatial sécurisant, une enveloppe qui sert de contenant. L'immuabilité du cadre spatio-temporel est donc un repère stable et rassurant.

Concernant le cadre matériel, j'ai pu remarquer que Titouan et Andy investissaient différemment les objets à disposition. Titouan, lui, a pu utiliser les objets, choisis par la psychomotricienne et moi, notamment la couverture dans laquelle nous le bercions en fin de séance. Elle a été un support essentiel, selon moi, vers une meilleure intégration de ses limites corporelles, ainsi qu'un support à l'imaginaire, lorsque nous chantions «bateau sur l'eau». D'ailleurs, Titouan a pu réclamer l'utilisation de la couverture à plusieurs reprises dans l'année. «Le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement dans le choix de ses objets –jeux, tissus, coussins, matières, couleur- qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire.»¹¹⁹ Chez Andy, j'ai pu remarquer un investissement plus particulier face aux objets. Lors de la séance du bilan psychomoteur en tout début d'année, il a aperçu une boule

¹¹⁸ *Ibid*, p.322.

¹¹⁹ *Ibid*.

de papier en origami sur le bureau de la psychomotricienne. Après avoir fait l'éloge de la beauté de cet objet, c'est tout naturellement qu'il l'a brutalement écrasé dans ses mains, et jeté à travers la pièce. M. LEMAY dit à ce sujet que «l'attachement aux objets est aussi inconstant que la relation aux personnes.»¹²⁰ L'objet pourtant investi, devient quelques minutes après détruit. Ayant développé un mode d'attachement particulier aux personnes, dû à la carence subie, l'investissement des objets se trouve tout autant inconstant. C'est pour cela que le cadre matériel mis en place par le psychomotricien doit être stable et sécurisant pour l'enfant carencé et placé. Des limites concernant l'utilisation du matériel doivent être fixées dès le début d'une prise en charge, tout en alliant souplesse et fermeté du cadre, source de réassurance pour l'enfant.

Le cadre relationnel et humain a également sa place dans l'établissement du cadre thérapeutique. Les adultes présents auprès des enfants carencés et placés doivent être disponibles corporellement et psychiquement, pour que l'enfant y trouve toute la sécurité dont il a besoin pour être en confiance. Ce sont les conditions d'encadrement. La recherche de portage et parfois d'agrippement a été très présente, lorsqu'Andy me sautait dans les bras par exemple, ou lorsque Titouan s'effondrait sur mes genoux en séance. A ce moment-là, je pense qu'ils testaient à la fois ma présence corporelle et ma disponibilité psychique, à les accueillir. J'ai, à plusieurs instants, remarqué qu'Andy testait ce lien relationnel avec le thérapeute. Il a pu mettre à mal ce cadre, au travers de réactions défensives, parfois brutales. Je pense notamment à son ambivalence relationnelle, la relation duelle était à la fois indispensable et insupportable. Lorsqu'une situation semblait le déborder affectivement, Andy anticipait la rupture de ce lien, pour ne pas être amené à souffrir une nouvelle fois si un abandon se produisait. Cette situation me renvoie directement au «phénomène de brisure»¹²¹, développé par M. LEMAY. L'enfant carencé et placé semble se lancer dans une immense quête affective afin de combler ses carences, pourtant il reste dans une angoisse de perte permanente de ce lien d'attachement. L'enfant teste la solidité du lien thérapeutique, ainsi plusieurs réactions sont possibles : «rompre la relation avant qu'il ne soit trop tard, c'est-à-dire avant que la douleur puisse devenir intolérable si on se découvre abandonné – tester le bien-fondé des affirmations chaleureuses en devenant agressif ou opposant : «Même ainsi peux-tu encore m'accepter ?» semble interroger le sujet – conjurer sa peur en devenant l'agresseur avant de succomber sous le poids des attaques présumées.»¹²² Andy lui, avait tendance à devenir agressif et opposant, surtout en

¹²⁰ LEMAY M. 1993, p.36.

¹²¹ Cf. *supra*, p.67-68.

¹²² LEMAY M., 1993, p.45.

fin de séance, lorsqu'il sentait la séparation proche. Il anticipait à ce moment-là, un nouvel abandon présumé.

Le cadre humain et relationnel doit donc être réfléchi et pensé. Je pense à la coanimation entre la psychomotricienne, l'éducatrice spécialisée et moi-même, pour le groupe «dix doigts», et à la discontinuité des séances pendant l'année. Les enfants n'ont pas pu être prévenus à l'avance de la modification du cadre préétabli. Le cadre humain et relationnel s'étant modifié tout au long de l'année, cela a provoqué la désorganisation corporelle et psychique des enfants, en particulier Andy. En effet, les enfants se retrouvaient à nouveau, face à la perte d'un repère établi, censé être fiable et stable, et garant de leur sécurité affective et émotionnelle. La présence régulière des mêmes encadrants est essentielle pour que l'enfant ait les mêmes figures de références, d'une séance à l'autre. Alors le psychomotricien doit veiller à l'établissement d'un cadre humain et relationnel à la fois souple et ferme, et surtout contenant, compte tenu de l'angoisse d'abandon permanente des enfants carencés et placés.

La fonction de contenance est, selon moi, un outil précieux du psychomotricien, inclus dans le cadre thérapeutique. Face à ces enfants carencés, le manque de contenance est flagrant, comme je l'ai illustré au travers des histoires et de la prise en charge de Titouan et Andy. Auprès d'eux, il m'a semblé nécessaire de débiter par une approche thérapeutique visant à accompagner, rassurer le patient dans ses éprouvés, ses sensations corporelles, pour ensuite l'amener à symboliser ces dernières. Dans le cadre de la thérapie psychomotrice auprès de Titouan et Andy, le travail de contenance est selon moi une étape obligatoire. Comment un enfant insécure, n'ayant pas ou peu intégré son axe corporel, et présentant une enveloppe et une image du corps fragiles, peut-il se sentir confiant dans son engagement corporel, puis plus tard dans la vie quotidienne et les apprentissages scolaires ?

Auprès de ces enfants au vécu affectif traumatisant, la difficulté réside dans le fait de ne pas se positionner en tant que «mère réparatrice», ce qui serait notre propre fantasme. Cependant, lorsque l'histoire d'un enfant nous montre qu'il a manqué d'affection, de contenance et d'étayage, cela induit pour chacun des adultes auprès de lui, un fantasme soignant et réparateur dont il est difficile de faire l'économie, sinon à le dénier. «On peut ainsi penser (non sans raison ni sans intérêts) que le modèle de la rencontre thérapeutique se révèle bien, et ce de manière exemplaire en psychomotricité, comme reproduisant 'quelque chose' de la situation de la relation mère/enfant.»¹²³

¹²³ JOLY F., 1994, p.18.

J'y vois ici l'instauration d'une alliance thérapeutique basée sur la confiance mutuelle, l'étayage, pouvant faire office de support, dans le but pour l'enfant de prendre son envol. La complexité de cette démarche «se décline et terme de limites, d'enveloppe, de contenant, de fermeté, d'autorité et de frustration, de compréhension et d'écoute. Pour cela, il nous faut assumer que nos actions et nos actes ont une valeur à la fois concrète et symbolique, et que cette double valeur de notre engagement corporel et verbal va faire 'levier thérapeutique' et donner une première charpente psychique.»¹²⁴

Nous avons vu plus haut, que l'implication de la figure maternelle est garante d'un développement psychocorporel, affectif, et cognitif harmonieux. Si il y a eu échec dans l'établissement d'une sécurité de base, le soin psychomoteur peut être convoqué, non pas pour recréer ce type d'interactions, mais pour se positionner dans la mesure du possible en tant que structure solide, fiable : «le patient attend, de façon implicite et non consciente, que son thérapeute tienne le coup, qu'envers et contre lui, il garde surtout son cap, qu'il soit solide pour contenir les tempêtes émotionnelles qui vont se jouer sur la scène de la relation.»¹²⁵ Cette référence au registre «maternel» passe d'abord par la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien. C'est être disponible à soi et pour soi, afin de l'être tout autant pour son patient, pour l'accueillir dans sa globalité, à bras ouverts. C'est, pour le psychomotricien, développer une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte de sa position dans l'espace, de sa tonicité, du rythme et de la mélodie de sa voix, pour pouvoir accueillir les expressions corporelles régressives et primitives des patients. C'est savoir reconnaître quelles émotions le patient convoque en nous, et comment celles-ci vont venir éclairer ses éprouvés intenses et ses mises en acte.

Le psychomotricien assure, à travers le cadre thérapeutique dont il est garant, et lui-même, la fonction de *holding* au sens de D. W. WINNICOTT. De même, en s'ajustant dans le dialogue tonic-émotionnel et en faisant preuve d'empathie¹²⁶ et de bienveillance, le psychomotricien adopte une posture qui se rapproche de la «préoccupation maternelle primaire», décrite également par D. W. WINNICOTT. Ce climat sécurisant, va permettre à l'enfant de prendre appui tant sur le corps du psychomotricien, que sur son état d'esprit, pour faire ses propres expériences. La thérapie psychomotrice accompagne l'enfant dans la

¹²⁴ POTEL C. 2015, p.69.

¹²⁵ *Ibid*, p.112.

¹²⁶ «Sympathie froide, mode de discernement de l'affect chez son interlocuteur et capacité à en éprouver la tonalité pour le restituer. Faire comme si l'on était l'autre sans jamais perdre de vue la condition 'comme si'.» BALLOUARD C., 2011, p.225.

découverte et l'investissement des expériences diverses de la réalité, et ce «dans une certaine qualité sensorielle et dans un bain de plaisir interactif 'tempéré'.»¹²⁷

La grande quête affective des enfants carencés que j'ai rencontrés, est venue parfois me questionner sur mon implication corporelle. Faut-il accepter les rapprochements ? N'est-ce pas biaiser l'alliance thérapeutique ? J'entends souvent parler de «juste distance», mais à quel moment sait-on qu'elle est «juste» ? Aujourd'hui, je pense que le contact corporel, et surtout la contenance corporelle est garante de l'alliance thérapeutique auprès des enfants carencés et placés. Cela m'a aidé à comprendre leur situation, à m'en faire une représentation, pour enfin les contenir chaleureusement dans leur éprouvés. Faire comprendre au patient que je suis là, disponible et apte à recevoir leurs angoisses, leur procure une base de sécurité, une présence sur laquelle ils peuvent compter, pour les emmener plus loin dans leur élaboration psychique. L'étayage verbal fut également de mise : les aider à mettre des mots sur leurs sensations, leurs perceptions, leurs émotions afin qu'ils accèdent à des voies de symbolisation plus secondarisées, pour permettre une mise en pensée du corps. Je repense au moment de régression d'Andy lorsqu'il a porté de la peinture à sa bouche. La psychomotricienne et moi étions présentes à ses côtés pour accompagner verbalement ses explorations. Cet étayage verbal fait référence, selon moi, à la contenance dont parle W. BION. Nous étions à ses côtés pour accueillir les informations sensorielles relatives au goût de la peinture dans sa bouche (éléments β), et nous avons prêté notre psyché afin de mettre des mots sur les sensations qu'il ressentait à ce moment-là (éléments α). C'est le même processus qui se met en place lors des interactions fantasmatiques, lorsque la mère prête son appareil psychique à son enfant afin de se positionner en tant qu'agent intégrateur des sensations et des perceptions brutes. En effet, le cadre thérapeutique est un espace de projection d'affects archaïques de l'enfant, que le psychomotricien va contenir et accueillir, pour les transformer et les lui restituer en éléments assimilables par la pensée. Il va proposer une mise en mots de ce qu'il pense avoir compris, et aide ainsi l'enfant à prendre conscience de ce qui lui arrive, en y mettant du sens et des liens. Le psychomotricien assure à ce moment-là, la rêverie maternelle conceptualisée par W. BION. Le psychomotricien fait donc appel à cette capacité personnelle et professionnelle, de contenir en soi ce qui est à l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est en menace de débordement. «Le psychomotricien va devoir assumer ses propositions initiales –que cela s'exprime par le corps-

¹²⁷ JOLY F., 1994, p.19.

, développer une certaine façon de recevoir et de faire, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire.»¹²⁸

Auprès des enfants carencés et placés, le psychomotricien va également occuper une place de «filtre». Il va permettre les excitations motrices, parfois les débordements, puis les régressions, souvent de mise chez ces enfants, mais tout en assurant les modalités de leur intégration psychique. Il faut savoir accepter la décharge motrice en séance par exemple, «défoules-toi !», mais s'il ne se passe rien d'autre, comment l'enfant met du sens sur ce qu'il vient de se passer ? Le rôle du psychomotricien réside ici dans la prévention des excès de stimulations. Il a une fonction de *pare-excitation*, notion décrite par D. ANZIEU, que j'ai abordé plus haut. C'est entre autre, la défaillance même de cette fonction de *pare-excitation* qui est à l'origine de l'insécurité corporelle et psychique des enfants carencés. Un des rôles du psychomotricien auprès de cette population, est selon moi, d'être dans une position de *pare-excitant auxiliaire*, pour permettre plus tard à l'enfant de trouver en lui un étayage suffisant pour assumer cette fonction. Les notions de permission et de limitation vont donc garantir le cadre thérapeutique.

Il me semble que la fonction de *maintenance* du Moi-peau, décrite également par D. ANZIEU, est également un outil précieux dans la thérapie psychomotrice auprès des enfants carencés et placés. En proposant des appuis corporels et psychiques, le psychomotricien va soutenir la mise en place des limites du corps, souvent floues chez ces enfants. Je pense à Titouan et à son appréhension quand je lui ai proposé de tourner sur lui-même, lors du parcours psychomoteur. Je lui ai d'abord proposé un appui corporel : mes mains. Il a pu au préalable, compter sur un appui externe (mon corps), ce qui l'a conduit à acquérir un appui interne sur son propre corps.

Enfin, le rebond vers l'autonomie et l'ouverture au monde de l'enfant, montre selon moi, la finalité, ou tout du moins, l'arrivée à terme, de la prise en charge psychomotrice auprès des enfants carencés et placés. Le registre du «maternel» dont j'ai plaidoyé la cause peut alors trouver son paradigme dans la tierceité. Lorsque l'enfant trouve en lui une sécurité interne, des limites psychocorporelles suffisamment établies et une image du corps suffisamment valorisée, il peut alors se diriger sereinement vers le monde qui l'entoure. Souvent, dans la thérapie psychomotrice, c'est d'ailleurs l'enfant qui, soutenu par des assises narcissiques stables, se dirige vers des activités plus élaborées. C'est ce que j'ai cru observer lorsque Titouan s'est dirigé de lui-même vers le dessin, après plusieurs mois passés dans le registre du sensoriel et du portage.

¹²⁸ POTEL C., 2010, p.329-330.

Lors des interactions précoces, le père détient, entre autre, le rôle de tiers séparateur favorisant la séparation d'avec la mère, et participe à l'individuation corporelle et psychique de l'enfant. Pendant l'année passée auprès de Titouan et Andy, je n'ai jamais entendu parler de leur père, il paraissait inexistant dans la lecture de leur dossier. Si la thérapie psychomotrice auprès de ces enfants m'est apparue à la lumière du registre contenant et «maternant», une de ses limites pourrait-être un potentiel enfermement dans cette relation symbiotique. Il convient donc pour le psychomotricien de veiller à préparer la séparation, parce qu'il n'est qu'un intervenant éphémère dans la vie de l'enfant. Il est nécessaire de trouver l'équilibre entre juste-distance et engagement psychocorporel, en accompagnant l'enfant carencé et placé avec cohérence et clarté, jusqu'à la séparation.

CONCLUSION

Tout au long de l'écriture de ce mémoire, des prémices de ma réflexion jusqu'à la finalité de ce projet, je me suis questionnée sur la place de la psychomotricité auprès des enfants carencés et placés en famille d'accueil.

L'enfant se construit corporellement et psychiquement dans la qualité des échanges, dans la richesse des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques, l'unissant à sa figure d'attachement. Lorsque l'enfant subit des carences, ce sont directement les fondations du corps et du psychisme qui sont bafouées. La plupart des enfants que j'ai rencontrés m'ont semblé «éclatés», comme si rien ne tenait en eux. La carence a laissé une trace indélébile sur leur façon d'être au monde. J'ai pu notamment toucher du doigt la fragilité de leur enveloppe psychocorporelle. Si plusieurs placements familiaux ou institutionnels se surajoutent à une situation carencielle précoce, l'enfant risque de développer des difficultés particulières, plus profondément dans leur façon de se lier, d'entreprendre une relation avec l'autre. Ceci s'explique en partie par leur grande quête affective, et leur incessante angoisse d'abandon.

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion sur le rôle du psychomotricien auprès d'enfants comme Titouan et Andy. C'est en relatant ma rencontre avec eux que j'ai tenté de trouver des réponses concernant la place de la psychomotricité à leurs côtés. Se rencontrer, s'accorder, leur offrir un environnement contenant pour leur donner l'occasion de prendre appui sur notre présence. Prendre le temps, le temps de comprendre où l'enfant se situe dans la foule de ses éprouvés, de ses sensations, de ses questionnements. S'adapter, se mettre en forme, entourer l'enfant de notre disponibilité psychocorporelle, afin qu'il puisse exprimer ses envies et ses besoins, les mettre en mots et prendre son envol. Grâce à l'établissement d'un cadre thérapeutique contenant, le psychomotricien fait appel à sa capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi, le corps et la pensée de l'autre. J'ai alors tenté de démontrer certains aspects de cette approche dans ce mémoire.

L'écriture de ce mémoire a ouvert mon esprit à quelques autres interrogations. Notamment en ce qui concerne le concept de résilience de B. CYRULNIK. Est-ce que le psychomotricien pourrait être un soutien à la résilience des enfants carencés et placés ? De plus, quel est le devenir de ces enfants «sans toit ni moi» ? Est-ce que le traumatisme de la carence et du placement retentira sur leur vie de futurs jeunes adultes, voire de futurs jeunes parents ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- ∞ ANZIEU D., (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- ∞ BALLOUARD C., (2011), *L'Aide-mémoire de Psychomotricité en 25 notions*, Paris, Dunod, 2008.
- ∞ BERGER M., (2003), *L'enfant et la souffrance de la séparation. Divorce, adoption, placement*, Paris, Dunod.
- ∞ BOURSIER-CSEKEI O., (2012), *Unité de consultation mère-enfant : le place de la psychomotricité dans l'étayage de la parentalité*, Paris, Mémoire psychomotricité DE.
- ∞ BULLINGER A., (2005), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- ∞ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., (2004), *De la naissance à la marche, Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe.
- ∞ CYRULNIK B., (1989), *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette.
- ∞ DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, France, Paris, Editions du Seuil.
- ∞ GOLSE B., (2006), *L'être-bébé, Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.
- ∞ GUEDENEY N., GUEDENEY A., (2006), *L'attachement*, Paris, Masson, 2002.
- ∞ HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F., (2000), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Puf.

- ⌘ JOLY F., LABES G., (2009), *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Corps, tonus et psychomotricité*, Noisiel, Papyrus.
- ⌘ LEMAY M., (1979), *J'ai mal à ma mère*, Paris, Fleurus, 1993.
- ⌘ MAURY M., PARADIS-GUENNOU M., (2000), *Développement affectif du nourrisson, l'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance*, In CNUP (Collège Nationale Des Universitaires de Psychiatrie), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, In Press.
- ⌘ PIREYRE E., (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- ⌘ POTEL C., (2015), *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapeutique du corps*, Toulouse, Erès.
- ⌘ POTEL C., (2010), *Être psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès.
- ⌘ ROBERT-OUVRAY S. B. (2007), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée De Brouwer, 2002-2004.
- ⌘ ROBERT-OUVRAY S.B., (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée De Brouwer.
- ⌘ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (dir), (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- ⌘ SOULE M., LAUZANNE K., (1985), *La carence des soins maternels et ses effets*, In DIAKTINE R., LEBOVICI S., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 3*, Paris, Puf.
- ⌘ TALBERT M., WILLOQUET G., GERVAIS R., (2008), *Guide Pharmaco, étudiants et professionnels paramédicaux*, 8^{ème} édition, Rueil-Malmaison, Lamarre.
- ⌘ WINNICOTT D. W., (1992), *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

ARTICLES :

- ⌘ BULLINGER A., (2000), *Les prothèses de rassemblement*, In Neuropsychiatrie Enfance et Adolescence, 49, pp. 4-8, Genève, Elsevier.
- ⌘ JOLY F., (1994), *La référence au «maternel» dans le champ des thérapies psychomotrices*, In Entretiens de Psychomotricité d'Octobre 1994, Paris, Expansion Scientifique Française.
- ⌘ JOVER M., (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, In RIVIERE J. (dir), *In Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal.
- ⌘ LESAGE B., (1999), *Etapes d'un parcours psychocorporel*, In Thérapie psychomotrice et Recherches, n°117, pp. 24-40.
- ⌘ LIVOIR-PETERSEN M-F., (2009), *Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'état toniques à des états d'âmes*, In Thérapie psychomotrice et Recherches, n°157, pp. 96-107.
- ⌘ PAGANI M. (2005), *Les autoagrippements : A la recherche d'un «sentiment continu d'exister» ?*, In Thérapie psychomotrice et Recherche, n°144.
- ⌘ ROBERT-OUVRAY S. B., (1999), *Le corps étai de la psyché*, In Thérapie psychomotrice et Recherches, n°117, pp. 46-61.

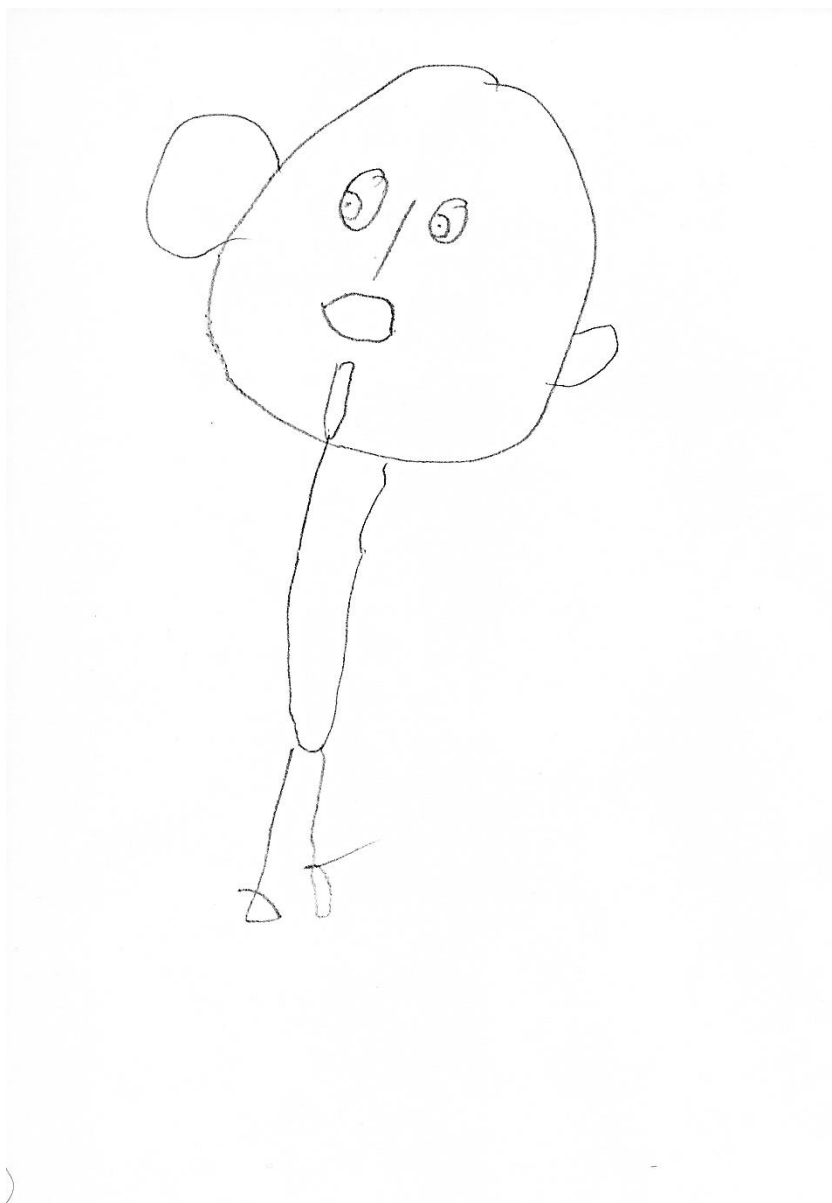
SITES INTERNET :

- ⌘ Site du Service Public - Direction de l'information légale et administrative, concernant les motifs de placement d'un enfant, consulté le 20/02/2016,
↳ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N136>
- ⌘ Site du Service Public de la diffusion du droit, Article L421-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, concernant l'accueil familial, consulté le 20/02/16,
↳ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797851&dateTexte=&categorieLien=cid>

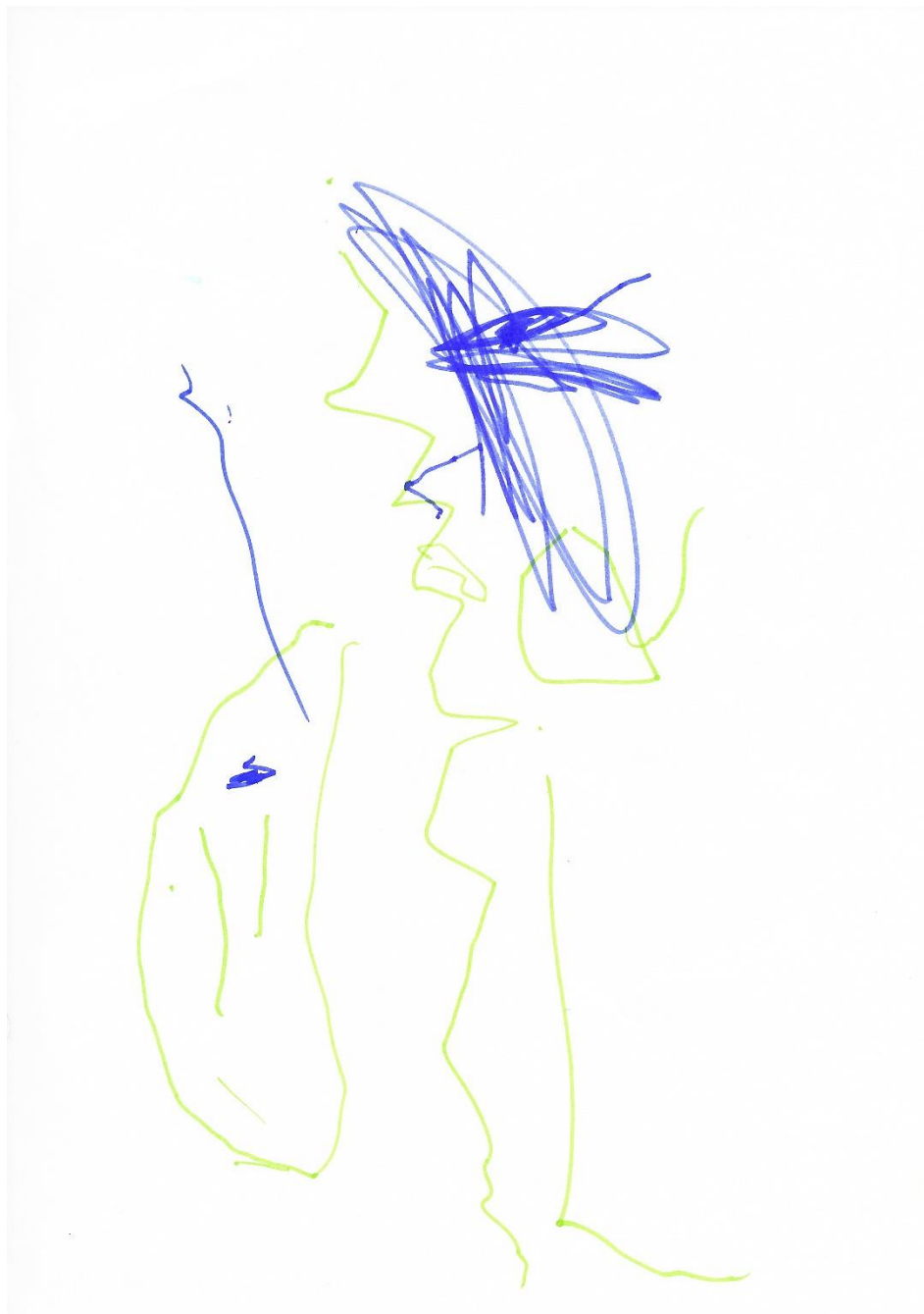
⌘ Site du Service Public de la diffusion du droit, Article D312-59-1 du Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005, concernant l'organisation et le fonctionnement des ITEP, consulté le 20/02/16,
↳ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI0000069063999>

ANNEXES

- Annexe I : «Dessin du bonhomme», réalisé par Andy, le 24/09/2015.



- Annexe II : «Dessin du bonhomme», réalisé par Titouan, le 02/12/2015.



- **Annexe III : «Dessin du bonhomme», réalisé par Titouan, le 02/03/2015.**



TABLE DES ABRÉVIATIONS

- ⌘ **AEMO** : Assistance Éducative en Milieu Ouvert. C'est une mesure judiciaire civile, ordonnée par le Juge des Enfants, au bénéfice d'un ou de plusieurs enfants d'une famille. Elle consiste en l'intervention à domicile d'un travailleur social pour une durée variable.
- ⌘ **AESF** : Accompagnement en Économie Sociale et Familiale.
- ⌘ **ASE** : Aide Sociale à l'Enfance. C'est un ensemble de formes de protection à l'enfance, lorsque l'enfant et/ou sa famille est confronté à des difficultés sociales importantes. Cette protection apporte un soutien matériel, éducatif et psychologique.
- ⌘ **AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire. Elle intervient comme une aide à la vie quotidienne, auprès d'un enfant scolarisé en difficulté.
- ⌘ **CAFS** : Centre d'Accueil Familial Spécialisé. Il a pour but de mettre à disposition des enfants un environnement psychologique éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur environnement.
- ⌘ **CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles. C'est un ensemble de dispositions législatives et réglementaires sur l'action sociale et la famille.
- ⌘ **CRFI** : Centre de Rééducation Fonctionnelle Infantile. Ces établissements accueillent des enfants porteurs de pathologies nécessitant une prise en charge de médecine physique et de réadaptation.
- ⌘ **EJE** : Éducateur de Jeunes Enfants. Il intervient auprès d'enfants âgés de 0 à 7 ans, en relation avec leurs parents. Il les accompagne dans leur apprentissage de l'autonomie, de la vie sociale.
- ⌘ **EREA** : Établissement Régional d'Éducation Adaptée. Ils prennent en charge des adolescents en grande difficulté scolaire et sociale, ou présentant un handicap.
- ⌘ **IOE** : Investigation et Orientation Éducative. C'est une mesure judiciaire ayant pour objectif une évaluation diagnostique et une action éducative en faveur de l'enfant et de sa famille.

- ⌘ **IP** : Information Préoccupante. Elle correspond à tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide.
- ⌘ **ITEP** : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique. Ces établissements dispensent des soins et une éducation spécialisée aux enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement susceptibles d'une rééducation psychothérapeutique sous contrôle médical.
- ⌘ **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées. Cet établissement est chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches.
- ⌘ **OPP** : Ordonnance de Placement Provisoire. C'est une mesure judiciaire de placement temporaire lorsque l'environnement de vie habituel de l'enfant n'est pas en mesure de garantir sa sécurité ou les conditions de son éducation.
- ⌘ **PMI** : Protection Maternelle et Infantile. Ces établissements proposent des mesures de prévention dans les domaines médicaux, psychologiques, sociaux et de l'éducation, destiné à apporter de l'aide aux familles.
- ⌘ **SESSAD** : Service d'Éducation Spécialisé et Soins À Domicile. Ce service dispense un accompagnement éducatif et des soins au domicile familial d'enfants et d'adolescents handicapés, mais aussi dans les crèches ou dans les écoles.

RÉSUMÉ

Ce mémoire retrace le parcours issu d'une rencontre, celle que j'ai faite avec Andy et Titouan. Ces deux enfants ont été victimes de grandes carences lors de leur petite-enfance, et sont aujourd'hui placés en famille d'accueil. Partant de leurs histoires de vie, j'aborde les différentes conséquences que peuvent avoir une situation carencielle précoce, ainsi qu'un placement familial, sur le développement affectif, cognitif, somatique et psychomoteur de l'enfant. La compréhension de leur problématique m'a progressivement conduit à m'intéresser à leur façon d'être au monde, et à l'importance fondamentale que prennent les notions de contenance et de cadre thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice auprès de jeunes enfants carencés et placés. De par sa présence, sa disponibilité et sa contenance, le psychomotricien accompagne l'enfant dans la construction de limites psychocorporelles fiables et stables.

MOTS-CLÉS : Carences – Placement familial – Langage psychomoteur – Disponibilité psychocorporelle – Limites – Contenance

SUMMARY

This memoir traces an insightful journey that began from an initial meeting with Andy and Titouan. Both children were victims of major deficiencies from infancy and are now in foster families. Based on their life stories, I observe and reflect on the emotional, cognitive, somatic and psychomotor consequences this can have on a child who experiences early deficiencies and foster care. Better understanding their problems led to my interest in their way of being in the world, and the fundamental importance of fully understanding the concepts and capacity of the required therapeutic framework in psychomotor support for young, deficient children in foster care. An adapted psychomotor support system can better accompany a child in constructing a more stable emotional environment.

KEY-WORDS : Deficiencies – Foster care – Psychomotor language – Body-mind availability – Limits – Capacity