



HAL
open science

L'enveloppe thérapeutique : de la rencontre au soin psychomoteur

Laura Camoin

► **To cite this version:**

Laura Camoin. L'enveloppe thérapeutique : de la rencontre au soin psychomoteur. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358411

HAL Id: dumas-01358411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358411>

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.



Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 Bd de l'Hôpital – 75364 Paris Cedex 14

L'ENVELOPPE THÉRAPEUTIQUE DE LA RENCONTRE AU SOIN PSYCHOMOTEUR

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

Par Laura CAMOIN

Référents de mémoire :
Florent DRIF et Benoît LESAGE

Session de Juin 2016

*Déposer sur papier ce qui mûrit encore,
Tenter de rendre compte de nombre d'efforts,
C'est la peine dont s'octroie le feuillu grandissant,
Qui, des racines au tronc, s'élève ardûment.
Alors de frustration il lui faut se parer,
Car le fruit, encore dur, est né prématuré.
Mais à terme, la morale caresse son feuillage,
Le console tendrement de son bien petit âge.
Elle lui dit, sans plainte, mais tout simplement :
À aimer son travail, on en devient plus grand.*

À l'ensemble de mes maîtres de stages et de formation :
Marie HEMELSDAEL, Guillaume CHOPIN, Florent DRIF, Julie ROUX, Jean-Pierre SANDILLON, Agnès SERVANT-LAVAL et les autres professeurs,
Pour m'avoir donné à penser et repoussé mes limites.

À Florent DRIF et Benoit LESAGE,
Pour leurs conseils avisés et leurs retours constructifs.

À Madame G., Yassin, et tous les patients que j'ai pu rencontrer,
Pour m'avoir donné de leur temps et de leur patience.

À mes parents, à Mathilde et à Thomas,
Vous restez mes racines quelle que soit la distance qui nous sépare.

À Emma, Joh, Marine, Cécile, Malec, Manu, Ophé, Clem et Céline,
Quatre ans à évoluer ensemble, à se soutenir, à rigoler.

À L'Association POMM et la LUDI-IDF,
Pour m'avoir fait grandir et prendre mes responsabilités.

À tous les autres : Mehdi, les copains de l'impro, l'équipe péruvienne, le quatuor du RSR et mes colocataires.
Ils ont su m'épauler.

Merci mille fois.

Pour des raisons de déontologie, les noms des établissements ainsi que les noms et prénoms des patients ne seront pas divulgués. La valeur signifiante de ceux-ci aura toutefois été prise en compte.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
I – LES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES AU SERVICE DE LA RELATION.....	10
A. Les prémices de la relation : l'émergence d'un dedans	12
1. La sensorialité : premier mode d'intégration des limites corporelles	12
a. L'embryogénèse.....	12
b. La naissance	14
c. La transmodalité sensorielle : état de la fonction d'enveloppe.....	15
2. Les interactions précoces et l'émergence du Moi-corporel	16
a. L'état de dépendance absolue et l'importance de la fonction adaptative de l'environnement.....	16
b. Du corps contenu.....	18
c. ... A une première forme de sécurité interne	20
B. Vers la différenciation et l'appréhension d'un non-soi	23
1. Le rôle des interactions précoces dans l'appréhension d'un dehors	24
a. La fonction contenante des soins maternels.....	24
b. Les identifications intracorporelles : des objets partiels à l'objet total	26
2. Le concept de Moi-Peau et ses élargissements	26
a. Les fonctions du Moi-Peau.....	26
b. Les systèmes corporels : Moi-Os, Moi-Muscle et Moi-Organe	29
c. Vers l'individuation.....	30
C. L'Enveloppe thérapeutique dans la relation soi et non-soi : un dispositif en-dedans et en-dehors	31
1. Le cadre comme outil de stabilité pour le psychomotricien	31
a. Cadre physique.....	31
b. Cadre psychique	32
2. L'Empathie : l'aller-vers et la juste distance émotionnelle	33
a. Une caractéristique propre à l'Homme.....	33
b. Identification et reconnaissance d'autrui	33

3. La disponibilité et l'engagement psychocorporel	35
a. Ecoute sensible et empathie tonique	35
b. Le holding psychomoteur.....	36
c. La fonction thérapeutique du psychomotricien	37

II – LA RENCONTRE AVEC MADAME G. ET YASSIN..38

A. Madame G. 38

1. Rencontre et contexte clinique	38
a. Anamnèse et contexte d'entrée à la MAS	38
b. La sclérose en plaque : une pathologie neurodégénérative globale ..	39
2. Hypothèses sur le fonctionnement psychocorporel de Madame G. dans la relation... ..	41
a. ...Au soi : de la sensation appauvrie à l'enveloppe défaillante.....	41
b. ...Au non-soi : les conséquences sur la structure psychique.....	43
3. Prise en charge et enveloppe thérapeutique mise en place.....	45

B. Yassin 47

1. Rencontre et contexte clinique	47
a. Anamnèse et contexte d'entrée au CAMSP	47
b. Bilan d'observation	48
2. Hypothèses sur le fonctionnement psychocorporel de Yassin dans la relation... ..	52
a. ... Au soi : du déficit sensoriel au défaut de contenance	52
b. ... Au non-soi : l'indifférenciation	53
3. Prise en charge et enveloppe thérapeutique mise en place.....	55

III – VERS LE SOIN PSYCHOMOTEUR57

A. Evolution des patients au fil des prises en charge..... 57

1. Madame G. : une première rencontre avec la clinique.....	57
a. Premier écueil : le cadre	57
b. L'illusion du soignant	59
c. Le contre-transfert corporel.....	60
d. L'évolution du projet de soin	61
e. Le principe de réalité appliqué en clinique.....	64
f. Ce qu'il aurait fallu repenser	65

2. Yassin : un dispositif clinique structurant.....	66
a. L'environnement : un outil thérapeutique au service de la construction du sujet	66
b. L'impuissance du soignant et de la famille	68
c. L'évolution du projet de soin	69
d. Ce qu'il aurait fallu repenser.....	71
B. Enjeux et limites de l'enveloppe thérapeutique.....	72
1. Sécurité et intérêts relationnels	73
a. Du sentiment de soi à la disponibilité pour l'autre	73
b. Le corps au cœur du dispositif.....	74
c. Le corps à corps dans la relation	75
2. Du ressenti à la symbolisation	78
a. Le psychomotricien mis en jeu	78
b. Le travail de symbolisation	80
3. Subjectivité et intersubjectivité.....	82
a. Le psychomotricien est un sujet avant tout.....	82
b. L'enveloppe thérapeutique au service de l'image du corps.....	85
CONCLUSION	88
BIBLIOGRAPHIE	90
INDEX.....	94
ANNEXES.....	96
RESUMÉ.....	100

INTRODUCTION

Madame G. est née le 19 Mars 1979 à Pointe-à-Pitre, en Guadeloupe. Elle présente une Sclérose en Plaques évolutive (SEP) et vit en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) en neurologie depuis Aout 2014. Elle a 35 ans lorsque nous nous rencontrons pour la première fois lors d'un repas thérapeutique en Septembre 2014 et me semble à la fois apeurée et isolée.

Yassin est un garçon en consultation au Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) pour un syndrome polymalformatif, ainsi qu'un retard de développement global et massif. Né le 1^{er} Juillet 2013, il a 2 ans et 2 mois lorsque je le rencontre pour la première fois en Septembre 2015, dans les bras de sa mère, où il se griffe le visage en extension dorsale. La mère me paraît démunie face à son fils en souffrance.

A un an d'intervalle, tous deux font naître en moi l'envie première de les rassurer, de les *envelopper*, comme si, chacun à leur manière, ils se sentaient menacés. Nous pouvons naïvement nous questionner sur l'objet de cette menace : par quoi pourraient-ils l'être ? Est-ce que cela signifie qu'ils se sentent en insécurité ?

Je perçois également une forme d'isolement exprimée différemment chez les deux patients. Madame G. paraît s'acculer dans son fauteuil manuel, interagissant peu et somnolant régulièrement. Yassin, lui, semble chercher le moyen de fuir le contact et paraît incompris de son entourage. Dans les deux cas, la relation au non-soi demeure difficile, ce qui pose parallèlement la question de la relation à soi : la différenciation entre le soi et le non-soi est-elle acquise ? Dans ce cas, est-elle stable ? Et si non, peut-elle s'acquérir ? Quelles en sont les conséquences sur les interactions avec l'environnement ? Quel rapport éprouvent-ils à leur réalité ? Ont-ils le sentiment d'exister, d'être au monde ?

Ces premières observations m'ont amenée à me questionner sur les ressources dont je disposais pour parvenir à assurer ou réassurer le sentiment de sécurité, voire celui d'exister, que je soupçonnais défaillant et qui semblait mettre à mal les interactions. En tant qu'étudiante en psychomotricité, l'engagement psychocorporel s'est naturellement imposé comme une ébauche de réponse. Mais par quels biais ? Contenir et rassurer constituent deux fonctions

essentielles des enveloppes psychocorporelles. De la même manière, le psychomotricien pourrait proposer une enveloppe contenant et rassurante pour le patient en insécurité. En quoi cette *enveloppe thérapeutique* pourrait-elle constituer un dispositif clinique favorisant un climat relationnel sûr ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous ouvrirons notre réflexion sur la théorie des enveloppes psychocorporelles et leur importance dans la relation au soi et au non-soi. Nous étudierons ensuite les cas de Madame G. et de Yassin au regard de leurs problématiques psychomotrices et des théories exposées. Nous terminerons enfin par un approfondissement sur la clinique dans l'objectif d'analyser le concept d'enveloppe thérapeutique qui s'y inscrit.

Il me semble important de souligner que ce concept a pu être interrogé dans un contexte de rencontre avec la clinique. Il m'a remis en question tout au long de mon parcours de formation et semble ouvrir en cela une réflexion sur les bases de savoir-être du psychomotricien. Les réponses apportées dans cet écrit ont pour seule ambition de tenter d'exposer les fondements de l'identité de la profession tels qu'ils me sont apparus. Mais si l'identité est en perpétuelle évolution face à l'expérience, les éléments de ce mémoire ne relèvent en aucun cas d'un acquis immuable. Ils doivent donc se réactualiser à chaque nouvelle rencontre avec un patient pour compléter et interroger le psychomotricien dans son rôle thérapeutique.

I – LES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES

AU SERVICE DE LA RELATION

Selon Le Petit Robert¹, le terme *enveloppe* se traduit par une « chose servant à recouvrir ou contenir quelque chose ». Une enveloppe postale doit protéger son contenu afin qu'il arrive inchangé à son destinataire, par exemple. De même, le vêtement protège celui qui le porte du froid ou de la poussière. Dans ces deux cas, nous parlons d'un objet tangible, qui possède une certaine forme, une certaine matière, et qui peut se séparer de son contenu.

Le dictionnaire propose une seconde signification, définie comme « ce qui constitue l'apparence extérieure d'une chose (et en fait partie) ». Dans ce cas-ci, la mention entre parenthèses nous indique bien la propriété intrinsèque de l'enveloppe à son contenu. Nous pouvons donner l'exemple de la membrane qui entoure un organisme dont elle fait partie. En biologie, l'enveloppe nucléaire constitue la double couche protectrice du noyau de la cellule : elle lui donne sa forme, contient les éléments qui s'y trouvent et joue un rôle dans les échanges entre les milieux intracellulaire et extracellulaire. En ce sens, l'enveloppe relève d'une structure qui délimite et qui contient des éléments, comme l'enveloppe postale, mais dont les éléments eux-mêmes sont constitutifs de ladite structure. Nous ne parlons plus d'objets distincts entre contenant et contenu, mais bien de la fonction d'autoprotection face aux agents extérieurs que cet ensemble assure. Cette dernière définition nous intéresse particulièrement dans le concept d'enveloppes psychocorporelles.

Le mot « enveloppe » proviendrait du latin *volvere*, signifiant « faire rouler ». S'il ne nous apporte pas de vérité du fait de l'incertitude de son origine, nous pourrions tout de même en souligner la qualité de verbe d'action. L'enveloppe puiserait dans ses racines une propriété dynamique, que nous pouvons interpréter comme une certaine mobilité, variabilité ou adaptabilité selon son contenu et ses influences extérieures. Elle serait malléable et fluctuante dans le temps. Aussi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les enveloppes psychocorporelles s'acquièrent et se construisent tout au long de la vie.

D. HOUZEL conçoit les enveloppes psychiques comme celles qui délimitent le monde interne – un espace en dedans qui contient l'énergie pulsionnelle – du

¹ ROBERT P., 2016, p.896

monde externe – un espace en dehors, que constitue la réalité. Il s'appuie sur les intuitions de S. FREUD, selon lequel « Le Moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement celles qui naissent de la surface de la peau. »² Le médecin neurologue émet ici l'idée que le corps, en éprouvant ces sensations véhiculées par le monde externe, permet le développement psychique – c'est-à-dire le développement du monde interne, qu'il appellera le Moi. Nous pouvons dès lors symboliser le corps comme une enveloppe constitutive du sujet, jouant le rôle d'interface entre soi et la réalité et permettant ainsi la relation au monde. Notre propos entendra le corps, la psyché et l'environnement comme des entités en constante interaction, formant le propre du sujet : un être en situation, qui fait de la sensation corporelle une perception conscientisée. L'étayage mutuel du corps et du psychisme, qui se fonde sur les impressions du premier pour le rendre acteur ensuite, nous invite à parler non pas d'enveloppes psychiques et corporelles mais d'enveloppes psychocorporelles.

Définissons maintenant la *relation*. Un bien grand mot auquel le dictionnaire attribue une colonne et demi. Du latin *relatio*, nous retiendrons le sens de « rapport, lien » effectué entre des choses, des personnes ou encore des êtres vivants avec un milieu.³ De ces trois rapports émergent la même notion d'*inter*-dépendance entre les entités, d'*inter*-action. Cela implique bien qu'il y a réciprocity dans le lien établi entre les éléments : chacun d'eux s'étayent, s'influencent, répondent de l'autre.

Le *soi* vient de l'accentuation du pronom personnel latin *se* à la troisième personne. Il distancie la notion du *moi* pour évoquer « la personnalité, le moi de chacun, de chaque sujet. »⁴ Outre son interprétation psychanalytique, il désigne « l'être en tant qu'il est pour lui-même ».

Le *non-soi*, par exclusion, traduirait tout ce qui n'est pas soi, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas le sujet déterminé. Nous pouvons dès lors y rattacher l'ensemble des autres sujets, mais aussi l'ensemble des objets, participant au contexte environnemental.

A la lecture de ces définitions, la relation à soi pourrait s'entendre comme le rapport que le sujet établit avec lui-même. De-même, la relation au non-soi

² FREUD S. (1923)

³ ROBERT P., 2016, p.2175

⁴ ROBERT P., 2016, p.2386

exprimerait le rapport du sujet avec ce qui l'entoure. Se pose alors la question essentielle de qu'est-ce que signifie être sujet ? Pour tenter de le comprendre, nous allons nous concentrer sur la théorie de la construction des enveloppes psychocorporelles et leur impact dans le processus de subjectivation.

A. Les prémices de la relation : l'émergence d'un dedans

La relation implique une dualité entre deux entités. Or pour pouvoir prendre en considération le non-soi, il faut pouvoir appréhender le soi et savoir quelles en sont ses limites, quelle en est sa réalité, comment l'habiter. Apparaît ici la notion de délimitation du soi, que nous éclairerons à la lumière de la place du corps dans les interactions.

1. La sensorialité : premier mode d'intégration des limites corporelles

a. L'embryogénèse

Durant les neuf mois de grossesse, le fœtus évolue au sein de la cavité utérine de la mère. Il y demeure tout du long contenu par le placenta, soit l'organe qui relie physiquement et biologiquement l'embryon et sa mère par le truchement du cordon ombilical. Cette membrane vascularisée permet les échanges nutritifs et gazeux, donnant les apports indispensables au développement embryonnaire et rejetant les déchets métaboliques inutiles. De fait, elle établit un premier contact entre un dedans – qui constitue l'espace intra-utérin – et un dehors – matérialisé par l'organisme de la mère. L'espace intra-utérin est un milieu aqueux : le fœtus y baigne dans le liquide amniotique en position d'enroulement. La colonne vertébrale est courbée, dans une cyphose qui épouse la forme de la paroi utérine. Une correspondance de structure existe donc entre le contenu et l'enveloppe souple qui l'entoure, donnant au bébé un premier appui tangible.

Dans ce milieu protégé, le fœtus développe ses capacités sensorielles grâce à la différenciation des organes des sens. C'est ainsi que les récepteurs tactiles prennent place en premier lieu, avant même la 8^{ème} semaine de grossesse, dans les couches de la peau que constitueront l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

Le sens du toucher est le premier sens à naître. Sa sensibilité permet d'appréhender la température, la pression, la vibration, la douleur, mais aussi la texture ou la forme... Le fœtus ressent ainsi les contacts de son corps contre la paroi utérine au niveau de la base du crâne, du dos, du sacrum et des pieds. L'enroulement de la colonne vertébrale est impulsé par cette sensibilité tactile. La chaleur maternelle, les pressions utérines ou les vibrations des os, par exemple, renseignent déjà sur sa propre condition matérielle et ses limites, alors même que le fœtus ne dépasse pas les trois centimètres de long.⁵

Vient ensuite la sensibilité vestibulaire, dès la 9^{ème} semaine lorsque les premiers mouvements de tête s'opèrent. Les récepteurs de l'oreille interne captent alors les variations de position du crâne par rapport au reste du corps. Le mouvement, que les afférences tactiles motivent, permet les sensations vestibulaire et proprioceptive et donne au corps immature une première ébauche de différenciation avec le milieu extérieur.

A la 14^{ème} semaine de grossesse, c'est l'apparition de la gustation. Les récepteurs se situent principalement au niveau de la langue, du palais, du pharynx et de l'œsophage, conférant au fœtus des sensations internes au niveau buccal et axial. L'enveloppe fœtale rend compte de premiers orifices, lui conférant un aspect de porosité, une vertu communicative avec le dehors.

Une fois l'oreille externe différenciée à la 20^{ème} semaine, le fœtus commence à percevoir les afférences auditives. Il y répond principalement par des mouvements d'extension. Ce schème moteur primitif constitue les bases de l'échange avec la paroi utérine et surtout avec le milieu humain.

L'olfaction apparaît vers la 25^{ème} semaine de grossesse. Sa structure corticale se situe dans la partie supérieure du système limbique – principal régisseur du comportement, des émotions et d'une partie de la mémoire. Cela confère au sens une propriété archaïque. Nous pouvons d'ailleurs nous questionner légitimement sur la polysémie du terme « sentir », dont la signification peut s'entendre sur le plan olfactif mais également émotionnel, intuitif ou corporel.

⁵ MONTAGU A., 1979, p.11

La différenciation des organes lors de l'embryogénèse confère au bébé une potentialité que T. B. BRAZELTON appelle *compétence*. Mais la seule réception des afférences sensorielles ne suffit pas à donner à l'enveloppe corporelle ses fonctions. Quelles répercussions la sensorialité peut-elle avoir sur le sentiment de soi ? Comment celui-ci s'exprime-t-il ?

b. La naissance

M. BRUCHON expose que « l'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique : il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie ». ⁶ Durant toute la grossesse, le fœtus dispose donc d'un confort à tous niveaux : il est contenu physiquement, sensoriellement et psychiquement, ce qui érige les fondements d'un sentiment de soi encore inconscient.

L'événement de la naissance va amener à une rupture soudaine dans le vécu du nouveau-né. « [Celui-ci] quitte son abri utérin, ses enveloppes et perd la complétude des échanges spontanés. Ce passage du dedans au dehors le propulse dans un espace beaucoup moins contenant et sécurisant que celui qu'il a connu. » ⁷

En effet, le passage du milieu amniotique au milieu aérien provoque un changement fondamental : d'un espace contenu et restreint, l'enfant passe à un milieu ouvert, sans limites. Les premières respirations vont créer une nouvelle dimension du dedans et du dehors : l'air entre dans l'espace intracorporel pour ressortir par ce même trajet. Les propriétés aériennes comme la pesanteur viennent toutefois désorganiser les conditions tonico-posturales du petit : le nouveau-né n'a pas la capacité de s'enrouler seul pour retrouver les impressions sensorielles de la contenance utérine et son enveloppe tactile. De même, les stimuli sensoriels sont totalement bouleversés : les enveloppes sensorielles sont rompues par les afférences brutales et inconnues du milieu extérieur.

⁶ Ch. ANZIEU-PREMMENEUR cité par BRUCHON M., 2004, p.13

⁷ *Ibid.*

c. La transmodalité sensorielle : étai de la fonction d'enveloppe

L'apparition des systèmes sensoriels permet de multiplier progressivement les premières expériences du fœtus. Si A. MONTAGU parlait de « mémoire de la peau », c'est bien que l'expérience des afférences s'inscrit dans la mémoire sensorielle.⁸ Pour être intégrées, ces sensations accèdent ensuite à la mémoire à court terme, voire à long terme si l'événement est marquant. De cette manière, chaque sensation fait trace dans le corps du fœtus. Aussi, le bébé enregistre les expériences, les additionne et les croise.

A. BULLINGER évoque le terme de *transmodalité sensorielle* comme la capacité à activer plusieurs sens à la fois et à intégrer différents flux sensoriels sans se désorganiser sur le plan tonico-postural.⁹ Dans les débuts de la vie pour autant, la variation brutale d'un flux sensoriel entraîne un comportement d'alerte angoissant chez le nourrisson. Celle-ci se traduit par une majoration du niveau tonique exprimée dans un réflexe de retrait ou d'agrippement. Le bébé ne dispose pas encore des capacités neurologiques et psycho-affectives nécessaires au traitement perceptif de l'information, à sa mise en sens. La covariation des flux démontre donc un fonctionnement sensorimoteur défensif, marquant les premières interactions entre le bébé et son milieu. Grâce à la répétition de l'événement, à sa rythmicité, le petit pourra progressivement réduire la réaction réflexe en développant une coordination sensorielle intermodale permettant d'analyser la source du stimulus. La vigilance est toujours présente mais la réponse est moindre de par cette analyse.

Les systèmes sensoriels travaillent ainsi en complémentarité. Leur expression se traduit sur un plan tonico-postural, qui constitue l'élément fondateur de l'organisation motrice. Pour A. BULLINGER, « la modulation tonique crée la face interne [de l'enveloppe corporelle], alors que la face externe est faite de traces, d'impressions du milieu humain ».¹⁰ Si les flux sensoriels restent l'un des facteurs principaux de la variation tonique – associés par ailleurs au niveau de vigilance, au dialogue tonico-émotionnel et aux représentations – nous voyons bien ici leur répercussions sur la construction des limites corporelles. Ils confèrent au bébé une conscience primitive d'un soi en le densifiant sur le plan

⁸ COEMAN A. et RAULIER H. DE FRAHAN M., 2004, p.36

⁹ BULLINGER A. (2004), 2013, p.14

¹⁰ BULLINGER A., 1998, p.65

tonique. Ces enveloppes sensorielles valorisent alors l'enveloppe corporelle, qui représente de fait l'interface entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non-soi.

Nous avons vu que la naissance provoquait une désorganisation des enveloppes primitives que le bébé avait expérimenté. Par ailleurs, le bébé appréhende progressivement l'environnement sensoriel qui l'entoure et y réagit toniquement. La coordination sensorielle lui fait éprouver ses limites corporelles dont les notions de dedans et de dehors émergent en partie. Toutefois, le nouveau-né est encore immature sur les plans neurologique et psychoaffectif : il ne peut intégrer l'ensemble des agressions extérieures seul. La mère ou son substitut, doit alors prêter ses propres aptitudes à son enfant pour le contenir corporellement et psychiquement. Grâce aux soins parentaux, il pourra progressivement s'approprier ses enveloppes corporelles et psychiques, récupérer une dynamique de sécurité dans l'objectif de construire sa propre subjectivité.

2. Les interactions précoces et l'émergence du Moi-corporel

La niche écologique¹¹, comme A. BULLINGER la nomme, regroupe les milieux humain, physique et biologique de chaque enfant. Elle donne des propriétés physiques et sociales indispensables à la survie et au développement de l'enfant. Elle joue un rôle prépondérant dans la construction du sujet. L'organisme – au sens de fonctionnalité physiologique – les flux sensoriels ou l'environnement humain sont donc autant d'outils que le bébé doit apprendre à maîtriser pour pouvoir devenir acteur de son monde.

a. L'état de dépendance absolue et l'importance de la fonction adaptative de l'environnement

Durant la grossesse, les interactions prénatales entre l'enfant et ses parents renforcent un sentiment de soi primitif ainsi que la capacité du petit à être acteur dans la communication. Elles favorisent également l'investissement psychoaffectif et fantasmatique des parents à l'égard de leur enfant, qui vont entretenir cette

¹¹ BULLINGER A. (2004), 2013, p.25

relation primaire en rêvant à l'enfant idéal. Le processus de grossesse incarne donc un ajustement entre l'un et l'autre.

L'événement de la naissance vient concrétiser les fantasmes de la mère et brusquer le vécu du bébé. A. MONTAGU précise qu'en cette période, « chacun d'eux a expressément besoin d'être rassuré par la présence de l'autre ».¹² Le peau-à-peau maternel prend alors toute son importance dans l'atténuation de cette rupture en proposant au nouveau-né un environnement au plus proche des conditions intra-utérines. Le contact de la mère, sa chaleur, son odeur, sa voix ou son bercement sont autant d'outils qui vont actualiser les processus psychophysiologiques indispensables aux deux protagonistes. La production de l'hormone d'ocytocine permet à la fois de faire monter le lait maternel et de sceller le processus d'attachement qui lie la mère à son enfant. Ce dernier, par le contact sensoriel reconnu et l'apaisement lié à l'allaitement, éprouve un sentiment de sécurité qui marquera la fusion avec la mère dans les premiers temps de la vie.

Pour autant, la courte période *post-partum* met en lumière d'autres enjeux. Pour D. W. WINNICOTT, « l'existence psychosomatique est un accomplissement, [...] elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au *holding* (maintien) et au *handling* (maniement) du bébé. »¹³ Le médecin psychanalyste nous expose ici l'état de dépendance absolue du nouveau-né, qui nécessite son entourage pour subvenir à ses besoins les plus fondamentaux.

Les besoins sont des processus de mise en tension musculaire réactive à un stimulus intéroceptif. Selon S. ROBERT-OUVRAY, les besoins de base de l'humain sont des nécessités vitales qui s'expriment au travers d'une sensation douloureuse de tension. Ils sont indispensables au développement du sujet de par leur importance dans la construction du sentiment de sécurité, du bien-être et de la relation, à condition qu'ils soient assouvis par les soins d'une figure parentale.¹⁴ La sensibilité viscérale intéroceptive, par exemple, met en tension le dedans via l'émergence de la sensation de faim. La détente liée à la satisfaction des besoins permet au nouveau-né de se sentir exister comme être de besoin. Ainsi, la concomitance *in-utero* entre l'émergence de ceux-ci et leur satisfaction est révolue : la naissance devient synonyme de dépendance. Le rôle du milieu

¹² MONTAGU A., 1979, p.58

¹³ WINNICOTT D. W., 1966, p.67

¹⁴ <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-sur-stimulations-sensorielles-chez-lenfant/>

humain prend alors toute son importance. L'expérience de la satisfaction, dans les premiers temps de la vie, s'éprouve donc bien au travers des interactions.

Selon D. W. WINNICOTT, les soins maternels de cette période répondent du concept de « préoccupation maternelle primaire », c'est-à-dire la capacité psychologique de la mère à s'identifier à son enfant pour le comprendre et répondre à ses besoins dans les premières interactions. Cet état fusionnel dure quelques semaines *post-partum* et assure une continuité dans le lien entre besoins et satisfactions de l'enfant.

D'après G. HAAG, le premier mode d'organisation des flux sensoriels régissant les vécus corporels du bébé s'effectue également dans cette relation de dépendance. L'objet extérieur, figuré notamment par le milieu humain, donne des propriétés sensorielles auxquelles s'agripper pour se contenir et lutter contre ce que D. W. WINNICOTT nomme *angoisses archaïques*. Les réponses environnementales répétitives, bien que non-identiques, confèrent à l'enfant le sentiment du « retour du même », d'invariants, lui permettant de se constituer un « fond relationnel » sécurisé. Cette *quasi-simultanéité* donne au nouveau-né l'illusion d'omnipotence : le bébé se figure être le créateur de la satisfaction de son besoin au moment même où celui-ci a émergé. Il n'existe encore aucune différenciation entre lui et l'environnement : il est en fusion avec le monde, toute réponse provient donc de lui-même. Si G. HAAG nomme ce concept *adhésivité normale*, D. W. WINNICOTT précise même que « dans le narcissisme primaire, l'environnement *is holding*, soutient l'individu et au même moment l'individu ne sait rien de l'environnement et ne fait qu'un avec lui. »¹⁵

La différenciation entre soi et non-soi n'est donc pas encore effective au stade du narcissisme primaire. Toutefois, les auteurs cités plus haut soulignent tous l'importance des soins maternels dans le développement du Moi. En quoi ces soins participent-ils de la construction de la subjectivité du bébé ?

b. Du corps contenu...

D. W. WINNICOTT désigne par le terme de *holding* (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins

¹⁵ WINNICOTT D. W., 1969, p. 256

physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités – tactile, auditive, visuelle, sensibilité à la chute – et qui s’adaptent aux changements physiques et psychologiques de l’enfant. L’aspect essentiel du maintien, souligne-t-il, est le fait de tenir physiquement l’enfant, c’est-à-dire de le porter. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère. Le maintien physique du nourrisson permettra alors de solliciter les aspects plus complexes que figure l’adaptation de l’environnement. En effet, le portage reconstitue les conditions gestationnelles ainsi que la position naturelle du bébé sur les plans tonico-postural et sensoriel. La fonction de pare-excitation de cette contenance maternelle permet à l’enfant de tempérer les excitations auxquelles il ne pourra faire face de lui-même. Par ses bras enveloppant, sa chaleur, son odeur, la stabilité des appuis donnés au niveau du rachis favorisant l’interaction visuelle, la mère protège l’enfant et lui imprime corporellement le moyen de se protéger seul à l’avenir.

S. ROBERT-OUVRAY précise que « l’enroulement fondamental du bébé favorise l’ajustement avec la mère qui s’enroule avec son bébé et lui procure ainsi une enveloppe psychomotrice de sécurité ». ¹⁶ Au-delà d’un savoir-faire corporel, il s’agit donc également d’une disposition psychique de la figure maternelle à répondre aux manifestations de son enfant. L’auteure souligne par ailleurs l’importance de cette condition tonico-posturale dans le rôle de support du développement psychique, notamment dans la fonction de protection. Cet enroulement fondamental permet en effet de recouvrer un état de sécurité, de confiance primaire, sur lesquels reposent les bases narcissiques et identitaires.

Le deuxième concept *winnicottien* représente le *handling* (maniement), c’est-à-dire l’ensemble des soins, gestes, traitements que le parent porte au bébé. L’importance de ces soins se révèle dans la constitution d’une intériorité associée à celle des limites corporelles. Dans une perspective plus dynamique que le *holding*, il s’agit d’expériences sensorielles que l’enfant va engrammer au travers de ces soins – habillage, soins d’hygiène, caresses... Les caractéristiques de ces actes font traces dans la mémoire sensorielle de l’enfant et participent à ce titre de la personnalisation du sujet. Il existe autant de qualités de soins que de sujets. Les traditions de massage dans les différents peuples du monde ne sont d’ailleurs pas les mêmes. Le peuple Wolof, par exemple, effectue des massages vigoureux comprenant entre autre des étirements, pressions, torsions, suspensions ou

¹⁶ <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>

secouement. Cette pratique a des vertus sur les systèmes circulatoires, immunitaires ou encore nerveux et stimule, entre autre, le vestibule. En Inde, la pratique ayurvédique favorise le massage *shantala*, par exemple, qui comporte des indications de temps précises selon l'âge du bébé et qui prend en compte la globalité de son être. En Europe occidentale, il est moins fréquent de masser les bébés à proprement dit, sauf indication spécifique en kinésithérapie, par exemple. Les caresses et jeux tactiles demeurent tout de même usuels, mais le rapport au toucher diffère ici encore.

L'*object presenting*, troisième concept *winnicottien*, consiste en la capacité de la mère à présenter le sein ou le biberon à son enfant au bon moment – celui où il commence à avoir faim, notamment. Cela permet au bébé de corréler la sensation et la réponse, et lui procure une forme de pouvoir omnipotent sur le monde. Cela lui donne une confiance dont il acquiert un sentiment d'être (*sense of being*).

c. ... A une première forme de sécurité interne

Les soins maternels constituent un ensemble de sensations à tous niveaux permettant à l'enfant d'intégrer progressivement le sentiment de permanence qui constitue la base de la relation. Les échanges sensori-toniques entre l'enfant et la figure maternelle soutiennent en ce sens l'intégration d'une conscience de soi sécurisante. A présent que nous avons tenté de comprendre une partie des interactions précoces, il me paraît important de définir le concept de sécurité pour mieux comprendre les liens qui existent entre eux.

Le terme *sécurité* désigne l' « état d'esprit confiant et tranquille d'une personne qui se croit à l'abri du danger [...] [ou] qui résulte de l'absence réelle de danger (d'ordre matériel ou moral). »¹⁷ Il est intéressant de relever que le mot sécurité est directement relié à son opposé, à savoir le danger. Or, la menace pour l'intégrité de quelque chose ou quelqu'un renvoie elle-même à la notion de péril, de mort. La sécurité sous-entend donc une dimension instinctive de l'ordre de la survie : l'humain a besoin de se préserver de la menace pour pouvoir survivre et se développer. Le sentiment de sécurité s'inscrit de manière archaïque dans l'ontogénèse de l'Homme, il est donc primordial dans le développement de

¹⁷ ROBERT P., 2016, p.2339

l'enfant. D'autre part, la sécurité se désigne comme un état de confiance. Nous entendons par là une disposition physique et mentale associée à un sentiment. La notion de sécurité paraît donc être reliée aux affects de l'individu et se ressent dans le corps autant que dans la psyché.

Pour comprendre comment l'enfant peut accéder au sentiment de sécurité, il est important de savoir quelles sont les premières menaces qui le guettent. Les besoins fondamentaux à la survie de l'Homme sont ce qu'A. MASLOW appelle les besoins physiologiques : faim, soif, respiration, sommeil, élimination.¹⁸ Ils prennent une part prépondérante dans les comportements de motivation de l'enfant. Toutefois, le psychologue nous dit que lorsque ces besoins sont satisfaits, ils n'ont plus d'intérêt et évoluent vers d'autres sphères, notamment sociales. La deuxième strate exposée par A. MASLOW est celle du besoin de sécurité. Aussi, nous pourrions comprendre que le besoin de sécurité émerge lorsque les besoins physiologiques sont assouvis. L'auteur précise toutefois que la sécurité peut dans certains cas précéder les besoins fondamentaux, notamment dans les situations considérées comme menaçantes pour l'individu. La notion d'instabilité et de danger demeure subjective et est empreinte des déterminismes environnementaux. Les lésions cérébrales ou les pathologies névrotiques peuvent ainsi créer cette menace de chaos (dans le texte, *threat of chaos*) tout autant que la guerre ou les catastrophes naturelles. Les autres strates de la pyramide des besoins proposée par A. MASLOW – dans l'ordre : besoin d'appartenance et d'amour, besoin d'estime, besoin d'accomplissement de soi – puiseront leur motivation dans les deux premières marches et auront une influence comportementale sur celles-ci.

« Je pense que la souffrance psychique est liée à une menace de chaos. »¹⁹
Dans ce propos, D. HOUZEL rejoint les intuitions d'A. MASLOW concernant les liens entre besoin de sécurité et le développement psycho-comportemental. Nous pouvons en déduire que la menace est porteuse d'un sentiment d'insécurité, entraînant elle-même ladite souffrance psychique. La sécurité constitue donc un prérequis indispensable à la bonne santé psychocorporelle.

Pour A. COEMAN, ce préalable se définit comme une « conscience de soi forte et stable sur laquelle il [l'enfant] pourra s'appuyer tout au long de son

¹⁸ MASLOW A., 1970, p.15-17

¹⁹ HOUZEL. D, 2005, p.15

parcours socio-affectif ». ²⁰ Il précise qu'elle se met en place dès la fécondation et se développe tout au long de la vie. Le sentiment de sécurité se rapporte, selon l'auteur, à un état de conscience de soi. Or, la conscience constitue une connaissance intuitive ou réflexive immédiate que chacun a de son existence et de celle du monde extérieur. Nous voyons apparaître ici une différenciation entre un monde intérieur et un monde extérieur, ancrée dans l'ici et le maintenant.

À la lecture de ces différents points de vue, un paradoxe naît dans le concept de sécurité. Il implique d'abord une certaine stabilité, essentielle pour le développement du fonctionnement psychique : dans la répétition, l'enfant crée des liens de cause à effet et comprend que ses actions ont des répercussions sur l'environnement. De ces invariants découlent une confiance en sa capacité à être acteur ainsi qu'une confiance en le monde qui l'accueille et lui répond. D'autre part, le concept de sécurité implique une dynamique : étant déterminé par l'environnement, il demeure nécessairement variable, changeant, mobile, selon le milieu. Nous pouvons dès lors souligner qu'il s'agit d'un état variable, qui dépend des relations à l'entourage, mais aussi de l'histoire généalogique, de l'enjeu de la fécondation, de la grossesse, de la naissance... Le sentiment de sécurité s'exprime par un « droit d'exister » ²¹ déterminant pour la relation au monde, le développement psychomoteur et la construction identitaire. Il nous faut alors comprendre la notion de conscience de soi, de son existence, pour pouvoir comprendre en quoi il s'attache au concept de sécurité.

Par définition, avoir conscience de soi pourrait se traduire par le fait de savoir que l'on existe. Pour D. W. WINNICOTT, pionnier du précepte, ce *sentiment continu d'exister* permet la structuration du Moi en faisant face aux angoisses de mort primitives qu'il appelle « menaces d'annihilation » : morcellement, précipice, désintégration... ²² Nous pouvons souligner ici que le sentiment continu d'exister – comme le concept de sécurité défini plus haut – renvoie directement à la notion de danger, à savoir danger de mort. Il concourt donc à acquérir l'état de sécurité. Par ailleurs, l'apposition du mot « continu » inscrit le sentiment dans une linéarité : il s'agit là d'un concept qui évolue dans le temps, qui est donc dynamique.

²⁰ COEMAN A. et RAULIER H. DE FRAHAN M., 2004, p.35

²¹ *Ibid.*, p.37

²² WINNICOTT D. W., 1969

En 1999, A. DAMASIO éclaire le concept de sentiment continu d'exister à la lumière de la neurologie. Il démontre que certains noyaux du tronc cérébral – dont l'hypothalamus – et certaines zones corticales – principalement le cortex somatosensoriel – régissent ce qu'il appelle la *conscience-noyau*, donnant un sentiment de soi archaïque dans l'ici et maintenant. Ce phénomène biologique simple concourt à une forme de représentation du corps accessible à la conscience, dont la sensorialité est l'objet principal. Elle réactualiserait à chaque instant la preuve de l'existence. Là encore, le concept s'inscrit dans une évolutivité.

Le sentiment continu d'exister place ainsi le corps au centre de sa définition : il constitue l'un des besoins vitaux de l'humain, s'inscrit dans une tonalité affective par le sentiment de sécurité ou d'angoisse qu'il sollicite et s'exprime au niveau cérébral par des représentations somatiques. Le concept relève donc d'un phénomène à la fois physiologique, psycho-affectif et neurologique, dont chacun des domaines renvoie à une forme de représentation du corps. Le psychomotricien E. PIREYRE lui attribue d'ailleurs la place de sous-composante de l'image du corps.²³

Dès la vie intra-utérine, le bébé est plongé dans un bain sensoriel, qu'il doit apprendre à organiser une fois le bouleversement de la naissance. Il dispose pour cela d'un équipement biologique lui permettant de se défendre *a minima* de ces menaces porteuses d'angoisses. L'état de dépendance du nourrisson ne lui permet toutefois pas d'y mettre un sens. Le milieu humain s'organise alors pour répondre à ses besoins et le sécuriser. La réalité omnipotente du bébé l'inscrit dans une relation du soi au soi. Expérimentée dans l'indifférenciation avec le non-soi, cette période de développement normal permet au bébé de poser les bases narcissiques indispensables à l'appréhension du monde extérieur et à son appétence relationnelle. Comment cette différenciation s'opère-t-elle ?

B. Vers la différenciation et l'appréhension d'un non-soi

Il faut souligner que les recherches récentes ont montré la capacité du bébé à différencier très tôt ce qui vient de lui et ce qui vient du monde extérieur, mais il semble qu'il n'en soit capable que par moments. L'enjeu de la différenciation consiste à se représenter psychiquement les éprouvés corporels vécus dans les

²³ PIREYRE E., 2011, p.53

premiers mois de la vie pour pouvoir contrer les angoisses archaïques qu'ils entraînent. De ce processus, l'enfant pourra ressentir suffisamment de sécurité pour se détacher de son vécu interne et investir son énergie dans la relation à l'autre. Comment l'enfant peut-il asseoir cette différenciation ? En quoi les enveloppes psychocorporelles constituent-elles un intermédiaire dans la relation au non soi ?

1. Le rôle des interactions précoces dans l'appréhension d'un dehors

Nous avons pu voir précédemment le rôle de pilier fondamental des interactions précoces dans la construction du sentiment d'avoir un dedans ou du sentiment d'exister de l'enfant. Aux environs de 3 mois, l'enfant doit désormais expérimenter le sentiment de l'existence d'autrui. Or, l'état de dépendance absolue de l'enfant ne lui permet toujours pas de le réaliser seul. Aussi, le milieu humain constitue-t-il une fois encore la clé de l'enjeu relationnel.

a. La fonction contenante des soins maternels

Si les concepts *winnicottiens* présentés plus haut nous exposent le support sensori-tonique contenant et indispensable de la figure maternelle, la *fonction contenante* s'élabore sur un versant différent. W. BION appelle *capacité de rêverie maternelle* l'aptitude de la mère qui permet à l'enfant de mettre du sens sur ses éprouvés corporels. Le nouveau-né projette corporellement des éléments, appelés *éléments bêta*, qu'il ne peut intégrer psychiquement. Des pleurs associés à une hypertonie d'appel, par exemple, extériorisent l'angoisse ressentie par le bébé confus. Nous l'avons vu, ces éléments consistent donc en la mise en tension du corps face à un besoin ou à une donnée désorganisatrice. « La fonction contenante de la mère consiste à les recevoir et à les transformer en éléments assimilables psychiquement, que Bion appelle *éléments alpha*. »²⁴ Elle va alors verbaliser ce qu'elle interprète du vécu de l'enfant – par exemple la faim – et agir en réponse – ici, le nourrir. La satisfaction du besoin permet le relâchement tonique et l'apaisement de l'enfant. Ce retour verbal et sensoriel permet à ce

²⁴ WINNICOTT D. W. (1956), p.194

dernier de ré-introjecter les éléments en leur donnant une signification symbolique.

Selon R. ROUSSILLON, pour que les sensations puissent être symbolisés sous forme d'affects – plaisir ou déplaisir – il faut qu'elles aient été réverbérées par la mère. Sinon, elles restent à l'état potentiel et ne sont pas éprouvées psychiquement. Certaines sensations de plaisir liées à l'autoconservation – faim, soif, sommeil, etc. – existent bien par leur origine somatique, mais leur capacité à affecter la psyché et à se conscientiser dépend du plaisir trouvé dans la rencontre avec l'objet maternel. L'éprouvé et la possibilité de se représenter psychiquement ces plaisirs dépend donc également de la qualité du rapport à la mère. « Si, d'un côté, la mère, par son mode de portage, aide le nourrisson à se contenir et à se rassembler corporellement, il est important que le bébé investisse les moments de rencontre avec elle, qu'il investisse cette fonction *unificatrice*, de *rassemblement*, cette fonction dans laquelle il va pouvoir faire la synthèse de ses états internes. »²⁵ La pulsion est donc facteur de lien avec les objets, de liaison psychique de l'éprouvé avec ces objets, et donc d'intégration de l'expérience vécue dans la rencontre avec l'objet.

L'auteur souligne que le partage sensoriel et affectif avec la mère est primordial pour soutenir ce travail pulsionnel. Or l'ajustement, nous l'avons vu plus haut, est au *mode près*. Le léger écart existant entre pulsion et satisfaction est cependant nécessaire car il implique que le bébé fasse un certain effort d'adaptation de son côté, en fonction de ses capacités et au fur et à mesure de son évolution. S. FREUD spécifiait qu'une fois les racines narcissiques établies – c'est-à-dire après la phase de préoccupation maternelle primaire – le *principe de réalité* devait prendre le pas sur le *principe de plaisir*, afin que l'enfant puisse progressivement investir psychiquement l'objet de plaisir. La récurrence et la stabilité des réponses antérieures de l'environnement à ses besoins ont permis de développer les capacités d'anticipation du bébé. Dans l'attente, le bébé peut alors prévoir la réponse et se l'halluciner psychiquement. Ce sont là les premières capacités d'auto-récupération que l'enfant met en place grâce à un travail fantasmatique.

Les réponses du milieu humain contiennent dans un premier temps le bébé. Mais par la stabilité de celles-ci et leur facteur réalité, il se crée progressivement

²⁵ ROUSSILLON R., 2001, p.84

sa propre enveloppe psychique qui lui permet d'assimiler ses éprouvés corporels sans se désorganiser face à eux.

b. Les identifications intracorporelles : des objets partiels à l'objet total

G. HAAG, psychanalyste française et disciple d'E. BICK, souligne la place centrale du corps dans la constitution de l'image du corps de l'enfant. Les représentations psychiques du petit s'appuient sur ce qu'elle appelle les *identifications intracorporelles*. Il s'agit de sa capacité à intégrer les parties du corps les unes après les autres, au regard de l'investissement affectif donné par les soins parentaux et de ses propres modes d'intégration sensorielle. Dans un premier temps, le corps fusionné à la mère donne lieu à une enveloppe psychique commune : une indifférenciation traduite précédemment par le concept d'adhésivité normale. Dans un contexte de développement sain et une niche écologique adaptée, le bébé intériorise petit à petit le dos et l'hémicorps collé à la mère : il éveille sa conscience au contact humain. Cependant, la représentation psychique de son corps est encore découpée, morcelée en objets partiels. R. KAES attribue à la figure maternelle le rôle d'aimantation de ces différentes entités pour n'en former ensuite qu'une seule : l'objet total. La mère, dans les soins corporels évoqués plus haut, mais aussi dans ses verbalisations ou son regard, va permettre au bébé de s'éprouver comme un être entier, unifié et surtout différencié. Ainsi, le bébé investit progressivement un Moi-corporel, qui constituera les prémices de l'étape de séparation avec le parent ainsi que son individuation.²⁶

2. Le concept de Moi-Peau et ses élargissements

a. Les fonctions du Moi-Peau

Le Moi-corporel s'établit comme un prérequis aux représentations psychiques. D. ANZIEU s'appuie sur ce principe pour théoriser le concept plus précis du *Moi-peau*. Selon lui, la surface du corps est le premier lieu expérientiel dont l'enfant va se figurer une représentation de lui-même dans le début de son

²⁶ GUIOSE M. et GAUCHER-HAMOUDI O., 2007, p.75

développement. Il tend à ressentir son enveloppe corporelle comme un contenant du monde interne, des contenus psychiques.

D. ANZIEU précise que « cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. »²⁷ Cela signifie que le corps est le premier objet d'intégration permettant l'élaboration et la différenciation progressive de la psyché. Le Moi se ressent alors comme une entité psychocorporelle, dont le corps se distingue par son appétence pulsionnelle. La psyché effectue une sorte de tri entre ce qu'elle peut assimiler et ce qu'elle relègue à l'inconscient : elle s'organise alors en se basant sur ses impressions corporelles et sur le miroir affectif renvoyé par le parent.

« Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique »²⁸, affirme D. ANZIEU. Il existe, selon lui, neuf fonctions de la peau permettant cette organisation du psychisme.

Maintenance

Il s'agit de la fonction d'intériorisation du *holding* maternel, que nous avons défini plus haut, et qui maintient le psychisme en état de fonctionner, unité et solide. Ici est en jeu l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient.

Contenance

« De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique »²⁹. Elle contient ainsi les énergies pulsionnelles localisées dans différentes zones excitables du corps. La complémentarité entre pulsions et leur assimilation psychique fonde le sentiment de la continuité du soi.

Pare-excitation

De même que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci contre les agressions physiques. La mère assure cette même fonction de protection à son bébé, et cela « jusqu'à ce que le Moi

²⁷ ANZIEU D., 1985, p.39

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*, p.100

en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. »³⁰

Individuation

Cette fonction assure le sentiment d'unicité et de différenciation du sujet par la reconnaissance d'autrui, comme le peut être la peau de par sa texture, couleur ou odeur divergente d'une autre. La sensation de frontières tangibles permet de faire barrière au corps étranger.

Intersensorialité

Nous pourrions la rapprocher de la transmodalité sensorielle exposée précédemment. Il s'agit de l'instance psychique permettant de relier les sensations de diverses sources entre elles sur la base des impressions cutanées.

Soutien de l'excitation sexuelle

L'investissement libidinal maternel via ses soins prépare la peau du bébé à l'investir comme auto-érotique. Les zones érogènes sont alors localisées psychiquement, de même que la différenciation des sexes.

Recharge libidinale

Si la peau est source de tension sensori-motrice de par les afférences extérieures qu'elle perçoit, la fonction psychique aura pour rôle de maintenir une tension énergétique interne et de la répartir. Elle doit pouvoir conserver un minimum de réserve pulsionnelle pour pouvoir s'adapter à l'environnement.

Inscription des traces

La peau est le lieu de toute stimulation sensorielle, notamment celles relatives aux soins parentaux. La fonction d'inscription précise que le psychisme conserve toute impression corporelle en mémoire, à un niveau archaïque.

Autodestruction

L'enveloppe corporelle « constitue la réalité intermédiaire entre la membrane cellulaire (qui recueille, trie, transmet l'information quant au

³⁰ ANZIEU D., 1985, p.101

caractère étranger ou non des ions) et l'interface psychique qu'est le système perception-conscience du Moi. »³¹

L'ensemble de ces fonctions permettent au petit d'organiser son appareil psychique. En s'appuyant sur l'autre, il peut en déterminer les limites, créer des défenses protectrices, relier les afférences pour se créer sa propre réalité au regard de ses éprouvés. Il devient sujet pensant et s'inscrit dans un contexte spatio-temporel et relationnel.

b. Les systèmes corporels : Moi-Os, Moi-Muscle et Moi-Organe

A la lecture du Moi-peau entre autres, il est apparu à B. LESAGE que la figuration psychique de soi pouvait s'étendre à d'autres systèmes corporels. Il expose ainsi un possible élargissement du concept de D. ANZIEU établi sur trois niveaux principaux.

Moi-Os

Les os ont des propriétés physiologiques de solidité et d'appui. Ils offrent une stabilité sécurisante, un contenant dur et résistant. Ils sont aussi supports de direction et de vitalité, via la production du sang. Leur aspect dynamique et résonnant facilite la modulation musculaire, qui régite les émotions. Le système osseux est donc en lien avec les affects, mais selon B. LESAGE, il s'exprime au niveau psychique par « une affectivité plus profonde, peut-être plus existentielle ». ³²

Moi-Muscle

Le système musculaire fonctionne par un jeu de tensions et de relâchements des muscles. Il permet en cela de tendre vers ou contre quelque chose ou quelqu'un. L'auteur parle d' « effort à être »³³, symbolisant la possibilité, la volonté, le choix. Il s'agit d'une forme active de présence au monde sur laquelle le sujet se construit psychiquement.

Moi-Organe

³¹ ANZIEU D., 1985, p.106

³² LESAGE B., 2004, p.20

³³ *Ibid.*, p.21

Les organes constituent ce que A. DAMASIO nomme *arrière-plan du corps*. Ils confèrent par les sensations internes une perception de soi en volume et agissent en cela sur la posture et le maintien de l'axe. Symboliquement, ils représentent l'énergie, le souffle et donnent les rythmes propres à l'individu. Ces propriétés impriment à l'individu une dynamique de flux, de rythme, sur lequel il peut s'appuyer pour comprendre et faire face aux événements du monde réel : présence, absence, continuité, discontinuité...

Cette nouvelle lecture peut s'étendre aux autres systèmes corporels existants, comme le système liquidien ou encore articulaire. L'idée sous-jacente reste celle que tout éprouvé somatique donne lieu à un niveau de représentation psychique important dans la constitution de l'image du corps et dans la différenciation avec autrui. Il s'agit d'un travail évolutif toute la vie durant, mais qui, dans le développement du bébé, prend une place primordiale à la perception de soi et de son existence propre, et de fait de celles des autres.

c. Vers l'individuation

L'enfant intègre progressivement les sensations dont son corps fait part et que l'entourage symbolise : il perçoit alors le monde, le distingue, et ce faisant, se distingue lui-même comme différent. La confusion entre le corps du bébé et le corps des objets relationnels est résolue. Il existe dès lors un espace de rencontre, un espace partagé entre le soi et le non-soi qui devient lieu de projection de l'enfant. D. W. WINNICOTT le nomme *espace transitionnel* : la réalité prend une forme tridimensionnelle pour l'enfant, qui peut désormais s'orienter et explorer l'environnement. Certaines zones du corps sont encore mal différenciées mais n'empêchent pas l'investissement d'autrui. C'est le cas pour le bas du corps, comme le précise G. HAAG dans ce qu'elle appelle le clivage vertical : l'enfant ne contrôle pas encore le bas du corps et y localise les affects pénibles qu'il doit encore maîtriser, comme lorsqu'il devient propre. La maturité neurologique obéissant à la loi céphalo-caudale appuie d'ailleurs cet apport théorique : le contrôle moteur joue son rôle et permet l'investissement psychique des zones mobilisées.

La construction de soi, au travers de celle de l'image du corps, signifie que le soi a conscience qu'il est un corps mobile, qui se sait se mouvoir et qui peut y

trouver du sens. Le processus d'individuation passe toutefois par le milieu humain, dont l'objectif est désormais de faire du bébé un être social, répondant à des codes communs pour pouvoir communiquer. Il pourra orienter, guider et interdire certains comportements afin de structurer le sujet et de le pousser vers d'autres modes de fonctionnement. L'enfant accèdera alors petit à petit à un *narcissisme* dit *secondaire*, fondamental dans la construction de son identité.

« Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. »³⁴ A. BULLINGER résume bien dans ce propos l'enjeu de la subjectivation. En effet, par *corps*, il entend l'ensemble des contenus psychiques, des affects, des représentations, des cognitions dont le bébé va progressivement investir l'enveloppe *organique*. L'individuation implique donc nécessairement de prendre conscience de l'entièreté de son corps et des sensations qu'il reçoit pour pouvoir appréhender le monde, tenter de le comprendre, *être en relation* avec lui.

C. L'Enveloppe thérapeutique dans la relation soi et non-soi : un dispositif en-dedans et en-dehors

1. Le cadre comme outil de stabilité pour le psychomotricien

Pour se construire, les enveloppes psychocorporelles nécessitent une stabilité des réponses de l'environnement. De la même manière, l'enveloppe thérapeutique aura besoin de cette constance pour pouvoir être constructive. Le cadre psychomoteur va prendre ce rôle, que nous définirons sous deux aspects : le cadre physique et le cadre psychique.

a. Cadre physique

Le contexte spatio-temporel permet dans un premier temps de conférer à la séance une structure. La régularité de l'endroit, de la salle, des objets qui la compose, mais aussi des horaires, marquant une fréquence, une durée de séance mais aussi un rythme qui lui est propre. Comme les soins parentaux, le cadre thérapeutique doit établir un retour du même, une permanence,

³⁴ BULLINGER A. (2004), 2013, p.151

permettant d'assurer un sentiment de sécurité et une continuité du sentiment d'exister. En cela, le cadre thérapeutique valorise le fond relationnel entre les sujets et le travail peut s'inscrire dans un contexte réel.

D. HOUZEL, dans la logique de D. ANZIEU, parle des enveloppes psychiques de l'individu et de leur élargissement. C'est ainsi qu'il amène la notion d'*enveloppe institutionnelle*. En effet, le cadre de soin est régi par ce qui l'enveloppe lui-même. Ainsi, il dépend des lois et règles relatives à l'institution, mais aussi aux projets de soin qu'elle met en place, de sa dimension sociale, spatiale, temporelle... P. BOURGER précise que le cadre thérapeutique proposé par le soignant est influencé par l'institution dans la mesure où elle lui fournit ses conditions d'existence.³⁵ Par analogie au corps, nous pouvons considérer que l'institution constitue l'enveloppe organique du soignant, son support de réalité, lui permettant d'en organiser les contenus, à savoir le cadre des séances.

b. Cadre psychique

Il s'agit de l'ensemble des règles porteuses du projet de soin, qu'elles soient éducatives, rééducatives ou thérapeutiques. Le cadre psychique se base donc sur l'interprétation du soignant face aux manifestations corporelles du patient, au regard de ses propres limites, valeurs, émotions. Nous pouvons dès lors souligner que le cadre psychique s'élabore sur la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien ainsi que sur sa propre structure psychique. Le cadre psychique a donc valeur de contenance, de pare-excitation, et d'élaboration.

Par analogie au développement de l'enfant, ces règles constituent la fonction parentale à la fois contenante et castratrice permettant à l'enfant d'organiser sa psyché et d'investir de nouvelles zones à penser. Ainsi, le cadre thérapeutique interne permet de délimiter un espace psychique structuré proposé au patient. Cette contenance psychique majore le sentiment de sécurité : le patient est tenu psychiquement, la confiance peut s'installer. Les prémices de la relation sont établies.

³⁵ POTEL C., 2010, p.75

2. L'Empathie : l'aller-vers et la juste distance émotionnelle

a. Une caractéristique propre à l'Homme

« L'empathie, c'est le fil qui nous relie au sein d'une même humanité. »³⁶
Elle s'acquiert en effet dès la vie utérine, grâce au sentiment primitif d'existence né des sensations cénesthésiques et des interactions réciproques entre la mère et son bébé. La phase de préoccupation maternelle primaire évoquée plus haut traduit bien cet état de contagion émotionnelle que partage intuitivement la mère avec son petit.

A la naissance, l'humain est l'être vivant le plus incomplet des espèces. La phase de dépendance absolue de l'enfant enjoint alors au développement des affects et de l'attachement de la part de la mère. En effet, C. DARWIN soulève déjà le lien entre filiation et instincts sociaux : la parenté relève de cette interdépendance relationnelle motivée par le simple désir de voir l'autre être heureux et prendre du plaisir. Ce souci de l'autre exprime en fait une tendresse croissante pour ses congénères, un altruisme inné et inhérent à l'humain, qui s'étend au-delà même de la biologie et prend en compte l'objet d'attachement, quel qu'il soit.³⁷ Mais comment ce phénomène fonctionne-t-il ? En quoi est-il important pour la thérapie psychomotrice ?

b. Identification et reconnaissance d'autrui

« Nous pouvons habiter le corps des autres », dit F. DE WAAL, primatologue.³⁸ Il existe en effet des phénomènes biologiques nous permettant de synchroniser le mouvement des corps et la contagion de l'émotion. Il faut toutefois distinguer le leurre de la *fusion* émotionnelle : dans la relation empathique, il existe une « dimension consciente double d'identification et de différenciation »³⁹, basée sur un processus cognitif, affectif et de maîtrise.

Les neurones miroirs constituent dans un premier temps le mécanisme phare de l'évènement : ils permettent la projection même de soi dans la situation

³⁶ LUMBROSO V., Émission du 12/01/2016

³⁷ AMEISEN J.C., Émission du 26/12/2015

³⁸ DE WAAL F., 2013

³⁹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M., 2011, p.303

donnée, et activent en cela les zones émotionnelles, voire motrices, mises en jeu. Cette rotation mentale fait ressentir les émotions de l'intérieur en s'appropriant la scène que vit l'autre, à l'extérieur. Il s'agit donc d'un mouvement d'identification entraînant une relation d'aide : en vivant émotionnellement une part du vécu d'autrui, le phénomène de différenciation resurgit dans la conscience. Ainsi, la dénégation des émotions de l'autre devient plus difficile au vu de ce qu'elles procurent en soi, mais la conscience de la distinction entre soi et l'autre permet de ne pas fusionner émotionnellement. La présence du processus de différenciation dans la relation empathique permet d'ailleurs de la distinguer de la notion de sympathie.

L'hormone de l'ocytocine est l'un des autres facteurs biologiques de l'empathie. Produit de la région hypothalamo-hypophysaire, ce messager chimique régit les comportements d'attachement, de lien et d'émotion en influençant notamment l'amygdale. Nous avons vu la place majeure de la tendresse et des affects dans la relation empathique : elle s'explique par cette hormone, sécrétée principalement pendant et après la naissance pour faciliter le travail d'accouchement et pour que la production de lait s'active et établisse le lien mère-enfant. L'objet d'attachement est variable : dans le cas d'une adoption, par exemple, les facteurs génétiques n'existent pas mais les liens d'attachement sont bien présents.

H. KOHUT est le premier à faire de l'empathie un outil thérapeutique propre, dans le cadre de la psychanalyse d'abord, puis élargi au soin en général. Il parle d'*immersion empathique* dans la vie intérieure des patients pour se sentir et se penser soi-même dans le corps de l'autre. Les enjeux relationnels de transferts et contre-transferts sont alors possibles : l'écoute est réciproque. « Entendre en soi des affects et des représentations issues d'affects et de représentations venant d'autrui crée ce mouvement de co-pensée dont l'empathie, comme représentation de l'autre, est l'un des aspects. »⁴⁰ Dans le domaine de la psychomotricité, il s'agit donc d'accepter de ressentir la souffrance psychocorporelle de l'autre pour pouvoir travailler ensemble à l'atténuer. Il faut penser le corps comme objet d'attachement et accepter d'être tendre pour l'autre. La spécificité de la psychomotricité relève par ailleurs de l'engagement psychocorporel du patient et du thérapeute. L'empathie s'éprouve alors au-delà

⁴⁰ WIDLÖCHER D., 2004, p.981-992

des affects et des représentations mentales : elle s'inscrit dans la réalité sensorio-tonique.

3. La disponibilité et l'engagement psychocorporel

a. Ecoute sensible et empathie tonique

Dans un échange, il faut pouvoir s'écouter mutuellement. Mais finalement, que signifie *écouter* ? Comment écouter ? Quoi écouter ? Au sens premier du terme, écouter relève d'un acte sensoriel permis par le système auditif pour capter un stimulus extérieur. Par ailleurs, l'écoute de soi ou de l'autre sont des termes fréquemment employés, notamment dans les domaines du sport ou du théâtre, par exemple. Or, dans chacun de ces deux cas, l'engagement du corps est central et la parole ou le son peuvent l'être moins. La dimension du non-verbal y prend alors toute son importance.

Si inconsciemment, la communication non-verbale est celle qui prend le plus grand sens, en psychomotricité, l'écoute doit être à la fois verbale et non-verbale. Elle implique alors l'éveil de tout organe sensoriel permettant de capter le moindre détail émanant de l'autre : la vision pour observer la posture, le mouvement, les expressions faciales, les qualités gestuelles, le regard de l'autre... Le toucher pour apprécier les réactions tonico-émotionnelles, le niveau tonique, la température... L'audition pour comprendre le signifiant mais aussi pour capter toutes les variations de voix, son rythme, ses intonations... L'olfaction pourrait éventuellement avoir son importance également mais pour des raisons évidentes, la gustation sera seule évincée. Il s'agit en fait de pouvoir ressentir l'état tonico-émotionnel de l'autre grâce à ses propres canaux sensoriels. A des niveaux sensori-moteurs rappelant le développement du petit, l'échange s'éprouve par *empathie tonique*, donnant une première interaction infra-verbale, donc un premier niveau de relation.

J. DE AJURIAGUERRA se base sur les travaux de H. WALLON pour exposer le concept de *dialogue tonico-émotionnel*. Il serait, selon lui, le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. Or selon H. WALLON, les émotions sont « une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe, le

tonus musculaire ». ⁴¹ La transmission émotionnelle entre les sujets s'exprime donc par le biais du tonus et des comportements moteurs. Le dialogue tonico-émotionnel constitue dès lors un outil de communication infra-verbal primordial dans la relation empathique et soignante en psychomotricité. Elle permet au thérapeute d'écouter toniquement le vécu de l'autre et réciproquement, mais aussi d'induire son propre vécu tonique pour en favoriser un état spécifique. En relaxation, par exemple, la tonicité basse du psychomotricien pourra inviter le patient au relâchement et à l'abaissement de son seuil de vigilance.

b. Le holding psychomoteur

S. ROBERT-OUVRAY affirme que « Le holding psychomoteur se définit comme un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier. » ⁴² Il s'agit donc de prendre l'enfant dans sa globalité afin de le soutenir dans sa capacité à exister seul, sans se désorganiser, et en se fondant sur ses appuis moteurs et psychiques.

Nous l'avons vu précédemment, le psychomotricien exerce avec sa propre subjectivité : il s'engage dans le corps, dans ses émotions, il cadre, contient, rassure, enveloppe. Il dispose pour cela de trois outils primordiaux :

- le *dialogue tonico-émotionnel*, que nous avons cité plus haut.
- la *fonction contenante*, qui, au regard des capacités d'impression et d'expression du psychomotricien, sert de réceptacle au vécu du patient pour en transformer le contenu en représentation, tant sur un plan psychique que somatique.
- la *fonction de pare-stimulation*, qui, dans le choix du matériel et des médiations utilisées, favorise la relation et l'expression psychocorporelle du patient dans un espace thérapeutique transitionnel.

Chacune de ces fonctions s'est élaborée au vu du rôle des interactions entre la figure maternelle et l'enfant dans le développement psychomoteur de ce dernier. Comment le psychomotricien intervient-il sur le développement du patient ? Quel est son rôle ?

⁴¹ WALLON H. (1934), 2002, p.130

⁴² <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>

c. La fonction thérapeutique du psychomotricien

Le *setting*, décrit par D. W. WINNICOTT comme « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif [thérapeutique] »⁴³, s'apparente à la fonction thérapeutique du psychomotricien. Le *setting psychomoteur* englobe donc un cadre spécifique, une relation empathique basée sur la communication tonico-émotionnelle, le *holding* psychomoteur et la spatialisation, ainsi que l'engagement psychocorporel du thérapeute. Ces dimensions inscrivent les sujets dans une co-construction des espaces relationnels, corporels et psychiques. B. THIEBO parle de « rencontre humanisante »⁴⁴ lorsqu'il relève les propos de B. GOLSE : « fondamentalement *bisexué*, [le dispositif thérapeutique psychomoteur prend son sens] avec une composante de *holding* qui renverrait plutôt au registre maternel, et une composante limitante et régulatrice qui renverrait plutôt au registre paternel, métaphoriquement parlant ».⁴⁵ Les fonctions des deux genres de l'espèce humaine sont ainsi incarnées par le thérapeute, qui s'inspire de l'intérêt des interactions précoces pour soutenir son patient. B. THIEBO souligne l'importance du *faire-avec* plutôt que du *savoir-être*, soutenue par les capacités imaginatives et créatives du thérapeute.

Le *setting* psychomoteur permet de créer un espace relationnel partagé et transitionnel, ce qui lui procure sa dimension thérapeutique. Chaque espace propre est conservé, puis étendu au profit de l'autre pour co-crée ce troisième espace. Nous pouvons parler ici d'enveloppes : les enveloppes psychocorporelles de chaque sujet sont bien différenciées, et s'étirent jusqu'à créer une troisième enveloppe, qui entoure la relation, permet le partage et le *faire ensemble*. Cette dernière instaure une tridimensionnalité permettant au patient de se considérer en tant qu'existant pour lui et au travers de la considération de l'autre. Cet outil thérapeutique joue donc un rôle dans l'image du corps et dans les enjeux relationnels : il est ce que nous appellerons l'*enveloppe thérapeutique*.

⁴³ WINNICOTT D. W., 1956, p.168-174

⁴⁴ THIEBO B., 2008

⁴⁵ GOLSE B., 2000, p.203

II – LA RENCONTRE AVEC MADAME G. ET YASSIN

A. Madame G.

1. Rencontre et contexte clinique

a. Anamnèse et contexte d'entrée à la MAS

La MAS qui m'a accueillie lors de ma deuxième année de formation est un lieu de résidence médicalisé pour personnes présentant des pathologies neurologiques de type Accident Vasculaire Cérébral, Neuro-VIH et Sclérose en Plaques. Elle dispose d'environ 60 lits, établis sur trois étages, comprenant respectivement une salle commune, un balcon fermé commun, des chambres individuelles et des salles de bain adaptées pour deux. En qualité de lieu de vie, l'institution dispose d'un accueil, de deux grandes salles communes, de locaux techniques (blanchisserie, matériel adapté, cuisine), de locaux de services (salle des animateurs, salon de coiffure et esthéticienne), de locaux administratifs (bureaux de la directrice, des cadres de santé), ainsi que de locaux thérapeutiques (bureaux respectifs des médecin, psychologue, psychomotricien, infirmiers et aides-soignants, salle de kinésithérapie, salle Snoezelen, cuisine thérapeutique, jardin thérapeutique, piscine de balnéothérapie et baignoire thérapeutique).

Comme précisé en introduction, Madame G. est une femme de 35 ans, née le 19 Mars 1979 à Pointe-à-Pitre, en Guadeloupe. Nous savons que Madame G. rentre en métropole où elle a été placée très jeune en famille d'accueil, le motif reste cependant inconnu. Son père adoptif est aujourd'hui décédé et sa mère adoptive, qu'elle ne voit plus, aurait été victime d'un viol dans le passé. Madame G. a retrouvé une sœur biologique en Guadeloupe, avec qui elle entretient de bons liens, bien qu'elles se voient peu.

Madame G. a eu un baccalauréat professionnel et était sérigraphe. Elle est divorcée de Monsieur B., avec qui elle a eu un garçon né en 2006 accouché par césarienne, suite à quoi elle a arrêté d'exercer en 2007. Le père, qui a refait sa vie, a la garde de l'enfant et gère la curatelle de son ex-femme. Il demeure peu

présent. Madame G. est également au Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Handicapées (SAMSAH) rattaché à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Madame G. est restée seule dans son appartement de 2007 à 2012 en effectuant des séjours temporaires dans une institution similaire. La prise en charge à domicile devenant complexe face aux chutes répétées de la patiente, elle est entrée à la MAS en Août 2014, suite à une visite de préadmission le 28 Juillet 2014.

b. La sclérose en plaque : une pathologie neurodégénérative globale

En 2004, on diagnostique à la jeune femme une Sclérose En Plaques (SEP) secondairement progressive. La SEP est une pathologie neurologique chronique et auto-immune, qui détériore la gaine de myéline entourant les axones des neurones du système nerveux central. L'influx nerveux est alors ralenti, voire suspendu. L'apparition des différents symptômes dépend de la localisation des lésions dans le système nerveux. La maladie évolue généralement par poussées inflammatoires aggravant l'état du sujet, mais dont le potentiel de récupération est favorisé par les traitements. La forme secondairement progressive de la SEP induit une diminution des périodes de poussées et de rémission au profit d'une recrudescence de l'intensité du handicap. Cela entraîne *a fortiori* un amincissement de ce potentiel.⁴⁶

L'EDSS est une échelle de quantification de l'évolution de la maladie. Elle s'échelonne de 0 à 10, c'est-à-dire des premiers signes de la maladie jusqu'au décès du sujet.⁴⁷ Lorsque je rencontre la patiente, son EDSS est de niveau 8,5 : cela signifie qu'elle reste alitée ou dans son fauteuil manuel de manière constante, et qu'elle a besoin d'une aide dans les déplacements ou actes de la vie quotidienne – habillage, selles...

⁴⁶ <http://www.la-sep-bouge.fr/maladie-sclerose-en-plaque/definition-sclerose-en-plaque/maladie-cerveau-moelle-epiniere/>

⁴⁷ Voir Annexe 1 : L'EDSS (Expanded Disability Status Scale)

Les symptômes diagnostiqués chez Madame G. à l'entrée de la MAS se déclinent sous trois grands axes. Au niveau neuro-moteur, on observe un *syndrome cérébelleux majeur avec ataxie cérébelleuse invalidante*, un *syndrome extrapyramidal avec akinésie*, des *troubles de la déglutition* avec risque de fausses routes, ainsi qu'une *ophtalmoplégie*. Au niveau fronto-temporal, on distingue un *syndrome dysexécutif cognitivo-comportemental* ainsi que des *troubles cognitifs et mnésiques évolutifs*. Au niveau psychologique, on constate un *tableau anxio-dépressif avec apathie et alexithymie*.⁴⁸

Sur un plan postural, Madame G. se tient assise dans son fauteuil de manière regroupée et fermée. Sa tête est baissée, parfois tombante sur le côté droit, entraînant souvent son buste. Il est difficile de la positionner droit, le bassin, la cage thoracique et la tête, piliers de l'axe corporel, sont figés vers ce côté. Elle se tient les bras au niveau des mains ou des coudes, comme pour inhiber ses tremblements ataxiques, ce qui verrouille sa ceinture scapulaire et ferme sa cage thoracique. Sa posture enroulée entraîne un raccourcissement de sa chaîne musculaire antéro-médiane, majorée par la spasticité. En décubitus dorsal, cela se traduit par des rétractions ostéo-musculaires au niveau des membres inférieurs en double-flexion des hanches et des genoux, et parfois en abduction de l'une des deux jambes. Des difficultés de régulation tonique sont évidentes au vu de ses tremblements involontaires, ce qui entraîne à la fois des difficultés de réajustements posturaux, et une invalidation des gestes orientés. Ces tremblements sont majorés au niveau distal et dans les mouvements volontaires : les mains sont les premières touchées mais on peut constater également des mouvements involontaires au niveau de la tête. Une épreuve de palpation m'a permis de sentir une hypertonie de fond latente, parallèlement à une fonte musculaire que l'on peut mettre en lien avec la maladie et à la réduction de l'activité motrice. De nombreux recrutements toniques intenses et ponctuels dans des situations d'instabilité – notamment les transferts assis-couché, couché-assis – m'ont permis d'observer une recrudescence des réflexes archaïques – réflexe de MORO, réflexe tonique symétrique du cou, et réflexe d'agrippement.

Sur un plan affectif et comportemental, Madame G. communique peu. La plupart du temps, elle peut répondre à une question par un son insignifiant, un mot court, ou ne pas répondre du tout. Toutefois, lorsque le dialogue est quelque

⁴⁸ Pour des raisons d'intelligibilité, les mots en italique seront définis succinctement dans l'*Index*

peu établi, ses phrases sont construites, bien que courtes. Il faut noter que les persévérations dans le discours sont très fréquentes : elles concernent principalement son fils, son chanteur préféré, et quelques fois son travail. Au niveau représentatif, l'accès au symbolique est conservé, mais on sent une perte de possibilités dans l'adhésion à l'imaginaire, notamment au-delà d'une certaine durée. Nous pouvons penser que la fatigue se répercute également au niveau cognitif.

Les troubles cognitifs de la résidente et son alitement quasi-constant paraissent altérer le repérage spatio-temporel. Les nouveaux espaces peuvent la surprendre et entraînent un temps d'adaptation. Elle paraît néanmoins avoir une bonne connaissance des lieux de vie qu'elle côtoie tous les jours, et semble y attacher un sentiment sécurisant. Au niveau temporel, se situer dans le mois ou la semaine est compliqué. Au quotidien, les repères spatio-temporels sont donnés par les repas, les toilettes, ou encore la sieste, mais sont mis à mal par l'augmentation des moments de somnolence.

Madame G. m'a souvent renvoyé une image de l'ordre de la fragilité. Elle a pu m'apparaître comme quelqu'un qui souhaiterait se battre, mais qui n'en a pas la force et qui, de fait, abandonne. Elle semble délaisser son corps, le désinvestir totalement face aux multiples soins quotidiens qu'elle reçoit. Un clivage apparaît, comme si elle ne reconnaissait plus son corps comme étant le sien, ou encore comme si elle le reniait.

2. Hypothèses sur le fonctionnement psychocorporel de Madame G. dans la relation...

a. ...Au soi : de la sensation appauvrie à l'enveloppe défaillante

La symptomatologie de Madame G., bien qu'établie sur un versant évolutif, se caractérise par deux traits majeurs. D'une part, la fatigabilité se traduit par de nombreux états de somnolence chez la patiente. On peut aisément corrélérer cela

à l'évolution de la SEP : le ralentissement de l'influx nerveux entraîne une réduction de l'activité motrice. Les muscles, peu stimulés, fondent, perdent en capacité contractile et de souplesse. Le contrôle moteur est de plus en plus ardu et demande un effort de plus en plus conséquent. D'autre part, l'ataxie cérébelleuse, qui donne lieu à des tremblements involontaires, entraîne une alternance constante de contraction des muscles antagonistes. Elle est invalidante dans les mouvements volontaires et intentionnels, et majore la fatigue sur un plan neuromusculaire.

Les syndromes extrapyramidal et cérébelleux de Madame G. corrélent alors les difficultés d'ajustements posturaux et gestuels relevées plus haut. Face à ses difficultés de contrôle neuromusculaire, la résidente se contracterait de manière plus importante pour bloquer les mouvements parasites – en s'enserrant les bras, par exemple. On peut d'ailleurs constater que cette tension se diffuse au niveau des épaules, du cou, de la tête, du thorax, et *a fortiori* du bassin et des membres inférieurs entraînant des conséquences à plusieurs niveaux. D'une part, la respiration de Madame G. est parfois irrégulière comme s'il y avait restriction thoracique. D'autre part, la dissociation des ceintures pelvienne et scapulaire provoque des étirements qui peuvent être douloureux, les jambes rétractées résistent à l'étirement en stimulant le réflexe myotatique de manière intense et en attestant d'une hypertonie d'opposition.

Ces contractions chroniques entraîneraient alors la modification posturale de Madame G. qui, ne pouvant se réajuster par elle-même, a des douleurs musculaires nouvelles dues au raccourcissement des chaînes et à la perte de souplesse. Ces douleurs induiraient alors un immobilisme, majorant lesdites contractions et entretenant une spirale algique délétère à la patiente. La contraction chronique, associée à l'immobilité et à l'alitement quasi-permanent, générerait un oubli psychique du corps : le muscle figé dans sa contraction et, *a fortiori* les zones corporelles s'y rattachant, sont niés par la conscience, qui n'y prête plus attention. Ce contexte d'hypostimulation sensorielle engendrerait donc des troubles du schéma corporel.

Au regard des sensations corporelles figées et appauvries par le manque de mobilité, le Moi-corporel de Madame G. semble désinvesti. Les limites corporelles ne s'éprouvent plus du fait de l'oubli psychique du corps : le dedans et le dehors ne sont plus aussi distincts, faute de sensations. Le corps n'a plus fonction d'enveloppe souple, solide et protectrice. Nous pouvons supposer que les fonctions de contenance et d'individuation sont altérées. L'unité psychocorporelle de Madame G. semble donc largement mise à mal et ne peut plus garantir son sentiment de sécurité. La présence des réflexes archaïques traduit la défaillance des systèmes supérieurs d'unification et de contrôle neurologique. Elle serait également à comprendre comme une réapparition d'un ultime système de protection involontaire face au danger potentiel provenant, en l'occurrence, d'elle-même. La maladie étant auto-immune, le soi s'apparente alors comme la principale menace de son intégrité. La dimension identitaire est touchée profondément de par la transformation de son corps, qui ne répond plus et qui lui devient étranger. Ainsi, la relation au soi semble particulièrement troublée par le tableau clinique de la patiente. Qu'en est-il du non-soi ?

b. ...Au non-soi : les conséquences sur la structure psychique

Madame G. se coupe régulièrement de la relation, phénomène qui pourrait se justifier par plusieurs explications : ses états de somnolence d'abord, mais aussi l'effort de concentration et de mobilisation qu'il faut pour échanger avec quelqu'un, tant sur un plan cognitif que moteur. La résidente semble parfois se placer dans une sorte de passivité subie, comme si s'exprimer n'était plus nécessaire et trop coûteux, tant verbalement que non-verbalement. Cette passivité se rapprocherait d'une forme de négation du poids du corps, que nous pouvons corrélérer à sa posture relativement glissante lors des transferts, ou dans la posture globale d'effondrement. L'akinésie présente chez Madame G. atteste également d'une grande dépendance sur un plan neurologique.

Si la patiente se situe dans un versant hypertonique du fait de sa spasticité, il est rare qu'elle éprouve et qu'elle verbalise des sentiments positifs –

enthousiasme, satisfaction, etc. Nous pouvons penser que l'immobilisme et les troubles posturo-moteurs de Madame G. majorent son état dépressif, et donc son isolement. La pauvreté psychique s'expliquerait alors par les persévérations de pensée sur son état, sa maladie, sa solitude. Cette centration alexithymique pourrait être corrélée à un travail de deuil incomplet et figé : l'acceptation de la maladie, du handicap, ne serait actuellement pas au stade du déni, ni de la sidération ou de la révolte, mais plutôt de la dépression. L'acceptation et la reconstruction consécutives à la perte de la vie antérieure ne sont pas encore d'actualité. Cela expliquerait d'autant plus son apathie, sa perte d'intérêt générale pour ce qui l'entoure, entretenant la spirale négative dans laquelle elle se trouve. On peut donc émettre l'idée d'une dépression réactionnelle majeure liée à ses troubles neurologiques.

Dans le cas de Madame G., l'inactivité psychocorporelle – donc sensori-motrice – peut donc être à l'origine d'une perte de sécurité de base entraînant une vulnérabilité face aux situations inhabituelles. Comme nous l'avons vu plus haut, le sentiment de sécurité constitue le versant affectif du sentiment d'existence. On pourrait alors parler de discontinuité d'existence acquise car reliée au diagnostic de la SEP, majorant des angoisses nouvelles, notamment celle de la chute ou celle d'annihilation. Le corps non-réactif renvoie au sentiment archaïque de mort, notamment de mort précoce dans son cas, que la patiente, faute de capacité à les symboliser, exprime au travers de ses angoisses.

Par ailleurs, nous pouvons aussi penser à l'histoire de vie de Madame G. Son adoption a pu certainement troubler la construction de sa sécurité de base et de son lien à l'autre lors de la petite enfance. La présence de la pathologie aura pu mettre en lumière ces traits de structuration psychocorporelle, révélant des problématiques psychomotrices des enveloppes et de l'image du corps. Les difficultés identitaires et corporelles altèreraient les capacités communicationnelles verbales et infra-verbales. Madame G. s'exprime préférentiellement par quelques mimiques ou par la fixité du regard lorsqu'elle ne se coupe pas de la relation, mais les moyens de communications sont réduits par sa fatigabilité d'ordre neurologique. Le processus d'individuation se voit remis

en jeu lorsque les interactions sont mises à mal, ce qui majore l'isolement psychosocial de la patiente et souligne la mise en jeu de son pronostic vital. L'absence de son enfant et de son ex-mari, pourrait être d'autant plus difficile à accepter et à vivre qu'elle n'aurait pas de ressources internes pour y faire face. Le sentiment abandonnique pourrait en être également renforcé, faute de résilience.

3. Prise en charge et enveloppe thérapeutique mise en place

Madame G. est l'une des premières personnes que j'ai accompagnées de manière informelle. Je l'ai rencontrée par la suite en situation groupale – en repas thérapeutique – et individuelle – en menant une prise en charge en psychomotricité.

La prise en charge individuelle que j'ai pu mener en psychomotricité avec Madame G. s'est établie à raison d'environ 45 minutes tous les lundis en milieu d'après-midi, afin qu'elle ait le temps de se reposer entre le repas et la séance. Ces dernières s'effectuent généralement dans sa chambre, la résidente y étant alitée la plus grande partie du temps.

Nous l'avons vu plus haut, le tableau anxio-dépressif place Madame G. dans une spirale négative entretenue par la pulsion de mort : le travail thérapeutique consiste à réinsuffler de la vie, de la créativité, du plaisir pour réduire l'apathie sous-jacente de la patiente et redonner des sensations corporelles de l'ordre de l'agréable. Par les sensations corporelles, l'objectif est ainsi de renforcer le Moi-corporel de Madame G. pour colmater *a minima* les défaillances des enveloppes et tenter de redonner un sentiment de sécurité que permet l'unité psychocorporelle.

Pour ce faire, la relaxation et le toucher ont été les principales médiations du dispositif thérapeutique mis en place. En effet, l'hypothèse de discontinuité d'existence avec perte de sécurité de base, associée aux observations cliniques – tremblements, réflexes archaïques... – impliquerait de recontacter une dimension d'ordre primitive. Ces médiations mettent les sensations corporelles au premier plan, permettant un ancrage du corps dans la réalité de son environnement. De plus, l'engagement psychocorporel du thérapeute pourrait

compenser en partie l'appauvrissement des capacités cognitives et motrices de Madame G.

Parallèlement, Madame G. est suivie en kinésithérapie et en orthophonie, dont les intervenants sont externes à l'institution. L'orthophoniste l'accompagne lors des repas de manière ponctuelle et lors du repas thérapeutique hebdomadaire en présence du psychomotricien, de la psychologue et des aides-soignants et stagiaires éventuels. Le cadre du repas thérapeutique permet d'accroître l'appétence de Madame G. en soutenant ses envies, ses désirs, ses goûts, etc. La dynamique de groupe permet d'étayer ses capacités communicatives et relationnelles, ainsi que son affirmation identitaire, notamment dans un acte primitif – manger – qui constitue l'un des besoins fondamentaux de l'être humain pour sa survie. La dynamique s'inscrit donc dans un même objectif de projet thérapeutique psychomoteur, à condition de porter suffisamment d'attention à l'accompagnement effectué.

Lorsque je suis en présence de la patiente, son regard peut me fixer très longuement, avec les yeux légèrement écarquillés, sans rien dire. Elle cille peut et semble à la fois au contact et à distance. A d'autres moments, Madame G. somnole, ferme les yeux, et a du mal à les garder ouverts. Elle peut montrer une hypervigilance auditive comme une rupture totale avec l'environnement sonore selon ses phases de veille ou de sommeil. Son appétit lors des repas est variable : Madame G. mange des aliments mixés pour faciliter la déglutition et éviter les fausses routes. Selon son degré de fatigue, ou le contenu de l'assiette, elle pourra montrer un désintérêt massif, voire une opposition lors du repas – comme souvent lors des repas thérapeutiques organisés à la MAS – ou à l'inverse, un attrait particulier et un appétit plein d'entrain – par exemple lors d'une sortie collective en restaurant, où Madame G. avait choisi son plat. Les sensations vestibulaires semblent générer de l'angoisse chez Madame G., notamment lors des transferts. Faute de sensations quotidiennes, le moindre stimulus pourrait prendre une proportion plus grande, et dans le cas présent, majorer l'angoisse qui s'y rapporte. Sur le plan tactile, Madame G. semble se désinvestir corporellement et psychologiquement lorsqu'il s'agit de soins usuels. La contenance d'un toucher thérapeutique, en revanche, déclenche une réaction tonico-émotionnelle qui se déroule le plus souvent en une première phase de sidération – yeux grands ouverts, fixité du regard, silence, respiration parfois bloquée, hypervigilance – puis d'une seconde phase d'acceptation – détente, regard moins figé, yeux fermés après un certain temps, diminution de la vigilance. Je ne

traiterai pas de l'olfaction qui, dans le cas présent, ne me paraît pas avoir beaucoup d'intérêt.

Lors des séances que j'effectue avec elle, Madame G. semble donc fonctionner sur l'alternance de deux modes : une phase d'éveil, où l'accroche sensorielle maintient son attention, sa présence et de fait, la relation, ainsi qu'une phase d'absence, où tous les sens paraissent *éteints*, et où le clivage corps-psyché semble prégnant. Dans les premiers temps de prise en charge, je me confronte à l'incapacité d'élaborer une enveloppe thérapeutique pensée, un dispositif réfléchi. Je sens qu'il faut pouvoir tout accueillir de cette patiente et adopter une posture réceptive, contenante, bienveillante. Malgré tout, le travail structurel et psychomoteur reste difficile à élaborer, et je ne sais comment apaiser cette femme, ni même développer le peu de relation que j'obtiens. Il me faudra du temps pour comprendre les enjeux de cette prise en charge, tant à mon niveau qu'au sien. Encore aujourd'hui, je conçois que le dispositif aurait pu être amélioré par de nombreuses techniques que nous développerons en troisième partie.

B. Yassin

1. Rencontre et contexte clinique

a. Anamnèse et contexte d'entrée au CAMSP

Le CAMSP dans lequel je suis en stage cette année est une institution de diagnostic, d'orientation et de surveillance pour les enfants de 0 à 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Les bilans médicaux et paramédicaux y sont réalisés afin d'évaluer les besoins de l'enfant en soins. Une orientation ou un suivi pluridisciplinaire au CAMSP est ensuite déterminé pour pouvoir accompagner au mieux l'enfant et sa famille. L'équipe de soins se compose d'un pédiatre, un neuro-pédiatre, un pédopsychiatre et un médecin de rééducation, mais aussi de trois psychologues et une neuropsychologue, d'une assistante sociale, d'une éducatrice jeunes enfants et une éducatrice spécialisée, d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, et de trois psychomotriciens. L'équivalence en temps-plein correspond à un temps complet respectif en pédiatrie, en social, en éducation, en kinésithérapie, en ergothérapie et en orthophonie, ainsi que deux temps complets en psychologie et deux temps et demi en psychomotricité.

Yassin est né le 1^{er} Juillet 2013 et a 2 ans et 2 mois lorsque je le rencontre début Septembre 2015. Il a deux grands frères : l'aîné, Zakaria, a 8 ans et présente un trouble du développement avec troubles du comportement associés. Il a été orienté en Institut Médico-Educatif (IME) après avoir été pris en charge au CAMSP. Ishak, lui, a 4 ans et se porte bien. Les trois frères et les parents vivent tous les cinq dans un logement de deux pièces. La mère est sans emploi tandis que le père travaille de nuit.

Yassin est entré au CAMSP le 26 Septembre 2014, à 14 mois, après un bilan pédopsychiatrique. Son diagnostic médical a révélé un syndrome polymalformatif avec un déficit visuel important et un retard global de développement psychomoteur associé à un trouble des interactions. En effet, la malformation est, par définition, une altération de structure, de comportement, de fonction ou de métabolisme, présente dès la naissance. Un syndrome polymalformatif, de fait, consiste en une association d'anomalies ayant une étiologie commune et correspondant à un diagnostic précis.⁴⁹ En ce qui concerne Yassin, la recherche d'étiologie génétique est encore en cours. Il faut noter que ses parents sont cousins germains, et que Yassin semble présenter le même tableau clinique que son frère aîné Zakaria. Le bilan psychomoteur sera effectué en Mars 2015. Nous pouvons noter que le début de prise en charge de Yassin a été plutôt tardif, compte tenu de l'importance de ses troubles.

b. Bilan d'observation

Observations au niveau sensoriel

Au niveau des flux visuels, Yassin présente un dysfonctionnement bilatéral des voies de conduction visuelles. La poursuite oculaire est difficile, notamment vers le bas. L'alerte semble fonctionnelle, mais l'orientation et la capture du stimulus par l'organe paraît défaillante. Il paraît sensible au contraste et montre une préférence marquée pour les sources lumineuses naturelles. Il montre également un intérêt pour les planches de rayures noires et blanches. Yassin semble pouvoir appréhender les formes de manière globale. Sa vision est

⁴⁹ <http://www.md.ucl.ac.be/didac/anat110/Fetus.html>

désorganisée de par son déficit : des difficultés de coordination visuo-spatiale sont présentes, l'appréhension visuelle de l'espace est mauvaise.

Concernant les flux auditifs, Yassin montre des comportements d'alerte, d'orientation et de capture du son de l'objet stimulant. Il présente une hypervigilance auditive se traduisant par une désorganisation tonico-posturale soudaine ou une phase de latence face au son qui l'intrigue. Le canal auditif constitue une stratégie de compensation du déficit visuel pour Yassin, dont l'organisation posturale s'articule autour des coordinations non pas visuo-spatiales mais auditives. L'audition constitue un flux privilégié dans le développement de Yassin, en tant que repère pour la structuration spatiale.

Le flux tactile constitue une seconde stratégie de compensation visuelle : le contact tactile se teinte d'une recherche de sensations initiée principalement par les mains, les pieds et la bouche. La préhension se fait généralement au contact de l'objet. Les objets sensoriels semblent appréhendés avec une réelle intentionnalité. Le relâchement d'objets est difficile et non volontaire, mais Yassin se manifeste lorsque le contact n'est plus présent. Les objets mous comme les balles, par exemple, sont souvent gardées contre son ventre ou mises à la bouche – voire en dedans – tandis que les objets durs, de bois, par exemple, sont tapés ou mordus. Yassin ne présente pas d'irritabilité tactile mais nécessite un temps d'adaptation à chaque nouvelle sensation.

Au niveau du flux vestibulaire, Yassin semble encore victime de la pesanteur. Il peut néanmoins effectuer des rebonds via la répétition de flexions et extensions des membres inférieurs en station debout. Cela rappelle le « stade du sauteur » du développement psychomoteur de l'enfant et vient solliciter son sens vestibulaire. Dans les bras de sa mère, l'extension dorsale dans laquelle il se trouve renverse sa tête en arrière. Il effectue parfois des mouvements latéraux de la tête de manière répétitive et ne s'arrête que lorsqu'il est sollicité par autre chose. La mère confirme ce constat en affirmant que les bercements ou les voyages en voiture le calment. Il faut noter que des antécédents d'otites répétées auront pu fragiliser son oreille interne.

Le flux olfactif est difficilement observable. Il colle souvent sa tête à sa mère, le visage enfouit dans le voile de celle-ci, ce qui suppose une reconnaissance olfactive. Il faut également noter que Yassin est souvent

encombré au niveau des bronches, ce qui entraîne une légère restriction respiratoire et un écoulement nasal fréquent.

Concernant le flux gustatif, les objets sont souvent mis à la bouche, de même que ses mains. L'alimentation peut se révéler difficile, d'après la maman : Yassin accepte depuis peu les morceaux, mais aurait des goûts restreints. Il accepte la cuillère avec l'accompagnement du parent. Il bave fréquemment, notamment lorsqu'il est fatigué ou lorsque la tâche effectuée lui demande beaucoup d'attention.

Observations au niveau tonico-postural

Yassin apparaît comme un enfant hypotonique. Sa tenue de tête est parfois oscillante. Il présente une cyphose dorsale importante en position assise, porté, ou debout, majorée par l'hypotonie et par une hyperlaxité articulaire globale. Ses membres sont souvent en quadriflexion, ramenés à sa bouche ou au niveau de sa tête. La voûte plantaire est effondrée. Pour prévenir les déformations articulaires et favoriser la marche, des attèles ont été confectionnées, mais sont encore peu investies car mal supportées par Yassin.

En position assise, la tenue de l'axe est difficile sans appuis au niveau des mains. Yassin peut effectuer des retournements dos-ventre au sol et se mettre en quatre pattes appuis tendus – posture de l'ours – en repoussant le sol avec ses mains et parfois sa tête, qui semble lui donner une stabilité. Il peut également se mettre debout avec un appui. Dans cette position, un flessum du genou apparaît, mais semble plutôt dû à l'hypotonie qu'à une déformation articulaire.

Yassin se mobilise principalement dans un schéma binaire de flexion et d'extension, entraînant respectivement des postures d'enroulement ou d'arqueboutement. Yassin ne croise pas l'axe corporel sans passer par le relai oral. La coordination des membres supérieurs avec les membres inférieurs est encore indistincte. Le mode de fonctionnement est ainsi principalement porté par un schème homologue et symétrique : le haut du corps réagit le plus souvent indépendamment du bas du corps, la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne n'est pas acquise.

Yassin montre un intérêt pour les expériences motrices. Il peut mettre en place des stratégies d'organisation de son corps lorsqu'il est émotionnellement disponible. Son développement psychomoteur, sur le plan de la motricité, semble correspondre à un niveau d'environ 6 mois.

Observations au niveau comportemental et langagier

Par analogie au fonctionnement tonico-moteur, le mode tonico-émotionnel s'élabore sur le mode du « tout ou rien ». Il existe ainsi deux polarités : la satisfaction, la détente, l'apaisement s'effectuent sur le schème de flexion, tandis que la frustration, la colère, les pleurs privilégient l'extension. Il n'existe pas d'intermédiaire. Il peut montrer une certaine labilité de l'humeur qui paraît liée aux modifications environnementales : lorsqu'il y a une variation des afférences sensorielles trop intense ou trop brutale – l'arrêt d'un son ou de bercements, par exemple – Yassin peut souvent se désorganiser sans trouver le moyen de s'apaiser seul. La rupture dans les sensations éprouvées génère ainsi des réactions tonico-émotionnelles importantes, reliées à la colère, à la frustration, ou peut-être même à l'angoisse. Ces instants de *crise* se traduisent par des pleurs, une hyperextension dorsale, les bras en chandelier, de part et d'autre de la tête, et fréquemment des comportements d'automutilation. En effet, Yassin présente très régulièrement des marques de griffure sur le visage et parfois des bosses lorsqu'il se cogne la tête sur le sol. Sa maman précise avec émotion qu'il lui arrive de s'arracher les cheveux également.

Les comportements d'exploration et de réponse de Yassin à son environnement sont souvent répétitifs, comme si sa temporalité n'existait que dans le ponctuel, sans permanence de l'objet. La séparation physique semble par ailleurs difficile à mettre en place : la mère relate notamment qu'il ne peut s'endormir sans qu'elle soit en contact physique et qu'il demande une attention constante, sans quoi ses crises d'auto-agressivité reprennent.

Yassin fait des vocalises notamment lorsqu'il explore et qu'il semble sécuire. Il peut effectuer des sourires réponses qui semblent relativement adaptés à l'autre, dans la mesure de ses capacités visuelles. La reconnaissance de l'autre est précaire : autrui semble objet plus que sujet, ce qui pose la question de sa propre subjectivité à lui. Lors de ses expériences motrices, le contact avec autrui paraît lui servir d'appui pour se mettre debout, par exemple. Lorsque Yassin est

contrarié, le contact de l'autre peut prendre la fonction d'objet-ressource. Pour se réassurer, il peut aussi mettre sa tête vers le bas jusqu'à toucher le sol et y coller son oreille lorsqu'il est assis ou couché.

2. Hypothèses sur le fonctionnement psychocorporel de Yassin dans la relation...

a. ... Au soi : du déficit sensoriel au défaut de contenance

Au niveau sensoriel, la résonnance interne amenée par les sensations dures – les dents qui croquent les objets de bois, les vibrations d'un objet autour de sa tête ou encore les percussions osseuses – semble le focaliser. La recherche de sensations dures dans l'espace oral est également prégnante, et semble constituer un agrippement oral. Yassin montre donc un attrait particulier pour les sensations internes, qu'elles soient vestibulaires, orales ou proprioceptives. Le comportement de recherche sensorielle démontrerait un besoin prégnant de sensations, comme pour faire exister la partie du corps qu'elles sollicitent. Or, les comportements d'automutilation effectués lorsque les afférences sont modifiées peuvent être compris de différentes manières.

Elles pourraient d'abord traduire une stratégie de compensation face au vide créé par la disparition du stimulus préalable. De fait, les comportements d'auto-agressivité s'expliqueraient par une autostimulation importante réalisée afin de pallier le vide. Ce vide ou ce manque serait alors créateur de souffrance, voire d'angoisse, que Yassin essaierait de contrer.

Les griffures et bosses pourraient d'autre part symboliser l'impossibilité du jeune garçon à traiter les informations sensorielles. Comme le bébé n'ayant pas acquis la transmodalité sensorielle, Yassin s'alerterait dès la variation brutale d'un flux. L'incapacité neurologique et/ou psycho-affective nécessaire à la mise en sens du stimulus entraînerait alors une réaction tonico-émotionnelle importante. L'angoisse serait dans ce cas majorée par un état de vigilance permanent causé par la variation de ces flux. Les automutilations constitueraient ici encore une forme de réponse contra-anxieuse.

Dans les deux cas présentés ci-dessus, l'angoisse prend une place prépondérante chez Yassin. Elle pourrait s'expliquer par une mauvaise

construction des enveloppes corporelles. Les sensations, nous le savons, permettent de délimiter un espace-corps, une enveloppe délimitée, que le bébé investit petit à petit psychiquement. L'appétence de Yassin pour les sensations internes et l'intensité de son auto-agressivité pourrait révéler une défaillance de ces enveloppes qu'il chercherait spontanément à compenser. De plus, si la sensorialité permet de s'éprouver corporellement, de définir ses limites et d'unifier l'ensemble, elle permet d'acquérir progressivement le sentiment d'exister et la sécurité d'être. Dans le cas de Yassin, il semblerait que le traitement des informations sensorielles ne peut suffisamment s'inscrire dans la durée pour que le sentiment d'exister soit continu. Aussi, chaque variation sensorielle constituerait une menace pour son intégrité d'existence dans la mesure où pour lui, la sensation serait garante de celle-ci. Ainsi, lorsque l'environnement n'est pas favorable à la perception de ses limites, Yassin compenserait l'insécurité que cela provoquerait par des comportements ayant pour objectif de réduire son malaise et de se sentir exister, comme les automutilations.

Si les enveloppes de Yassin ne sont pas encore unifiées, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un défaut de contenance qui entraverait la différenciation entre soi et non-soi. Toutefois, le développement de l'enfant n'étant pas si linéaire ou séquencé, nous pouvons tout de même nous questionner sur les capacités relationnelles de Yassin face au non-soi.

b. ... Au non-soi : l'indifférenciation

Le diagnostic de Yassin montre un trouble des interactions. Au vu des hypothèses exposées précédemment, les difficultés d'intégration des enveloppes corporelles sembleraient mettre à mal le processus de différenciation. En effet, la reconnaissance d'autrui semble très limitée. N'ayant pas accès au langage, le moyen privilégié pour observer l'élaboration de la structure psychique reste le corps. Or Yassin montre des difficultés interactionnelles évidentes. Au niveau corporel, les réactions tonico-émotionnelles restent intenses et parasites dans les échanges avec son environnement. La recherche de contact tactile est fréquente, mais il ne semble pas y avoir de reconnaissance de l'adulte dans un premier temps. Le déficit visuel entraîne des difficultés d'interaction par le regard : Yassin maintient peu l'échange, sauf de rares fois où le contraste lumineux est favorable – néanmoins, ces accroches visuelles m'ont souvent évoqué le fruit du hasard.

Yassin vocalise peu : son silence est de mise lors des premières séances. Au niveau facial, il peut effectuer un sourire-réponse de manière adaptée. Les mimiques sont toutefois assez pauvres. Yassin a le plus souvent la bouche semi-ouverte, notamment lors des moments de concentration face à un stimulus.

Nous savons que le rôle de rassemblement et d'unification de l'enveloppe met en jeu à la fois la mère via sa fonction contenante, et le bébé par ses capacités d'intégration. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Yassin, du fait des difficultés à coordonner les flux sensoriels, ne peut appréhender suffisamment un espace propre, un dedans, entraînant des difficultés d'intégration de l'enveloppe corporelle.

Bien qu'elle soit réservée pendant la séance, la mère porte Yassin fréquemment, peut jouer avec lui et lui parler ou sonoriser les événements. Elle verbalise une grande inquiétude face aux comportements auto-agressifs de son fils, ainsi qu'une grande fatigue au vu de l'attention qu'il demande et des courtes nuits répétées. Elle me paraît totalement happée par son fils, comme si tout son espace psychique lui était réservé. Cette caractéristique évoque une sorte de fusion entre Yassin et sa mère. La position enroulée, quasi-fœtale, du garçon accentue d'ailleurs cette image de peau commune. La mère affirme qu'elle se sait être trop présente, notamment lors du coucher, par exemple, mais précise qu'il s'agit de la seule solution qu'elle ait trouvée.

Yassin montre une intolérance au changement, notamment lors des modifications sensorielles. Nous pouvons supposer qu'il recherche la répétition, lui permettant de se contenir et de se sécuriser dans son sentiment d'existence. La variation au *mode près*, le *presque pareil*, semble difficilement gérable pour lui et serait déclencheur des crises tonico-émotionnelles. Ainsi, nous pourrions supposer que le principe de réalité n'est pas encore intégré par Yassin, ce qui entraverait le processus de structuration psychique.⁵⁰ La permanence de l'objet, par exemple, ne peut donc être intégrée, ce qui expliquerait le besoin d'attention constant dont parle la mère. Yassin se situerait donc dans une phase de dépendance absolue, dont les assises narcissiques demeurent encore primaires.

⁵⁰ Cette immaturité psychique explique pourquoi nous ne pouvons pas parler d'intolérance à la *frustration*.

3. Prise en charge et enveloppe thérapeutique mise en place

Après évaluation des besoins, la MDPH a accordé une prise en charge à 100% pour Yassin. Pour favoriser les mises en forme corporelles, des aménagements tels qu'une chaise haute, un siège moulé, un verticalisateur et un lit-parapluie, ont été installés au domicile. Il dispose d'un suivi pluridisciplinaire conséquent, composé chaque semaine de deux séances de kinésithérapie en libéral, afin de prévenir les conséquences de son hyperlaxité et de renforcer les capacités contractiles des muscles ; d'une séance d'orthoptie en libéral pour développer les capacités oculomotrices et de poursuite visuelle ; d'une séance au CAMSP en groupe d'éveil sensori-moteur pour stimuler les flux sensoriels au profit des mises en forme posturales ; d'une séance individuelle de psychomotricité en piscine pour travailler la séparation avec la mère dans un bain sensoriel contenant ; et d'une séance individuelle de psychomotricité au CAMSP. Cette dernière se déroule tous les mercredis à quatorze heures dans la salle de psychomotricité de l'institution, en présence de la maman, de la psychomotricienne et de moi-même. L'objectif de travail avec Yassin consiste à proposer un environnement sensoriel contenant, centré sur lui, pour favoriser ses expériences sensorimotrices, structurer son espace et ainsi soutenir la construction de ses enveloppes psychocorporelles. Il s'agira d'amener progressivement Yassin à intégrer la différenciation pour qu'il puisse se séparer et trouver une certaine autonomie.

Pour qu'il expérimente une sécurité de base par un environnement contenant, le cadre physique a dû être totalement repensé. A chaque séance, la disposition de la salle est similaire pour favoriser la reconnaissance du lieu et la prise de repères. La lumière est réduite, laissant pour seule source celle du jour. Une planche en bois⁵¹ est disposée au milieu de la salle, pour donner des sensations dures et résonnantes lorsque Yassin évolue dessus. Une grosse boîte noire en bois est installée juste derrière pour délimiter un espace de jeu et représenter spatialement un contenant. Un banc de cabotage à double étage est installé latéralement à la planche, pour favoriser les expériences motrices et la verticalisation. Les mêmes jouets sont retrouvés chaque semaine dans la boîte ou sont directement proposés à Yassin en tant que stimulants – jeux bruyants, durs, piquants, doux, etc. – ou sécurisants – balles à eau rondes et molles, par exemple. Le silence n'est habité que par l'enveloppe sonore des bruits que nous

⁵¹ Planche en bois selon la pratique du bilan sensorimoteur d'A. BULLINGER.

effectuons – percussions, jeux, etc. – et de nos voix que nous modulons pour que les intonations soient les plus contenantantes possibles. Nous nous plaçons autour de Yassin, toujours dans le même ordre, pour que les afférences vocales constituent un contenant et un repère spatial supplémentaires.

L'idée est de créer des invariants dont Yassin puisse se saisir, afin de se sécuriser par la régularité des réponses : de fait, nous pourrions renforcer la boucle cognitive théorisée par A. BULLINGER.⁵² Il s'agira ensuite de proposer de nouveaux stimuli, potentiellement désorganisant, tout en gardant une trame sécurisante. D'un point de vue *bullingérien*, cela signifie jouer sur la boucle archaïque via les moyens de régulation tonique – flux sensoriels, niveau de vigilance, milieu humain, représentations – sans qu'il ne se désorganise. La dialectique répétition-différence prendra donc une dimension importante tout au long des séances. Le rôle de la psychomotricienne et de moi-même consiste à mettre en sens les éprouvés de Yassin, et proposer des éléments qui pourront répondre à ses besoins premiers. Le niveau de pare-excitation doit alors se moduler entre le niveau contenant des invariants et le niveau angoissant des nouveautés, pour que l'ensemble puisse être intégré dans un équilibre sensori-tonique.

Madame G. et Yaakoub sont en nombreux points opposés : leurs différences d'âge, de sexe, d'expérience de vie, de culture mais également de pathologie les distinguent. Toutefois, leurs problématiques psychomotrices se rejoignent et tous deux m'ont questionnée sur le métier de psychomotricien. Au travers de l'évolution de ces deux prises en charge, je vais tenter d'exposer le découlement de ma compréhension de la profession, tout en développant la notion d'enveloppe thérapeutique et l'intérêt que j'y ai trouvé dans le soin psychomoteur.

⁵² Voir Annexe 2 : *L'Équilibre sensori-tonique selon A. BULLINGER*

III – VERS LE SOIN PSYCHOMOTEUR

Madame G. et Yassin, chacun à leur manière, m'ont questionné sur le principe même du métier de psychomotricien. C'est pourquoi je souhaite essayer de retranscrire comment j'ai pu comprendre les fondamentaux de cette profession grâce à eux, mais également comment la notion d'enveloppe thérapeutique m'est apparue. C'est donc par le filtre teinté de mes observations et de mes émotions que je vais tenter d'exposer ci-dessous ma représentation du métier au travers de l'évolution des prises en charge avec les patients et ce qu'elles ont fait émerger concernant ce concept.

A. Evolution des patients au fil des prises en charge

1. Madame G. : une première rencontre avec la clinique

La place de stagiaire de deuxième année à la MAS a été formatrice en ce sens où j'ai pu pratiquer deux mois après mon arrivée, soit dès Novembre 2014. Madame G. n'étant pas suivie en psychomotricité auparavant, il s'agissait de monter un projet thérapeutique pour prévoir des séances individuelles jusqu'en Juin 2015. J'ai ainsi été très vite confrontée à la réalité du terrain, sans trop savoir quelles questions me poser. Nourrie des échanges concernant la patiente et d'un meilleur recul, je peux aujourd'hui tenter d'analyser la prise en charge que j'ai menée tout au long de l'année avec cette patiente.

a. Premier écueil : le cadre

Sur le plan du cadre physique, la séance était usuellement prévue dans la chambre de la patiente, où elle demeurerait majoritairement alitée. C'est également là que la première difficulté s'est imposée à moi. Il s'agissait de toujours prendre le temps de la réinstaller au niveau de sa posture mais aussi de l'environnement – lumière, température, distracteurs...– afin que les conditions soient optimales pour la sécuriser.

Pour étoffer les dispositifs de recherche de sécurité de base, il a fallu trouver le moyen d'être contenant à tous les niveaux. Une enveloppe sonore a permis

d'apporter un flux auditif régulier au travers de musiques relaxantes, les lumières étaient réduites pour jouer sur le seuil de vigilance et la température était régulée au maximum des possibilités.

Il a également fallu trouver des aménagements susceptibles de donner des appuis à la patiente notamment au niveau de l'occiput, des épaules, des coudes et des creux poplités. Donner le plus de contact possible avec le support avait pour objectif de soulager au mieux les tensions. Il s'agissait de respecter à la fois une certaine symétrie du corps ainsi que la spasticité qui majorait ses postures asymétriques et figées, pour favoriser une position confortable, recentrée et sécurisante, en légère flexion du corps. Les appuis stables permettent d'assurer une solidité interne au sujet, qui peut repousser ou s'y poser, comme l'enfant dans les bras de sa mère : ainsi, il peut alors identifier ses propres mises en forme corporelles et se représenter son corps. Le placement des coussins, mais aussi des couvertures et, par la suite, d'un traversin anti-escarre, ont donc été proposés au plus proche de l'axe jusqu'au niveau distal, afin que le centre puisse soutenir le corps, tant sur le plan tonique que sur le plan émotionnel. Ces outils d'installation ont permis de réduire les tremblements ataxiques au niveau des mains et de la tête, et de favoriser le relâchement du poids sur le matelas.

Dans les premiers temps, j'ai alterné les séances entre toucher thérapeutique et relaxation, pour observer à quoi elle était sensible ou non et comment réaménager. Au vu des difficultés cognitives et attentionnelles de Madame G., l'irrégularité des médiations a pu entraver la mise en place de la séance. De plus, le toucher et la relaxation nécessitent généralement un temps d'accordage pour le sujet comme pour le thérapeute : cela peut se révéler difficile de se relâcher, de se livrer, de se faire toucher d'autant plus lorsque la rigidité de fond s'apparente à un mécanisme défensif, dans le cas de Madame G. par exemple. En ce qui me concerne, il m'a fallu deux ou trois séances pour me défaire de mon application trop méthodique et désaffectée dans chacune des médiations. Cette volonté de performance m'a d'ailleurs interrogée. Pourquoi fallait-il que cela *fonctionne* ? Pourquoi avoir cette vision de performance ? Pourquoi avais-je envie de rassurer et sécuriser cette femme ? Que me renvoyait-elle ?

b. L'illusion du soignant

Le soignant est, par définition, celui qui soigne. Or le mot *soigner* peut prendre plusieurs sens. Cela signifie d'abord « veiller [...] s'occuper du bien-être et du contentement de (quelqu'un), du bon état de (quelque chose). » Nous voyons bien apparaître ici une dimension préventive du soin, en tant que préoccupation qui inquiète, dont on se soucie avec application pour qu'il ne lui arrive rien. Cela peut également se définir par « s'occuper de rétablir la santé de (quelqu'un) [ou] de guérir (un mal). »⁵³ Dans cette dernière signification, la dimension réparatrice prévaut. Il s'agit de guérir l'autre afin qu'il retrouve son état antérieur.

Dans chacune des deux interprétations, nous pouvons établir que le soin relève d'une *action* sur autrui, ayant des conséquences sur son état de santé. Il s'agit donc d'une responsabilité envers l'autre. Dans une certaine mesure, nous pourrions même parler de *pouvoir*. Ainsi, le soignant aurait le pouvoir d'améliorer la santé de son prochain et pourrait en *maîtriser* l'état. Nous voyons s'installer ici une certaine dimension hiérarchique impliquant un patient en souffrance et un soignant tout-puissant. Mais si le patient ressent, éprouve, subit, le soignant est-il réellement épargné de toute émotion, de toute souffrance, de toute peur ? N'est-ce pas une illusion qu'il se donne ?

Lorsque j'ai rencontré Madame G., les émotions étaient présentes en nombre et mon erreur a été de vouloir les dénier. Expier toute émotion, comme s'il s'agissait d'un mal délétère à ma potentialité soignante, comme si je pouvais les maîtriser et contrôler ainsi l'état de santé de la patiente. Or, la relaxation et le toucher thérapeutique sont deux médiations qui mettaient indubitablement en jeu le dialogue tonico-émotionnel et plus je rejetais mes émotions, moins la patiente entraînait dans la proposition. Alors comment pouvoir parler d'accordage, d'empathie, de relation, si les émotions de l'un des sujets sont mises de côté ? N'est-ce pas une forme de mensonge envers soi-même et envers le patient, dont la confiance est mise en jeu ? L'alliance thérapeutique peut-elle réellement se créer lorsque la relation est désaffectée ?

De nombreuses questions restent encore incomplètes, mais avec le recul, j'ai pu comprendre certains phénomènes qui se jouaient dans la relation entre

⁵³ ROBERT P., 2016, p.2386

Madame G. et moi. Ces phénomènes constituent ce que C. POTEL nomme le *contre-transfert corporel*.

c. Le contre-transfert corporel

Le contre-transfert psychanalytique se définit comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ».⁵⁴ Présent dans toute relation thérapeutique, C. POTEL théorise la notion de contre-transfert corporel au regard du métier de psychomotricien. Pour elle, le thérapeute élabore son soin au vu de la connaissance qu'il a du fonctionnement psychique du patient ainsi que par ce qui s'anime en lui dans sa relation avec ce dernier. Or, ce sont bien les tensions, sensations, affects et représentations qui émulent autour de la rencontre, comme le spécifiait déjà S. ROBERT-OUVRAY dans la notion de *contre-transfert émotionnel*. Ainsi, le contre-transfert puiserait son origine dans le corps. Le travail de connaissance de soi et de conscience corporelle que le psychomotricien effectue lui permet alors de le conscientiser, plus ou moins spontanément, et d'en faire un outil.

Madame G. est une femme plutôt jolie, dont l'apparence physique semble particulièrement importante. Les aides-soignantes la coiffent régulièrement, lui mettent de jolis vêtements, mais elle ne semble pas convaincue. Elle me dira plusieurs fois qu'elle me trouve belle, ce à quoi je lui réponds qu'elle l'est également et qu'elle est particulièrement soignée aujourd'hui. Madame G. fait alors la moue, répond « bof » et détourne le regard. Ces quelques instants de discussion seront relativement récurrents tout au long de l'année, renforcés par les troubles mnésiques de la patiente. Je les interprète comme témoins d'un processus de deuil de son corps transformé, qu'elle ne peut plus reconnaître comme esthétique. Elle m'apparaît comme profondément seule et m'inspire de la compassion. Elle me demande régulièrement mon âge et s'étonne de mes dix-neuf ans de l'époque. Je pense alors à certains de mes proches, ayant une trentaine d'années similaires et bien portants, et me demande quelle a été sa jeunesse. J'ai alors éprouvé de la tendresse envers cette femme, dont la temporalité est totalement remise en cause, notamment concernant son avenir que je suppose incertain : comment se projeter lorsque le passé se rappelle à

⁵⁴ LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B., 1997

nous et que le présent n'est plus qu'une succession ponctuée par une dépendance aux soins, une fatigue prégnante et des pertes de capacités continues et conscientisées ? Je pense également à son fils, qui lui manque et dont elle sait pertinemment quelle image elle peut lui renvoyer. J'ai eu envie d'aider cette femme à retrouver du plaisir, de la détente, une image de son corps revalorisée.

Avec le recul, je peux désormais me rendre compte que mes ambitions thérapeutiques pour cette femme s'établissaient plutôt sur un désir de réparation : qu'elle puisse retrouver une part de son identité dans ce qui pouvait l'animer autrefois. Je m'imaginai qu'une fois son deuil passé, elle puisse investir le potentiel des capacités qu'elles montraient, pourquoi pas même de déconstruire la spirale négative dans laquelle elle était tombée. Bien sûr, cela constituait des objectifs forts auxquels je m'imposais une réussite, dans une logique de performance dont je n'avais alors pas conscience. Aussi, lorsque les difficultés se sont révélées, la sensation d'échec fut présente. Je voyais là mes limites en termes de compétences techniques, preuve que le seul travail relationnel ne peut suffire sans effectuer de travail structurel. Preuve également que l'illusion de soin s'immisce dans nos affects et dans nos représentations.

Il faut parfois du temps avant de rendre compte des enjeux d'une relation. Pour autant, identifier ses propres ressentis – notamment ceux qui se jouent dans le contre-transfert – permet d'en comprendre le sens : « La mise en conscience des résonances induites par le patient [...] va aboutir à une qualité des gestes qui peuvent à certains moments prendre une valeur interprétative. »⁵⁵ L'interprétation des enjeux relationnels, éclairée à la conscience, permet alors de réadapter son travail, notamment dans le comportement, les attitudes ou encore la distance. C'est également pourquoi je peux aujourd'hui mieux exposer les enjeux de cette rencontre.

d. L'évolution du projet de soin

Malgré les troubles cognitifs et mnésiques de la patiente, je sentais que l'accompagnement à la fois au repas thérapeutique et en séance individuelle favorisait la reconnaissance de Madame G. me concernant. L'étonnement et la

⁵⁵ POTEL C., 2015, p.121

surprise étaient moindres au fur et à mesure des séances lorsque j'annonçais ce qu'on allait y faire, comme si elle sentait que c'était usuel. L'abord relationnel, le partage d'expériences et la reconnaissance des émotions ont progressivement permis une réelle rencontre. Pour valoriser cette première approche, il a fallu développer le contenu structurel de la séance afin de proposer un réel support aux objectifs thérapeutiques.

L'articulation de la prise en charge s'est d'abord élaborée autour de la relaxation à inductions verbales. Celle-ci fut assez difficile à proposer, du fait des états de somnolences ponctuels de la patiente et de ses troubles cognitifs. La relaxation à mobilisation corporelle, quant à elle, fut plus aisée à adopter, le corps restant le support matériel qui permet de s'ancrer dans la réalité lorsqu'il existe des défaillances psychiques. Lors de ces mobilisations, des moments de relâchement brefs étaient perceptibles mais la moindre variation tonique provoquait une recrue de l'état de vigilance. Pour mieux cibler le travail de toucher thérapeutique, je me suis alors tournée vers la théorie des systèmes corporels de B. LESAGE citée plus haut. Il s'agissait de redonner des sensations de solidité, de dureté, de stabilité que peut évoquer l'os, qui, chez Madame G., reste une donnée épargnée de la maladie. Le système osseux fait alors office de lien entre le corps fonctionnel, réactif et sain d'autrefois et le corps figé, absent et transformé d'aujourd'hui. Il fallait alors le solliciter par un toucher profond et enveloppant, en se focalisant également sur les articulations – soit les points de jonctions osseuses où la couche superficielle y est plus fine – puis moduler l'intensité de la pression tactile, pour faire la distinction avec les systèmes musculaires et cutanés.

Lorsqu'elle a semblé se sentir sécurisée, Madame G. a pu verbaliser des éléments. Elle a alors livré certains souvenirs concernant son fils majoritairement, parlé de choses qu'elle aime comme son chanteur préféré, ou amené des discours qui étaient parfois persévérants, me demandant régulièrement mon âge, par exemple. L'entendre parler indiquait souvent qu'elle s'était sentie en confiance, ce qui prouvait que son enfermement psychocorporel était encore malléable. J'ai alors eu le sentiment qu'elle retrouvait une part de son identité : son regard était plus éveillé, les gestes cherchaient à être plus expressifs malgré les difficultés tonico-motrices, le redressement axial était meilleur.

Bien que la relation se soit petit à petit établie, le dispositif mis en place semblait ne pas être suffisant pour accentuer et valoriser ces instants. Mon maître

de stage a alors proposé d'évoluer la séance vers un travail en piscine. La balnéothérapie en bassin à 34° a des vertus myorelaxantes et antalgiques. Au niveau sensoriel, le milieu aquatique permet une enveloppe tactile diffuse et régulière permettant d'unifier le corps et de réduire les sensations aiguës et localisées. Elle est souvent associée à une sollicitation proprioceptive accrue : cela accentue la prise de conscience du schéma corporel – défaillante chez Madame G. par ailleurs. Sur un plan auditif et visuel, la cyclicité des bruits et mouvements de l'eau a un effet anticipatoire par phénomène d'habituation et permet d'abaisser le seuil de vigilance. L'eau exerce également une résistance au mouvement, permettant de ralentir les décharges motrices incontrôlées comme les tremblements de la résidente. En allégeant le corps, les déséquilibres sont minimisés et non dangereux.

Pour Madame G., il s'agit de continuer la relaxation dans un milieu aquatique, plus enveloppant. Le sentiment de sécurité peut être accentué par la contenance du milieu ainsi qu'au travers différents types de portages. Si l'eau peut ramener à des sensations primitives telles que le liquide amniotique durant la grossesse, les portages sont symboliquement et sensoriellement liés au *holding* parental théorisé par D. W. WINNICOTT, défini plus haut. Redonner les appuis primaires que l'enfant vit dans le ventre de sa mère et lors des soins parentaux – sacrum, occiput, pivot dorsal – peut favoriser le sentiment de sécurité de base, et *a fortiori*, de continuité d'existence.

C'est dans cette optique que la première séance en piscine a été accompagnée par le psychomotricien et moi. Pouvant tendre à une perte de repères, l'eau nécessite un temps d'adaptation plus ou moins long selon les individus. Madame G., bien que favorable à l'idée de faire une séance en piscine, a pu montrer certains comportements d'angoisse, notamment lors de l'entrée dans le milieu : la sensation d'être portée, de glisser peut-être, a pu la surprendre. Notre rôle consistait alors à la rassurer en prenant le temps de la maintenir, sans se précipiter, comme un enfant qu'on relève d'une chute sans s'alarmer. Un temps d'installation a été pris, en essayant différents flotteurs pouvant convenir à la résidente, ainsi qu'en lui laissant le temps de se familiariser avec le milieu et notre contact. J'ai ensuite pu la mobiliser sur plusieurs parties du corps. Son réflexe d'agrippement anxieux était toujours présent, s'attachant à ma main, à son propre bras ou à son ventre. Les rétractions de ses jambes étaient d'abord importantes, mais les flotteurs ont permis de les délier progressivement. A chaque transition, ou léger mouvement de bercements, Madame G. se tendait :

l'eau décuplant les sensations, chaque modification vestibulaire a pu être anxiogène. Un travail plus technique sur la respiration a été ensuite effectué par le psychomotricien, grâce à des micromouvements impulsés sur un plan antéro-postérieur, horizontalement. L'exercice de portage aquatique a été effectué dans une dynamique lente et non verbale, afin d'influencer le seuil de vigilance, de favoriser un abaissement tonique et de rejouer les processus primaires de la relation pouvant ramener un sentiment sécuritaire. Au sortir de l'eau, Madame G. a pu verbaliser la séance de manière très positive, signe que le milieu l'a sensibilisée. Le travail initié aurait ainsi pu se pérenniser sur les séances suivantes.

e. Le principe de réalité appliqué en clinique

La prise en charge de Madame G. en psychomotricité a été fluctuante tout au long de l'année. La résidente a en effet été hospitalisée une première fois en Janvier en raison d'une crise d'épilepsie, ainsi qu'une seconde fois en Février du fait de fatigue majeure. Une troisième absence s'explique par des examens neurologiques à l'hôpital également. Ces visites médicales rapprochées ont traduit une aggravation de l'état de Madame G. dès le début du suivi. Nous pourrions éventuellement suspecter une poussée de SEP. Des escarres au talon et à la fesse sont ensuite apparues, preuve du manque de mobilité de Madame G. Ainsi, la rencontre avec la patiente et la mise en place de l'alliance thérapeutique ont été relativement longues du fait de la majoration des troubles cognitifs, mnésiques et corporels de Madame G., ainsi que des interruptions répétées du suivi pour lui procurer des soins. La balnéothérapie n'aura malheureusement pas pu être réitérée au vu des données médicales nouvelles.

Si l'orientation du suivi me posait encore beaucoup de questions, le travail en piscine a semblé particulièrement adapté à la patiente et aurait ouvert de nombreuses possibilités. Il aurait s'agit par la suite de favoriser la confiance interactionnelle en procédant par étapes progressives. Le travail respiratoire initié aurait pu être approfondi en vue d'établir un accordage primaire, tout en variant légèrement les micromouvements au sein de la séance. Si la résidente s'était sentie plus à l'aise par la suite, il aurait été bon ton de proposer des exercices plus variés, plus distancés, afin d'amener de nouvelles sensations, notamment proprioceptives, tactiles et vestibulaires. La conscience du schéma corporel aurait pu alors être améliorée, les sensations de confort et d'unité auraient favorisé le

sentiment de sécurité. Ainsi, Madame G. aurait pu récupérer une réserve sensorimotrice *a minima* stable lui permettant de contrer ses angoisses en recouvrant une forme de continuité d'existence. Dans l'objectif de sortir progressivement Madame G. de sa spirale négative et de lui réinsuffler une activité psychocorporelle minimale, il aurait fallu bien entendu veiller à prendre son temps, sans sauter d'étapes. La notion de disponibilité psychocorporelle prend ici tout son sens : l'écoute et l'observation auraient permis de situer Madame G. dans sa progression et de l'accompagner au mieux dans sa valorisation.

Dans le cas de Madame G., le principe de réalité a agi comme la condition matérielle qui a remis en jeu toute la prise en charge telle que je l'avais pensée. Comme l'enfant qui l'éprouve dans les premiers mois de la vie, ce principe m'a permis de nourrir mon élaboration psychique : les conditions de la réalité m'ont appris à me défaire en partie de cette illusion de soin dont nous parlions plus haut. Non pas que celui-ci soit toujours imparfait ou inefficace, mais simplement que le soin comporte, lui aussi, des réussites et des échecs si l'on parle de performance, et des détours et des pauses, si l'on parle de chemin. A ce propos, P. VERSPIEREN disait : « accompagner quelqu'un, [...] c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas. »⁵⁶ Ainsi, le soin ne relève non pas de l'action de faire, mais bien d'*être*, et de *faire avec*.

f. Ce qu'il aurait fallu repenser

Face aux difficultés de la patiente ainsi qu'aux conditions des séances, il aurait été intéressant de proposer des rituels plus marqués durant la séance. Cela aurait permis d'inscrire une continuité, un retour du même, une sécurité quant à ce qui serait devenu connu – et reconnu. Cela aurait peut-être permis de placer la séance dans un contexte spatio-temporel plus défini, à la fois différencié dans une journée, mais aussi pour discriminer le début et la fin d'une séance, par exemple. De même, il aurait été intéressant de faire perdurer les invariants sensoriels sur un nombre plus important de séances, afin que l'inscription mnésique soit plurimodale, via les différents canaux sensoriels.

⁵⁶ VERSPIEREN P., 1984, p.183

Outre les bienfaits propres à la balnéothérapie, l'intérêt de la médiation résidait également dans le fait qu'il s'agisse d'un lieu différencié. En effet, les prises en charge en chambre ne favorisaient pas le soutien des capacités de Madame G. Sans pour autant la brusquer, il aurait s'agit de lui faire prendre conscience de ses possibilités en la sortant de son immobilisme psychocorporel.

Madame G. a été la première patiente que j'ai suivie sur une période durable de neuf mois. Elle a suscité de nombreuses réflexions personnelles et m'a souvent confrontée à ma propre identité psychocorporelle. En me remettant en cause de nombreuses fois, elle m'a permis de pousser ma réflexion sur la psychomotricité et sur ce qui m'y a amenée, ainsi que de comprendre un peu mieux les concepts d'accompagnement thérapeutique et de disponibilité psychocorporelle. J'ai malheureusement appris son décès en Juillet 2015, suite à son intégration au service de soins palliatifs. Le risque était connu, mais la date l'était moins. Je la remercie sincèrement d'avoir partagé de son temps et de sa personne tout au long de l'année.

2. Yassin : un dispositif clinique structurant

J'ai rencontré Yassin dès le début de ma troisième année de formation, en Octobre 2015. Grâce aux échanges avec la psychomotricienne concernant nos observations, nous avons pu réfléchir communément et aménager un dispositif spécifique. Le retard psychomoteur étant massif, les réflexions menées autour de son cas m'ont permis de penser la profession dans une perspective développementale, tout en remettant en question les moyens dont nous disposions.

a. L'environnement : un outil thérapeutique au service de la construction du sujet

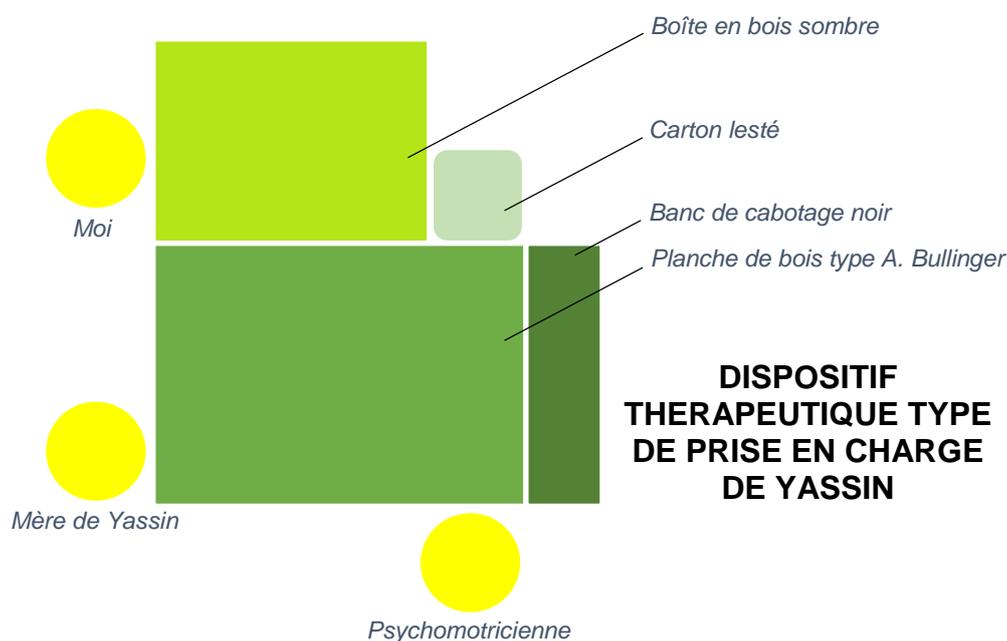
Les premières séances de Yassin auxquelles j'ai assisté consistaient à lui proposer des stimulations qui pourraient apaiser les crises d'automutilation dont il était fortement victime. Le hamac, par exemple, a été le premier outil utilisé, avec la psychomotricienne, la mère et moi qui nous tenions autour. Dans les

premiers instants, les bercements impulsés ont pu l'apaiser, associés à des berceuses. Or, dès que l'une des deux stimulations s'arrêtait, Yassin se désorganisait aussitôt, en se mettant en hyperextension et en se griffant. Chaque variation sensorielle provoquait une réaction tonico-émotionnelle intense.

Dans le cas de Yassin et au vu de ses troubles interactionnels, nous nous sommes vite rendu compte qu'il fallait renforcer l'impact de l'environnement avant même la relation. Sans fonction d'enveloppe stable et unifiée, Yassin devait d'abord trouver ses limites corporelles afin d'y puiser une contenance. Par ailleurs, la dimension fusionnelle observée entre lui et sa mère indiquait que le contact humain faisait plutôt office d'objet de lutte contre l'angoisse d'une image du corps morcelée que d'objet de relation. L'aménagement de l'environnement constituait dès lors un tiers qui permettrait à Yassin de s'approprier progressivement un espace tridimensionnel entre un soi, un non-soi, et la distance qui les relie.

Il s'agissait de délimiter des espaces contrastés afin que Yassin puisse y trouver des repères inchangés d'une séance à l'autre, tout en favorisant la discrimination visuelle. Ces objets de repères spatiaux sont principalement en bois, afin de jouer sur leur propriété résonnante à laquelle Yassin est sensible. Le banc de cabotage, le carton lesté et la boîte proposent des hauteurs suffisantes pour favoriser la verticalité et la représentation du haut et du bas. Ils symbolisent ainsi l'axe corporel, dont la tête, le tronc et le bassin sont le siège des mises en forme du corps, et sous-tendent l'intégration des repères spatiaux égocentrés. La boîte, suffisamment grande pour que Yassin y rentre, forme un contenant qui symbolise son espace propre, les limites de son corps, son enveloppe. Des jeux y sont disposés, en tenant compte des polarités sensorielles évoquées par S. ROBERT-OUVRAY que constituent le mou et le dur comme vecteurs de régulation tonique. Pour Yassin, il s'agit d'enrichir son stock sensoriel tout en contenant les réactions tonico-émotionnelles que les stimuli peuvent déclencher. Par la variété

des sensations, il pourra trouver un état d'équilibration sensori-tonique favorisant la sensation d'enveloppe, et ainsi développer ses compétences psychomotrices.



Si l'environnement est un outil dont le psychomotricien dispose, la prise en charge n'en dépend pas isolément. Elle résulte également de son état de santé, de l'environnement familial et social, ainsi que de la complémentarité des soins qui son prodigué à l'enfant.

b. L'impuissance du soignant et de la famille

L'étiologie de la pathologie de Yassin demeure encore inconnue. De plus, il a dû être hospitalisé ponctuellement mi-novembre suite à une période de crise dans laquelle ses comportements d'auto-agressivité ont été particulièrement intenses, révélant un œdème crânien, des yeux injectés de sang et des troubles du sommeil importants pendant 5 jours consécutifs. La visite médicale se solde d'une incompréhension quant aux explications de ses comportements. Par ailleurs, la mère révèle que ces périodes sont récurrentes et font souvent suite à une infection, un encombrement, une otite, ou autre gêne médicale. Elle doit alors s'en occuper jour et nuit, sans compter les deux grands frères et les déplacements multiples pour les suivis médicaux et paramédicaux. Par conséquent, elle ne dort plus non plus.

La mère est une femme discrète, réservée et polie. Elle porte une burqa généralement de couleur sombre. Elle répond aux questions, est très attentive aux remarques qui lui sont faites, mais ne soulève pas d'interrogations. Elle reste souvent en retrait, près de la porte, tant qu'on ne lui a pas proposé de prendre le siège de sol pour se rapprocher. Elle observe attentivement son fils et sourit en le voyant évoluer. Dans les retours de crise, elle montre souvent un besoin plus important de se livrer et avoue être épuisée. Elle semble totalement impuissante face aux réactions de son fils et est avide de conseils.

Lorsque Yassin se présente pour la séance de reprise, son œdème a réduit bien que toujours présent. Ses yeux sont redevenus normaux, il semble toutefois fatigué, à l'instar de sa mère. Cette dernière précise qu'il continue de se taper la tête contre le sol, qu'il irait même chercher là où le sol est dur, ce qui l'inquiète beaucoup. Tout au long de la séance, elle reste d'ailleurs vigilante pour glisser sa main en protection et anticiper le choc. Le début de séance se déroule comme de coutume, Yassin prend ses marques, s'allonge sur le ventre à même le sol et tape doucement dessus. Mais son irritabilité est majorée lorsqu'il y a une variation environnementale : des crises relativement brèves ponctuent la séance. Face à l'absence d'accalmie lorsque nous lui proposons des jeux qu'il appréciait, ou des sensations qu'il connaissait, la psychomotricienne le prend alors en position du buddha sur ses jambes en tailleur. Installé avec un ballon mou contre son ventre sur lequel il s'enroule et repose sa tête, Yassin s'endort assez rapidement sous les bercements et les percussions osseuses effectués. Il semble également épuisé. La psychomotricienne et moi nous questionnons sur ces crises qui semblent de toute évidence, reliée à un défaut de compréhension des événements, probablement lié aux difficultés d'intégration sensorielle.

c. L'évolution du projet de soin

Malgré sa dernière crise, le dispositif mis en place a progressivement permis à Yassin d'investir un espace d'exploration sécurisé durant lequel il a pu découvrir ce qui l'entourait. D'une intolérance au changement, il a pu expérimenter une forme de sécurité suffisante pour accueillir les sensations nouvelles sans se désorganiser. Des rituels de séance se sont petit à petit articulés. Dans un premier temps, la maman ôtait les chaussures, les chaussettes et parfois le survêtement, pour qu'il y ait le plus de surface de peau en contact avec l'environnement. Puis Yassin s'installait spontanément à plat sur le ventre, au sol.

Le CAMSP étant un préfabriqué, les vibrations y sont bien véhiculées de bas en haut. Ainsi, une première rencontre s'effectuait en tapotant sur le sol, dans un rythme régulier. Yassin ébauchait alors des réponses en reproduisant les tapotements. La psychomotricienne venait ensuite toucher la main effectrice de Yassin, tout en lui parlant. Chaque fois Yassin a pu s'en saisir et se redresser, d'abord en quatre appuis tendus, puis debout avec un appui sur les mains de la psychomotricienne. Progressivement, il s'agissait de le rapprocher de la planche de bois pour accentuer le flux vibratoire et lui faire ressentir son corps en profondeur. Nous l'installions ensuite dans la boîte en bois, en position assise, où il pouvait explorer différents jeux sans se désorganiser. Yassin recherche constamment un feed-back entre les différentes sensations, comme s'il découvrait les effets que son corps pouvait avoir sur les objets. Les sourires sont désormais plus fréquents et adaptés, ainsi que les redressements de l'axe. Là où la bouche prévalait comme mode d'exploration, les mains commencent à être de plus en plus investies et le relai oral est de moins en moins nécessaire.

Progressivement, nous avons pu délaissier la boîte contenante au profit du banc de cabotage, afin qu'il investisse mieux son bas du corps et qu'il s'oriente vers la verticalité. Yassin recherche toujours le moyen de ressentir son corps au travers de sensations profondes, mais celles-ci peuvent être désormais plus superficielles : un jeu de souffle, par exemple, a permis d'éveiller la surface cutanée. Sans que je ne bouge, Yassin a pu chercher et s'orienter pour trouver la source de cette nouvelle stimulation que j'effectuais. Il venait ensuite me toucher pour demander de réitérer l'événement. Un réel jeu de question-réponse s'est alors établi, prenant en compte une stimulation superficielle, un repérage spatio-temporel et la reconnaissance de l'autre.

L'accumulation des prises en charge a permis d'offrir à Yassin un environnement stimulant qui consolide son enveloppe corporelle et qui lui donne accès à un niveau de différenciation, encore fragile, certes, mais bien présent. La mise en place du dispositif a ainsi favorisé la recherche de stimulation dans un corps non plus *subi* mais *acteur* de son environnement. Des comportements d'auto-récupération ont pu émerger : au lieu de se mordre le pouce ou de se griffer en criant lors de la variation des flux, Yassin s'est mis petit à petit à téter son pouce et à s'enrouler de manière autonome pour retrouver une contenance. Les sensations de l'ordre du doux et du mou peuvent s'associer à un sentiment agréable. Le contact fort et dur n'est plus le seul mode de compréhension de

Yassin. Les pleurs sonnent alors comme de réels chagrins plutôt que des crises colériques, bien que celles-ci ne soient pas totalement évincées.

Parallèlement, Yassin va en crèche depuis Janvier 2016, à raison d'une demi-journée par semaine, et deux demi-journées à partir de Mai 2016. Depuis l'intégration de ce nouveau lieu de socialisation, la mère verbalise de plus en plus sur l'autonomie de son fils et comment elle doit accepter de plus s'en séparer. Lorsqu'elle l'amène en séance, elle ne le porte plus dans les bras, mais le soutient au niveau des bras afin qu'il accède à la salle de psychomotricité en marchant. Yassin vocalise également de plus en plus, bien que cela semble encore dans une recherche d'enveloppe sonore, notamment dans les mouvements complexes. A noter que nous avons pu constater une évolution morphologique nette au retour des vacances de Février 2015 : Yassin, toujours très bien habillé, a désormais l'apparence d'un petit garçon plutôt que d'un bébé.

d. Ce qu'il aurait fallu repenser

Bien que Yassin aie progressé tout au long de l'année, il faudrait discriminer les flux sensoriels au maximum, afin qu'il puisse comprendre de lui-même l'impact que chacune de ses actions a sur le monde environnant. L'approche sensori-motrice d'A. BULLINGER paraît totalement adéquate pour Yassin, car elle permet de reprendre la base de la construction des enveloppes psychocorporelles. Yassin oscille entre trois espaces définis par l'auteur⁵⁷ :

- L'espace de la pesanteur : Yassin recherche encore le flux gravitaire et les vibrations, mais commence à les coordonner avec la proprioception lorsqu'il agite un jouet pour qu'il fasse du bruit, par exemple. La compréhension de la verticale est encore précaire : les repérages du haut et du bas se basent sur les objets linéaires environnants, mais pas sur son corps propre.
- L'espace oral : la mise en forme de la bouche est encore incomplète mais le relai oral pour passer d'un hémicorps à l'autre est de moins en moins nécessaire, de même que l'agrippement. Cela signe un début d'intégration des limites corporelles, d'une différenciation, d'une contenance.

⁵⁷ Voir *Annexe 3 : Les Espaces de développement de l'enfant selon A. BULLINGER*

- L'espace du buste : les repères spatiaux entre avant et arrière du corps restent fragiles. L'axe corporel est à consolider : l'arrière-fond est intégré physiquement, mais au niveau représentatif et émotionnel, la compréhension de Yassin est encore douteuse.

La prise en charge de Yassin pourrait être orientée majoritairement vers ces stimulations, afin qu'il intègre progressivement les parties de son organisme à son image du corps. La différenciation entre soi et non-soi signerait alors une meilleure compréhension spatiale de ses actions et ainsi un début d'autonomie. Par ailleurs, un travail psychothérapeutique avec la mère de Yassin pourrait être renforcé au vu de ses difficultés à la fois d'organisation avec ses trois enfants et de séparation avec ce dernier.

Madame G. et Yassin démontrent tous deux des problématiques cliniques relatives aux enveloppes psychocorporelles, mais nous voyons bien que les prises en charge diffèrent totalement. Là où Madame G. doit faire face à une régression dans son niveau de développement qui était jusqu'ici sans encombre, Yassin voit son développement entravé par un système défaillant à l'origine. Comment l'enveloppe thérapeutique du psychomotricien peut-elle s'adapter à chacun ? En quoi peut-elle favoriser la relation ?

B. Enjeux et limites de l'enveloppe thérapeutique

Madame G. et Yassin, chacun à leur niveau, semblaient avoir besoin de se sentir sécurisés, de se sentir en tant qu'être, mais leurs prises en charges respectives ont divergé. En psychomotricité, l'enveloppe thérapeutique, par ses agents humains et objectaux, pose un cadre spécifique, dont le climat sécurisant doit pouvoir valoriser la relation à soi et au non-soi, comme recherché dans le cas de ces deux sujets. Elle implique donc une expérience contenante à tous niveaux, afin de trouver un équilibre interne et interpersonnel.

1. Sécurité et intérêts relationnels

Nous l'avons étudié plus haut, les enveloppes psychocorporelles se construisent en premier lieu grâce aux sensations corporelles permettant de prendre conscience de soi, de donner le sentiment d'exister, d'unifier le corps et de le protéger des menaces de désorganisation. Ainsi, le climat sécure amené par l'enveloppe thérapeutique du psychomotricien pourrait également s'aborder par l'intermédiaire du corps.

a. Du sentiment de soi à la disponibilité pour l'autre

Nous l'avons vu, l'enveloppe thérapeutique est portée par le psychomotricien : il est le garant du cadre de la séance et influence le climat qui s'y joue. Pour proposer un environnement contenant et sécurisant, il est donc nécessaire qu'il se sente, de fait, lui-même sécurisé. Ma rencontre avec Madame G. en constitue un exemple type : dans les premiers temps, je sentais que je m'imposais une pression liée à mon désir de réparation. Ma tension était alors majorée bien que contenue au mieux. Je me coupais alors de mes sensations ou de mes émotions, faisant fi de tout ce qu'il se passait pour moi pour tenter de se focaliser sur elle. Or, je n'arrivais à me rendre disponible ni psychiquement, ni corporellement et culpabilisais à cette idée. Dans ces mêmes premiers temps, la patiente avait alors des difficultés à s'apaiser, me fixais souvent et parlais peu, ce qui provoquait chez moi un sentiment d'échec. Ainsi, l'insécurité ponctuelle dont je faisais preuve lors des séances ne me permettait pas de poser un climat sécurisant à tous niveaux. Prise par mes affects, je ne pouvais me rendre suffisamment disponible pour l'autre, et lui renvoyer ce sentiment de confiance. Nous voyons bien que dans cet exemple, les ponts d'échanges ne pouvaient nous relier, quand d'une part je bloquais mes ressentis, me laissant conditionnée à la seule interprétation de mes observations, et quand, d'autre part, Madame G. restait dans son mutisme et son immobilité.

Il m'est apparu que ce pan de l'enveloppe thérapeutique pouvait fonctionner par effet de miroir. Il serait en effet absurde de vouloir proposer des exercices corporels, des jeux, de la relaxation, lorsque l'effet escompté n'est même pas accessible pour soi. Ainsi, la conscience de soi, de ses émotions, de ses tensions ou de ses sensations doit alors être entendue non pas comme une distanciation

de ses ressentis mais plutôt comme l'acceptation de ceux-ci, preuve de l'intérêt d'un travail psychocorporel.

La conscience de soi, nous l'avons vu plus haut, renvoie au sentiment continu d'exister. Ainsi, lorsque nous ne sommes pas dans une disponibilité psychocorporelle, cela signifie-t-il que nous expérimentons une phase ponctuelle de discontinuité d'existence ? Que, pour un moment, nous ne nous sentons plus être ? Le sentiment continu d'exister tel que décrit par D. W. WINNICOTT s'inscrit dans une perspective développementale chez le bébé, qui l'expérimente dans ses sensations corporelles. De fait, lorsque l'on se coupe de ses propres afférences sensorielles dans un cadre relationnel, le soi s'efface et entrave la relation au non-soi : pouvons-nous dire pour autant que nous retrouvons là certaines des caractéristiques propres n'ayant pas acquis la différenciation ?

Lors de la rencontre avec un patient, des échanges s'opèrent évidemment : les regards se croisent, une conversation peut naître, preuves que nous distinguons un autre que soi. En situation clinique, le psychomotricien a donc le sentiment de l'autre, mais peut ne pas se rendre disponible à lui pour autant. Il s'agit alors de trouver un équilibre entre la conscience des afférences internes et externes : celles qui relatent notre propre existence et celles qui font exister l'autre. La relation trouve ainsi sa justesse entre le soi et le non-soi, entre le dedans et le dehors, grâce à l'interface de l'enveloppe corporelle qui contient les sensations internes et accueille les sensations externes. Comment trouver ce juste équilibre ? Comment en prendre conscience ? Est-il commun à tous ?

b. Le corps au cœur du dispositif

Le corps constitue le vecteur de sensations par l'ensemble des afférences sensorielles intéroceptives et extéroceptives, mais aussi de tonicité, par l'activité musculaire qui met en mouvement les organes et qui donne vie à l'organisme, ainsi que d'émotions, qui puisent leur origine dans le tonus et qui se symbolisent par l'affect. Le corps devient alors objet de connaissance pour le sujet, en tant que « premier objet pensé et premier objet de pensée ».⁵⁸ Il sert de référent au sujet en devenir, dont la construction s'étaye sur lui. Parce qu'il constitue à ce titre le siège de la conscience de soi, il représente pour le psychomotricien un premier outil de travail dans la mise en place de l'enveloppe thérapeutique.

⁵⁸ ANZIEU D., 1985

Selon J. CONSTANT, le psychomotricien, dans la relation thérapeutique, serait capable « - de capter les flux émanant du sujet, - de recevoir des messages qu'ils soient émis selon des modalités tonico-émotionnelles, visuelles, gestuelles, tactiles, proprioceptives, sensori ou même parfois dans les cas les plus régressés, seulement sensitivo-motrices. »⁵⁹ Le corps fait ainsi office d'outil de réceptivité aux stimuli exogènes : sa sensibilité en fait un lieu d'accueil des afférences. Mais que faire de ces sensations étrangères, de ces informations nouvelles ? Lorsque Yassin se met à hurler dans mes bras, à se griffer, en repoussant sur ses pieds et en rejetant la tête en arrière pour trouver l'hyperextension, je me sens de prime abord totalement démunie. Je perçois qu'il est contrarié, peut-être même angoissé, mais je ne sais comment l'apaiser : je tente alors vainement de l'enrouler, de lui prendre les bras, de le contenir, sans succès.

Contenir, nous l'avons vu, c'est donner le moyen à l'autre de trouver une complémentarité entre éprouvé corporel et assimilation psychique afin qu'il puisse s'éprouver en tant qu'être. Pour se rendre disponible à l'autre et présent à lui-même, le psychomotricien doit alors pouvoir se contenir également. Il doit pouvoir « se représenter une mise en relation d'informations en provenance de diverses modalités d'expressions sensorielles, perceptives, motrices »⁶⁰, c'est-à-dire corporelles. Le corps constitue alors un outil de contenance dont le psychomotricien doit pouvoir se servir à la fois pour lui-même et à la fois pour son patient. Aussi, lorsque Yassin s'est désorganisé dans mes bras, il a fallu que je trouve suffisamment de ressources internes pour qu'il puisse y trouver une cohérence entre éprouvés et intégration psychique, que lui-même ne percevait plus. Trouver les ressources en soi permet d'adapter son corps, sa tonicité, sa mise en forme, afin de communiquer à l'autre son apaisement, sa confiance, sa sécurité. Le corps fait donc également office d'outil de communication.

c. Le corps à corps dans la relation

Lorsque Yassin éclate toniquement, son corps tout entier semble traduire son mécontentement ou son inconfort. Madame G., en revanche, dans son attitude figée, renvoie à une apathie latente, dont la modulation émotionnelle est rare. Les enveloppes corporelles, rappelons-le, sont les premières interfaces

⁵⁹ CONSTANT J., 2001, p.8

⁶⁰ *Ibid.*, p.10

d'échange avec l'extérieur perçues par le nouveau-né grâce aux différents canaux. Cet ensemble de *communications corporelles*, selon le terme de C. BALLOUARD, constitue environ 80% des vecteurs de communication, contre 20% pour le langage verbal, et représentent ensemble le dialogue tonico-émotionnel dont nous parlions plus tôt. Ces communications corporelles comprennent les attitudes et les postures, les modifications du tonus et l'investissement spatial, la gestualité, les mimiques ainsi que le regard. Les canaux de communication sont donc nombreux et permettent aux individus d'entrer en relation. Selon G. PONTON, « il n'est pas possible de dissocier la relation au corps de la rencontre avec la personne qui s'exprime par son corps ».⁶¹ Nous voyons bien ici la place centrale du corps dans les interactions interpersonnelles. Mais en quoi cela est-il utile au psychomotricien ?

La motricité du corps, qu'elle soit globale, faciale, verbale ou uniquement oculaire, exprime une émotion, un élan, un besoin, auquel le psychomotricien doit s'adapter constamment pour tenter d'y répondre. Selon J. CONSTANT, l'originalité du psychomotricien tiendrait justement en sa capacité à « matérialiser la qualité de [son] écoute dans l'inventivité de [sa] réponse : [...] un geste ou au contraire une attitude d'attente, un souffle ou une expiration retenue, une mise en tension de votre corps ou un relâchement de votre tonus, une anticipation posturale ou une mise à distance. »⁶² Ce dialogue tonico-émotionnel implique donc une relation, un aller-retour simultané entre chacun des sujets, une perpétuelle adaptation de l'un à l'autre. Il constituerait ainsi l'outil principal des psychomotriciens.

En retour au comportement de Yassin, je module ma position et le prends en buddha sur mes jambes en tailleur. J'essaie de prendre une voix apaisante en cherchant des raisons à son mécontentement, tout en collant mon torse à son dos pour qu'il sente ma voix vibrer. Je tente de placer mon buste en enroulement autour de lui pour favoriser le sien et je lui maintiens les chevilles pour garder la flexion. Une main reste sur son ventre, pour qu'il éprouve son arrière-fond⁶³ dans la perception de son corps en volume, entre les limites du dos et du ventre, ainsi

⁶¹ PONTON G., 1996, p.13

⁶² CONSTANT J., 2001, p.8-9

⁶³ Selon G. HAAG, l'arrière-fond est un appui physique au niveau du dos, donné notamment lors des portages, qui permet de structurer l'enfant psychiquement, au niveau émotionnel et représentatif. Il procure en effet un sentiment de sécurité par la stabilité des bras qui compensent les réactions antigravitaires présentes lors des angoisses de chute précoces. Il permet également l'identification intracorporelle du dos, permettant les premières représentations de soi.

que la sensation de son axe corporel. La voix discrète de la maman ainsi que celle de la psychomotricienne se joignent à la mienne pour le rassurer. Yassin, petit à petit, accepte le contact, cède à l'enroulement. Je ressens très vite son relâchement musculaire et il s'alourdit sur mes jambes. Les cris se transforment en légers sanglots. Il ferme ensuite les yeux, prend son pouce et pose sa tête contre mon bras comme pour s'endormir instantanément. Si son endormissement n'était pas un objectif de séance en soi, il me paraît important d'en souligner la spontanéité : la dette de sommeil de Yassin ainsi que son agitation à la maison soulignent son besoin de contenance, dans lequel il y trouverait une fuite pour se récupérer.

Avec Madame G., le flux visuel étant le plus prégnant, j'essayais généralement de proposer un regard soutenant et rassurant. Mon sourire se voulait bienveillant, et mes mains étaient toujours ouvertes pour l'assurer de ma disponibilité pour elle. Je lui proposais un maximum le choix pour qu'elle soit actrice dans son installation ainsi que dans la modulation de son environnement : quelle lumière, quelle température, quel niveau de redressement dans son lit souhaitait-elle. Je m'installais ensuite à côté d'elle et prenait contact avec sa main en la regardant pendant un long moment. J'essayais alors de m'accorder à sa respiration et de me détendre le plus possible. Petit à petit, elle pouvait fermer les yeux un moment et me prenait parfois les mains en les serrant. En revanche, dès que je me contractais un tant soit peu ou que la rupture de contact était trop soudaine, le recrutement tonique était instantané.

Dans ces deux situations, les communications corporelles de chacun ont tout de suite aiguillé mes propres réactions. Le corps communiquant du patient est donc soumis à l'interprétation du thérapeute. Mais alors que le retour verbal tient à sa signification – comme peut le constituer un travail psychothérapeutique, par exemple – l'interprétation du psychomotricien s'élabore en fonction de ce qu'il perçoit dans le corps du sujet, ainsi que dans le sien. Si le principe de réalité s'appuie sur le Moi-corporel dans les théories freudiennes, nous pourrions en faire l'analogie ici : le psychomotricien éprouve la réalité de son soin au travers des corps qui en sont les acteurs. Le corps et ses capacités communicationnelles constituent donc des outils primordiaux pour le psychomotricien, qui peut s'adapter à chaque nouvelle afférence pour entretenir la relation.

« Par l'analyse de ses propres communications corporelles, il [le psychomotricien] peut aider son patient à explorer les siennes. La prise de conscience du corps et des émotions en découle »⁶⁴...

2. Du ressenti à la symbolisation

... « Des mots peuvent survenir et là réside une grande part de l'effet thérapeutique. »⁶⁵ E. PIREYRE souligne bien ici que la seule activité corporelle ne suffit pas pour le travail de soin psychomoteur. Comme pour la construction des enveloppes psychocorporelles, l'enveloppe thérapeutique nécessite qu'on symbolise les éprouvés vécus en son sein pour pouvoir les contenir et leur donner du sens. Sous le point de vue d'A. BULLINGER, il s'agirait de proposer une niche écologique suffisamment adaptée pour favoriser l'équilibre sensori-tonique, permettant l'accès à l'instrumentation – donc à la symbolisation. Comment le psychomotricien peut-il y parvenir ?

a. Le psychomotricien mis en jeu

Le psychomotricien, nous l'avons vu, s'engage corporellement pour aller à la rencontre du corps de son patient. Il est ainsi mis en jeu dans la relation de corps à corps. Pour M-F. RICHARD, « la relation psychomotrice par ce qu'elle comporte de corps à corps fait resurgir inmanquablement cette figuration protectrice qu'est l'enveloppe, et met en cause cette partie constitutive du Moi qui serait le Moi-Peau. »⁶⁶ J'ajouterai à cela qu'elle implique à la fois l'enveloppe du patient et celle du psychomotricien.

Il est coutume de voir les enfants accourir vers la salle de psychomotricité pour sauter de jeux en jeux avec excitation. Il est également fréquent d'observer des patients adultes mieux investir un psychomotricien qu'un kinésithérapeute, sur le plan affectif. Non pas qu'ils soient meilleurs ou moins bons, mais parce que les séances de psychomotricité sont généralement conduites par le sentiment de plaisir. Le principe d'A. LOWEN selon lequel « le plaisir du corps est la source de tout bien-être et de tout bien penser » permet, en thérapie psychomotrice, de

⁶⁴ PIREYRE E., 2011, p.134

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ RICHARD M-F., 1989, p.29

faire prévaloir le plaisir à la souffrance pour laquelle le sujet devient patient. Par ailleurs, si les affects et les émotions tels que le plaisir ou la souffrance modulent les tensions, elles imprègnent nécessairement les enveloppes corporelles. Celles-ci sont ainsi constamment mises en jeu dans la thérapie psychomotrice et favorise la structuration du soi.

Le plaisir relève d'une sensation ou d'une émotion agréable, qui satisfait un besoin. Le jeu procure donc du plaisir en ce sens où il stimule sensoriellement, mobilise toniquement, et invite à un vécu émotionnel. Il anime le sujet et soutient sa pulsion de vie. Lorsque Yassin a un objet sensoriel dans la main, il cherche à le découvrir, le met à la bouche, le secoue et sourit lorsque l'objet fait du bruit. Il répète alors plusieurs fois l'action, et semble comprendre que son geste produit l'effet sonore. Son sourire s'agrandit alors, les mouvements s'accélèrent, il vocalise. Le plaisir prit dans la découverte de l'objet est évident chez Yassin et sollicite de nouveaux comportements tonico-émotionnels permettant de se ressentir dans l'ensemble de son corps : comme le spécifie D. W. WINNICOTT, « c'est en étant créatif que l'individu découvre le soi. »⁶⁷ Pour Yassin, c'est en explorant de nouvelles modalités de jeu qu'il découvre son corps et son effet sur le monde. Ainsi, le plaisir du jeu dans sa mise en mouvement permet de faire émerger à la conscience l'existence dudit corps en tant que sien.

Si l'enveloppe thérapeutique doit être contenante, l'environnement adapté, le psychomotricien en relation dans le corps et deuxième contenant à son tour, elle doit, en son contenu, favoriser le plaisir corporel en tant que symbole de sa construction. Les limites, la contenance, la régularité, le cadre et l'engagement corporel du psychomotricien agissent comme miroir bienveillant pour animer le potentiel de chaque patient et le faire évoluer. Le psychomotricien doit ainsi veiller à être dans l'écoute de chaque détail du patient qui évolue, tout en y répondant. L'intérêt de la réponse ne réside alors non pas dans le contenu, mais dans la reconnaissance de la souffrance de l'autre et dans sa mise en sens dans le plaisir.

⁶⁷ WINNICOTT D. W. (1975), 2002, p.90

b. Le travail de symbolisation

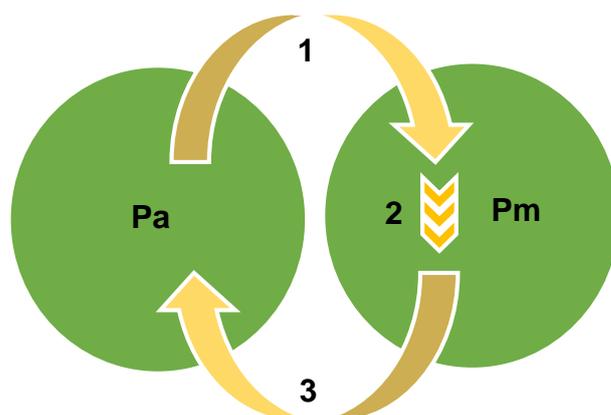
« J'ai peur de mettre du Moi dans la séance ». Ces mots d'une amie étudiante m'interpellent. La peur comme émotion opposée au plaisir et le Moi en tant qu'instance psychocorporelle laissent sous-entendre que l'engagement et la disponibilité peuvent également créer des sentiments réfractaires. Bien que cette simple phrase atteste une fois encore de l'intrication complexe des affects du psychomotricien dans la relation thérapeutique, elle pose également question : le psychomotricien ne devrait-il pas éprouver du plaisir, comme son patient, à s'investir corporellement et à être en relation ? Cela peut-il être mal venu étant donné qu'il s'agit d'un métier pour lequel il est rémunéré ?

Lorsque je vais voir Madame G. dans sa chambre pour la séance hebdomadaire, je sens qu'il me faut trouver les ressources positives pour tenter de solliciter ses initiatives. Son apathie et sa dépression entraînent une perte des notions de plaisir. Or, le toucher thérapeutique et la relaxation à mobilisations passives sont deux techniques corporelles visant le bien-être du corps en premier lieu. La recherche du relâchement, l'abaissement du tonus ou la sensation de chaleur, visent à passer d'un aspect physiologique de la détente à la satisfaction de celle-ci sur le plan psychique. La contenance du toucher, les sensations tactiles et proprioceptives mises en jeu dans les mobilisations, ou encore les enveloppements, consistent plutôt en le ressenti de l'unité corporelle en tant que délimitée et protectrice. Pour Madame G., la notion de corps-plaisir étant totalement désinvestie, je devais mettre toute l'intentionnalité et les affects s'y rapportant dans mon toucher, afin de transmettre un certain *plaisir de faire plaisir*. Le plaisir se transmet ainsi par les canaux infra-verbaux. Or, nous avons vu l'importance de ce dialogue tonico-émotionnel dans la prise en charge psychomotrice. Le plaisir du thérapeute n'est donc pas une obligation thérapeutique en elle-même – d'autant qu'elle impliquerait de ne pas composer avec ses émotions propres, positives comme négatives – il doit tout de même avoir pour directive de vouloir le plaisir, le confort de l'autre, car c'est de cette empathie, de cette bienveillance, que le patient peut puiser sa confiance en celui qui le soigne.

Pour C. POTE, c'est par le biais d'un engagement psychocorporel que le thérapeute *prête* à son patient son appareil perceptif, sa sensibilité, sa

sensorimotricité, sa corporéité pour accueillir et résonner aux sensations.⁶⁸ Ainsi, le psychomotricien doit en quelque sorte faire écho au vécu du patient pour mettre du sens sur ses éprouvés. Au-delà des capacités d'empathie, il doit pouvoir être structurant dans sa verbalisation ou dans ses propositions, selon le patient.

BOUCLE RELATIONNELLE ENTRE LE PATIENT ET LE PSYCHOMOTRICIEN



Pa : Patient

Pm : Psychomotricien

1 : Le patient projette sa tension interne à l'extérieur

2 : Le psychomotricien réceptionne la tension du patient via ses canaux sensoriels et la transforme en représentation

3 : Le patient ré-introjecte la tension symbolisée par le psychomotricien

Le travail de toucher thérapeutique avec Madame G. a permis plusieurs fois de faire émerger les mots en fin de séance. J'ai ainsi pu constater que la qualité de son enveloppe après une séance favorisait l'élaboration psychique. Engager une discussion par le verbal semblait la réanimer spontanément, comme si elle reprenait contact avec qui elle était. Elle parlait alors de Michael Jackson, son chanteur préféré et de son concert, qu'elle avait vu à ses 18 ans. Elle parlait de son ancien métier, de son fils ou de son ex-mari. Les discours n'étaient jamais très longs compte tenu de sa fatigabilité, de ses troubles cognitifs et de ses difficultés phonatoires – peut-être également de son intimité – mais elle rappelait fréquemment des souvenirs passés. Nous avons pu évoquer une fois l'origine de son nom de famille, ainsi que le fait qu'elle ait été adoptée. La notion d'identité était alors prégnante et Madame G. pouvait même faire de l'humour. Le contexte d'adoption peut par ailleurs poser question en ce qui concerne sa construction identitaire, mais nous n'avons pas d'autres informations la concernant. Le travail du corps, lorsqu'on lui donne du sens, est également signifiant pour le patient et

⁶⁸ POTE C., 2015, p.122

fait émerger l'élaboration psychique. Dans le cas de Madame G., les sensations corporelles semblent lui avoir redonné une forme d'unité, d'existence, renvoyant spontanément à ce qui a construit son identité.

Le psychomotricien doit à la fois accueillir et reconnaître la souffrance du patient de par l'écoute fine des signaux corporels, y répondre corporellement et/ou verbalement dans une dynamique de plaisir afin de tendre vers la symbolisation de l'éprouvé.

3. Subjectivité et intersubjectivité

Comme les enveloppes psychocorporelles, l'enveloppe thérapeutique permet de structurer le sujet de par la conjonction d'un travail corporel et psychique. Mais finalement, qu'est-ce que *être sujet* ? Qu'est-ce qu'être un sujet en relation ? Comment cette dialectique s'élabore-t-elle dans la relation patient-psychomotricien ? Comment l'enveloppe thérapeutique favorise-t-elle cette structuration psychocorporelle ?

a. Le psychomotricien est un sujet avant tout

Le mot *sujet* peut se définir par : un « être individuel, [une] personne considérée comme le support d'une action, d'une influence [...] présentant tel ou tel caractère. [Un] être pensant, considéré comme le siège de la connaissance ». ⁶⁹ Nous voyons bien apparaître ici les notions d'*action*, renvoyant au dynamisme du corps moteur et effecteur, ainsi que de *connaissance*, nécessitant les fonctions supérieures du cerveau pour élaborer psychiquement. Les termes de *support* et de *siège* démontrent sa fonction de soutien pour être en relation avec l'environnement – agir dessus, l'influencer, le connaître. Le sujet se présente comme une entité psychocorporelle. Mais l'individu est-il sujet ou le devient-il ?

L'enfant, dès la naissance, est reconnu par ses parents qui lui donnent un prénom, l'appellent, le présentent à l'entourage, le portent, le stimulent. La sensorialité et le dialogue tonico-émotionnel procurent ainsi à l'enfant des

⁶⁹ ROBERT P., 2016, p.2458

sensations qui l'ancrent dans la réalité du présent. Il se sent alors exister et distingue progressivement le soi du non-soi : en découvrant qu'un autre existe, le bébé se rend compte qu'il est lui aussi différencié, qu'il est sujet et qu'on le reconnaît comme tel. Les limites des enveloppes corporelles constituent donc le fondement de la subjectivation. L'expérimentation de la différenciation entre le dedans et le dehors délimités par les enveloppes corporelles permet donc le processus d'individuation : « La subjectivation, c'est s'approprier des choses qui venaient du dehors. »⁷⁰ Son aboutissement à long terme consiste en l'accès à la subjectivité. Celle-ci relève du « domaine des réalités subjectives, [de] la conscience, [du] moi ». ⁷¹ Il s'agit donc de devenir être conscient, être pensant et se pensant.

Au fur et à mesure des séances, Yassin pouvait passer de plus en plus de temps sans montrer le besoin d'être contenu, preuve de la progressive acquisition d'un potentiel de sécurité suffisant pour pouvoir s'en détacher. Lorsqu'un jour il était allongé à plat ventre sur la planche de bois, je me mis à lui tapoter la colonne vertébrale du bout des doigts, afin de solliciter son axe corporel. Nous avons déjà pu observer qu'il était sensible aux massages dynamiques de sa mère, ainsi qu'aux vibrations. Il se mit à sourire. Je continuais alors, de bas en haut afin de symboliser la verticale du corps. Yassin repoussa sur ses mains pour se mettre en quatre appuis tendus, puis se tourna vers moi en orientant ses mains, auxquelles je tendis mon bras. Il se mit debout en prenant appui dessus et je me mis alors à tapoter le haut de son crâne un instant. Lorsque j'arrêtai, il se mit à secouer mon bras, en rebondissant sur ses jambes et en souriant. Je recommençai alors. Ce jeu d'interaction dura quelques temps jusqu'à ce que Yassin finisse par prendre la main effectrice et venir me toucher le visage. J'eus alors l'impression qu'il venait de reconnaître ma présence en tant que partenaire de jeu, en tant que sujet à part entière. Il se retourna ensuite spontanément vers sa mère, placée au même endroit que d'habitude, comme s'il cherchait confirmation : l'existence d'un autre semblait lui renvoyer instantanément à sa propre existence, dont le parent peut répondre.

Si la psychomotricité consiste en l'émergence ou la réassurance du processus de subjectivation du patient, il en va de soi que l'objectif thérapeutique implique sa structuration psychocorporelle. Or nous avons vu que la spécificité

⁷⁰ CAHN R. et PENOT B.

⁷¹ ROBERT P., 2016, p.2445

du psychomotricien résidait en ses capacités d'implication et d'inventivité quant à l'adaptation de ses réponses. Il s'engage, de fait, tant corporellement, qu'émotionnellement, et propose sa propre subjectivité au patient. Nous pouvons dès lors nous questionner sur ladite subjectivité du thérapeute : quelle place prend-elle dans la mise en place de l'enveloppe thérapeutique ?

Avant d'être thérapeute, le psychomotricien était étudiant. Et avant cela encore lycéen, collégien, écolier, adulte, adolescent, enfant, bébé, ami, amour, fils, petit-fils... Fort de son histoire personnelle, sensorielle, corporelle, relationnelle, il s'est construit du ventre de sa mère à sa remise de diplôme, et sait que le chemin n'est pas terminé pour autant. L'ensemble des traces que ses expériences ont laissées sur ses enveloppes psychocorporelles ont permis d'en faire un sujet à part entière, dont les limites corporelles, psychiques, relationnelles ou encore éducatives diffèrent des autres. Cela pose alors question : de quelle légitimité dispose le thérapeute pour pouvoir penser soigner le patient ? Ne sont-ils pas tous deux sujets ? Faut-il être parfaitement structuré pour faire du soin ? Peut-on seulement être *parfaitement* structuré ?

Le sujet devient patient lorsqu'il manifeste une douleur psychique ou physique, véritable car subjective. Selon C. POTEL, « le patient attend de façon implicite et non consciente que son thérapeute tienne le coup [...] qu'il soit solide pour contenir les tempêtes émotionnelles qui vont se jouer sur la scène de la relation. »⁷² Il n'attend donc peut-être pas de lui qu'il soit parfait, mais a besoin de pouvoir s'appuyer dessus, ce qui nécessite une stabilité de la part du psychomotricien. Pour sécuriser le patient, il faut ainsi pouvoir accueillir les événements sans se désorganiser soi-même. Cela nécessite une construction de soi suffisamment solide pour l'accueillir. « Le niveau d'intervention est fonction du point où le thérapeute en est lui-même arrivé dans la connaissance intime de soi et particulièrement de son vécu corporel à travers ses possibilités psychomotrices. »⁷³ Effectuer un travail personnel structurant permet ainsi d'affiner sa connaissance de soi afin d'affiner la qualité des échanges thérapeutiques. Le psychomotricien est avant tout un être psychocorporel, dont la subjectivité sert la construction de celle du patient.

⁷² POTEL C., 2015, p.112

⁷³ RICHARD M-F., 1989, p.31

b. L'enveloppe thérapeutique au service de l'image du corps

La relation thérapeutique implique ainsi une interaction entre deux sujets. Si cela paraît évident, la nuance tient à ce qu'on attache au mot *sujet*. Nous l'avons vu, il s'agit de l'aboutissement d'un long processus impliquant la construction des enveloppes psychocorporelles. L'interaction entre patient et psychomotricien implique donc une intersubjectivité : deux espaces délimités par leurs enveloppes respectives sont en scène. Tout l'enjeu de la relation thérapeutique consiste alors en la création de ponts d'échange entre ces deux enveloppes, distinctes et différentes, afin d'y élaborer par la suite un travail structurel.

La mise en place de ce que nous avons appelé *enveloppe thérapeutique* inclut les sujets dans une enveloppe commune et donne au patient comme au thérapeute un cadre sécuritaire dans lequel l'un et l'autre peuvent évoluer ensemble. L'espace sûr, nous l'avons vu, favorise la construction des enveloppes psychocorporelles, et de fait la relation. Il amène ainsi à la conscience de soi et de l'autre. Ajouté au travail de symbolisation du psychomotricien – ses réponses tonico-émotionnelles, sa créativité, sa verbalisation... – il permet de s'approprier son corps au niveau cognitif, moteur et affectif dans une relation humaine et sociale. L'enveloppe thérapeutique favorise donc la représentation du soi au travers d'expériences vécues et ressenties dans l'intersubjectivité : là se joue l'intérêt thérapeutique.

Le dispositif thérapeutique mis en place pour Yassin a permis qu'il puisse progressivement rendre compte de sa propre existence et de celle des autres. Par le sentiment de sécurité dans la relation, un meilleur investissement de l'exploration du corps a été possible : en attachant des grelots à ses pieds, Yassin jouait à fléchir ses jambes et les étendre pour faire sonner les instruments. Il se mit alors à orienter sa tête et son regard vers ses pieds – sans pour autant que nous sachions ce qu'il voit réellement – et à les toucher. Un grand sourire apparut, tout en continuant à les gratter, les froter, les taper. Nous avons la sensation qu'il prenait conscience de son bas du corps, comme si c'était la première fois. Dans le cas de Yassin, le dispositif thérapeutique lui a permis de former ses enveloppes et de lui donner accès à la représentation de son unité corporelle – notamment le bas du corps. L'enjeu du soin psychomoteur qui lui est procuré consiste alors à ancrer suffisamment ce ressenti pour que sa sécurité interne devienne stable et lui permette d'intégrer les sensations sans se désorganiser.

Si la stabilité des réponses permet la construction des enveloppes psychocorporelles individuelles, l'enveloppe thérapeutique doit pouvoir proposer ce même principe pour être structurante. Selon D. HOUZEL, l'enveloppe constitue « un système dynamique doué de stabilité structurelle [...] ainsi fait qu'il peut organiser en son sein des formes stables, bien qu'il soit en évolution permanente. »⁷⁴ Nous voyons bien ici l'importance de la stabilité au profit du travail psychomoteur. L'enveloppe thérapeutique portée par le psychomotricien doit alors proposer un environnement à la fois cadré et souple, contenant et autonomisant, relaxant et stimulant, pour que s'inscrivent en lui des mises en formes du corps sensées et représentatives. Le thérapeute peut alors s'appuyer sur la mise en place de son enveloppe thérapeutique pour interagir avec le patient et lui permettre de se construire. Mais comment la représentation de soi favorise-t-elle la construction du sujet ? En quoi l'enveloppe thérapeutique du psychomotricien la favorise-t-elle ?

Madame G. pouvait se dévaloriser fréquemment. Nous avons vu par ailleurs que son estime d'elle-même était intimement liée à son ressenti corporel : le toucher thérapeutique pouvait alors favoriser les échanges la concernant, notamment au travers l'évocation de ses souvenirs. Lorsque nous avons effectué la séance en balnéothérapie, ses verbalisations en sortie de piscine ont été plus positives quant à son vécu : « c'était mortel », disait-elle. Bien sûr, le double sens de l'expression peut se questionner, mais les attitudes corporelles montraient un réel contentement, le regard était plus présent, un sourire est apparu, l'appétence à l'autre était plus marquée. Les propriétés enveloppantes de l'eau semblent avoir permis d'accentuer les sensations des limites corporelles et ainsi favorisé la fonction contenance de la peau. D'une enveloppe poreuse, Madame G. a pu ré-expérimenter l'unité corporelle, permettant de réinvestir la représentation de soi et la relation : l'impact sur l'image de son corps a ainsi pu être observée dans ses verbalisations, preuve d'une résonance psychique.

L'image composite du corps, telle qu'E. PIREYRE la décrit, implique neuf conditions : l'acquisition du sentiment continu d'exister, le sentiment d'identité, celui d'identité sexuée, la peau et ses fonctionnalités dont parle D. ANZIEU, les représentations de l'intérieur du corps également soulignées par B. LESAGE, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les communications corporelles ainsi que

⁷⁴ HOUZEL D. 2010, p.14

les angoisses corporelles archaïques que nous avons tous deux évoqué plus haut. Or la construction des enveloppes psychocorporelles s'élabore également sur l'ensemble de ces dimensions. Etant basée sur la sensorialité, la peau devient frontière entre le dedans et le dehors, donnant un contenant unifié et un contenu centralisé. Ainsi, la sensibilité somato-viscérale et le tonus favorisent alors le processus de différenciation par les sensations internes qu'ils procurent tous deux ainsi que leurs variations : les limites des enveloppes corporelles apparaissent alors à la conscience. Le sentiment continu d'exister résulte des soins extérieurs, qui confèrent une stabilité des réponses sensorielles. L'unité corporelle et la continuité d'existence luttent alors contre les angoisses corporelles archaïques – morcellement, chute, liquéfaction, etc. Les parents sont porteurs des sentiments identitaires et reconnaissent en l'enfant des qualités humaines, dont le genre et l'investissement libidinal. L'enfant perçoit progressivement le soi du non-soi et se reconnaît en tant que sujet. Il peut alors se représenter son corps et celui des autres en tant qu'objet d'échange : le passage du dedans du corps au dehors entraîne une réponse d'autrui, qui est réintégré au-dedans du soi. Cette *boucle interactive*, telle que nommée par G. HAAG, permet d'accéder à une image – composite – du corps, impliquant l'intersubjectivité. La construction des enveloppes psychocorporelles nourrit donc l'élaboration progressive de l'image composite du corps et permet *a fortiori* la relation à soi et au non-soi. Le travail du psychomotricien permet donc de s'approprier son corps à tous niveaux. « La thérapie psychomotrice, c'est là où peut se réparer l'enveloppe »⁷⁵ précise M-F. RICHARD, ce qui confirme bien la place centrale de la construction des enveloppes psychocorporelles dans le processus de subjectivation.

⁷⁵ RICHARD M-F., 1989, p.33

CONCLUSION

Madame G., à l'acquisition de sa maladie, a pu voir son corps se transformer. Au fil du temps, ses enveloppes psychocorporelles se sont déconstruites du fait des lésions neurologiques. Les conséquences sur l'intégration sensorielle mettaient à mal la structuration de son appareil psychique. Son image du corps s'étiolait à mesure de l'avancement de sa pathologie, ce qui favorisait son isolement relationnel.

Yassin, à l'aube de sa vie, présente déjà des difficultés d'intégration sensorielle. La construction de ses enveloppes psychocorporelles est bridée d'entrée de jeu. Son image du corps s'établit à différentes vitesses, dont l'enjeu central constitue l'acquisition de la continuité de son sentiment d'exister afin qu'il puisse s'ouvrir à la relation par la suite.

Durant ces deux dernières années de formation, Madame G. et Yassin ont soulevé des questionnements sur les outils dont je disposerai en tant que future psychomotricienne. Leurs problématiques des enveloppes psychocorporelles me sont apparues comme centrales dans la clinique psychomotrice étant donné qu'elles sont garantes de notre existence en tant que sujet. Elles constituent ainsi le cœur de la relation, quelle qu'en soit la nature. Comprendre leur processus de construction m'a permis d'imaginer le concept d'enveloppe thérapeutique comme outil symbolisant le propre de notre métier : si les enveloppes psychocorporelles concourent à faire de l'individu un sujet, l'enveloppe thérapeutique m'a permis d'appréhender la psychomotricité comme une profession avec une identité qui lui est propre. Or, être sujet relève d'un processus, mis en perpétuel remaniement par les expériences de la vie. De même, être psychomotricien m'apparaît comme une profession qui nous remet perpétuellement en cause en tant que sujet. S. ROBERT-OUVRAY précise que « [le] savoir-faire [psychomotricien] vise la mobilisation et la ré-émergence du travail d'exister ».⁷⁶ Exister pour faire exister l'autre semble un bien drôle de métier, mais son intérêt réside en la capacité du psychomotricien à proposer une enveloppe thérapeutique mettant en jeu l'environnement et sa personne pour écouter, sécuriser, contenir le patient en souffrance. Le psychomotricien fait alors figure d'appui transitoire, tant corporel

⁷⁶ ROBERT-OUVRAY S., p.66, 2002

que psychique. Il fait écho au patient, qui s'éprouve alors comme sujet acteur, sujet pensant... et sujet en relation.

Cadre thérapeutique, dispositif thérapeutique, *setting*... Tous trois pourraient finalement constituer des synonymes. L'originalité du terme d'*enveloppe thérapeutique* tient, selon moi, au fait que le psychomotricien met en sens les éprouvés grâce à elle, tout comme les enveloppes psychocorporelles le permettent en temps normal. L'analogie avec celles-ci m'a ainsi semblée parlante dans l'importance du corps pour se sentir être et pour être en relation. Comme le souligne bien S. ROBERT-OUVRAY : « Sans corps, il n'y a pas d'autre, et sans autre, il n'y a pas de corps. »⁷⁷ L'importance de la subjectivité, tant dans la construction des enveloppes psychocorporelles que dans la mise en place de l'enveloppe thérapeutique m'a également montré que le psychomotricien devait constamment alimenter sa réflexion pour adapter au mieux son soin à la spécificité de chaque patient. Se mobiliser dans le corps, donc, pour le faire exister et exister l'autre, mais aussi pour se mettre en mouvement psychiquement. « Un homme, c'est fait pour être mobile [...] Tout le malheur vient de l'immobilité. On use les choses en étant immobile. »⁷⁸

⁷⁷ ROBERT-OUVRAY S., p.63, 2002

⁷⁸ BREL J, 03/09/1971.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Paris, Ed. Dunod, 1985.

BRUCHON M. (2004), « Une histoire de liens », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°138, 2004.

BULLINGER A., (2006), « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », *Contraste*, n°25.

BULLINGER A., *Le bébé à risque autistique*, sous la direction de P. Delion, Toulouse, Ed. Erès, 1998.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Toulouse, Ed. Erès, 2013.

CHARPENTIER E., *Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité, Paris VI, IFP Pitié-Salpêtrière, 2013.

COEMAN A. et RAULIER H. DE FRAHAN M., *De la naissance à la marche, Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles, Ed. ASBL Etoile d'herbe, 2004.

CONSTANT J., « L'Écoute du psychomotricien ? Une invite à penser l'inter-modalité dans les pratiques psychomotrices », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°126, 2001.

DAMASIO A., *Le sentiment même de soi*, Paris, Ed. Odile Jacob, 1999.

DE WAAL F., *Le bonobo, Dieu et nous : à la recherche de l'humanisme chez les primates*, Paris, Ed. Les liens qui libèrent, 2013.

FREUD S. (1921), « Le Moi et le Ca », dans *Œuvres complètes, vol. XVI*, Paris, Ed. PUF, 1991.

GOLSE B., *La guerre de trois n'aura pas lieu. Alliances autour du bébé, de la recherche à la clinique*, Paris, Ed. PUF, 2000.

GUIOSE M. et GAUCHER-HAMOUDI O., *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Ed. Heures de France, 2007.

- HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, Ed. In Press, 2010.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Ed. PUF, 1997.
- LESAGE B., « Itinéraire pour un dialogue corporel structurant : quel corps, quel engagement, pour quelles structures de travail et avec quels outils ? », *Thérapie psychomotrice et recherches*, Hors-série, Avril 2004.
- MASLOW A. (1954), *Motivation and Personality*, New-York, Ed. Harper & Row, 1987.
- MONTAGU A. (1971), *La Peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Ed. Seuil, 1979.
- PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Ed. Dunod, 2011.
- PONTON G., « Pour une formation corporelle des soignants », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°106, 1996
- POTEL C., *Du contre-transfert corporel*, Paris, Ed. Erès, 2015.
- POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, Ed. In Press, 2010.
- QUEVAUVILLIERS J., *Dictionnaire Médical avec Atlas Anatomique : 6^{ème} Edition*, Ed. Masson, 2009.
- M-F. RICHARD, « Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°83, 1989.
- ROBERT P., *Le Petit Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Ed. Le Robert, 2016.
- ROBERT-OUVRAY S., « Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132, 2002.
- ROBERT-OUVRAY S. (2002-2004), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, 2007.
- ROUSSILLON R., *Le plaisir et la répétition, théorie du processus psychique*, Paris, Ed. Dunod, 2001.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, Ed. De Boeck-Solal, 2011.

THIEBO B., « Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques », dans *Neuropsychiatrie, de l'enfance à l'adolescence*, vol. 56, n°3, 2008.

VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt*, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, 1984.

WALLON H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, Ed. PUF, 2002.

WIDLÖCHER D., « Dissection de l'empathie », dans *Revue française de psychanalyse*, Paris, Ed. PUF, 2004.

WINNICOTT D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Ed. Payot, 1989.

WINNICOTT D. W. (1966), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Ed. Payot, 2006.

WINNICOTT D. W. (1975), *Jeux et réalité*, Paris, Ed. Folio Essais, 2002.

SITOGRAPHIE

<http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>

<http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-sur-stimulations-sensorielles-chez-lenfant/>

<https://www.cairn.info/revue-che-vuoi-2007-2-page-39.htm#no4>

<https://www.cairn.info/revue-cliniques-2011-1-page-10.htm>

<http://www.la-sep-bouge.fr/maladie-sclerose-en-plaque/definition-sclerose-en-plaque/maladie-cerveau-moelle-epiniere/>

http://www.mipsep.org/mv/sep_edss.php

<http://www.md.ucl.ac.be/didac/anat110/Fetus.html>

DOCUMENTAIRES

AMEISEN J. C., « Sur les épaules de Darwin » (52.52 minutes), Paris, France Inter dans *Le samedi à 11h*, Samedi 26 Décembre 2015.

BREL J., Interview à la RTB, Belgique, 3 Septembre 1971.

LUMBROSO V., *Entre toi et moi, l'empathie* (52.01 minutes), Paris, France 5, Mardi 12 Janvier 2016.

CONFÉRENCES

S. B. ROBERT-OUVRAY lors de la 2^{ème} Rencontre des Psychomotriciens de l'APHP, Conférence organisée au 43 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris, le 16 Avril 2015.

INDEX⁷⁹

Syndrome cérébelleux majeur : Ensemble de troubles causés par des lésions du cervelet (troubles de la motricité volontaire, troubles du langage, etc.) responsable du défaut de coordination des mouvements.

Ataxie cérébelleuse invalidante : Troubles de la coordination des mouvements, au niveau des membres et du tronc [...]. Elle touche la direction du mouvement ainsi que le maintien postural.

Syndrome extrapyramidal : Ensemble de lésions des structures nerveuses intervenant dans la motricité automatique et la coordination des mouvements.

Akinésie : Lenteur et réduction de la motilité automatique et volontaire en l'absence de toute paralysie.

Troubles de la déglutition : Trouble de l'action d'avaler, et de son effet. Difficulté à faire passer des substances solides, liquides ou gazeuses de la bouche à l'estomac.

Ophthalmoplégie : Paralysie des muscles de l'œil, paralysie oculomotrice (des muscles intrinsèques, extrinsèques ou des deux à la fois).

Syndrome dysexécutif cognitivo-comportemental : Lésion frontale entraînant des difficultés dans l'exécution motrice et intellectuelle. Symptômes types : hypoactivité globale avec aboulie et/ou apathie et/ou aspontanéité [...], persévérations de règles opératoires et comportement stéréotypé, syndrome de dépendance à l'environnement [...], déficits d'initiation [...] de l'action, déficit de division de l'attention et coordination entre 2 tâches, déficit de génération d'informations, déficit de résolution de problèmes, de déduction, de maintien et commutation de règles, déficit de la mémoire épisodique.

Troubles cognitifs et mnésiques : Détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, du raisonnement et de la compréhension.

⁷⁹ QUEVAUVILLIERS J., 2009

Tableau anxio-dépressif : Humeur dépressive (tristesse pathologique, dévalorisation, anxiété, anhédonie, intérêt pour la mort...), ralentissement psychomoteur (bradypsychie, attitude figée, perte d'intérêt...), et signes somatiques associés (asthénie, troubles du sommeil...) avec comportement anxieux sous-jacent (évitement, culpabilité, isolement...)

Apathie : Manque de sentiment ou d'émotion, impassibilité ou indifférence affective, perte d'intérêt.

Alexithymie : Trouble mental comportant notamment des difficultés à verbaliser ses sentiments et une diminution de la vie imaginative [...].

ANNEXES

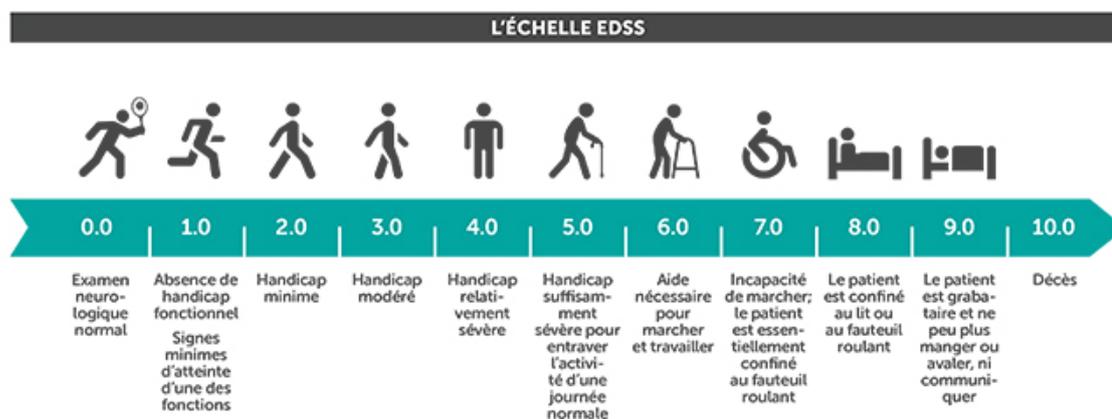
Annexe 1

L'EDSS (*Expanded Disability Status Scale*)⁸⁰

Bien que critiquée, elle reste toujours le principal outil de cotation clinique commun à tous les neurologues pour juger l'évolution des patients. L'examen neurologique est divisé en huit systèmes ou paramètres fonctionnels (PF) :

- quatre majeurs : fonction pyramidale, fonction cérébelleuse, fonction sensitive et fonction du tronc cérébral ;
- quatre mineurs : sphincters, vision, mental et autres.

Un score chiffré de sévérités croissantes (0 à 6 ou 7) est donné à chaque paramètre fonctionnel (PF). Le score global de l'échelle se mesure sur une échelle de 20 niveaux (0 à 10 par demi-points). Jusqu'au niveau 3,5, le score obtenu dans chaque PF et le nombre de PF atteints déterminent automatiquement le score EDSS. De 4 à 7, la définition de chaque niveau est aussi donnée par l'incapacité de marche (capacité de marche sans arrêt, nécessité d'une aide).



Madame G. est diagnostiquée à **8.5** quand je la rencontre. Cela signifie qu'elle est confinée au lit la majeure partie de la journée, qu'elle garde un usage partiel des bras et conserve quelques fonctions élémentaires.

⁸⁰ http://www.mipsep.org/mv/sep_edss.php

Annexe 2

L'Équilibre sensori-tonique selon A. BULLINGER⁸¹

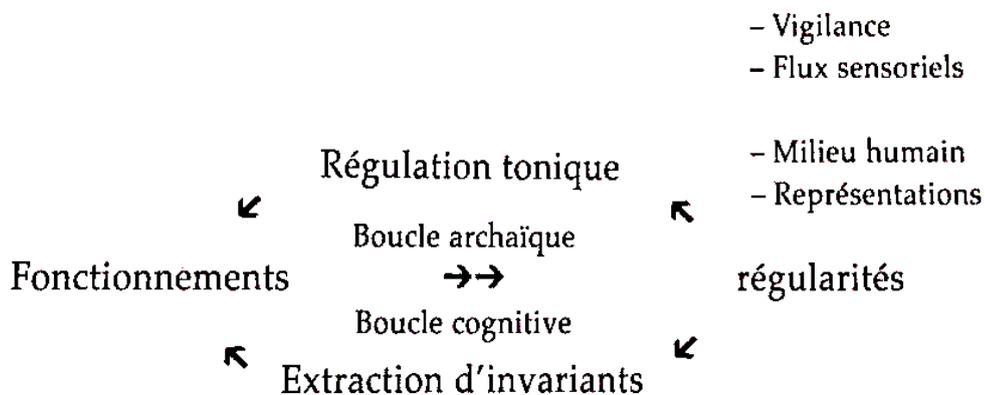


Figure 2. Modélisation de l'équilibre sensori-tonique.

Le *fonctionnement* « relève des interactions matérielles que l'organisme entretient avec son milieu. » P.24 Les *régularités* issues de cet environnement – le principe de gravité, par exemple – vont être perçues par le sujet, qui va en *extraire les invariants* grâce à son *activité* psychique : c'est la *boucle cognitive*. « Dans la boucle cognitive, [...] c'est l'*interaction* elle-même qui est l'objet de connaissance. » Les *objets de connaissance* évoluent donc avec nos apprentissages et dépendent du niveau d'organisation psychique établi par l'interaction avec le milieu et les réactions toniques qu'elles amènent. Il existe quatre modulations de *régulation tonique* : le niveau de *vigilance*, les *flux sensoriels*, le *milieu humain* et les *représentations*. Les fonctionnements et régularités qui en découlent vont composer la *boucle archaïque*. « La composante archaïque [...] va assurer l'arrière-fond tonique [...] indispensable à l'actualisation d'une conduite. »

L'*équilibre sensori-tonique* relève donc de la complémentarité des boucles cognitive et archaïque. Il permet de passer de l'*espace du geste* – vécu dans l'action dans ses composantes tonique, dynamique et temporelle – à l'*effet spatial du geste* – qui nécessite un niveau d'organisation psychique suffisant pour mémoriser le geste et le séquencer temporellement. Les coordinations sensorimotrices permettent alors la compréhension de l'espace et *a fortiori* l'*instrumentation*.

⁸¹ BULLINGER A., 2013, p.24-25-28

Annexe 3

Les Espaces de développement de l'enfant selon A. BULLINGER

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenu par la paroi utérine – Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu Déplier ses poumons et respirer	Coordination proprioception-vestibule	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
		Regroupement Réactions d'appui	Alimentation fractionnée	Équilibre Flexion-extension	Relais oral Espace de préhension	Corps articulé Espace des déplacements
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière-fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
		Élaboration instrumentale de la pesanteur	Élaboration instrumentale de la bouche	Élaboration instrumentale de la vision	Élaboration instrumentale du torse et des mains	Élaboration instrumentale du bassin et des jambes
Les troubles		Sensation de chute	Clivage capture-exploration	Clivage arrière-avant	Clivage gauche-droite	Clivage haut-bas
Aspects instrumentaux		Troubles praxiques du redressement	Troubles praxiques de la zone orale	Troubles des praxies oculomotrices Tonus pneumatique	Troubles praxiques des membres sup., de l'axe corporel et de l'espace de préhension	Troubles praxiques de l'espace du corps et de l'espace des déplacements

Yassin, dans son développement sensorimoteur, oscille entre les espaces de la pesanteur, oral et du buste.

L'espace de la pesanteur constitue la première coordination que le nouveau-né doit acquérir, entre sa proprioception et son vestibule. Il permet les comportements moteurs antigravitaires et d'intégrer une première représentation spatiale du corps par la compréhension de la verticale.

L'espace oral constitue la première représentation d'un contenant, via l'intérieur de la bouche. Sa compréhension participe de la différenciation entre dedans et dehors et permet notamment l'instrumentalisation de la bouche via l'alimentation et la verbalisation.

L'espace du buste s'établit dans la représentation spatiale de l'avant et l'arrière du corps. L'arrière-fond est intégré corporellement et psychiquement, parallèlement à la verticale, et permet la mise en forme posturale via la coordination visuo-spatiale.

RESUMÉ

Madame G. est une femme de 35 ans présentant une sclérose en plaques. Yassin a 2 ans et 2 mois et est porteur d'un syndrome polymalformatif avec déficit visuel et retard global de développement psychomoteur. Leur étude clinique montre l'importance des enveloppes psychocorporelles dans la relation au soi et au non-soi. Le corps y prend une place centrale dans la construction du sujet. La prise en charge de ces deux patients a soulevé en moi une réflexion quant aux outils dont dispose le psychomotricien pour répondre aux objectifs de soin. Le concept d'*enveloppe thérapeutique* en a alors découlé : il montre les fondements et l'originalité de la profession tels qu'ils me sont apparus ces trois dernières années de formation.

MOTS CLÉS : *Enveloppe thérapeutique, Enveloppes psychocorporelles, Relation Contenance, Sécurité, Image du corps, Psychomotricité.*

SUMMARY

Mrs G. is a 35-year-old lady, suffering from a multiple sclerosis. Yassin is 2 years and 2 months and is affected by a polymalformative syndrome with a visual impairment and a psychomotor developmental delay. Their clinical study shows the importance of the bodymind envelopes in the relationship with the self and the non-self. The body is the central point in the shaping of the person. The care offered to these two patients has stimulated my reflection about the tools the psychomotrician detains to meet care objectives. The concept of *therapeutic envelope* stems from it : it shows the basis and the originality of the profession as they appeared to me during these last three years of education.

KEY WORDS : *Therapeutic envelope, Bodymind envelopes, Relationship, Holding, Security, Body image, Psychomotricity.*