HAL
open science

Bien porté - Bien portant : quels sont les intérêts du hamac en prise en charge psychomotrice ?

Perrine Breau-Perrain

To cite this version:

Perrine Breau-Perrain. Bien porté - Bien portant : quels sont les intérêts du hamac en prise en charge psychomotrice ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01381270

HAL Id: dumas-01381270

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381270v1

Submitted on 15 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

BIEN PORTÉ – BIEN PORTANT

Quels sont les intérêts du hamac en prise en charge psychomotrice ?

BREAU-PERRAIN Perrine

Née le 30 Juin 1993 à LIMOGES (87)

Directrice de Mémoire : Mme PAQUET Aude

Mai 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les professionnels qui m'ont accueilli avec beaucoup de bienveillance sur mes lieux de stage.

Je remercie tout particulièrement Marie-Christine BOULE, Anne DECORPS et Chloé BOUJU qui, de par leurs pratiques, leurs expériences et leurs réflexions m'ont permis d'avancer sur le long chemin de la professionnalisation.

Merci à tous les formateurs de l'IFP de m'avoir apporté leurs connaissances et leurs savoirs.

Merci à mes quatre compagnons de route de m'avoir accompagné durant ces trois ans, et d'avoir partagé autant de moments bénéfiques ensemble.

Merci à ma famille et mes amis pour ses nombreux encouragements, son soutien et sa présence sans faille.

Enfin, un grand merci à Aude PAQUET pour sa disponibilité, son investissement et son accompagnement inconditionnels, qui a su me guider dans cet écrit. Merci de m'avoir transmis toutes ses méthodes de travail et d'avoir si souvent partagé ses expériences avec moi.

SOMMAIRE

PREAMBULE **5**

1. Le portage **7**
1.1 Le portage intra utérin 7
1.2 La naissance et le portage extra-utérin 11
1.3 Culture et portage 19

2. Aspects sensoriels **21**
2.1 Le toucher 21
2.2 Le vestibulaire 26
2.3 Sensations, perceptions et représentations 30

3. Le hamac : un portage contenant et sécurisant **34**
3.1 Le hamac 34
3.2 Rigidité du hamac et solidité interne 35
3.3 Une enveloppe qui tient, retient et surtout contient 38
3.4 Une fois le corps délimité : spatialité et axialité peuvent se déployer 44

4. En psychomotricité **51**
4.1 Faire naître un espace pour pouvoir se l'approprier 51
4.2 L'utilisation d'une médiation, d'un médiateur 54
4.3 L'importance du cadre pour pouvoir s'approprier son espace, trouver sa place et s'approprier son corps 55
4.4 Place de l'émotionnel et de la verbalisation 58

5. Problématique **60**

6. Etude de cas **61**
6.1 Cas de Mary 61
6.2 Cas d'Antoine 72

7. Discussion **83**

BIBLIOGRAPHIE **87**
ANNEXES **93**
TABLE DES MATIERES **96**

PREAMBULE

J'ai choisi d'introduire mon propos sur la notion de savoir être, indispensable à tout professionnel du soin et de la relation, mais essentiellement au psychomotricien dont l'intérêt et les actions vont se porter sur le corps. Pour F. DESOBEAU, « *le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir-faire mais cela ne va pas suffire, encore doit-il posséder un savoir être et qui plus est, un savoir exister dans son corps* » (24). Chaque psychomotricien s'approprie et se dote d'une représentation personnelle de la psychomotricité qui doit malgré tout rendre compte d'une spécificité partagée. Si elles reposent sur un terreau commun théorique, les pratiques psychomotrices se colorent différemment selon les champs cliniques (qui vont de la néonatalogie à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [EHPAD] en passant par tous les secteurs médicaux) mais aussi suivant le psychomotricien lui-même et sa définition de la psychomotricité.
C'est d'ailleurs en parti pour cette grande richesse et diversité que je me suis tournée vers la psychomotricité. Mes trois ans de formation m'ont permis de découvrir et de commencer à appréhender quelles pouvaient être les pratiques psychomotrices en crèche, en Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile de l'Association des Paralysés de France (avec des enfants porteurs d'un handicap moteur ou de polyhandicap), en EHPAD, en pédopsychiatrie (avec des enfants et des adolescents ayant des troubles psychiques ou psychiatriques) et pour finir en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique [ITEP] (avec des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement ou des conduites).

On peut trouver de nombreuses définitions de la psychomotricité mais peu se ressemblent. Les directeurs d'instituts de formation en psychomotricité ont élaboré une définition lors du comité d'harmonisation des écoles de psychomotricité : « *la psychomotricité résulte de l'intégration en synergie des fonctions relatives au tonus musculaire liées au mouvement des fonctions sensorielles, mentale dont les fonctions psychomotrices, perceptuelles, émotionnelles, primitives et des fonctions psychiques du sujet dans son évolution. Tout au long de sa vie, le sujet se structure, construit et modifie ses représentations à partir de cette synergie et des propres relations et interactions avec l'environnement* ». Cette définition peut paraître longue et compliquée pour des personnes qui n'attraient pas aux concepts de la psychomotricité, toutefois, elle a le mérite de rassembler les principaux éléments fondateurs de cette discipline.

La direction de la psychomotricité partirait du sentir pour aller vers du représenté en passant par l'agir. Ainsi, la psychomotricité essaye d'établir ou de rétablir ces liens en présence. Le psychomotricien et le patient doivent tisser une relation, et construire une histoire à deux. Le but est d'expérimenter ensemble, « faire avec », pour pouvoir intérioriser et « faire seul ». Ainsi, « *la psychomotricité est un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du*

symbolique » selon C. POTEL (61). Le psychomotricien est donc parti prenant de la relation et s'implique corporellement et psychiquement pour rencontrer le patient là où il en est, et comme il est.

Cette année j'ai choisi d'effectuer mes stages en ITEP et en pédopsychiatrie. Lors de mon stage en pédopsychiatrie, les deux psychomotriciennes que j'ai suivies utilisaient un hamac dans leur salle. Ce dispositif original m'a questionné. J'ai eu très vite envie de savoir quels pouvaient être les apports du hamac en séance de psychomotricité : qu'est-ce qu'il amenait, qu'est-ce qu'il permettait de travailler avec les patients suivis en pédopsychiatrie ? J'ai cherché une articulation entre cet objet médiateur et les concepts, la pratique de la psychomotricité. Je me suis donc penchée plus particulièrement sur ce sujet ce qui m'a amené à conduire une réflexion à travers ce mémoire.
Les qualités sensorielles et corporelles de cet outil font du hamac un médiateur très intéressant pour un abord psychomoteur. Le hamac permet l'éprouvé du portage, de la contenance. Il convient donc d'aborder en premier lieu le portage. Le hamac stimule particulièrement le système vestibulaire et sensori-moteur par les balancements qu'il induit, mais il est aussi impliqué dans le toucher avec cette sensation qu'il forme une seconde peau, il moule le corps et l'enveloppe. Or, cette enveloppe que forme le hamac participe à l'élaboration d'une enveloppe interne et d'une sécurité interne. Enfin, la position que prend le patient dans le hamac, assis ou en position fœtale, regroupe le corps et fait émerger une axialité du corps ; axialité du corps qui induit la spatialisation.
Il paraît important de rappeler que c'est à travers les expériences sur soi que l'on peut investir l'extérieur. Toutes les acquisitions psychomotrices passent d'abord par le corps pour ensuite être intégrées et amener à la décentration.

J'ai choisi de ne pas traiter d'une pathologie particulière ni d'âge précis de population car j'aimerais montrer deux applications différentes au travers de mes études de cas. En effet, l'utilisation peut être spontanée comme avec un enfant de neuf ans présentant des troubles des conduites et du comportement ou plus dirigée, généralement en lien avec la relaxation. Cette dernière utilisation est vue avec une adolescente de seize ans ayant des troubles des conduites alimentaires.

J'ai choisi de construire mon argumentaire à partir d'un cadre théorique d'orientation psychanalytique à travers plusieurs références, tout en associant des références théoriques en psychomotricité et en sciences. Je n'ai trouvé que très peu de données scientifiques sur cette approche ou sur l'utilisation d'enveloppement dans le soin en psychiatrie.

1. La notion de portage

1.1 Le portage intra-utérin

Selon C. POTEL, « *l'espace intra-utérin a deux fonctions majeures : apporter les éléments nutritifs favorables à la construction du corps, et contenir les mouvements du fœtus* » (61). On pourrait ajouter l'idée d'une toute première communication avec la mère et aussi celle d'une prémice de construction psychique du fœtus.

1.1.1 Aspects sensoriels

L'espace utérin est le premier espace que l'enfant éprouve, espace non figé et qui se modifie avec le développement de l'enfant. C'est un univers qui a une certaine constance notamment au niveau de sa température, des éléments liquides, des impressions sensorielles, etc. Le fœtus va maturer dans ce milieu en développant progressivement ses capacités. En effet, les cinq sens commencent à s'exercer in utero.

L'espace à vivre du fœtus est restreint par la paroi utérine, c'est un espace clos. Néanmoins, le fœtus est assez libre dans ses mouvements du fait qu'il est entouré par le liquide amniotique qui lui permet de flotter. Ce liquide amniotique le protège notamment des secousses et des chocs, tout en lui apportant des éléments olfactifs et gustatifs. En effet, un large spectre de composés potentiellement odorants et sapides, issus de l'alimentation maternelle, se retrouvent collectés dans le liquide amniotique. Le liquide amniotique permet aussi de faire bouger le bébé selon les mouvements de la mère. Quand cette dernière bouge, le fœtus ressent les déplacements par le biais du liquide qui l'entoure.

L'espace utérin est également un espace riche au niveau des stimulations sensorielles. En effet, le fœtus commence à voir, à entendre, à sentir (au travers de l'olfactif mais aussi du toucher), et à goûter in utero. Par exemple, la voix de la mère fait partie des repères permanents de l'enfant parmi les autres bruits externes qui constituent le fond sonore dans lequel se déroule la vie intra-utérine. La voix du père a aussi son importance : les sons graves paraissent avoir une influence sur le bébé et sont particulièrement bien entendus par ce dernier. Le fœtus entend donc les bruits extérieurs, même s'ils sont partiellement filtrés, mais aussi les bruits internes du corps maternel comme ceux d'origine vasculaire ainsi les bruits intestinaux. B. AUCOUTURIER ajoute, « e*nveloppé, le fœtus entend les bruits déformés des battements cardiaques, de l'abdomen, de la respiration avec ses accélérations et ses ralentissements, il entend la voix de sa mère avec sa tonalité propre (…) le fœtus s'y ajustera en écoutant, voire en y répondant par le mouvement qui a*

déjà le sens d'une adaptation au monde externe » (4). Le fœtus peut avoir une motricité en réponse à des stimulations sensorielles.
Pour N. FABRE : « *dans le temps d'émergence du vécu archaïque, la vue est souvent faible par rapport au toucher, à l'éprouvé du corps* » (27). Le fœtus serait en proie à des sensations de chaleur, de froid, des sensations auditives et cénesthésiques ainsi que la perception d'un milieu liquide et visqueux. Le fœtus est ainsi doté de nombreuses capacités sensorielles. Actuellement, l'idée de R. SPITZ qualifiant le fœtus de « *parasite qui n'est pas capable de ressentir* » est largement dépassée (73). En effet, aujourd'hui le fœtus est reconnu comme étant doté de sensibilité.

La vie intra-utérine n'est pas considérée de la même façon par les auteurs et selon les époques. Pour O. RANK par exemple, la vie intra-utérine constitue une « *condition paradisiaque* » car c'est un environnement d'apprentissage et d'expériences (64). Pour d'autres, en revanche, le milieu utérin est caractérisé par l'apparition de la douleur, de la souffrance du fœtus. Actuellement, c'est essentiellement l'idée d'un espace permettant de faire émerger de nombreuses compétences chez le bébé qui est mis en exergue.
Toutefois, la vie fœtale n'est pas que sensorialité ! Le fœtus, tout en développant ses sens, fait aussi l'expérience d'une motricité primaire : les images échographiques montrent une intensité de l'activité motrice manifestée par le fœtus dès la 7ème semaine, celle-ci étant facilitée par le soutien du liquide amniotique qui libère de la force de gravité et permet une motricité plus libérée. De la position assise, il peut se mettre debout, tourner sur son axe, étendre ses bras, porter ses mains à son visage etc. La motricité fœtale est donc bien une amorce de la future motricité volontaire, une préforme pour le fonctionnement moteur volontaire. Cette motricité fœtale active notamment les différents mécano-récepteurs et les récepteurs proprioceptifs musculaires et tendineux, éléments fondateurs et centraux pour la proprioception et pour une instauration plus tardive d'une conscience corporelle.

Cependant, E. TAJANI & A. IANNIRUBERTO en 1981 ont mis en évidence l'individualité motrice du fœtus (75). Ils avancent l'idée que chaque fœtus a sa propre personnalité et sa propre façon de se comporter à l'intérieur de l'espace utérin.
Ainsi, selon ces auteurs, la motricité n'est pas qu'influencée par un aspect purement mécanique, l'individualité et la singularité de chaque être ayant une place non négligée dans cette acquisition. Cette idée d'une personnalité propre au fœtus est reprise également par R. NEGRI avec ses études sur des jumeaux (58).

1.1.2 Communication précoce

« *On ne peut pas ne pas communiquer* » P. WATZLAWICK

Plus le fœtus grossit, plus il est en contact avec la paroi utérine ce qui entraîne des stimulations de façon constante et permanente. Ces contacts, vont le nourrir, de sensations tactiles et permettre l'instauration d'un dialogue corporel entre le fœtus et sa mère. Par exemple : selon l'état de contraction de l'utérus, le bébé est plus ou moins tenu, serré, ce qui aurait déjà une influence sur le tonus et la motricité du fœtus. Même chose en sens inverse, la motricité du fœtus pourrait influencer la contraction de l'utérus.

B. BAYLE en 2004, lors d'une conférence de la World Association for Infant Mental Hearth (WAIMH) se pose la question de l'existence d'un « *dialogue corporel foeto-maternel* » basé sur les mouvements du fœtus en réponse aux émotions, aux préoccupations conscientes et aux fantasmes maternels. Une « *proto-psychomotricité fœtale serait-elle en action dans cet espace clos, permettant au fœtus d'accéder à une proto-représentation des échanges intérieur-extérieur via les surfaces des corps en contact* ? ».
Pour B. BAYLE, le fœtus aurait donc une première représentation de la dialectique dedans-dehors au travers des contacts corporels avec sa mère.

Des changements d'état physique et émotionnel de la mère peuvent affecter des comportements observables du fœtus tels que le rythme cardiaque, ses variations et les mouvements respiratoires. Mais ils peuvent aussi perturber le fœtus dans sa construction psychique. Par exemple, on peut penser qu'une femme qui n'arrive pas à habiter son corps, peut se trouver au long de sa grossesse comme encombrée d'un corps étranger, perçu comme gênant. Cela pourra entraver sa capacité de sentir son bébé et entrer en contact avec lui. Le fœtus est alors indéniablement porté physiquement mais pas psychiquement ce qui peut, par la suite, avoir des répercussions sur l'enfant. Le parallèle peut être fait aussi avec les dénis de grossesse : le fœtus vient se plaquer contre la colonne vertébrale de la mère, peut-être du fait qu'il ressent que la mère ne se sait pas enceinte.

Le fœtus et la mère communiquent donc déjà in utero. L'haptonomie, qui est l'étude des interactions et des relations affectives humaines, se servant de ce constat comme élément fondateur. Cette discipline a été fondée par le néerlandais F. VELDMAN en 1945. Le terme haptonomie signifie « *contact tactile pour rendre sain et entier* ». Le postulat central de cette étude est qu'à compter d'environ quatre mois de grossesse, le bébé est assez développé pour percevoir un toucher affectif et y réagir. Le fœtus se collerait sur les mains de son parent et se laisserait bercer à travers le ventre de sa mère. Les contacts haptonomiques, touchers affectifs

« psychotactiles » confèrent au fœtus un sentiment de sécurité d'après F. VELDMAN. Ces contacts peuvent continuer d'avoir lieu jusqu'à l'accouchement, pouvant faciliter la naissance en incitant le fœtus à se positionner différemment dans l'utérus au travers du toucher. L'haptonomie permet donc, au travers d'un contact tactile d'instaurer un premier lien entre les différents protagonistes.

Toutes les sensations tactiles vécues dans l'espace utérin, seront retrouvées grâce aux qualités d'un portage maternant. Ce dernier permettant une ébauche de la formation d'une enveloppe et de la constitution d'un sentiment de continuité. C'est parce que le bébé est encore incomplet, donc fragile, à la naissance, qu'il a besoin d'un portage maternant qui poursuive ce qui s'est vécu à l'intérieur de l'enveloppe protectrice de l'utérus.

1.1.3 Construction de l'individu futur

L'existence d'une sensorialité et d'une motricité fœtale ne sont pas en elles-mêmes les garantes de l'existence d'une vie psychique du fœtus. Cependant, il se met en place dès la vie utérine des systèmes qui viendront se complexifier ou se psychiser après la naissance dans le cadre d'une relation avec un partenaire interactif. Ce qui se passe ou se prépare in utero exerce donc une pesée sur ce qui va suivre.

Le fœtus évolue dans un espace clos qui le porte et le contient. C'est dans cet espace restreint, qu'il va, notamment, développer ses différents sens qui lui permettront de vivre ses premières expériences et de former les premières traces mnésiques. Des études ont démontré que le nouveau-né reconnaît et préfère une comptine, une berceuse à laquelle il a été familiarisé in utero (47). Il reçoit des informations auxquelles il réagit et dont il garde un certain degré de mémorisation. Ces expériences façonneront aussi, en partie, la croissance et la future structure psychique.
Cependant, on ne peut absolument pas dire que psychologiquement tout se joue avant la naissance. On peut penser à un balbutiement de conscience de soi, sur le plan corporel du moins : par exemple, le fœtus n'éprouverait pas la même chose si sa main touche son autre main ou le placenta (52).
On ne peut donc pas dire qu'il soit totalement inconscient de lui-même, mais pas non plus dans une pleine conscience. Plutôt que de parler de l'éventualité d'une vie psychique du fœtus (qui reste toujours une hypothèse), B. GOLSE préfère parler de parties nées ou parties non encore nées du psychisme du fœtus ou du bébé.

Aujourd'hui, on considère qu'à chaque étape de la vie, il y a toujours une interaction entre le patrimoine de la personne et le milieu, y compris au cours de la vie fœtale. Pour D. ANZIEU, «

l'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie » (2).

1.2 La naissance, le portage extra-utérin et ses applications avec une méthode

1.2.1 La naissance

Le bébé qui naît est un enfant qui a été porté, désiré, fantasmé. Le portage psychique précède ainsi de longue date le portage physique.

La naissance est le passage d'un portage amniotique à un portage dyadique. En effet, quand le bébé né, il est en proie à la pesanteur et à tous les stimuli externes de manière directe. G. HAAG parle de « *démoulage* », dans le sens où le bébé va advenir à sa forme physique en naissant. Le nouveau-né va changer d'espace, certains auteurs parlent de « *traumatisme de la naissance* » étant donné que le bébé est exposé à des excitations sensorielles fortes (lumières violentes, bronches qui deviennent fonctionnelles, gravité qui se fait ressentir etc.). Sa peau n'est plus enveloppée par ce « nuage liquidien » mais est en rapport direct avec le monde extérieur. Le contact passe d'un contact liquidien à un contact aérien. Or, tout ceci se passe sans cet écran ou filtre que constituait précédemment la paroi utérine. D'où l'importance d'un tampon, d'un pare-excitation : la mère, qui vient filtrer et moduler ses émois.

Cependant, pour O. RANK « a*près la naissance, il se joue sur le plan psychique une sorte de suite de la symbiose physique et prénatale, ce qui relativise en quelque sorte le traumatisme, ou prétendu tel, de la naissance* » (64). Pour lui, la naissance n'est donc pas si traumatisante du fait qu'elle s'inscrit dans une continuité. Ces traces du pré-natal, pourraient même, d'après S. KORFF-SAUSSE être une source de créativité.

S. FREUD dans son ouvrage intitulé *Inhibition, symptôme et angoisse*, qui justement répond à celui d'O. RANK, se place dans le même courant de pensée. Pour lui, il existe une incontestable continuité entre la vie affective du fœtus et celle du nourrisson : « *il y a beaucoup plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire* » (29). Pour lui, la naissance n'est donc pas un traumatisme.

Pour argumenter ces propos, on peut également considérer la naissance, non pas comme une rupture, mais plutôt comme un passage, car les compétences du bébé ont déjà commencé à se mettre en place. Même si, au niveau cérébral, la maturation du système nerveux n'est pas terminée et qu'au niveau moteur, l'enfant ne marche pas. Le bébé réagit aux stimulations par des mouvements qu'il ne peut contrôler appelés réflexes archaïques qui sont les premières réponses à des stimuli de l'environnement. Ces derniers ont une valeur fonctionnelle et adaptative et

préparent la motricité volontaire.

Le bébé né donc inachevé, c'est le concept de néoténie, repris par différents auteurs dont H. WALLON qui pense que cette néoténie et l'état de dépendance du nourrisson sont à l'origine de la socialisation notamment. L'enfant est dépendant de sa mère au sens où c'est elle qui satisfait ses besoins, mais il n'est pas complètement démuni non plus du fait de ses propres capacités et compétences.

En outre, la naissance marque l'instant de la confrontation entre les parents et leur enfant, c'est la première rencontre en « chair et en os ». C'est aussi la confrontation entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire, fantasmé des parents.

1.2.2 Portage et sensorialité - Recommandations

L'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) recommande la pratique du « peau à peau » dans les guides de prises en charge des nouveau-nés comme moyen pour lutter contre l'hypothermie, promouvoir l'allaitement maternel et favoriser les interactions précoces de la mère avec son enfant. Les organismes sanitaires français comme l'HAS (la Haute Autorité de Santé) et même internationaux, comme l'AAP (l'American Academy of Pediatrics) vont, eux aussi, dans le même sens.

Le portage est en rapport direct avec des aspects sensoriels. Tout d'abord, lorsqu'il est porté lors de l'allaitement par exemple, le bébé sent l'odeur du colostrum (premier lait maternel) qui lui rappelle celui du liquide amniotique. L'étude de B. SCHAAL & al (69) se base sur une présentation de plusieurs cotons imbibés de différents liquides amniotiques, or le nouveau-né se tourne vers celui dans lequel il a baigné in utero. Puis, quelques heures après la naissance, l'expérience est refaite avec cette fois des cotons imbibés d'odeurs du lait maternel ; encore une fois, les nouveau-nés se tournent vers celui de leur mère. Ces études marquent de façon évidente que le bébé a des traces mnésiques bien présentes dès son plus jeune âge.
Au niveau sonore, le bébé entend les mêmes bruits que ceux in utero, dont il a été spectateur dans le ventre, à savoir les bruits internes du corps maternel et les bruits externes. Mais cette fois, il n'y a plus de filtre. Le toucher est aussi prégnant ainsi que le regard, véritable « *pilote de l'échange* » selon D. MARCELLI.

Au niveau de la nociception, le « peau à peau » est efficace et recommandé comme traitement non médicamenteux de la douleur. Le positionnement ventral, le toucher et l'enveloppement ainsi que la stimulation olfactive et multisensorielle semblent participer à cet effet antidouleur. De plus,

le « peau à peau » paraît augmenter le taux d'endorphine et de cholescystokinine (régulateur des endorphines), hormone responsable du plaisir.
L. GRAY et al ont rapporté dans leur étude cet effet analgésique du contact « peau à peau » (34). Cette étude a comparé 30 nouveau-nés à terme selon deux catégories : dans une catégorie, les bébés sont portés en « peau à peau » pendant 10 à 15 min, tandis que dans l'autre groupe, les bébés sont dans leur berceau. Les pleurs et les grimaces ont été réduits de 82 à 65% chez les enfants portés en « peau à peau » d'une durée de 10 à 15 minutes. Cependant, on peut penser que c'est peut-être simplement le portage apporté qui a induit cela.
En 2003, C. JOHNSTON et al ont, quant à eux, montré que le contact « peau à peau » diminue en moyenne le résultat de deux points sur l'échelle Premature Infant Pain Profile (PIPP) par rapport à un groupe contrôle (42).

1.2.3 Une application du « peau à peau » : la méthode Kangourou

L'OMS a écrit un ouvrage s'intitulant *La méthode « mère kangourou » : Guide pratique*, qui traite de cette méthode (59). Elle consiste à porter l'enfant sur le ventre en contact « peau à peau ».
Cette méthode a été présentée pour la première fois par REY et MARTINEZ, à Bogota en Colombie dans les années 1980 avec pour but initial de se substituer aux couveuses pour les nourrissons nés prématurément. Or elle s'est avérée avoir de nombreux effets et être efficace pour la protection thermique, l'allaitement au sein, l'établissement de liens affectifs et ce, indépendamment du milieu, du poids ou de l'âge gestationnel.

A. CONDE-AGUEDO et al. en 2007 ont voulu déterminer l'efficacité de cette méthode comme alternative à la méthode conventionnelle (21). Ils ont effectué trois études sur 1362 nouveau-nés et ont trouvé de nombreux bénéfices comme :

- Une <u>diminution de la morbidité</u> : diminution de certaines complications graves de la prématurité à savoir les infections nosocomiales, les infections respiratoires. L'expérience de N. SLOAN et al, va dans le même sens, et met en avant un taux de maladies graves plus faibles avec cette méthode (72). Néanmoins, la méthode kangourou ne semble pas avoir un impact supérieur ou inférieur aux méthodes plus classiques sur la mortalité.
- Une <u>réduction de la durée d'hospitalisation</u> et des coûts de prise en charge hospitalière.
- <u>Les mères allaitent plus</u> souvent leur enfant de manière exclusive à la sortie de l'hospitalisation. Cet avantage n'est, cependant, pas retrouvé par la suite (après un an). Au niveau de l'allaitement, d'autres travaux ont constaté que la méthode kangourou accroisse la prévalence et la durée de l'allaitement au sein.

- Une influence positive sur le lien mère-enfant.

Concernant le développement psychomoteur, il est identique dans les deux groupes après douze mois de suivi, d'après cette étude.

Comme autres bénéfices non développés dans l'étude précédente, on retrouve : une protection thermique et une potentielle diminution du risque d'hypothermie. Le contact direct avec la peau du parent à 37°C, permet au bébé de garder plus facilement la température.
De plus, le nouveau-né porté stabiliserait ses autres paramètres physiologiques comme la fréquence cardiaque et respiratoire, la glycémie, la respiration, et les cycles de sommeil. En effet, la position lors du portage permet une inclinaison de 60° qui présenterait des avantages physiologiques pour le bébé.
La position du portage induirait aussi un massage du ventre du bébé ; ce qui faciliterait la digestion et diminuerait les coliques et les régurgitations d'après l'article de C. BOURDARIAS (9).

En ce qui concerne l'aspect psychologique des enfants, ils semblent totalement relaxés lorsqu'ils se trouvent installés contre le corps de leurs parents pendant les soins kangourous et pleurent moins à six mois. Le contact régulier parait leur donner plus de sécurité et de tranquillité d'après G.C ANDERSON (1).
A. WHITELAW et SLEATH ont aussi abordé le sujet des apports psychologiques du « peau à peau » mais controversent les propos précédents en disant qu'il est impossible de conclure à des différences de comportement des enfants et de détecter un avantage psychologique au moment de la sortie de l'hôpital à six mois (76). Le « peau à peau » précoce ne semble pas être plus efficace que les autres formes de contacts pour donner aux mères une plus grande confiance et des sentiments plus positifs.
On peut faire le parallèle avec le fait que les mères ne sont pas forcément prêtes psychologiquement quant à leur désir et leur capacité d'investir d'emblée leur nouveau-né prématuré. Donc le portage ne doit en aucun cas être imposé. Mais s'il est fait de manière spontanée, on peut penser qu'il amène une dynamique différente, de manière plutôt positive, dans l'interaction qui se joue entre la mère et son bébé.

Ainsi, il n'y a pas de contre-indications majeures concernant le portage. Si ce n'est que les sujets (autant la mère que le bébé) soient disponibles et prêts.

Le « peau à peau » a donc des applications au niveau sensoriel et au niveau analgésique, ce qui peut lui conférer un attrait particulier. Toutes ces situations quotidiennes d'échange vont pouvoir se mettre en place en présence de l'autre, dans une interaction ; renforçant l'attachement parent-

nourrisson.

1.2.4 Instauration des premiers liens d'attachement

Selon J. BOWLBY, le comportement d'attachement répond à un besoin inné, biologique, déterminé, de proximité équivalent dans son importance pour la survie, à celui de la nutrition (10). L'attachement est, pour J. BOWLBY, un besoin primaire au même titre que la faim ou la soif. Il est donc, en ce sens, essentiel pour que l'enfant survive.

Le processus d'attachement est sous la dépendance d'une programmation comportementale innée, de stimulations sensorielles multiples, de sécrétions hormonales et d'échanges émotionnels. Or, une analyse d'E. MOORE et al en 2007 montre que le « peau à peau » favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement (56). Ainsi, le portage peut avoir une incidence sur l'attachement.

Du côté du bébé, la programmation comportementale innée de l'attachement repose sur l'aspect biologique. Cependant, du côté de la mère, on parle alors « d'instinct maternel », ses propos étant nuancés par E. BADINTER qui pense justement que ce concept n'existe pas en soi pour la mère mais qu'il se construit et s'intègre dans l'image du corps de la femme enceinte pendant sa grossesse, puis se découvre dans la relation au bébé (5).
Nonobstant cela, pour certains auteurs comme M. H. KLAUS et J. H. KENNELL, une base biologique forte, qu'ils appellent « *bonding* » facilite le déclenchement de l'attachement de la mère vers l'enfant (44). Cette base biologique repose principalement sur deux hormones : la vasopressine et l'ocytocine. Ces hormones sont impliquées dans la modulation des circuits des émotions complexes et des comportements sociaux chez l'homme. L'ocytocine est sécrétée pendant la lactation, elle permet, entre autre, d'augmenter la température du sein et de modifier le comportement de la mère. Par ailleurs, elle augmente les contractions utérines, ce qui diminue les risques d'hémorragies post-partum. Or cette hormone est d'autant plus sécrétée lors d'un contact peau à peau pouvant entraîner un allaitement plus simple. Ces deux hormones agissent sur deux systèmes essentiels dans l'évolution de l'espèce : les circuits amygdaliens et hippocampiques impliqués dans le stress et le circuit mésolimbique dopaminergique du plaisir et de la récompense.

Évidemment, l'attachement entre les acteurs de cette interaction ne peut se faire sans échanges émotionnels. Le nouveau-né est un être de communication or il est sensible aux stimulations et va y répondre par une palette de comportements et d'émotions qui vont, à leur tour, provoquer des réactions chez la mère. Il y a donc un va-et-vient permanent de messages non verbaux qui circulent. D. STERN parle « *d'accordage affectif* », la cohérence donnant la profondeur affective à

l’échange relationnel.
Or, cette communication qui s’instaure de façon précoce passe principalement par le tonus musculaire. Le tonus peut être considéré comme la toile de fond des émotions, support premier de la communication. Pour H. WALLON « *toutes les émotions répondent à des variations du tonus* ». H. WALLON est l’un des premiers à faire le lien entre le tonus et les émotions en parlant de dialogue tonique. A sa suite, J. DE AJURIAGUERRA introduit le terme de dialogue tonico-émotionnel. En effet, le bébé s’exprime au travers de son tonus par la formation d’un premier couple antithétique : l’hypertonie d’appel et l’hypotonie de réplétion. Le bébé interpelle son parent par une hypertonie qui se caractérise par une extension, des cris, des pleurs, une agitation motrice. Une fois la satisfaction apportée, le bébé peut se rassembler, s’enrouler, et se mettre dans une hypotonie.
Le dialogue tonico-émotionnel est un entrelacement de facteurs aboutissant à un portage, adéquat ou non, mais à chaque fois singulier et unique. On retrouve des facteurs de circonstance, à savoir : les conditions de la grossesse, l'état psychologique et l'histoire de vie de la mère (y compris la façon dont la mère a été porté elle-même). Mais aussi, des facteurs directement relationnels (notamment la relation qui existe entre le père et la mère de l'enfant) ou charnels, corporels.

La mère communique, en retour, également par son tonus. Par exemple, une mère ayant des affects dépressifs avec une hypotonie massive ne renvoie pas les mêmes images à son bébé qu’une mère très dynamique et tonique.
Dans une étude de S. BYDLOWSKI et al, portant sur des dyades mère-bébés dont certaines mères ont le syndrome du « blues du post-partum », les auteurs ont procédé à des évaluations de bébés à deux mois, à partir de l’échelle de Brazelton pour analyser les interactions avec leur mère (16). Il s’avère que les femmes ayant présenté un blues triste, intense et durable présentent un désajustement net dans l’interaction avec leur bébé. Toutefois, ces résultats sont à analyser avec prudence du fait du faible nombre de sujets (21 dyades) mais on peut penser qu'il existe malgré tout une corrélation entre l'état physique et psychique de la mère et la façon dont le bébé investira son propre corps.

La mère est donc le premier interprète du corps de son bébé : elle restitue par sa communication verbale et non verbale la perception d’un corps rassemblé et unifié de son bébé en mettant du sens sur ce qu’il vit tout en venant l’apaiser. W. BION parle de fonction contenante de la mère ou fonction alpha : la mère doit extraire des éléments bruts, sensoriels (éléments bêta), leur substrat très somatique pour en créer du sens. Le bébé est en proie à des sensations qu'il ne peut élaborer, c'est donc via cette fonction que le parent donnera du sens à une sensation à l'enfant. Ce qui est restitué par le parent est ainsi, une conduite avec du sens.
Pour conclure, en situation de détresse, le bébé a un besoin inné de proximité, de disponibilité et enfin d’accessibilité des personnes ressources pour lui. D.W. WINNICOTT insiste sur la nécessaire

existence d'une « *préoccupation maternelle primaire* », état de disponibilité dans lequel la mère se met pour donner au bébé les soins nécessaires à son développement. Si les personnes environnantes lui amènent la satisfaction suffisante, cela pourra donner naissance à un sentiment de protection et de sécurité.
Le portage permet donc que s'établisse un premier lien, un premier accordage, pour ensuite l'introjecter pour pouvoir se porter soi-même.

1.2.5 Se faire porter pour ensuite investir soi-même son portage:

Les qualités physiques et psychiques du portage sont aussi importantes l'une que l'autre et ont des répercussions directes sur le nourrisson. Les appuis ne sont pas uniquement concrets, même si ceux-ci sont fondamentalement nécessaires. C'est la qualité subtile des appuis, de l'adossement, du porter, de l'attention qu'on porte à un bébé qui va pouvoir être intériorisée et devenir une matière symbolique.
Le portage psychique a donc lui aussi, toute son importance. Il est la manière dont la mère vit et porte psychiquement son enfant dans son imaginaire par les bercements, les stimulations de toutes sortes, afin de permettre à l'enfant d'acquérir une autonomie et une indépendance.

L'enfant est d'abord porté dans l'imaginaire de la femme, puis dans la cavité utérine avant d'être porté physiquement par elle. Le portage est psychique avant d'être physique.
Ce portage psychique passe par une fonction miroir que la mère fait vivre au travers du regard : le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant. En la regardant il se perçoit. Selon D. W. WINNICOTT c'est « *dans un rapport spéculaire [que] s'établit alors l'ébauche du développement du Moi* » (78). Mais ce développement du Moi s'imprime aussi grâce à la parole qui porte l'enfant et l'enveloppe d'un bain sonore.

Pour que l'enfant s'autonomise, il faut qu'il ait reçu un certain nombre de soins par « *l'entourage, appendice de la psyché de l'enfant, [qui] va aussi lui assurer son étayage* » selon A. GREEN (35).
D. WINNICOTT dans son livre *La famille suffisamment bonne* traite des questions du portage notamment par le biais de ses trois concepts clé qui sont : le holding, le handling et l'object presentling (80) :

- <u>Le holding</u> est le portage à proprement parler, le fait de tenir, de contenir. Il est lié à la capacité d'identification de la mère et à son rôle de pare-excitation. Pour D. W. WINNICOTT s'il est défaillant il suscite chez l'enfant une grande détresse se traduisant par un sentiment de partir en morceaux, de tomber dans une chute sans fin ou par des angoisses de type psychotique. Ce corps à corps permet au bébé

d'éprouver les limites de son corps, même si au début de sa vie il est dans une totale fusion avec sa mère. Pour S. ROBERT-OUVRAY, *« du fait de la précocité de l'établissement de rapports psychomoteurs, le toucher et le holding seront au centre, non seulement comme une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle »* (66). Pour S. ROBERT-OUVRAY, la communication corporelle passe essentiellement par le toucher et le holding et a un impact sur le développement futur du bébé. Ainsi, le holding est lié au toucher et à la communication émotionnelle.

- Le handling est la manière d'être concrètement en contact avec son bébé. Ce sont les soins prodigués qui contribuent à une intériorité des limites corporelles (par exemple, l'habillage aide à faire figurer son tronc, le bain stimule les récepteurs tactiles etc.). Ces soins sont discontinus, or cette discontinuité va pouvoir faire émerger des images mentales qui conduiront à une anticipation induite par l'attente. Puis ces représentations deviendront plus satisfaisantes que le soin lui-même et conduiront à l'élaboration d'une image du corps. Un handling défaillant entrave particulièrement le développement de la tonicité musculaire et des coordinations.

- L'object presentling ou présentation de l'objet renvoie à la manière dont la mère propose le monde à l'enfant. La mère, en étant « suffisamment bonne », présente au bon moment pour répondre aux satisfactions du bébé, permet à ce dernier d'éprouver l'illusion que c'est lui qui apporte l'objet. En effet, le bébé pense que c'est lui qui subvient lui-même à ses besoins. Il fait ainsi l'expérience de l'omnipotence.

C'est essentiellement au moyen du holding et du handling que la personnalisation peut être façonnée : l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps. Mais pour cela, il faut bien entendu, une adéquation des réponses de l'entourage et des liens d'attachement. L'individuation, la séparation peuvent s'élaborer quand l'étayage est « suffisamment bon » en sens winnicottien du terme. Les différentes enveloppes, élaborées à partir des soins donnés, vont faire accéder l'enfant à une sécurité, ou non, pour s'autonomiser et se séparer. L'enfant va pouvoir enlever cette « peau commune » avec sa mère pour adopter sa peau, son enveloppe propre.

Les comportements d'exploration, de découverte et d'acquisition qui se feront plus tardivement, seront aussi conditionnés par l'étayage. Par exemple, pour apprendre à marcher, l'enfant a besoin d'être encouragé, il a besoin d'un soutien affectif.

1.3 Culture et portage

B. BRIL s'est beaucoup intéressée aux différences de portage suivant les cultures et a écrit de nombreux articles traitant de cela (11,12). Articles dont je me suis inspirée pour relater les principaux points concernant les différentes façons de porter en fonction des cultures.

Le portage est une pratique universelle et en même temps singulière du fait qu'elle prend des formes différentes à chaque fois, selon les cultures et selon les individus.
On retrouve pourtant deux grands types de portage qui utilisent un médiateur : à l'aide d'une étoffe ou à l'aide d'un berceau.
Le portage dans une étoffe est souvent couplé avec un portage au dos. Ce portage étant retrouvé principalement en Afrique mais aussi en Asie du sud-est et en Corée. Avec ce portage, l'enfant est dans une position proche de la station assise : les jambes plus ou moins écartées.
En parallèle, le portage en berceau a perdu de son importance au fil des époques. Il est généralement associé à l'emmaillotement et permet un portage horizontal, vertical ou parfois en oblique. Les bébés andins par exemple, sont portés dans une couverture, emmaillotés et tenus allongés en oblique. Ce mode de portage est plus rigide, du fait que le berceau soit dur.
Quelques cas particuliers en terme de portage : l'enfant en Nouvelle-Guinée est porté dans un filet avec parfois des feuilles pour le couvrir. Ce filet peut être mis en lien avec le hamac qui est utilisé notamment par les amérindiens wayana. Le hamac est considéré comme un « *utérus externe* » par R. PIGNOUX du fait notamment, des stimulations sensorielles qu'il amène mais aussi des balancements.

Le climat semble souvent imposer une solution de portage. Par exemple, dans le Nord canadien, l'anorak de peau de phoque est conçu de façon à faire loger le bébé nu en contact direct avec le dos de sa mère. Ce portage lui procure ainsi de la chaleur et évite l'hypothermie. Cette pratique est aussi retrouvée au Japon où la mère glisse son bébé dans le kimono. On retrouve là une similitude avec la méthode kangourou.
J. WHITING (77) s'est penché plus précisément sur la corrélation entre le climat et le mode de portage en fabriquant une carte (voir annexe 1) Ce qui est le plus frappant est l'absence de berceau dans les régions chaudes. J. WHITING remarque que la température moyenne inférieure à 10°C semble constituer une limite déterminante pour le futur portage.
Ainsi, les caractéristiques du climat apparaissent comme un élément fondateur dans les choix culturels de portage. Néanmoins, cela n'est pas complètement fixé. Par exemple, au Pérou ou en Australie, qui sont pourtant des continents situés dans l'hémisphère sud, le portage se fait dans un berceau. A l'inverse, on peut être étonné que dans les régions très froides comme en Alaska, le portage ne se fasse pas avec un berceau. Le berceau n'est pas utilisé car souvent, le bébé partage le même vêtement que la mère.

La manière de porter, de même que la durée quotidienne de portage, est directement liée au niveau de compétence motrice de l'enfant (12). Dans les pays africains notamment, l'enfant est porté sur la hanche vers 2-3 mois, ce portage augmentant en fréquence vers 4-5 mois, âge où le bébé peut tenir assis de façon stable.
Le portage est aussi adapté à l'état de veille de l'enfant. L'enfant dort environ 80% du temps lorsqu'il est au dos, en revanche lorsqu'il est porté sur la hanche, il est fort rare qu'il dorme. De plus, si l'enfant dort il aura les bras à l'intérieur de l'étoffe, s'il est en activité il les aura en dehors.
Tout ceci permet de mettre en exergue une covariation entre le mode de portage, le niveau de développement moteur et les états de veille.

Un enfant porté développe-t-il une meilleure motricité ? M. GEBER s'est penché sur cette question et a voulu montré qu'il existe une avance de développement de l'enfant africain comparé aux enfants européens de même âge. D'après ses travaux, l'enfant africain, grâce au portage et à une culture différente, peut garder la station assise dès 4 mois, marcher à 9 mois et courir à 12 mois. La motricité fine, notamment la pince pouce-index est acquise dès 8 mois. Ainsi, d'après M. GEBER, le portage et la culture en elle-même induiraient des différences significatives sur le développement psychomoteur (31).
Ce sont aussi les stimulations sensorielles de la peau et des muscles (entre autre) amenées pendant le portage qui permettent aux enfants de marcher plus tôt selon B. BRILL.
Cependant, pour d'autres auteurs comme C. RAKOWSKA-JAILLARD (63), le portage est considéré comme une entrave aux acquisitions précoces. Ce dernier suggère que l'enfant africain est contraint à une position réduisant son champ visuel, ne permettant pas un bon développement de la vision binoculaire. A. MONTAGU interprète cette situation de manière inverse : « *les mouvements de sa mère vaquant à ses occupations quotidiennes donnent à l'enfant un aperçu du monde sous presque tous les angles de vision possible. Son sens de l'espace lui vient de là* » (55).
Une observation de type éthologique faite par B. BRILL dans *Culture et premières acquisitions motrices* met en évidence que les enfants africains sont portés au dos environ 40 à 45% de la journée à 2 mois pour diminuer à 20% après ses un an (12). Il est donc peu probable que l'enfant reste toute la journée le visage collé contre le dos de sa mère du fait que l'enfant n'est pas porté de façon permanente et que celui-ci dort la plupart du temps lors du portage. Il est donc peu probable que le portage au dos ait un impact sur la vision binoculaire.

Actuellement, on observe une quasi disparition du portage dans nos sociétés. Est-ce parce que nous n'avons pas les mêmes activités que les femmes africaines ? Ou pas la même morphologie ? Ou est-ce parce que nous avons sur-investi les objets modernes au détriment du corps propre pour un portage satisfaisant ? Toutes ces questions restent en suspens même si dans les hospitalisations, surtout en néonatalité, le contact « peau à peau » garde son importance.

2. Aspects sensoriels

2.1 Le toucher

Beaucoup de travaux de l'éthologie, de la psychologie cognitive ou de la psychanalyse démontrent combien l'aspect relationnel du toucher est déterminant dans la construction du psychisme (60,36,32,17). En effet, le socle de la sécurité et de la confiance d'un individu se construisent notamment au travers du toucher.
Le toucher recouvre les différentes modalités de perception de la peau selon J.P LECANUET (47). La sensibilité est liée aux différents récepteurs appréciant la sensibilité superficielle (pression, vibration, température, douleur) et la sensibilité profonde (récepteurs musculaires, tendineux, douloureux profonds).

2.1.1 La peau

Le toucher a pour organe sensoriel principal la peau qui est étendue sur toute la surface de notre corps et qui représenterait pour L. MISERY le quart de notre poids (54).
« *Rien en nous, n'est en contact avec autre chose que nous, si ce n'est notre peau*» écrit D. ACKERMAN. Ce qui pourrait expliquer toutes les expressions de la langue française qui utilisent le mot « peau » comme : tenir à sa peau - être bien dans sa peau - avoir la peau dure – être à fleur de peau - avoir quelqu'un dans la peau - faire peau neuve etc.

Au niveau anatomique, la peau est constituée de trois couches chez l'adulte qui assurent chacune différentes fonctions :

- L'épiderme est la couche la plus superficielle, contenant principalement des kératinocytes (cellules épidermiques) qui assurent, grâce à la synthèse de kératine, l'imperméabilité de la peau.
- Le derme est un support conjonctif pauvre en cellule. Sa composition en collagène et élastine permet une certaine tonicité et élasticité à la peau.
- L'hypoderme, ou plus communément appelé graisse, contient des adipocytes qui constituent des réserves énergétiques mais servent aussi d'isolant thermique.

En clinique, on peut voir que ces fonctions sont en lien avec certaines pathologies. Par exemple, l'élasticité de la peau est parfois confondue avec une porosité de la peau : certains individus s'imaginent que leur peau est perméable, ce qui peut entraîner de fortes angoisses comme

l'angoisse de vidange corporelle. Les différents rôles de la peau doivent donc être, en quelque sorte, intégrés psychiquement par le sujet.

Cette enveloppe que forme la peau (se constituant dès la vie intra-utérine), est le premier trait d'union entre le dedans et le dehors. D. ANZIEU souligne que « *la peau est le premier modèle de la réflexivité dans la mesure où, quand on se touche on se perçoit à la fois du dehors par la partie qui touche, et du dedans par la partie touchée* » (3). Les travaux de P. ROCHAT ont montré que les bébés traitent différemment les contacts qu'ils peuvent avoir avec leur propre corps d'un contact extérieur qui vient le toucher (68). Le toucher permet donc bien une distinction entre moi et non moi qui serait plus ou moins instinctuelle à la base.
La peau fonde une frontière entre espace de vie intérieur et espace de vie extérieur permettant l'accès à une subjectivation narcissique. Si cette peau-enveloppe n'est pas intégrée par l'individu, cette sensation peut être recherchée avec un autre aspect sensoriel. Par exemple, certaines personnes sont dans une logorrhée, un bain sonore permanent, qu'ANZIEU appelle « *peau de mots* » et D. STERN « *enveloppe narrative* ».

La peau représente également un lieu de mémoire, notamment du fait qu'elle est marquée par le temps (cicatrices, rides) et change avec l'âge. Néanmoins, la représentation qu'un individu a de sa peau est très reliée aux relations précoces qui se sont instaurées au début de sa vie, notamment au travers du toucher. La stimulation de la peau déclenche une activité cérébrale dont l'effet en retour provoque un accroissement de sa sensibilité et de sa réceptivité. Plus la peau est touchée, plus elle devient réceptive et sensible. De plus, les contacts agréables stimulent la libération de substances chimiques, les endorphines, qui procurent du plaisir. La peau et le toucher sont, en ce sens, en lien avec affects et émotions.

2.1.2 Embryogenèse et développement du toucher

Le toucher est un sens proximal réflexif qui se met en place dès la vie intra-utérine.
Les systèmes sensoriels humains entament leur développement selon un ordre qui se retrouve chez de nombreux vertébrés, qui est : systèmes somesthésiques (sensibilité tactile), systèmes chimiosensoriels (olfaction, gustation), système vestibulaire, système auditif et enfin système visuel. Le sens du toucher est donc le premier système à se développer.

Chez le fœtus, dès la 7ème semaine, des réactions primitives de la bouche sont déjà observées en réaction à certains stimuli. Ce n'est que vers la 20ème semaine que l'ensemble de la surface cutanée et des muqueuses deviennent sensibles à leur tour. Au fil des mois, le bébé grossit, entraînant, en fin de grossesse, un contact permanent avec l'utérus de la mère. Ainsi, il a été

observé que des pressions manuelles exercées à travers les tissus abdominaux maternels, induisent des variations du rythme cardiaque du fœtus, accompagnés parfois de mouvements. Le système thermique, quant à lui, est moins bien connu, mais il semblerait que de faibles différences thermiques du liquide amniotique perturbent très tôt le fœtus.

Une étude de F. LEJEUNE et E.GENTAZ ont montré que deux formes peuvent être différenciées par un bébé prématuré de 28 semaines et qu'il est aussi capable de reconnaître un objet qu'il a déjà tenu dans sa main auparavant (48). Ainsi, le bébé a des compétences de discrimination tactile de façon très précoce.

Tous les récepteurs tactiles sont développés avant la naissance, ce qui induit une densité en récepteurs sur la surface corporelle du bébé bien supérieure à celle retrouvée sur le corps d'un adulte. En effet, le bébé a le même nombre de récepteurs cutanés qu'un adulte mais une surface corporelle bien moindre. On peut donc penser que le bébé est particulièrement sensible au toucher dès sa naissance.

En parallèle, on peut rajouter que le cerveau et la peau dérivent du même feuillet embryonnaire (l'ectoderme). Ces deux parties migrent ensuite à des pôles différents. Sur un plan développemental, on remarque que les sensations tactiles orientent le cerveau. En effet, un manque de stimulation sensorielle dans les cinq premiers mois de la vie peut entraver le développement du système nerveux central, pouvant même aller jusqu'à la mort. Les contacts cutanés sont aussi importants que le lait maternel selon A. MONTAGU (55). Ceci peut être à rapprocher du concept de l'attachement J. BOWLBY qui serait un besoin primaire au même titre que la faim ou la soif ; ainsi que les expériences d'HARLOW avec les mamans singes. HARLOW a montré dans une étude qu'un bébé singe préférait aller vers une maman singe mannequin en fourrure plutôt qu'une maman singe mannequin en ferraille mais avec des biberons. En effet, le toucher est un canal privilégié pour instaurer une communication entre la mère et le bébé et participe au phénomène d'attachement.

Chez la mère ce besoin de contact a des fonctions psychologiques mais aussi physiologiques comme l'arrêt de l'hémorragie du post-partum, la contraction de l'utérus, l'amélioration de la circulation etc. Le toucher a ainsi des rôles pour les deux protagonistes de la relation : le bébé et la mère.

Le toucher est un des premiers moyens de communication chez l'enfant avec le monde extérieur. Il renseigne le bébé sur la température, la texture, la nature du milieu environnant. Au niveau du développement psychomoteur : le bébé se sert beaucoup d'expérimentations manuelles (il touche

les objets) mais aussi d'explorations orales pour découvrir de nouveaux objets afin de mieux les appréhender.
En parallèle, le toucher permet aussi d'établir des contacts avec son entourage humain. Le bébé a un besoin manifeste et parfois manifesté d'être touché et de toucher. Les contacts physiques, les caresses, les massages apportent des réactions physiologiques et émotionnelles importantes qui permettent de créer une relation entre deux protagonistes. Le toucher est d'ailleurs une des premières modalités de communication non verbale, utilisées par l'enfant dans ses premières années de vie. Cette modalité sera toujours en vigueur, même une fois le langage acquis. Par exemple : on peut connaître l'état émotionnel de l'autre en le touchant. Le toucher est lié au tonus musculaire.

Le toucher est très en lien avec les affects. Par exemple : Le réflexe de grasping chez le nourrisson, qui n'est que de l'ordre d'un simple réflexe, est chargé d'affect pour les mères. Ce n'est qu'un mécanisme inné mais le récepteur (l'objet parental) lui accorde une signification. Les mères donnent une valeur communicative à un réflexe, ce qui induit chez elles des mouvements affectifs (de la tendresse) et des émotions. J. BERGES disait « *les mères sont folles* » à mettre du sens partout. Ainsi, la mère et le bébé arrivent à partager un code de conduite bien avant qu'ils ne partagent un code linguistique.

2.1.3 Différences culturelles

Chaque culture se définit par un comportement différent par rapport à la tactilité et à propos de nos sociétés occidentales, A. MONTAGU parle d'une véritable civilisation du non toucher (nous sommes phobiques des contacts corporels). Notre société haptophobe se caractérise par un manque de caresses, de contacts corporels chaleureux, car le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens. Pendant longtemps, lors des naissances d'enfants prématurés, qui impliquent une hospitalisation de longues semaines, les parents ont été peu amenés à tenir, à prendre, à toucher leur bébé de peur de faire mal.
Actuellement, cette idée a été contrecarrée et il n'est pas rare de voir des parents avoir des contacts corporels « peau à peau » avec leur nourrisson. Des jumeaux prématurés sont aussi souvent mis dans la même couveuse : le contact corporel ainsi que la perception des flux de l'autre aidant à se construire.
Les rites de toucher-massage dans certaines cultures, réalisés dès la naissance jusqu'à l'accompagnement vers la mort montrent combien certaines sociétés ont apprivoisé cette sensorialité comme une aide à la relation.

2.1.4 Le toucher dans le soin et avec le hamac

Si le toucher peut parfois faciliter la rencontre avec les patients, cela n'est pas toujours le cas. Il existe une valence masculine du toucher : pénétrante, qui peut comporter un risque d'intrusion avec un impact physique symbolique fort ; on fait rentrer l'autre en soi. D'autre part, le toucher a aussi une valence plus féminine : contenante, qui peut apaiser, porter et bercer mais également « étouffer ». Le toucher porte donc en lui une ambivalence à prendre en compte dans le soin.

Le toucher relationnel peut contribuer à soulager la douleur et à créer une relation privilégiée et un climat favorable à l'expression du vécu. Le toucher permet à de nouvelles sensations de devenir perceptions grâce à la mise en mots qui accompagne les situations de portage, de mobilisations passives, ou de toucher thérapeutique. Il montre aussi l'intérêt que l'on porte au corps du patient et peut développer l'estime de soi.

La communication implique une réciprocité instantanée : quand le soignant touche un patient, il ne doit jamais oublier qu'il se donne lui aussi à sentir. Effectivement, bien qu'une part inconsciente de la relation à l'autre nous échappe, il faut tenter d'exprimer notre bienveillance par nos postures, notre tonus, notre voix, nos regards.

Dans la situation de l'utilisation du hamac, la sensation du tactile est prégnante. Comme dit précédemment, le fait qu'il fasse corps, qu'il nous entoure apporte une sensation tactile de taille. Le hamac peut, de ce point de vue-là, être considéré presque comme une seconde peau, au même titre que les vêtements en restant sur un versant contenant. Il n'y a pas de contact direct, qui peut être parfois difficile à supporter pour certains individus.
Cette situation proposée, apparentée au nursing, rend possible un accueil des sensations et des émotions. Le hamac organise la perception de l'enveloppe corporelle (la peau) et de l'intériorité du corps (muscles et os). Il permet de mettre en exergue le sens du toucher, mais avec un aspect plutôt «neutre» relationnellement. La personne est touchée par un objet, c'est donc un toucher qui n'est pas chargée de sens.

Mais le toucher est une modalité relationnelle parmi d'autres qui, elles aussi, ne sont pas dépourvues d'émotion. « *Les mains parlent et les mots touchent* » selon J. CLERGET (20).

2.2 La stimulation vestibulaire

2.2.1 L'appareil vestibulaire

Figure 1 : **Schéma de l'oreille externe, moyenne et interne**

Extrait de J.M VITAL (2011) *Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux* Bergeret.

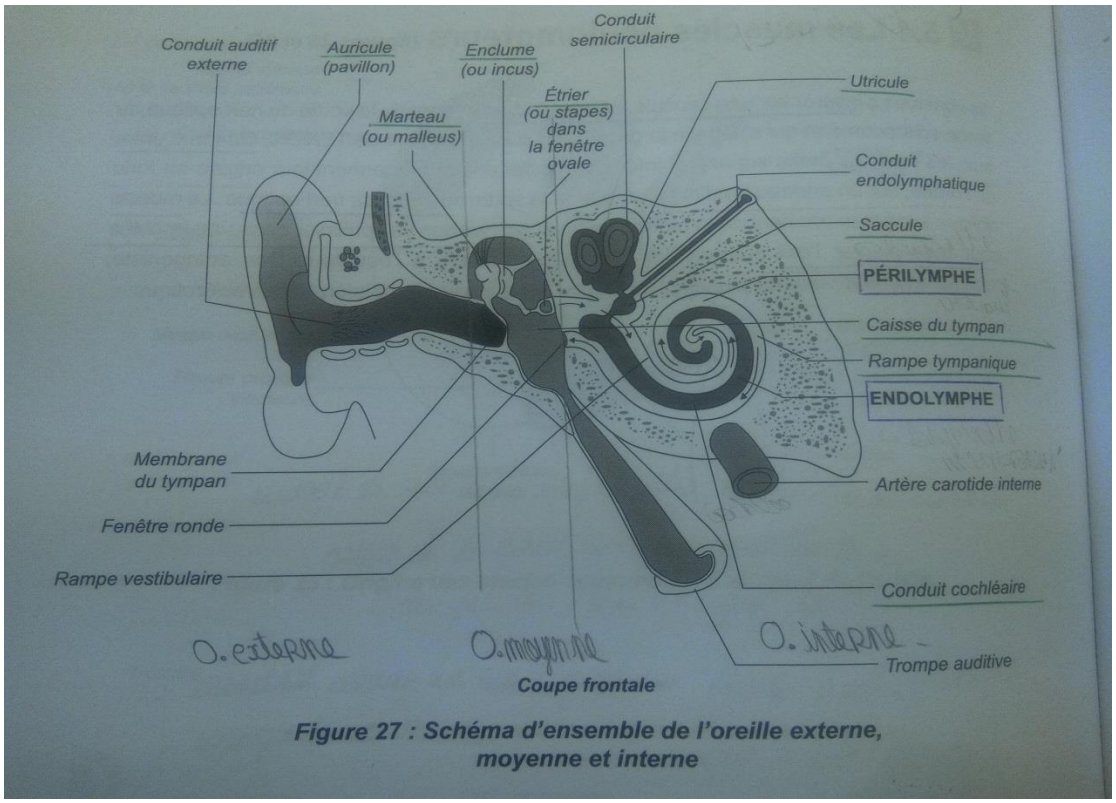


Figure 27 : Schéma d'ensemble de l'oreille externe, moyenne et interne

La partie pétreuse de l'os temporal renferme l'oreille interne qui contient deux organes : l'organe vestibulaire pour l'orientation dans l'espace et la cochlée qui est l'organe de l'audition.
Le système vestibulaire, capteur inertiel, est composé de :

- Trois canaux semi-circulaires perpendiculaires entre eux, qui codent les accélérations angulaires (les rotations) de la tête et du corps selon les trois axes de rotation de l'espace. Ils sont donc en lien avec l'équilibre dynamique.
- D'otolithes (utricule et saccule) sensibles à la gravité, qui codent les accélérations linéaires dans les trois directions de l'espace. Elles sont donc davantage en lien avec l'équilibre statique.

Ce système barosensible est aussi en relation directe avec le nerf vestibulocochléaire (VIIIème nerf crânien). La partie vestibulaire de ce nerf conduit les influx nerveux au niveau de la région vestibulaire, dans le plancher du IVème ventricule. Ces influx nerveux sont ensuite relayés soit vers

le cervelet, soit vers la moelle épinière pour les réflexes de posture. Les influx nerveux influencent ainsi la position de la tête et des yeux mais contrôlent aussi le tonus musculaire nécessaire au maintien de l'équilibre.
Le système vestibulaire permet donc le codage et la représentation des mouvements de la tête et du corps dans l'espace, le maintien de la direction du regard, et, un ajustement du tonus musculaire.

2.2.2 Embryogenèse et développement du système vestibulaire

Le système vestibulaire dérive de la même structure embryonnaire – l'otocyste – que le système auditif. Il se développe parallèlement à celui-ci avec cependant une avance maturationnelle de quinze à vingt jours.
A partir de la 7ème semaine in utero, les canaux semi circulaires et les otolithes se développent. Vers la 9ème semaine, ils sont reliés au système nerveux central par le nerf vestibulaire ce qui va stimuler le développement de ces structures réceptrices.

Chez le fœtus de fin de grossesse, des déplacements maternels passifs rythmiques type balancements lents et réguliers déclenchent des réponses cardiaques dans plus de 70% des cas (47). Les proportions de réponses croissent avec l'allongement de la durée du balancement.
In utero, les sensibilités tactiles et la sensibilité vestibulaire sont probablement souvent sollicitées en même temps. En effet, les changements de position du fœtus dans le liquide amniotique provoquent des réflexes toniques. Le vestibulaire est donc en lien avec le tactile dès la vie intra utérine.
Dans les premières années de vie du bébé, la mère a souvent recours à des bercements, parfois accompagnés de comptines pour apaiser, endormir rassurer son enfant. Les bercements sont donc gravés dans le système affectif et prennent un certain sens pour l'enfant.

2.2.3 Fonctions de ce système

Comme dit dans la première partie, le système vestibulaire permet un ajustement postural, un contrôle des mouvements et des actions sur le regard comme sa direction et sa stabilisation.

Les troubles de ce système peuvent aboutir à :

- des vertiges qui sont des sur-stimulations des canaux semi-circulaires entraînant des nausées, des pâleurs, des sueurs ainsi que la perte d'équilibre.

- un syndrome vestibulaire qui résulte du déséquilibre des influences vestibulo-spinales, responsable d'une modification de l'activation des muscles. Par exemple : la perte unilatérale des entrées vestibulaires provoquent une inclinaison de la tête et du tronc vers le côté lésé, une asymétrie du tonus musculaire ainsi qu'une détérioration des facultés de stabilisation de la tête. On retrouve ici, dans ce syndrome, les fonctions principales du système vestibulaire, à savoir une action sur la posture.

- une modification de la verticale visuelle due à des lésions vestibulaires unilatérales centrales. On retrouve dans ce cas, le lien entre le vestibulaire et les autres sens comme le visuel. En effet, la perception de l'érection de notre corps dépend du système vestibulaire mais aussi du système visuel. On sent que l'on se tient debout et on le voit par rapport aux autres objets. Le système vestibulaire est donc un codeur de gravité et de verticalité, mais il ne constitue pas cela à lui seul. Le thalamus et l'insula notamment sont aussi impliqués dans ce processus. Ainsi, le sens de la verticalité (aptitude de l'être humain à percevoir explicitement la direction de la verticale) est polysensoriel, avec le vestibulaire qui joue cependant un rôle non négligeable.

- une perturbation de la perception de la direction gravitaire due à des lésions vestibulaires bilatérales.

- une mauvaise perception et représentation de soi, de son corps, de son espace corporel et extra corporel : en effet, les sensations reliées à la position du corps entier et à ses mouvements dans l'espace amenées par le système vestibulaire, participent à la perception et la représentation de soi, de son corps. De plus, les déplacements relatifs à l'environnement, assoient, une meilleure connaissance de l'espace extra-corporel.

Une étude faite par BOTTINI et al. en 2005 a montré que chez douze patients cérébrolésés, une stimulation calorique vestibulaire (mettre de l'eau froide dans l'oreille), technique de bottom up, entraîne une amélioration comparable de la perception consciente tactile d'un stimulus (8).
Concernant le développement de l'équilibre : c'est une compétence importante dans le processus de maturation motrice d'un enfant, plus particulièrement pour l'acquisition de la marche. Le système vestibulaire joue donc un rôle dans le développement psychomoteur de l'enfant.
Enfin, le système vestibulaire est donc en lien avec beaucoup de systèmes sensoriels comme le visuel, le tactile.

2.2.4 Applications en clinique et avec le hamac

Le hamac, permet de nombreux balancements qui peuvent être associés à une recherche de stimulations vestibulaires ou une recherche des bercements de la mère.
Certains enfants sont en recherche de balancements, ils se servent du hamac comme d'une balançoire, s'assoient dessus et se balancent inlassablement. Or, les balancements impliquent obligatoirement une stimulation vestibulaire et donc procurent des sensations vives et fortes que certains enfants recherchent. Parfois, les balancements sont provoqués en début de séance, peut-être pour apporter un apaisement interne. Ils peuvent aussi être un moyen de se « couper du monde », et se concentrer sur soi. En ce sens, les balancements permettent de ne pas entendre ce qui est dit pour se concentrer exclusivement sur la sensation, comme un système de blindage.

Pour A. MONTAGU, le balancement « *augmente le rythme cardiaque, favorise la circulation, facilite la respiration et diminue le risque de congestion pulmonaire, stimule les sensations musculaires, et entretient un sentiment d'une relation étroite au monde* » (55). Le balancement aurait donc des bénéfices physiologiques dans un premier temps qui engrangeraient des réactions psychologiques.

Le hamac permet de soulager de la pesanteur, de soulager le sentiment de la gravité. Pour certains, il peut même amener un sentiment de flottement, comme dans le ventre de la mère.
Les mouvements oscillants provoqués peuvent aussi être mis en lien avec la maternité et le portage reçu. Le bercement rappelle sans doute le flottement ressenti dans le ventre maternel. En effet, le fœtus baigne dans le liquide amniotique et suit le rythme des mouvements de sa mère. Cet état entraînant le bercement voire l'endormissement dès la vie intra utérine. L'enfant, en se balançant, pourrait rechercher ces moments vécus qui auparavant l'apaisaient et le rassuraient.

Dans tous les cas, les balancements sont une régularité d'un rythme qui peut participer à l'éprouvé d'un sentiment de continuité. Ces va-et-vient continuels et rythmiques peuvent apporter une certaine réassurance au sujet.
Ces balancements peuvent être associés au plaisir mais aussi à l'instabilité. Le hamac n'est pas une structure stable au sens où dès que l'on bouge dedans il entraîne du mouvement. Or, cela peut être vécu de façon assez déroutante, d'où la pertinence d'utiliser un bloc sous le hamac pour le stabiliser lors des premières utilisations afin d'atténuer cet aspect de tournoiement, de tourbillon.
Les balancements sont assez présents dans la vie quotidienne. Par exemple, les montagnes russes, qui sont si attractives pour certains, peuvent être associées à une stimulation du système vestibulaire. Le rocking chair est, là encore, une possibilité de stimulation de ce sens. La musique, peut avoir les mêmes effets que les balancements du fait qu'elle reproduit des sons rythmiques. Elle peut aussi entraîner la danse, le tournoiement, qui stimule directement le vestibulaire.

Ainsi dès la période intra-utérine l'enfant est exposé en permanence aux mouvements et aux changements de postures de sa mère. Il semble que les mouvements rotatifs, les balancements et tournoiements apportent une grande stimulation vestibulaire au cerveau, l'aidant ainsi à mieux organiser et traiter les informations sensorielles contribuant à l'équilibre. Ces expériences précoces peuvent être reproduites plus tard par les activités de balancements : activités motrices centrées sur soi. Les bercements, par ailleurs, développent la motricité et l'équilibre de l'enfant.

2.3 Sensation, perception, et représentation

Ces trois notions sont graduelles : les sensations deviendront perceptions qui amèneront aux représentations. Les sensations permettent d'accéder à une représentation de son corps et de son identité mais aussi de son corps dans l'espace.

2.3.1 Sensation

La sensation est la première étape d'une chaîne d'événements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la représentation.

La sensation recouvre :

- l'extéroception, c'est-à-dire ce qui vient de l'extérieur. Principalement, les stimuli reçus par le toucher, l'audition, la vision, l'olfaction et la gustation.
- la proprioception qui regroupe les sensations de tension musculaire, de position corporelle et de mouvements d'équilibre, directement en lien avec le système vestibulaire.
- l'intéroception, c'est-à-dire ce qui vient de l'intérieur du corps. C'est donc la somesthésie végétative et les modalités sensorielles inconscientes.

La sensation est un phénomène passif qui traduit chez un individu une stimulation sensorielle ou externe d'un de ses organes récepteurs. La sensation est un des premiers modes de découverte et d'exploration de l'environnement. L'enfant passe par la sensation pour concevoir le monde qui l'entoure. Elle est donc le tout premier maillon d'une chaîne qui permet l'émergence d'une représentation. Or, sans représentation, toute sensation est subie, comme le nourrisson au début de sa vie.

2.3.2 Perception

La sensation arrive dans un système qui a vécu, qui a une mémoire. Or ce qui donne une couleur particulière à cette sensation, c'est la perception. La perception est une sensation colorée par le vécu de la personne. Elle dépend donc de l'état d'attention, d'écoute et de disponibilité.
La perception localise la sensation de façon focalisée ou panoramique en s'appuyant sur la représentation. On peut avoir une conscience de la globalité de notre être (perception panoramique), mais on peut aussi avoir une perception discriminative d'une sensation en particulier (perception focalisée).
La perception sensorielle est la perception « immédiate » que nos sens nous livrent, c'est une information directe. Par exemple, la perception tactile est la perception de sensations transmises par le toucher. Cette perception inclue donc du thermique, mais aussi de l'émotionnel (toucher intrusif, bienveillant, toucher froid, chaud…).

Selon les auteurs, la perception est plus ou moins innée. Pour certains on naît avec, pour d'autres, la perception se construit avec le temps et avec les stimulations.
Selon E. KANT et D. STERN, la perception est une structure innée, déjà présente à la naissance et qui appartient à la structure de l'individu.
D. STERN parle plus précisément de « *perception amodale* » c'est-à-dire que la perception n'est pas spécifique d'une modalité sensorielle (74). Pour lui, le nourrisson est pré-structuré au niveau du système perceptif, et c'est cela qui détermine la perception, pas un contact répété avec l'environnement. Grâce à cette cohérence qu'il effectue, le bébé pourra se saisir du monde sensoriel. Ainsi, les sensations vécues par l'enfant au début de sa vie deviennent grâce à ses capacités innées, des perceptions. Mais ces ressentis n'ont jusque-là aucune signification réelle pour lui. C'est par la relation à l'environnement de façon régulière, fiable que la compréhension et la mise en sens des perceptions va pouvoir se construire. Pour résumer, pour D. STERN, le bébé transforme les sensations qu'il subit en perception grâce à un système inné. Mais ces ressentis n'ont pas de sens, et c'est à ce niveau-là que l'environnement va jouer un rôle.
Pour J. PIAGET, la perception dépend des sensations, des stimulations auxquelles l'enfant a été soumis dans les mois suivants la naissance.
Pour H. BUCHER, le phénomène perceptif est d'abord un phénomène vécu à laquelle l'environnement confère une tonalité particulière, une intention qui joue un grand rôle.

- Proprioception

La proprioception désigne la perception, plus ou moins consciente de la position des différentes parties du corps. Font parties de la proprioception, les informations apportées par les fuseaux

neuromusculaires, les organes tendineux de Golgi et les récepteurs articulaires. Cela concerne principalement les forces exercées sur les muscles et les articulations, les positions de ces articulations etc.

La proprioception fait partie de la somesthésie, qui est la sensibilité du corps. Elle est sous la modalité de :

- La statesthésie qui est la position des membres ou des segments les uns par rapport aux autres. C'est une information statique.
- La kinesthésie qui est la sensation du mouvement permettant de localiser les différentes parties de notre corps et d'évaluer leur déplacement. C'est une information dynamique.

Le système vestibulaire, qui relate les accélérations et décélérations du corps et de la tête, permet l'émergence de la proprioception. La proprioception permet un ajustement postural et tonique, comme le système vestibulaire. Les deux s'influencent mutuellement.
En clinique, une immaturité proprioceptive fait apparaître le corps comme morcelé, ce manque d'unité étant souvent vécu de manière anxiogène. D'où l'intérêt de proposer un médiateur qui rassemble le corps pour ces personnes-là. Avec le hamac, le but est de faire en sorte que cette proprioception soit la plus consciente, que la personne se rende compte.

2.3.3 Représentation

La représentation conduit à la notion de schémas intériorisés et de connaissance de soi. C'est donc la capacité pour un individu de rapporter une perception à une situation du monde dans lequel il vit. C'est le stade le plus évolué dans ce triptyque. Le système de représentation va maturer en se nourrissant de sensations.
J-D NASIO dit « *toute sensation prégnante éprouvée est forcément représentée, elle va se graver dans la mémoire* » (57).
La représentation inclut donc la mémoire et le temps. Elle est subordonnée à la relation. En effet, toute représentation suppose au moins, un acteur et un spectateur. Ce travail sur la représentation va permettre au patient, de confronter son Moi au regard de l'autre. Ce que le patient éprouve dans ce travail, c'est sa facilité ou sa difficulté à être sous le regard de l'autre

2.3.4 Liens avec la clinique

L'évolution du triptyque est corrélée aux différentes étapes du développement psychomoteur. Les sensations permettent la régulation du tonus chez le nourrisson. Les sensations et les perceptions venant à la fois du bébé et de son environnement, participent à la construction d'une enveloppe, aux conduites d'exploration et au développement cognitif. Finalement, les représentations participent à l'élaboration du schéma corporel, à l'intersubjectivité et à l'accès au symbolisme.

Ce sont donc trois notions importantes en psychomotricité, si l'enfant perçoit des sensations mais qu'il ne peut pas se les représenter, nous pourrons observer un développement psychomoteur entravé.

3. Le hamac : un portage contenant et sécurisant

3.1 Le hamac

3.1.1 Définition

Le mot « *hamac* » vient de l'espagnol mais est à l'origine un mot taïno (ethnie amérindienne). Les premiers hamacs étaient tissés avec de l'écorce de l'arbre de Hamack, d'où son nom « *hamaca* ».

Un hamac est une toile ou un filet suspendu classiquement entre deux points d'ancrage, destiné à dormir ou à se reposer. Il peut être individuel ou familial. Il existe différents types de hamacs comme la chaise-hamac, le hamac plus classique ou le hamac à barre qui est plus instable mais plus ouvert permettant des positions diverses. De plus, il existe différents types de tissage de hamac : en coton, en filet, tressé…

Dans la pensée occidentale, le hamac est plutôt considéré comme un objet insolite, réservé aux lieux de vacances. C'est donc un objet empreint de la notion de détente. Il apparaît comme un élément qui octroie un moment d'isolement, coupé du monde, et peut même créer une bulle hors du temps pour certains.
Si dans notre culture, le hamac reste relativement cantonné à l'extérieur, en Amérique centrale, les hamacs sont très courants dans beaucoup de maisons. En Amérique du Sud, il est aussi très présent, en particulier chez les nomades vivant dans les forêts tropicales, mais aussi chez la population brésilienne en raison de son faible coût et de son faible espace utilisé. Le Syndicat des producteurs de hamac de l'Etat du Ceara au Brésil a fait des statistiques datant de 2002 relatant que 70% de la population en campagne dormait en hamac, contre 30% en ville. On voit apparaître ici une utilisation différente selon l'environnement, et pas seulement selon les cultures.

En Amazonie, les indiens l'utilisent afin de ne pas être au contact du sol et envahis par les insectes. Ils sont composés de divers matériaux et leur qualité dépend surtout de la forme de la maille et de la quantité de fil utilisé. Les hamacs sont essentiellement fabriqués dans les villages autour de la ville de Mérida au Mexique et sont parfois appelés « berceaux des Dieux ».

3.1.2 Histoire du hamac et ses différentes utilisations

« *Les gens dorment dans des filets entre deux arbres* » s'étonne Christophe COLOMB lors de la colonisation. Ainsi, le hamac a été rapporté, dans nos sociétés, des Bahamas par Christophe COLOMB vers la fin du XVème siècle mais existait depuis de longues décennies. Il a séduit

essentiellement les marins à l'époque pour de nombreuses raisons. En effet, le hamac permet de dormir dans un certain calme, une partie des mouvements des navires étant absorbés par les cordages. En cas de forte houle, les marins ne tombent plus de leur couchage et les bercements contrôlent le mal de mer. De plus, le hamac permet de gagner de l'espace du fait de son aspect compact.
Le hamac était surnommé « branle » par les marins qui pouvaient l'utiliser pour dormir sur le pont. Le branle-bas était le signal donné le matin, à la suite duquel les couchages devaient être décrochés. Le « branle-bas de combat » était l'ordre émis en cas d'attaque du navire afin d'en dégager le pont (d'où l'expression).
Dans la marine, les hamacs étaient aussi utilisés pour le transport des blessés sur mer selon l'article *Hamac pour le transport des blessés sur mer*, dans Bulletin International des Sociétés de la Croix-Rouge n°25, 1894. Mais, dans la marine française, le hamac est définitivement remplacé par les couchettes au début des années 1970.

Actuellement, c'est un objet qui peut être utilisé pour des sorties randonnées par exemple, du fait qu'il soit léger, compact et pratique. On le voit généralement en plein air et pour des activités de décompression, pourtant, il est aussi adopté dans le soin, en néonatalogie notamment. Effectivement, les bébés naissant prématurés, sont souvent très sollicités visuellement et auditivement mais au niveau du portage c'est assez compliqué puisqu'ils sont souvent alités. C'est pour cela que dans certains services, les hamacs sont utilisés pour recréer des stimulations vestibulaires, stimulations qui étaient très prégnantes in utero. Le hamac permettrait aussi de réduire les plagiocéphalies du fait qu'il offre une grande surface de contact, préservant l'intégrité cutanée.

3.2 Rigidité du hamac et solidité interne

Le hamac porte en lui un aspect dichotomique car il paraît très lâche, non stable, vu de l'extérieur et pourtant, une fois que l'on est à l'intérieur, ce qui est prédominant est la sensation du tissu très tendu, présent tout autour de nous. Par la tension de son tissu, le hamac induit une solidité, une rigidité apportant un portage qui fait ressortir l'aspect solide du corps, le « dur » ; sensation particulièrement recherchée chez les personnes atteintes de Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) mais aussi atteintes de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Ces accrochages à la sensation dure du corps peuvent être reliés à un défaut de perception d'une consistance tonique. En effet, nous n'avons pas d'afférence sensorielle de l'os, donc pas de sensation interne de dur et solide, il faut nécessairement un mouvement extérieur pour sentir. La sensation de solidité, de tenue, de consistance est une expérience du tonus. Or, le hamac moule le corps du sujet, il prend la forme de celui qui se glisse à l'intérieur, en cela il dessine les contours du corps et constitue une

enveloppe rigide apportant cette sensation de dur, sensation que « ça tient », sensation d'avoir un axe.

Le hamac peut être mis en lien avec la balnéothérapie qui porte et enveloppe aussi le corps mais qui n'amène pas cet aspect de solidité étant donné que c'est un environnement flottant. Le parallèle peut aussi être fait avec la méthode du « pack » ou « packing » qui enveloppe, contient le patient mais justement sans peut être pouvoir faire naître le mouvement, or dans le hamac, le sujet peut changer de positions.

Quand le sujet ne se sent pas solide, sécure, le projette-t-il sur le hamac en pensant que le hamac ne tient pas ? La sécurité interne fait-elle écho à une angoisse de lâchage ?

Tout d'abord, il semble pertinent de parler d'une distinction qui existait jusqu'au début du XXème siècle entre la sécurité et la sûreté. Tout ceci est inspiré d'une conférence de D. ROBIN dans le cadre d'un colloque sur l'attachement en mai 2011 à Charleroi (39).
La sécurité désigne un sentiment, la croyance que l'on est à l'abri de tout péril tandis que la sûreté est ce qui caractérise toutes les garanties objectives de protection. Par exemple dans un lieu commun, on peut se sentir en sureté car on sait que le bâtiment ne va pas s'effondrer et pourtant ne pas se sentir en sécurité car on pense que l'on va être persécuté. Autre exemple : dans une grosse voiture, on peut se sentir en sécurité car la voiture est haute mais la sureté n'est pas forcément présente car on peut tout de même avoir un accident de la route.
La sureté est en lien avec des aspects plus objectifs tandis que la sécurité est en lien avec des affects internes.

La sécurité repose sur la qualité de contact avec l'entourage. La sécurité est de l'ordre d'une représentation interne que l'on peut avoir. Ce n'est pas un état stable mais plutôt un processus. Il s'agit par moment de se sentir suffisamment en sécurité pour aller la tester, se mettre dans des situations un peu plus insécures pour finalement en tirer une plus grande sécurité. Par exemple, les conduites à risque des adolescents : les adolescents éprouvent le besoin de mettre leur sûreté en danger mais pour renforcer leur sécurité. Il faut pouvoir démontrer sa valeur, la prise de risque est une valeur pour renforcer l'estime de soi. Or cette estime est ce qui assure le plus le sentiment de sécurité interne.

Mais comment se développe la sécurité ?

La première condition est le fait d'être porté, tenu, en rapport avec une des seules peurs innées qui est la peur de la chute, peur de perdre un appui. D. ANZIEU, « *la sécurité de base consiste en l'acquisition de la maintenance (adossement à un axe vertical porteur et solide)*» (2). Le sentiment

de sécurité s'étaye sur une maintenance, une permanence de portage. Bien évidemment, il convient ici d'élargir la question du portage à une question d'intersubjectivité : le portage est aussi bien physique que psychique comme on l'a vu précédemment. L'enfant est en recherche de proximité mais a aussi tendance à aller découvrir son environnement, à s'éloigner.
Or les processus d'attachement, lorsqu'ils se passent bien, permettent un équilibre entre les deux, en produisant de la séparation. Être bien attaché permet de bien se détacher, mais bien se détacher permet de rester en lien. On retrouve l'idée de la prise de risque dans cette dialectique entre sécurité et insécurité qui se renforcent jusqu'à permettre d'être un individu suffisamment individué et sécure.

Mais quand la figure d'attachement est insécure on s'aperçoit que l'enfant ne peut pas se détacher, il n'y a pas de possibilité d'installation de la dialectique entre attachement et détachement. Le bébé non sécurisé cherche à être rassuré, or pour cela il va chercher le contact de la personne ressource même si cette personne est insécurisante pour lui. Ceci a été mis en évidence par H.F. HARLOW avec ses expériences sur les singes : il a mis en place un attachement entre un singe et un mannequin de fourrure or dès que le singe s'approche de ce mannequin, ce dernier lui envoie de l'air pulsé (ce que les singes détestent). H.F. HARLOW observe que plus le singe est insécurisé et plus il s'accroche au mannequin. Bien avant lui, R. DESCARTES avait déjà fait un lien entre insécurité et désespoir.

La relation d'attachement permet à l'enfant de trouver ou non en sa mère une base de sécurité, et au travers de cette relation, il va intérioriser une sécurité de base. Cette fonction de portage, à l'origine d'une sécurité, va nous accompagner toute la vie. Nous sommes portés psychiquement par l'autre toute notre vie.
Cette relation entre portage et sentiment se retrouve au sein de la langue française par l'expression « comment vous portez-vous ? ». Le fait de se porter, d'être porté est mis en lien avec la santé, le fait d'être bien.

Par ailleurs, la deuxième condition pour l'émergence de la sécurité est la continuité, la permanence, la stabilité et la disponibilité. L'enfant introjecte le bon, le sécurisant qu'apporte son entourage pour pouvoir se le construire intérieurement. C'est donc en présence de l'autre que l'enfant va pouvoir instaurer une sécurité interne.

La sécurité interne est donc bien en lien avec les angoisses de chutes, de perdre un appui, ce qui se transposerait sur le hamac par une angoisse de lâchage. Ainsi, le portage est en rapport avec la sécurité interne. Il est donc nécessaire de revivre des expériences dans le champ de l'archaïque pour acquérir « *le sentiment minimum d'une sécurité de base dans [son] propre corps* » d'après D. ANZIEU (3).

Pendant la vie utérine, la position de repli fœtal, le dos collé à la face interne de l'utérus, va constituer autour et au long de la colonne une surface de contact et de soutènement. Du fait de la néoténie de l'enfant, la fonction maternelle va comporter une grande part de contact porteur et enveloppant indispensable. La seule peau contenante et limitante ne suffit pas, la dimension relationnelle est indispensable. La fonction de contenir le bébé va donc lui permettre de lier la surface de contact – sa peau – à la sensation de sécurité et créera la base de la future fonction contenante intégrée à son moi. PERLS écrit « *la sécurité c'est la confiance en un soutien ferme, confiance qui proviendrait de l'expérience précédente qui a été assimilée du développement qui a été accompli sans situation inachevés […] l'individu en sécurité ne le sait jamais, mais sent toujours qu'il peut la risquer et qu'il saura répondre* » (23).

3.3 Une enveloppe qui tient, retient et surtout contient

Le fait de se sentir contenu par le hamac qui entoure permet une constitution d'une enveloppe corporelle et psychique en lien avec la contenance.

3.3.1. La fonction enveloppe, fonction contenante

« *La fonction-enveloppe est une fonction de contenance qui consiste à contenir ou transformer* » selon A. CICCONE (19).
R. KAES distingue la fonction contenante qui est la fonction de réceptacle et de maintien, de la fonction conteneur qui est la fonction de transformation à proprement parlé (43). Cependant d'autres auteurs associent les deux. Dans tous les cas, la contenance implique un réceptacle qui ensuite transforme.

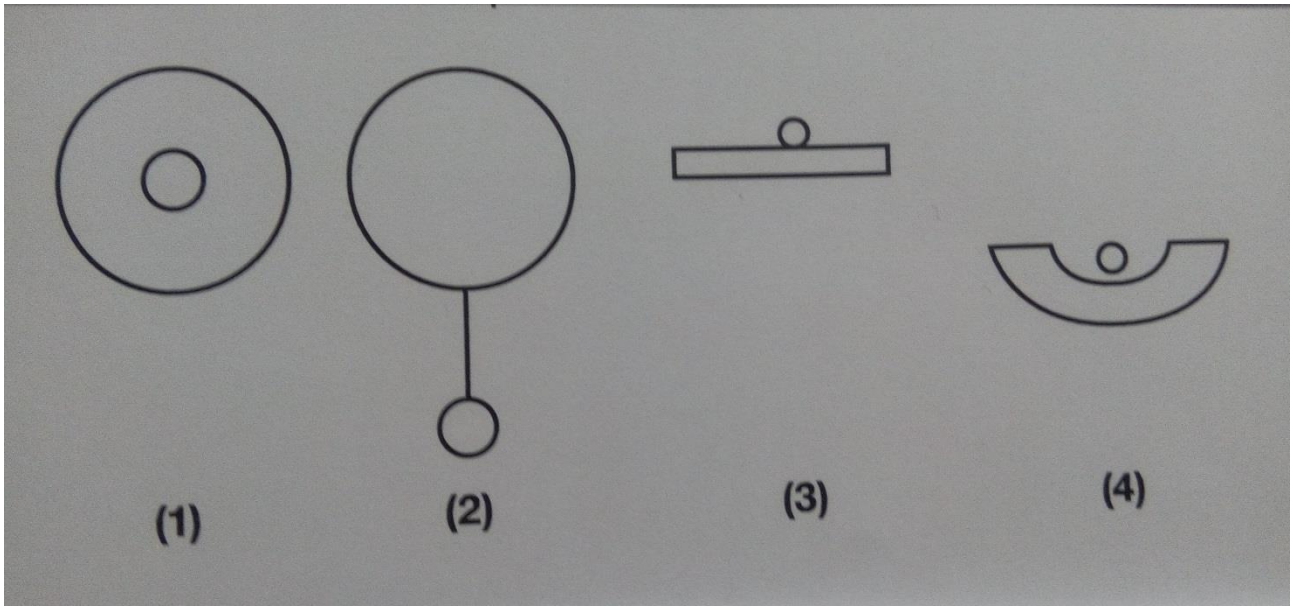
Le sentiment d'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. Il suppose différentes conditions :

- Des qualités de l'objet contenant comme le portage, le soutien, le holding.
- La sollicitation : le parent qui, par sa fonction conteneur (selon R. KAES) ne doit pas seulement répondre aux besoins mais doit les transformer pour protéger le bébé de la désorganisation.
- La rythmicité des expériences qui participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité et de permanence.

La fonction contenante est une fonction maternelle précoce nécessaire au bon développement de l'enfant. Elle évoque l'idée de soutien, de contrôle, de matrice et permet au bébé d'acquérir une représentation de son corps comme un tout unifié et cohérent. Ce vécu de la contenance est le support de l'expérience mentale et son intégration est nécessaire pour une bonne évolution psychique.

R. PRAT, qui a évoqué les modifications de la position maternelle, propose quatre axes concourant à la fonction de contenance schématisés par la figure n°2 (62) :

Figure n°2 : **les différentes positions maternelles selon R. PRAT**
Extraite de DECOOPMAN F., (2010) "La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute" dans *Gestalt n°37*



- Une position englobante in utero (n°1 sur l'image n°2) : en effet, le bébé est entièrement soutenu, contenu, enveloppé sans discontinuité.

- Un objet de dépendance (n°2) : quand le bébé entre dans le monde de la pesanteur, il est suspendu à un fil qui le rattache à sa mère (R. PRAT parle de « *cordon ombilical psychique* »). Il n'est plus contenu et a besoin d'être pris dans les bras, de sentir ses limites pour l'empêcher de tomber, d'éclater en morceaux symboliquement. A cette étape, la mère est un objet de dépendance pour l'enfant car il ne peut vivre sans elle. Il s'agit ici pour la mère de l'empêcher de tomber, de s'éparpiller plutôt que réellement le porter et le tenir.

- Un support (n°3) : la mère est un support constituant un appui par en dessous dans une « *tenue-support solide* ». Cette expérience est faite quand la mère le prend dans les

bras par exemple.

- Pour finir, la mère acquière la fonction de contenance avec toutes ses variations possibles (n°4) : du contenant plus ou moins solide à la symbiose pathologique. Il s'agit là de tenir ensemble dans une idée d'envelopper et d'englober. Pour R. PRAT c'est l'idée de prendre ensemble, de comprendre afin de pouvoir y donner du sens et le restituer.

3.3.2 D'une enveloppe physique vers une enveloppe psychique

Tout ce qui est psychique se développe en constance référence à l'expérience corporelle, ainsi le Moi se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile. Lors de la tétée et des soins, le bébé est tenu dans les bras de sa mère, le corps enveloppé ou stimulé différemment suivant les soins donnés. Tout cela conduit progressivement l'enfant à « *différencier une surface comportant une face externe et une face interne, distinguant le dehors et le dedans, et un volume dans lequel il se sent baigné. Cette surface qu'il nomme interface et ce volume donnent à l'enfant la sensation d'un contenant* » selon A. DUCRET (26).

- Selon D. ANZIEU :

Pour parler de la contenance, il paraît essentiel de citer l'auteur de référence dans ce domaine : D. ANZIEU qui a beaucoup théorisé cette question au travers de son concept de Moi-peau (3). Pour lui, « *la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau* » (3).
M. LACOMBE avait déjà parlé d'un concept de moi-peau en 1959 dans un article s'intitulant *Du rôle de la peau dans l'attachement mère-enfant* mais sans le détailler davantage.

Le Moi-peau se pense comme enveloppe psychique, cutanée, limite et interface du Moi et du non Moi. Il correspond à une expérience corporelle et tactile fondamentale : tout comme la peau limite, protège et contient le corps, le Moi-peau est un espace fermé par une limite assimilable à une peau psychique différenciant deux espaces séparés : l'intérieur et l'extérieur de l'espace psychique. Cette enveloppe protège de l'extérieur, filtre les expériences vécues du dehors au dedans.

Dans les premiers temps de la vie, le Moi est comme la peau. Le Moi-peau désigne une représentation dont le Moi de l'enfant se sert pour se représenter lui-même, à partir de sa propre expérience de la surface du corps. Effectivement, c'est au travers du toucher et d'expériences

corporelles que la peau est perçue comme un sac qui retient le bon à l'intérieur. Cela amenant l'enfant à une représentation d'une peau psychique (le Moi-peau) dont la fonction et l'organisation sont assez analogues à celles de la peau « réelle ». Il s'agit pour l'enfant, d'acquérir un sentiment d'enveloppe, fondant la possibilité même de la pensée.
Donc, le Moi-peau est avant tout basé sur un ancrage corporel qui permet, par la suite, la formation d'une enveloppe psychique. Au fur et à mesure, on peut dire que la peau se psychise.

D. ANZIEU a parlé de neuf fonctions du Moi-peau qui s'étayent sur les diverses fonctions de la peau. Ces fonctions ont été reprises dans un article de D. LABALETTE dont je me suis inspirée (45) :

- La fonction de maintenance du psychisme : la peau permet de soutenir le squelette et les muscles. Le Moi-peau permet une maintenance au travers du portage, du holding.

- La fonction de contenance : comme la peau qui recouvre la surface entière du corps. Le Moi-peau est un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein. Il associe cette fonction à tout ce qui est de l'ordre du soin, du handling.

- La fonction de pare-excitation : comme la peau qui protège l'organisme. Le Moi-peau représente une barrière psychique qui filtre les excitations et qui évite les débordements par les différentes stimulations reçues. Le Moi-peau est, en ce sens, un régulateur par rapport aux informations qui viennent de l'extérieur, mais aussi ce qui vient de l'intérieur.

- La fonction d'individuation du Soi : comme les cellules de la peau qui différencient les cellules des corps étrangers de celles non étrangères pour assurer l'individualité de la cellule. La Moi-peau apporte le sentiment d'être unique, d'avoir sa peau personnelle.

- La fonction d'intersensorialité : c'est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures, c'est la co-modalité qui fait accéder à une unification des perceptions.

- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : comme la peau fait l'objet d'investissement libidinal par la mère, le Moi-peau configure une enveloppe d'excitation sexuelle globale en localisant des zones érogènes et permet la reconnaissance de la différence des sexes. Par les soins corporels procurés,

l'enfant fait l'expérience des plaisirs de la peau.

- La fonction de recharge libidinale : le Moi-peau permet le maintien de la tension énergétiques interne et permet d'éviter les surcharges d'excitation ou se épuisement. Le Moi-peau va maintenir la tension énergétique interne.

- La fonction d'inscription des traces sensorielles : comme la peau va fournir des informations directes sur le monde externe, « *le Moi-peau est le parchemin qui conserve les traces cutanées d'une écriture originale préverbale, écriture de communication* » (45).

- La fonction toxique, négative d'autodestruction, d'attaque des liens : comme les cellules qui lors des phénomènes auto-immuns attaquent un organe du corps non malade, le Moi-peau peut ronger et détruire la continuité en altérant ses fonctions. D. ANZIEU explique que le Moi-peau peut être au service des pulsions de mort.

Cette notion d'enveloppe corporelle psychique considère la peau non seulement comme une métaphore psychique mais repose également sur les fonctions réelles physiologiques de la peau. La peau qui, elle aussi, enveloppe comme un sac le corps, reçoit les impressions cutanées, les traduit et donne des informations sur la qualité du portage maternel. Ainsi, la peau et le Moi-peau ont de nombreuses fonctions similaires, même si le Moi-peau reste une conception, une imagination.
Cependant, les mises en correspondance que propose D. ANZIEU semblent parfois un peu trop analogiques, et donc quelque peu animistes (enveloppe psychique et fonction contenante).

- Selon W. BION :

En 1952, W. BION (7) a construit son modèle du « contenant-contenu » et de fonction contenante. Pour lui, l'expérience chaotique, confuse et archaïque que vit le bébé dans les premiers temps de sa vie nécessite la présence d'un contenant. Ce contenant doit pouvoir accueillir et transformer cette expérience brute et très sensorielle en éléments pensés et pensables. Le contenant donne forme aux éprouvés corporels du bébé. Le contenant-contenu est ainsi introjecté par le bébé jusqu'à ce qu'il puisse de lui-même penser et avoir son propre appareil à penser. Le contenant n'est donc pas un récipient qui engloberait tout ce que l'enfant projette et expulse. Le contenant est sans cesse en relation, il reçoit des informations qu'il re-transcrit, détoxifie dans une forme de boucle retour, d'aller-retour permanent.

- Selon E. BICK :

A la suite de W. BION, E. BICK reprend l'idée de contenant-contenu en décrivant la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé qu'elle nomme « *enveloppe psychique* ». Elle montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant (éprouvé comme une peau) auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. « *Le besoin d'un objet contenant apparaît comme la recherche effrénée d'un objet qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité »* (23). L'objet contenant permet de rassembler, de faire tenir ensemble les parties du psychisme.

Par ailleurs, lorsque cette expérience de rassemblement fait défaut, le bébé s'accroche à des sensations qui maintiennent provisoirement l'illusion d'un rassemblement. E. BICK décrit chez ces personnes la formation d'une seconde peau, substitut d'un contenant-peau défaillant. Vu que le contenant fait défaut, l'individu doit trouver autre chose pour se sentir contenu, rassemblé et unifié : c'est la seconde peau. Cette dernière peut être de nature musculaire, motrice comme un raidissement du corps, une forme de « carapace tonique » ou une agitation permanente ayant pour but de protéger des angoisses primitives. Cette carapace tonique ou hypertonie peut être mise en lien avec ce que REICH appelle « la cuirasse musculaire ».

Pour E. BICK, dans les formes les plus primitives, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucun lien entre elles amenant à de angoisses massives. Elle a mis en évidence les terreurs auxquelles est soumis le nourrisson lorsque le sein lui est enlevé, conduisant à des angoisses de morcellement notamment.

Quand on tient un enfant physiquement, il sent ses limites corporelles. Cela lui permet, sur le plan psychique, de se construire un monde interne capable de retenir à l'intérieur toutes les bonnes choses que l'on prend à l'extérieur, ce qu'on appelle l'introjection. C'est le fait que les bons objets de l'extérieur puissent passer au niveau fantasmatique au dedans, et être gardé.

3.3.3 Pathologies et troubles en lien avec cette fonction

Du point de vue de la cohérence du sujet, toute atteinte de l'enveloppe corporelle ou psychique risque d'entraîner une confusion entre le monde interne et externe mais aussi entre le monde psychique et le monde réel. En effet, comme vu précédemment, le Moi-peau ou enveloppe psychique instaure une dichotomie entre deux espaces : le dedans et le dehors. Il semble donc logique qu'un défaut d'enveloppe puisse avoir des répercussions sur cette limite.

Souffrir d'un trouble de contenance c'est perdre les limites du Soi, perdre la cohérence des morceaux qui le constituent, perdre le sentiment d'identité et d'unité. Là encore, du fait que l'enveloppe et la fonction contenante apporte de la cohérence et de l'unité il en découle cette affirmation.

Le sentiment d'enveloppe est avant tout une fonction et ne peut être réduit simplement à la configuration d'un contour. Effectivement, A.M. LATOUR précise « *qu'il ne suffit pas d'avoir une peau tout autour pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer, et des orifices corporels pour se vivre capable de maitriser et apprécier les échanges avec son environnement. Le sentiment d'être est cette part imaginaire qui doit s'intriquer avec la somatique propre à chaque individu* » (46). C'est n'est pas simplement la métaphore de l'enveloppe qui est détaillée ici mais aussi l'idée d'un sentiment d'être, permis grâce à un objet interne support.

Avec le hamac, le sujet est dans un espace sécurisant, que certains vont jusqu'à nommer « la bulle ». Le hamac couvre le sujet, telle une deuxième peau en essayant de recréer l'illusion d'une enveloppe commune, d'une peau unifiée et amenant à revisiter les premières sensations de contenance.

3.4 Une fois le corps délimité : l'axialité et la spatialité peuvent se déployer

Être entouré, délimité par quelque chose vient aussi faire écho aux limites corporelles entre le dedans et le dehors : par conséquent, ce qui est dans le hamac (le sujet) et ce qui est en dehors du hamac (le psychomotricien par exemple). Il convient aussi de ne pas oublier la différenciation devant-derrière au moyen de massages avec des balles sur le dos de la personne. Le hamac permet l'accès à un espace corporel, péri-corporel et environnant ainsi qu'à une orientation spatiale du corps. Or, « *l'espace du corps a une certaine étendue dans l'espace ce qui implique déjà la perception spatiale. L'espace du corps ne veut strictement rien dire s'il n'y a pas d'espace extérieur* » d'après P. SHILDER (70).

3.4.1 Le rassemblement du corps en lien aux schèmes moteurs

Les schèmes neuro-moteurs ont une progression qui n'est pas linéaire mais qui procède par vagues se chevauchant. Les schèmes se développent de la tête au pied (loi de développement dans le sens céphalo-caudal) et des articulations ou musculatures proximales vers les articulations ou musculatures distales (loi de développement dans le sens proximo-distal).

On distingue différents types de schèmes moteurs :

- les schèmes spinaux qui concernent la colonne vertébrale et permettent une différenciation de l'avant et de l'arrière.
- les schèmes homologues qui permettent de différencier le haut du bas du corps.
- les schèmes homolatéraux qui permettent une différenciation droite – gauche.
- et enfin les schèmes controlatéraux qui permettent une différenciation des quatre quadrants du corps.

A la naissance, on note une immaturité neuro-motrice du bébé qui le place dans un état tonique particulier : une hypotonie du tronc et une hypertonie des membres. En effet, les muscles fléchisseurs des membres sont plus toniques que les extenseurs, et en parallèle, les muscles du dos sont hypotoniques. Cette bipolarité tonique primaire entraîne une flexion des membres sur le tronc et un enroulement du dos en avant. Le bébé est ainsi, dès sa naissance, inscrit dans un programme moteur inné universel.

S. ROBERT-OUVRAY distingue trois schèmes organisateurs de base qui sont : l'enroulement fondamental, l'axialité (et la symétrie) ainsi que les coordinations. Le schème d'enroulement aussi appelé regroupement ou rassemblement est plutôt dominant lors des premiers mois de la vie. Après la naissance, aux prémices du développement sensori-moteur, la posture première qui contribue au sentiment de continuité du bébé est la flexion regroupée ou position fœtale. Le mouvement d'enroulement, est une position naturelle du bébé du fait qu'il l'ait expérimenté in utero, avant la naissance. Il repose, au niveau musculaire, sur une chaine antéro-médiane qui définit le dedans du dehors.

L'enroulement est une position de rassemblement, d'unification tant bien sur le plan physique que psychique. Cette position permet d'être dans une préoccupation de soi, préoccupation narcissique de par le rassemblement autour de son centre : la zone ombilicale. La notion de rondeur qu'apporte cette posture permet à l'enfant de construire son centre corporel. L'enroulement centre aussi autour de la bouche et du ventre *« [qui] reste longtemps pour l'enfant et certains adultes, le lieu de souffrances corporelles et affectives* » d'après S.ROBERT-OUVRAY (67). Au niveau du tonus, l'enroulement engage le corps dans une hypotonie, on est plutôt sur un versant mou.
S. ROBERT-OUVRAY insiste sur le fait qu'il faut préserver cette position chez le petit car elle apporte de la réassurance. D'ailleurs, avant de porter un enfant, elle préconise de l'enrouler sur lui-même pour ensuite le décoller du sol. Cela aide l'enfant à vivre ce soulèvement de manière plus sécurisée. En néonatalogie, les manœuvres contenantes, qui rassemblent le bébé donnent lieu à une limitation du stress, à une minimisation des états d'excitation, à une sécurisation lors des

changements de position et à une libération des compétences sensorimotrices et relationnelles.

Ce mouvement est fondamental pour pouvoir accéder au redressement, à la verticalité. L'enroulement ou la flexion est la position antagoniste de l'extension, or c'est au travers de ces deux positions que va pouvoir s'établir la verticalité. « *La verticalité [….] s'exprime entre deux pôles : les pieds sur terre et la tête dans les étoiles* » selon A. SERVANT-LAVAL & S. ROBERT-OUVRAY (71). Cette citation marque l'importance d'un juste dosage entre flexion et extension pour acquérir la station debout.
La respiration tonique engage un aller-retour entre l'extension et l'enroulement de manière physiologique. Un enfant ne doit ni être toujours dans l'enroulement, ni être toujours dans l'extension. Il faut qu'il puisse passer de l'un à l'autre. Une fois que cet équilibre entre enroulement et extension est trouvé, l'enfant acquière « *l'espace du buste* » selon A. BULLINGER qui conduira plus tard à l'espace environnant grâce à la marche.

Ainsi, la phase de regroupement paraît essentielle notamment pour :

- L'organisation générale de la motricité
- Le modelage articulaire (en particulier des hanches)
- La respiration (les abdominaux étant des antagonistes puissants du diaphragme)
- Le schéma corporel : car le regroupement permet l'intégration des membres inférieurs et une coordination entre le haut et le bas du corps. Tout ceci concourt à une première unification des sensations corporelles et à un corps articulé à l'espace. S.ROBERT-OUVRAY ajoute que « *l'intégration du schéma corporel est une suite d'intégration de petits enroulement qui vont se coordonner les uns avec les autres pour former une totalité ».*

B. LESAGE rajoute que l'enroulement « *est lié au remplissage, qui confère une sensation, une certitude d'exister, d'être là, indépendamment de l'action, et que l'on peut associer à un narcissisme fondamental »* (49). Lorsque le bébé a été rassasié et qu'il n'a plus faim, il se met souvent en position d'enroulement, de repliement. Cette sensation est donc en lien avec une sensation à ce moment précis, et elle serait associée à un narcissisme fondamental ou primaire.

3.4.2 L'enroulement fait saillir un squelette interne et une axialité

A. THOMAS & A. BULLINGER constatent que « *dans l'ordre phylogénétique, les vertébrés ont été d'abord un axe, avant d'être pourvus de membres* » (15). Dans cette définition, l'axe est considéré comme la colonne vertébrale, véritable point d'ancrage pour le déploiement futur des membres.

Toutefois, l'axe corporel n'est pas qu'anatomique, il est aussi un sentiment de tenue intérieure.

Pour reprendre la théorie de S.ROBERT-OUVRAY, le deuxième schème moteur de base est l'axialité : le corps a un axe de symétrie qui vient l'organiser en deux côtés, deux parties semblables avec une ligne médiane qui réunit centralement la colonne vertébrale, le nez, la bouche, le nombril, les organes génitaux. Or le rassemblement qui va permettre de faire passer d'un corps en deux parties à un tout relié qui tient bien autour de son axe.

L'axe corporel ne se base pas sur une sensation osseuse du fait qu'il n'y a pas d'afférence sensitive de l'os. La prise de conscience de l'axe corporel va donc être un éprouvé grâce au tonus musculaire puis par la mise en mouvement du corps.

- La notion de squelette interne

Le squelette interne peut être pensé comme une sensation d'être tenu à l'intérieur par quelque chose de dur et solide qui donne un sentiment de sécurité et d'identité. Certains auteurs préfèrent parler de charpente interne pour éviter la confusion avec le squelette anatomique.

On ne peut pas être juste une enveloppe, un sac, sans rien à l'intérieur qui tienne le tout. Le squelette interne fait de l'organisme un lieu habité. Cette sensation interne s'étaye sur les sensations toniques en elle-même et aussi avec l'introjection du regard de la mère. Ce « tenu dedans psychique » se localisera ensuite sur la construction d'un fond corporo-psychique qui porte et retient les expériences et leurs significations. C'est là que se constitue la formation d'un objet d'arrière-plan c'est-à-dire d'un espace quelque part en soi qui garde et contient les idées.

J. SANDLER en 1960 parle « *d'arrière-plan de sécurité* » qui peut se rapprocher du concept de sécurité interne détaillée plus haut. J. GROTSTEIN en 1981 désigne l'intériorisation des bras maternels qui soutiennent le dos du bébé par l'arrière-plan. Enfin, G. HAAG insiste sur l'intériorisation de la présence d'arrière-plan qui s'effectue essentiellement à travers le regard. C'est par l'échange pénétrant des regards, que s'intériorise la tenue du dos et que se construit la sécurité du dos.

Le squelette interne sera comme un point d'appui représentatif permettant l'individuation et rendant possible les activités instrumentales. Le fait de se sentir tenu, solide intérieurement permet de s'autonomiser, de s'individualiser. Ainsi, être dans son axe c'est pouvoir mettre à profit le passé pour se projeter, aller de l'avant avec une base bien solide que l'on garde en arrière (dans le dos).

Au niveau pathologique, on voit souvent des patients qui ne tiennent pas leur axe et d'autres qui s'y cramponnent désespérément. Les premiers donnent l'impression de ne pas habiter leur corps et les autres semblent inaccessibles, comme réfugiés ou enfermés dans une défense rigide. On peut aussi penser que si l'axe interne n'est pas bien intégré, le patient va chercher à compenser ce solide interne manquant par du solide externe en mettant en place une hypertonie de compensation.

- Le concept d'axe psychomoteur :

A. SERVANT-LAVAL & S. ROBERT-OUVRAY échafaudent cette idée d'axe psychomoteur comme étant une base narcissique psychomotrice. Il est considéré comme la structure psycho-corporelle qui tient et soutient notre être érigé. C'est « *la capacité à se tenir seul debout dans son espace psychique* » (71).

Les conditions d'intégration de l'axe psychomoteur :

- Une sécurité émotionnelle dans les soins, une sécurité affective
- Une richesse d'un bon dialogue tonique avec interpénétration des regards
- Une motricité libre
- Un vécu émotionnel détoxifié grâce à la fonction de pare-excitation de l'enveloppe qui filtre
- Un passage vers le « père rachis » lié au redressement, à la possibilité de découverte de l'espace en opposition avec la fonction de mère maternante centrée sur l'enveloppement, la centration du soi et l'enroulement.

Pour finir, l'axialité peut être abordée comme un processus de structuration du corps dans l'espace. L'intégration de l'axe du corps va se faire dans un travail de coordinations qui relient les polarités de l'espace : mouvements de torsion, d'enroulement/déroulement, mouvements en avant et en arrière etc. Le travail sur les plans intègre donc l'axe et permet au sujet de se situer, de construire un invariant, un point de départ d'une organisation spatiale de la posture et du geste ainsi que de l'espace environnant.

3.4.3 Conscience de l'axe et conscience corporelle qui amènent à la spatialisation

La structuration du corps permet la perception et la construction de l'espace. Cet axe, est au centre de ce que R. LABAN appelle la « *kinesphère* ». C'est à partir de l'axe central du corps qui donne des repères que peut émerge la symbolisation d'un espace personnel, corporel, péri-corporel et lointain.

La structuration spatiale permet de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace est donc un cadre de référence à nos sensations, perceptions, mouvements, gestes. L'enfant construit d'abord sa perception et sa représentation de l'espace autour de son corps propre : point central de sa connaissance, à partir des notions d'intérieur-extérieur, d'axe etc. Parce que nous avons un corps, nous avons un espace. Nous ne savons de l'espace que ce que notre corps nous conduit à en connaître. Pour A. BERTHOZ, l'espace se construit grâce au corps qui nous sert d'axe de coordonnées, d'axe de référence (6). La phénoménologie a aussi posé la construction de l'espace à partir de l'engagement corporel.
Or cette perception de l'espace est progressive, évolutive et dépend de différents équipements : neuro-moteur, neuro-sensoriel (avec le système vestibulaire notamment qui renseigne de notre position corporelle) et psycho-affectif. La spatialisation est essentielle d'un point de vue relationnel car la différenciation dedans / dehors conditionne la différenciation moi / non moi.

Pour conclure, l'axe corporel est créateur d'espace : la prise de conscience de cet axe amène un corps orienté spatialement. En effet, l'espace se construit par rapport à la référence corporelle, aux premières expériences d'une axialité. Ainsi, la conscience d'un axe entraîne une meilleure perception de l'espace, mais à contrario, le fait de savoir que l'on a deux côtés, deux hémicorps reliés entre eux, instaure une sensation de solidité interne.

Le hamac fait office de révélateur et d'amplificateur précieux des limites corporelles grâce à l'enveloppement qu'il procure. Ce sentiment de noyau et d'attache centrale au sein de cette expérience de contenance sphérique va constituer la base sur laquelle va se former un squelette interne, une formation d'un Moi corporel avec un axe, des membres articulés ; le tout bien relié et bien tenu. L'enroulement amené par le hamac fait saillir la perception d'un axe corporel. Le sujet prend conscience qu'il a un axe solide qui tient tout l'ensemble de son corps. Cet aspect peut être particulièrement pertinent pour des sujets qui se vivent avec un corps morcelé. De plus, la conscience de cet axe et d'un arrière-plan peut-être renforcée par un massage avec des petites balles dans le dos.
Le hamac peut être considéré, en ce sens, comme un corps enveloppant et protecteur. C'est un

espace qui n’est ni totalement dedans ni totalement dehors, mais un lieu intermédiaire, un espace d’intimité.

4. En psychomotricité

4.1 Faire naître un espace pour pouvoir se l'approprier

4.1.1 Généralités

Pour le psychomotricien, le temps et l'espace sont indissociables et vont constituer l'essence même des séances. Il paraît donc impératif de se pencher plus précisément sur ces questions, notamment celle de l'espace.

La perception de l'espace nous permet de prendre conscience du monde, d'identifier, de localiser des objets et d'exercer le contrôle de nos gestes. L'orientation spatiale, quant à elle, est la capacité à se situer par rapport à des objets et à les localiser par rapport à sa propre position, par le biais de repères spatiaux. Elle résulte de la structuration du schéma corporel et d'une bonne connaissance spatiale. Enfin, la structuration spatiale permet de se repérer dans un environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé.

L'espace est donc un cadre de référence à nos sensations, perceptions, mouvements, gestes etc. La spatialité permet de concevoir l'espace comme une étendue qui nous entoure et dans laquelle nous nous situons. Avec cette notion, chaque élément a une étendue, une limite, un dedans et un dehors.
La notion d'espace s'acquiert à partir des diverses perceptions qui nous font appréhender notre corps et le monde extérieur et nous permet de les opposer. Pour pouvoir définir un espace, il faut définir des limites. Or, le corps est une limite qui a un rôle constructeur. Une fois les choses bien délimitées, on peut les maîtriser, en avoir une certaine forme de contrôle amenant un effet d'auto-protection mais aussi de soulagement, de connaissance. Peut-être aussi que cela peut amener de l'angoisse, car les limites peuvent être vécues comme venant enfermées, entravées, étouffées le sujet.
L'espace est aussi un organisateur psychique du fait de sa fonction d'étayage sensori-moteur et psychique. En effet, l'espace peut contenir une action mais aussi contenir des pensées.

4.1.2 Intégration chez l'enfant

L'espace se conquiert, il n'est pas d'emblée là. L'enfant, l'adolescent le découvrent, l'explorent et jouent avec. « *De l'espace partagé entre la mère et le bébé à l'espace investi ou fantasmé de l'adolescent, de l'espace intime à l'espace collectif, l'enfant est sans arrêt confronté à cette notion pour finalement acquérir une représentation d'un espace extérieur et d'un espace intérieur, psychique* » selon F. HOCINI et al (38).

Au départ, l'enfant est soumis à l'espace puis progressivement, en maturant, l'enfant va pouvoir retourner cette dialectique pour appréhender l'espace. Dorénavant il aura un certain contrôle sur l'espace et sera moins soumis à ce dernier. Cependant, l'espace se construit d'abord par rapport à soi, au corps ; puis, par extension, l'enfant échafaude des référentiels où il sera possible de raisonner et de se décentrer.

Au cours de son évolution, l'enfant passe par quatre grands paliers :

- l'espace subi,
- l'espace vécu : à ce stade, l'enfant se déplace et manipule, il reste dans les phénomènes des sensations.
- l'espace perçu : qui reste perçu au travers de son propre vécu, son propre référentiel
- et enfin l'espace connu ou l'accès à l'espace représentatif. A ce moment-là, l'enfant commence à aller vers la représentation, il peut aussi se décentrer.

L'enfant évolue dans un environnement lié à ce qu'il en perçoit au travers de ses cinq sens. C'est la motricité qui élargira sa découverte de l'espace. La motricité a un impact sur l'espace et vice versa : l'espace permet de créer des référentiels et d'organiser la gestualité comme dit précédemment.

Pour J. PIAGET, l'espace étant relié à l'action, il distingue différentes structures spatiales, au cours du développement, selon les types d'action dont dispose le sujet.
Tout d'abord, il y a un espace perceptif lié à la perception. Cet espace perceptif s'intègre en un espace sensori-moteur plus large constitué par les manipulations et déplacements du sujet. La coordination entre l'espace perceptif et l'espace sensori-moteur implique l'élaboration de la permanence de l'objet.
Puis ensuite, la représentation cognitive apparaît donnant lieu à un espace représentatif, aux opérations concrètes et à la pensée formelle.
La formation de l'espace est, pour J. PIAGET, liée à la coordination progressive des actions exercées par le sujet sur les objets.

4.1.3 Etre à sa place, trouver sa place – notion d'espace relationnel

L'espace, dans sa composante relationnelle intéresse la psychomotricité mais également dans sa composante socio-culturelle. Les distances relationnelles, distances entre les individus vont être façonnées par les différents codes sociaux, l'empreinte culturelle et le rapport au corps de chacun. E. HALL, dans son ouvrage *La dimension cachée* aborde la question de l'espace relationnel en parlant de phénomène de proxémie. Pour lui, les distances entretenues avec autrui ont une importance et signifient quelque chose : elles structurent les relations et les échanges interpersonnels. E. HALL répertorie quatre types de distance allant de la plus intime à la distance publique, en passant par la distance personnelle et la distance sociale.

La culture impacte les distances personnelles, cependant, on remarque aussi une différence entre individu. Par exemple, certains sujets vont avoir tendance à se placer très près de l'autre, tandis que d'autres préfèrent instaurer une distance importante avec autrui. L'espace est donc aussi fonction de chacun. Chaque personne se crée autour d'elle comme une sorte de « bulle » qui résulte de la perception de chacun et des aspects psycho-socio-culturels.

4.1.4 Mettre en place une aire transitionnelle

C'est D. WINNICOTT qui introduit la notion « d'aire transitionnelle » comme premier espace pour l'enfant, hors de sa mère, mais pas tout à fait dans l'espace réel. Dans cet espace, l'enfant va progressivement construire la notion de soi. C'est une zone entre le moi et le non moi, entre « le pouce et l'ours en peluche ». Ce n'est pas une zone réelle, cet espace transitionnel ne correspond pas à un espace de jeu ou autre. C'est un espace qui permet de créer, c'est un espace qui sera partagé, « *c'est une aire dans laquelle l'enfant s'essaie à extérioriser sa réalité interne et à intérioriser la réalité externe* » (79). Dans cet espace, le sujet va pouvoir se créer un monde et laisser libre court à sa créativité, sa spontanéité.

D. WINNICOTT pour sublimer cette aire propose la médiation du « squiggle » comme support de la relation. Il s'agit d'un jeu graphique où chacun son tour il faut dessiner sur la même feuille. Le but est de créer un espace commun mais aussi un objet commun, un objet transitionnel à mi-chemin entre le monde interne et le monde externe. C'est donc un espace commun aux deux protagonistes, un espace partageable.

Un des buts de la psychomotricité est de permettre de faire émerger un espace transitionnel entre le psychomotricien et le patient pour que chacun se rencontre. La salle de psychomotricité peut, en ce sens, être considérée comme telle.

4.2 L'utilisation d'une médiation, d'un médiateur

La médiation thérapeutique s'instrumente comme système de soin utilisant par exemple les arts, les animaux, le jeu dramatique, l'eau etc. Pratiquement tout support peut être considéré comme médiateur de la relation à l'autre. Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication. Il est ce qui vient s'intercaler entre les deux protagonistes, c'est ce qui vient se mettre « entre ».
L'objet médiateur devient quelque chose du sujet et en même temps il est distinct de lui, c'est un substitut que le sujet va s'approprier. Dans mes lieux de stage, souvent les enfants ou adolescents s'approprient rapidement le hamac en lui donnant un nom comme « le cocon », « le nid » etc.

La médiation participe à l'organisation des temps de rencontre, elle est comme un intermédiaire qui va coder la relation. Elle propose un objet commun qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. Parfois cet objet peut même créer un espace « entre » comme le hamac qui créé un espace dans le hamac, et un espace hors du hamac.
La médiation permet de vivre des expériences motrices, sensorielles, émotionnelles mais permet aussi de les assimiler, de les intégrer, voire de les transformer en représentations. Avec le hamac par exemple, on part d'expériences archaïques pour amener progressivement à des représentations plus élaborées. Les mots peuvent venir lier les sensations, les ressentis à l'éprouvé.

Le hamac permet un travail sur l'espace en lien direct avec le schéma corporel, car l'espace se construit au travers du corps et par la mise en jeu du corps et l'intégration de plusieurs espaces. Le hamac soutient l'édification de l'image du corps qui peut devenir plus fiable, plus sécure et plus organisée alors qu'elle était jusque là assez fragilisée.

Il permet d'appréhender :

- le sentiment de soi et les structures corporelles grâce à la mise en exergue du squelette, de la peau.
- les appuis et le squelette interne par les vibrations, les percussions qui peuvent être exercées.
- les limites et la peau sont évoquées par l'enveloppement que procure le hamac
- la contenance et les muscles sont vécus par la posture qu'entraîne le hamac, la gravité sentie particulièrement du fait que le seul appui n'est pas au sol mais en l'air.
- les organes et la circulation interne peuvent être perçus avec le travail de respiration.

Le médiateur hamac permet d'aborder différentes thématiques telles que l'espace (en créant un espace à soi et en instaurant une distance notamment une distance tactile, on ne peut être touché), le temps (au travers des bercements qui induisent un certain rythme), le tonus, mais aussi l'image du corps et le schéma corporel. Le hamac vient nourrir le corps d'informations sensorielles qui enrichissent à leur tour le schéma corporel mais surtout l'image du corps, notamment au travers des mots posés.

Le schéma corporel est le corps générique qui relie à l'aspect concret, à l'anatomie. D'après J.M ALBARET, le schéma corporel correspond à un ensemble de représentations pour l'action et fournit des informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps qui déterminent ce que l'on appelle le référentiel égocentrique. Si le schéma corporel est en principe le même pour tout le monde, l'image du corps est propre à chacun et liée à l'histoire du sujet. L'image du corps est éminemment inconsciente et est la synthèse de nos expériences émotionnelles vécues à travers nos sensations.
L'image du corps sert à l'identification et à la reconnaissance du corps, elle scelle le lien avec le temps du fait de son rapport étroit avec l'histoire personnelle. Il s'agit d'une composition composite influencée par de nombreux facteurs.
Pour F. DOLTO, le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience tandis que l'image du corps se structure par la communication. L'image du corps peut s'organiser dans l'espace une fois que les notions fondamentales du corps sont intériorisées. On peut donc penser que le hamac impacte davantage l'image du corps que le schéma corporel car c'est le côté plus subjectif et en relation avec les sensations.

4.3 L'importance du cadre pour pouvoir s'approprier son espace, trouver sa place et s'approprier son corps

4.3.1 Le cadre

Selon F. GIROMINI (33), *« se rencontrer c'est éprouver les limites de la rencontre, c'est percevoir et respecter l'espace et la temporalité d'autrui par rapport à soi-même, c'est construire une éthique relationnelle* ». C'est le cadre qui va permettre de mettre en place un espace-temps, et de construire, d'inscrire chaque individu dans un partage.

Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Le cadre est un lieu, un espace qui va délimiter la séparation entre le dedans et le dehors. En psychomotricité, il structure l'espace de soin et apporte une contenance. D. ANZIEU

le compare à un contenant maternel, une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer.

J. LAPLANCHE le compare à une membrane à double paroi ou double limite. La première paroi qui serait les conditions de la réalité extérieure et l'autre paroi serait tournée vers le monde psychique interne.
C. BALLOUARD pense qu'« *un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner devient possible sans toutefois disparaître* ».
Enfin, pour R. KAES, le cadre assure une distinction moi - non moi qui permet la constitution d'une intériorité et d'une extériorité corporelle et psychique. Le cadre facilite donc la mise en place des limites, notamment du fait qu'il délimite des espaces comme intérieur - extérieur.

4.3.2 Conscience de soi et appropriation de son corps

« *L'enjeu du développement pour l'enfant est l'appropriation de son propre corps* » selon J.M GAUTHIER (30). Le corps doit devenir à la fois la possession du sujet mais aussi le lieu de son identité plus profonde. Pour cela, il faut que l'investissement du corps soit lié à une entité propre, individualisée et différenciée de l'autre.
Le sens de soi ne peut se construire que si toutes les expériences vécues, éprouvées en séance peuvent « se loger » dans un espace, celui d'un corps avec des limites solides et sécurisantes. Or comme nous avons vu précédemment, le hamac permet une mise en abyme du squelette interne corporel faisant sentir le corps comme un élément fermé, délimité, qui tient.
Concernant les expériences vécues et éprouvées, il faut un lieu qui puisse les accueillir mais aussi permettre au patient de trouver sa place. L'espace de la salle doit être conçu comme un réceptacle contenant les expériences vécues.

4.3.3 Place et qualités du psychomotricien dans le soin

Le psychomotricien doit trouver des comportements, des attitudes mais aussi des mots pour que le cadre tienne, que la sécurité ne soit pas mise à mal etc. Mais il doit pouvoir s'appuyer également sur ses propres ressources psychiques, afin que sa qualité de présence soit sensible à l'enfant et puisse calmer, tranquiliser, apaiser, protéger des débordements et des angoisses. Le psychomotricien doit rester fluide, malléable afin d'instaurer et de préserver un lien, de permettre au patient de trouver sa juste place et de s'ouvrir relationnellement.

La première qualité du psychomotricien est d'être disponible et attentif. Même si l'on sait que ce n'est pas toujours évident, que parfois des moments d'égarements sont présents mais ils sont souvent repérés par les patients et peuvent être dommageables. La disponibilité psycho-corporelle du psychomotricien fait appel à son intérieur, à sa capacité psychique, à ses traits de personnalité, à sa capacité d'empathie et à être en même temps un réceptacle et un séparateur.
La deuxième qualité est d'être un support, un appui, un maintien pour le patient. Le psychomotricien doit être suffisamment solide pour accueillir tout ce que peut manifester le patient. Il s'agit pour le patient de s'assurer de la force du point d'appui pour pouvoir s'y accrocher, s'y attacher et s'y sentir en sécurité. Le psychomotricien a donc des qualités de support, de fermeté sur lesquelles le patient vient s'adosser.

Le psychomotricien, de par son regard étayant, devient, à son tour, contenant. On note donc une mise en abyme : le cadre est contenant, l'espace (contenu dans le cadre) est contenant, le hamac (contenu dans l'espace) est contenant, et enfin le psychomotricien est aussi un contenant. Les expériences vécues, doivent être accompagnées, contenues par le psychomotricien, qui fait un autre contenant.

La fonction contenante du psychomotricien se base sur la capacité à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé pour y donner du sens. Elle fait appel au corps du psychomotricien, qui parfois, doit contenir psychiquement, mais aussi à son appareil psychique.
Le psychomotricien va développer une façon de recevoir et de faire qui fait écho aux prémices d'une enveloppe relationnelle primaire. Il va accueillir les expressions corporelles primitives et régressives du patient pour les détoxifier, un peu comme la mère qui accueille les expressions du nourrisson et décode ses besoins. Comme cette dernière, le psychomotricien met à disposition son « appareil à penser les pensées ».
Cette capacité à accueillir des éprouvés pour établir des liens et faire émerger la pensée se sert principalement du langage, du verbaliser. Il convient de permettre au patient de verbaliser, sans oublier au psychomotricien de mettre en mots ce qu'il perçoit pour, peut-être, faire naître un retour réflexif sur le patient. Toute cette place de la parole permet à la souffrance ou aux difficultés de trouver leurs solutions ou leur sens.

4.4 Place de l'émotionnel et de la verbalisation

L'étymologie même du mot émotion (« emotio » issu « d'ex movere » qui veut dire se mouvoir vers) emmène au centre du projet psychomoteur qui tente de favoriser l'activité gestuelle en tant que lieu entre ce qui est exprimé et ce qui est éprouvé. Les émotions forment un ensemble complexe d'interactions qui agissent sur une multitude de niveaux de notre perception et qui contribuent à donner épaisseur et profondeur à nos expériences.

L'émotion est le point de départ de la relation car elle favorise (ou pas) la rencontre ou l'échange. En effet, chaque émotion peut être organisatrice ou désorganisatrice, en fonction de sa nature, ce qui influence la rencontre. Le psychomotricien s'intéresse aux aspects instrumentaux mais aussi aux émotions car les deux peuvent être liés. Les émotions sont décrites par H. WALLON et J. DE AJURIAGUERRA en tant qu'expressions tonico-motrices et changements tonico-posturaux., ce qui montrent bien leur impact corporel. L'émotion peut parfois faire « parler » le corps. Elle nous informe de notre rupture de l'équilibre et nous pousse vers une nouvelle adaptation. Elle déclenche une alerte et préparer à l'action. En ce sens, elle participe donc au maintien de l'intégrité d'un moi psychocoporel.

L'émotion, orientée vers l'action tire son origine dans le corps et, grâce au mouvement, se traduit en comportements, réalisations praxiques et en mots. Or, pour pouvoir prendre conscience de certaines émotions, il faut la présence d'un autre pour les décrypter. Pour, P. AULAGNIER, dans son livre *Naissance d'un corps, origine d'une histoire* écrit en 1986 écrit : « *l'émotion met en résonnance deux corps et leur impose des réponses similaires. Le corps de l'un répond au corps de l'autre, mais comme l'émotion concerne le je, on peut aussi bien avancer que ce dernier est ému parce que son corps lui donne à connaître et à partager du vécu du corps de l'autre* ».

La relation psychomotrice a une place importante dans cette problématique émotionnelle. Fondée dès le départ sur cette attention au corps et à l'autre, elle permet la construction d'espaces où le patient peut se risquer à des expériences émotionnelles. Le but de la relation psychomotrice est de proposer des expériences corporelles qui font émerger, extérioriser et partager les émotions du patient pour l'aider à les reconnaître et à les accepter au lieu de les subir. Aborder les émotions dans une optique psychomotrice c'est aussi rechercher le lien entre l'émotion et le troubles psychomoteurs dans une prise en charge basée sur le dialogue corporel. La salle de psychomotricité est alors un espace-temps à dynamique émotionnelle, de rencontre, d'expériences nouvelles diversifiées.

En psychomotricité, c'est souvent à partir d'expériences corporelles, comme celle vécues avec le hamac, que peut émerger des émotions qui donneront lieu à une verbalisation. Comme le dit F.

DESOBEAU, « *dans sa rencontre avec ses patients, le psychomotricien va toujours avoir en tête la portée symbolique de ces expériences concrètes qui passent par le corps, un corps effecteur, qui s'éprouvent dans un corps sensible, et qui s'intériorisent et se métabolisent pour former des pensées* » (24). Ainsi, la verbalisation accompagne le passage de la sensation à la représentation même si parfois, l'émotion et difficile à exprimer avec des mots car « *les mots manquent aux émotions* » d'après V. HUGO (40).

5. Problématique

Le hamac est un médiateur impliquant un portage qui fait émerger des qualités sensorielles notamment au travers du toucher et de l'aspect vestibulaire pour aller de la sensation à la représentation, en passant par les perceptions. Il apporte de la contenance, favorise l'intégration d'un axe corporel, délimite et spatialise un espace. Il permet donc un rassemblement corporel et un centrage sur soi.

De part ces aspects sensoriels, de contenant et d'implication du corps, l'utilisation du hamac en psychomotricité me semble un médiateur ludique particulièrement pertinent auprès de jeunes ou d'enfants présentant des troubles psychiques ou psychiatriques suivis en pédopsychiatrie.

Il convient maintenant de voir, en pratique, ses applications qui peuvent être très variables du fait de l'appropriation de chaque patient (spontanée ou proposition dirigée) et des âges de chacun.

Je vous propose dans une partie clinique de présenter deux cas de jeunes suivis au Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Dans le premier cas présenté, la jeune semble utiliser le hamac comme une protection, une enveloppe protectrice avec pour but de ramener de la sécurité. Il permet ainsi de travailler sur les limites notamment les limites corporelles qui peuvent être vécues comme floues chez certains patients présentant des troubles des conduites alimentaires. Dans ce cas, le hamac sera utilisé comme outil de relaxation.
Dans le second cas, celui d'Antoine, le hamac est utilisé de façon plus spontanée et ludique à travers une utilisation sensori-motrice impliquant de nombreuses stimulations. Le hamac permet l'élaboration de jeux permettant également une élaboration vers du représenté et du jeu symbolique. Dans ce cas, la psychomotricienne est un partenaire ludique, un « interlocuteur transitionnel ».

6. Etude de cas

6.1 Cas de Mary

6.1.1 Présentation de l'unité de soin

J'ai effectué mon stage de troisième année en Centre Hospitalier au sein d'un Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Ce pôle est constitué de plusieurs services dont : une Unité Petite Enfance (UPE), une unité d'hospitalisation mère-bébé, un Centre de Psychologie Clinique Infantile (CPCI), un centre d'hospitalisation à temps complet ou de jour, un hôpital de jour.

Les enfants accueillis ont de quelques jours à 18 ans.

Six psychomotriciennes exercent sur ce pôle et interviennent dans tous les services.

Au cours de ce stage, j'ai participé aux prises en charge de jeunes accueillis dans l'unité pour adolescents, où est suivie Mary.

Cette unité reçoit des adolescents en souffrance (troubles des conduites alimentaires, troubles anxieux, troubles de la personnalité), en hospitalisation complète ou de jour. Elle peut héberger 21 jeunes en hospitalisation complète et admettre 8 jeunes en hospitalisation de jour.

6.1.2 Contexte de la rencontre

J'ai rencontré Mary pour la première fois le 12 novembre 2015. C'est une adolescente de 16 ans qui paraît faire attention à son apparence. Elle est blonde, fine et s'habille régulièrement de façon très féminine. Elle porte des décolletés, sait mettre ses formes en valeur et prend soin de ses cheveux et de ses ongles. Néanmoins, sous cet air de sureté et de séduction, on repère très rapidement que se cache un manque de confiance en soi et une grande fragilité. En effet, sa façon de parler exprime un certain manque d'assurance : Mary parle à voix basse et n'affirme pas ses idées.

Mary a fait de nombreux aller-retours au service depuis mai 2013. A cette période, elle est hospitalisée du fait d'une tentative de suicide médicamenteuse associée à un épisode dépressif moyen. Les examens révèlent un trouble de la personnalité (état limite grave). A cette époque, des troubles mentaux sont également retrouvés ainsi que des comportements d'auto-intoxification liés

à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques. Parallèlement à ce tableau, des scarifications sont présentes, qui plus tard, pourront aller jusqu'à des tentatives de suicide.
Les problèmes en mai 2013 sont multiples :

- Dépressifs : avec une aboulie, de la tristesse, une anhédonie modérée, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, des idées suicidaires etc.

- Traumatiques : essentiellement en lien avec son histoire de vie qui sera davantage détaillée dans l'anamnèse. De plus, Mary déclare être insultée en milieu scolaire.

- Alimentaires : suite à des moqueries, elle se fait vomir et on voit apparaître progressivement un dégoût alimentaire associé à une altération de l'image du corps.

- Idée de persécution : avec l'impression d'être plus surveillée que les autres par les professeurs par exemple. Cette idée de persécution se déplacera ensuite sur les soignants. On peut penser ce sentiment de persécution comme un mécanisme réactionnel.

A son arrivée, en mai 2013, l'évaluation de sa douleur par une Echelle Visuelle Analogique (EVA) révèle une douleur morale à 6,5/10. En parallèle, une échelle de suicidalité lui est proposée, révélant un score de 3/6. Mary est décrite comme une patient triste, réservée, sans sourire et très passive.

Au début de mon stage : Mary semble être moins envahie par l'aspect dépressif, en revanche, les troubles des conduites alimentaires paraissent plus exacerbés, gardant tout de même en arrière-fond un sentiment de tristesse.

6.1.3 Anamnèse

Mary est née le 28 avril 1999 en Angleterre, où elle a vécu pendant sept ans, pour ensuite rejoindre la France avec ses parents et sa sœur de 27 ans. La séparation avec son pays fut difficile pour elle du fait qu'elle laisse son grand frère de 24 ans ainsi qu'une grande partie de sa famille là-bas et notamment une tante. En effet, cette tante était sa nounou, l'a élevé. Elle parait être sa figure d'attachement.

Une fois en France, c'est un contexte de violence qui s'installe du fait de l'alcoolisme de ses parents qui peuvent parfois en venir aux mains. Ce climat perçu de manière angoissante a

développé chez Mary une hypersensibilité à certains bruits comme ceux des pas dans l'escalier ou de la voiture. Les médecins parlent d'état de stress post traumatique.

En mai 2013, les parents de Mary divorcent. Cette date coïncide avec l'entrée de Mary dans l'unité de pédopsychiatrie.
Au cours de sa première hospitalisation, Mary dit ressentir le manque de son frère et de son pays natal. Elle n'a aucun centre d'intérêt et dit ne se sentir bien que lorsqu'elle est en Angleterre ou quand elle consomme de l'alcool ou du cannabis. En parallèle, son traitement par antidépresseur n'est pas toujours pris.

En 2014, son père décide de repartir vivre en Angleterre. A cette époque, pour des raisons de transports et du fait du changement d'établissement scolaire, Mary va vivre chez sa grand-mère (seule figure familiale présente en France autre que les parents ou sa sœur). Elle y relate un meilleur climat et moins de tension. En revanche, c'est à partir de ce moment que les troubles des conduites alimentaires se sont décuplés. Mary saute des repas ou ne mange qu'une pomme. En octobre 2014, quand le personnel soignant lui demande quel est son but dans la vie, elle répond « devenir mince ». Ce comportement anorectique se double d'une vision faussée de l'apport calorique normal par jour, qui, pour elle, est de l'ordre des 700 kcal. Cette attitude la pousse à être dans le déni, elle se braque dès que les soignants veulent lui parler d'alimentation en répondant « tout va très bien » et en adoptant un discours assez plaqué, banalisant la symptomatologie. Pourtant, Mary mange peu et se purge de façon régulière en utilisant des laxatifs ou en se faisant vomir. Toute l'année 2014 sera marquée de cette conduite en « dent de scie » avec des moments de stabilisation et des moments de rechute (avec d'autres tentatives de suicide notamment).
En 2015, elle perd huit kilogrammes en un mois ; refuse de s'alimenter, se fait vomir et fait beaucoup de sport ce qui entraîne des malaises fréquents. Cette conduite est toujours imprégnée de ruminations anxieuses autour du poids. Face à cette situation, l'hospitalisation complète est de nouveau mise en place. Mary exprime son désespoir, elle ne voit plus d'intérêt et peut dire « soit je me refais hospitaliser soit je meurs ». Pourtant, elle veut aller mieux mais sans reprendre de poids. En parallèle, au niveau familial, sa mère est sortie de l'alcoolisme et a trouvé un compagnon qui semble être une figure importante pour sa fille. Mary, quant à elle, ne consomme plus d'alcool et de cannabis.

Concernant sa prise en charge dans l'institution : elle est vue régulièrement par le pédopsychiatre, a des entretiens infirmiers et une prise en charge psychomotrice. Cependant, cette prise en charge est fluctuante : quand Mary n'est pas hospitalisée à temps complet, elle ne se rend pas toujours aux séances ce qui altère la continuité du soin. On peut penser que la relation, le lien est difficile à mettre en place et reste fragile. Ou alors que la prise en charge est reliée au symptôme, donc sans intérêt dans les moments de stabilisation.

6.1.4 Bilan psychomoteur

L'aspect intrusif du bilan se heurte souvent aux défenses de ces jeunes patientes ce qui explique que peu d'épreuves de bilan ont pu être passés. Il paraissait plus pertinent de créer du lien et une confiance avant toute chose.

Le dessin du bonhomme, réalisé en novembre 2013 représente un corps asexué, nu, dont on ne peut reconnaître le sexe. La tête n'est faite que lors d'un deuxième jet et ressemble à celle d'un extra-terrestre : elle est de forme ovale, sans cheveu. Au niveau du corps, les mains ne sont pas représentées : son personnage a les mains dans le dos. Ceci est une caractéristique fréquente (50% des cas) des dessins d'anorexiques selon O. GAUCHER-HAMOUDI (18). Cela trahirait peut-être une lutte contre la faim engendrée par la restriction alimentaire. O. GAUCHER-HAMOUDI pense que « *la main, risquant de saisir et porter à la bouche la nourriture enviée, il paraît plus économique de la faire disparaître de la représentation du corps* » (18). En s'inspirant des travaux d'A. FERRANT sur l'appareil d'emprise (28), cette amputation peut faire penser à la façon dont la patiente s'est sentie investie, tenue par sa mère lors de la relation primaire, ceci faisant référence au handling de D. WINNICOTT. Le dessin de la main, comme organe relationnel, peut aussi être un indicateur de la qualité du rapport à l'autre.
Concernant son dessin, Mary ne peut dire si le personnage est de sexe féminin ou masculin, ni donner d'âge, « c'est juste un bonhomme ». Au niveau de la cotation, qui est étalonnée sur des filles de 12 ans ½ , le schéma corporel est en dessous de la moyenne, notamment du fait de l'absence des mains. Le dessin de la tête se situe dans la moyenne, et au niveau des vêtements le score est nul vu que le bonhomme est nu.

Un **dessin de l'intérieur du corps** lui est proposé, révélant une limite entre dedans et dehors bien étanche. En effet, les entrées ou sorties du corps ne sont pas faites de façon nette. Il apparaît que rien ne peut rentrer ou sortir du corps selon son dessin : l'œsophage commence au milieu de la gorge et il n'y a pas de rectum. Les organes sont peu en lien entre eux, comme des îlots solitaires. Parallèlement, Mary connait les grandes fonctions des organes dessinés comme le cœur, les poumons, l'estomac, les intestins, les reins, le foie et l'utérus.

La **figure de Rey** : le score obtenu en copie se situe dans la moyenne pour son âge. En revanche, le score issu de la reproduction est en dessous de la moyenne de son âge (elle obtient un score de 35, alors que la moyenne est de 48, ce qui la place au 10ème percentile). Son dessin en reproduction, de mémoire, a moins de lien et les limites externes ont été modifiées. Cependant, on peut avancer l'hypothèse d'un défaut de mémorisation en lien avec l'épisode dépressif qui peut altérer les capacités mémorielles, sans oublier les troubles des conduites alimentaires qui impactent aussi les capacités cognitives. De plus, d'après M .LUYAT, « *la baisse de performance*

en organisation perceptive est à relier au concept de 'cohérence centrale' qui reflète la capacité à traiter les informations de manière globale par opposition à un traitement des détails (traitement analytique) » (60). Les femmes atteintes d'anorexie seraient supérieures pour des tâches perceptives portant sur les détails.

Au niveau des **représentations corporelles**, testées grâce au test d'Olivier MOYANO, c'est la sensation de dur, de solide qui est valorisée : ce qu'elle préfère ce sont les os et les mains car « c'est la partie du corps où on voit le plus les os ». La fragilité du corps est reliée aux organes que « l'on peut détruire avec ce que l'on boit » et la peau « qui se coupe facilement ». Ceci semble être en relation direct avec l'alcoolisme de ses parents et ses problèmes de scarifications. Le corps peut être façonné à sa guise selon Mary, on peut maigrir, grossir en fonction de ses envies, il est « déformable ». Encore une fois, la question des limites est soulevée mettant en exergue cette angoisse que tout déborde, que tout s'échappe.

Au **niveau gestuel**, Marie est lente, passive, amimique. Elle bouge peu mais quand le mouvement doit être fait, c'est un sentiment de lourdeur qui apparaît, comme si elle portait son « fardeau sur le dos ». Son tonus est plutôt sur un versant hypotonique.

→ Ce sont surtout les perturbations de l'humeur mais aussi de l'image du corps qui sont au premier plan, avec une dysmorphophobie et une enveloppe qui paraît défaillante avec pour question centrale celle des limites. Mary se plaint sans cesse de son corps qu'elle trouve trop gros et débordant. De plus, est repéré un clivage entre corps et psyché : la tête, l'esprit est valorisé tandis que le corps est dévalorisé. Or le fait de cliver ces deux entités amène un niveau de perceptions et de sensations moindre.

→ L'objectif du soin est en premier lieu de l'aider à retrouver une sécurité psychocorporelle, l'aider à redevenir sujet dans toute son entité et son entièreté. En parallèle, sera fait un travail de contenance, pour faire ressentir et vivre les limites corporelles afin qu'elle les intègre et les incorpore. Il convient aussi de traiter des affects pour mieux les identifier, les clarifier et les dégager d'un magma émotionnel dans lequel tout est emmêlé. Enfin, le renforcement narcissique est central, tant sur le plan corporel que psychique, dans une ré-appréciation du lien à l'autre ; lien qui est difficile à établir avec cette jeune adolescente.

6.1.5 Première rencontre et suivi en psychomotricité

Comme dit précédemment, lors de ma première rencontre avec Mary, la problématique se situe essentiellement autour des troubles des conduites alimentaires.

Dès le premier regard qu'elle pose sur moi, je perçois que ma présence peut être vécue comme un élément persécuteur qui vient s'immiscer dans les séances de psychomotricité.

Les séances (d'une durée de 1h à 1h30) se structurent sur plusieurs temps :

- A l'arrivée, un temps d'écoute et d'accueil qui permet d'écouter la souffrance, écouter la patiente pour ensuite construire la séance en fonction de ses besoins.

- Un temps de travail plus corporel en vue d'une réinstallation dans son corps propre de ses perceptions, sensations pour aller vers une représentation.

- Enfin, un temps de relaxation pour retrouver un moment de calme et permettre d'élaborer.

Lors des premières séances, Mary a du mal à s'approprier le temps de parole du début. Elle ne verbalise pas beaucoup, mais quand elle le fait c'est un discours totalement envahi par les images du corps qui émerge. Elle est très angoissée par l'idée que son corps déborde. Régulièrement, elle a besoin de ré-assurance et surtout d'objectivisme, les seules paroles des soignants ne parviennent pas à avoir un impact suffisant. Il faut des mesures, spécifiquement du ventre et des cuisses qui sont ensuite reportés sur le papier et où sont ajoutés le dessin des muscles et des os. Effectivement, pour Mary, dans le corps il y a beaucoup de vide ou de graisse ; les muscles et les os ont une place minime. Cette perception du ventre et des cuisses erronée repose sur une image de l'intérieur du corps aberrante où seul le dur est supporté, le mou, renvoyant à la graisse, doit être éliminé. Seule la perception du dur, du solide de l'os la rassure ; celle des masses musculaires décontractées renvoient à l'insupportable, au mou, donc à de la graisse qui est insupportable. Il est donc nécessaire de lui faire ressentir de façon régulière l'antinomie entre dur et mou du muscle autour de l'alternance entre contraction et détente musculaire. Puis, une fois la vérification faite, elle semble plus disponible, plus apaisée et peut avoir accès à un travail corporel.

Le travail corporel pose la question du corps, sujet crucial pour la patiente anorexique, d'autant plus qu'elle se pose au moment de l'adolescence et qu'elle renvoie au fondement et à la constitution de l'identité. Ce corps, qui n'est rien de moins que le sujet lui-même, est l'objet de rejet et de maltraitance. Pour B. BRUSSET « *tout se passe comme si ces adolescents ne pouvaient concevoir une identité psychique différente de leur identité corporelle* » (14). En faisant barrage

aux sensations, aux perceptions et aux éprouvés, l'anorexique refuse surtout l'accès aux moyens psychiques d'élaborer et de penser.

La prévalence de préoccupations auto-centrées déformés concernent essentiellement l'appareil digestif et les zones du corps marquant spécifiquement la féminité (ventre, cuisses, fesses, seins). Ces patients sont souvent centrés sur l'idée d'un poids idéal, d'une silhouette idéale, niant l'existence même de leur corps réel. Comme dit G. GUILLERAULT, « *il ne suffit pas d'être en vie pour être vivant, encore faut-il habite son corps* », ce qui, justement, ne va pas de soi pour ces patients (65). Mary dit souvent ne pas supporter ses formes ; formes qui la déforme, la désigne en tant que femme, l'inscrivant dans une perte de contrôle et l'inscrivant dans la lignée de sa mère et de sa sœur à qui elle ne veut pas ressembler car elles sont un peu rondes.

Souvent, Mary pense avoir « tripler de volume », elle se sent comme « une baleine », « un éléphant ». « Tout déborde » chez Mary , rien n'est limité, rien n'a de bord. Le corps n'a plus de limite et s'échappe. Il paraît donc pertinent d'apporter des bords, des limites par des empreintes du corps mais aussi grâce au hamac, ou en utilisant une couverture lestée. Mary a besoin d'être porté physiquement, psychiquement, besoin d'un étayage, d'un appui. On peut penser que Mary a besoin de sentir que l'autre tient pour pouvoir à son tour introjecter cette solidité interne.

Le travail corporel peut être :

- Des empreintes du corps qui sont un contour du corps faites par des plaids qui permettent ensuite de visualiser les limites externes du corps et d'apaiser, pour un temps, les angoisses. L'apaisement est souvent de courte durée car le travail d'articulation entre le schéma corporel et l'image du corps est encore un peu laborieux.

- Des enveloppements pour favoriser la prise de conscience des volumes et tenter de ramener à un corps fermé, bien délimité. La couverture lestée est un bon support pour bien faire sentir le corps et en délimiter le contour. Même si l'on voit que les perceptions sont défaillantes, Mary ne sait pas dire si la couverture est très lourde ou pas par exemple.

- Un contour du corps dessiné sur feuille toujours dans le but de montrer les limites du corps. Le contour permet aussi de donner une vue d'ensemble du corps, de réunifier le tout plutôt que de le morceler en « ventre », « cuisse » etc. Il peut, en ce sens, participer à l'élaboration d'un axe interne, d'une axialité.

Justement, la sensation d'avoir un squelette interne ainsi que de celle d'être tenue intérieurement semble fragile chez Mary, c'est pourquoi il lui est fréquemment proposé le hamac.

6.1.6 Travail avec le hamac

Il convient de rappeler que le hamac utilisé dans cette unité est un hamac-chaise tissé de façon très serrée (voir annexe 2).

Avec cette jeune fille, le hamac est proposé dans l'optique de travailler sur les limites corporelles, mais aussi sur la sécurité interne au travers du portage induit et des balancements.

Lors des premières fois, avant que Mary ne s'asseye dans le hamac, elle met en cause la solidité de celui-ci : « il va craquer », « j'ai l'impression de peser lourd ». Elle passe donc par la vérification physique en tirant sur le tissu. On voit ici comme la solidité est mise à mal, une fois de plus, ça ne tient pas ou ça ne peut pas tenir. Cette angoisse de lâchage est présente jusqu'en janvier 2016, témoignant de son intensité.
Finalement, elle s'y installe en gardant les pieds au sol, ce qui lui apporte un appui fixe et stable mais aussi un fond. Le hamac est suspendu par le haut, le seul fond qu'il apporte est celui du tissu, il est donc malléable et non fixe. Le fait d'avoir les pieds posés au sol peut être relié à la notion de contrôle également. Mary n'aime pas perdre le contrôle des choses, cela se manifeste notamment au niveau scolaire. Elle rate régulièrement les cours du fait de ses hospitalisation ce qui génère du stress car elle ne contrôle plus les événements. Or, perdre le contrôle est synonyme de débordement et d'anxiété. Selon M. CORCOS, les anorexiques agissent par une conduite active consciente et volontaire à se restreindre et à lutter contre la faim. Cette faim fait « *office d'objets externes projetés hors de la psyché et sur laquelle l'anorexique peut exercer une illusion de maîtrise* » (22). Cette maîtrise s'étend jusqu'à la sphère intestinale, sphinctérienne et anale. Ces comportements de maîtrise peuvent apparaitre comme manipulatoires mais ils sont essentiellement défensifs. La patiente est persécutée, et persécute en retour son corps, par toutes sollicitations internes ou externes qui risquent de mettre à mal un équilibre psychique et somatique précaire.

Un plaid est mis tout autour pour permettre une délimitation entre intérieur et extérieur. Le plaid ferme l'espace proposé et instaure une distance physique ce qui est moins persécutant et moins inquiétant pour Mary d'autant plus lors des premières séances où je suis présente. Ce plaid est un peu perçu comme une seconde peau par Mary, c'est un « coccon », un « nid douillet » qui permet de créer son espace. Un espace personnel où la pensée peut s'élaborer, un espace où la sécurité est de mise et où elle se restaure.

Souvent, des petites balles à picot sont proposées pour masser notamment le dos. Le dos est, chez les anorexiques, souvent empreint à des douleurs du fait de la perte de muscles. Le massage

permet donc une détente musculaire et apporte un autre médiateur. Les petites balles sont des outils qui mettent du tiers et font fonction de contenant.
Le dos, comme dit précédemment, constitue l'arrière-plan du corps. C'est G. HAAG qui a particulièrement développé ce point, pour elle, l'arrière-plan « *peut être conçu comme une personnification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle* » (37).

Le toucher n'est pas direct, il y a le hamac qui enveloppe et entour le corps ainsi que les balles. Le toucher est vite intrusif pour ces jeunes filles, le médiateur en amenant de la distance conduit plus facilement à la détente. De plus, les balles jouent un rôle sur l'axialité du corps. Le fait qu'il y en ait deux est volontaire et permet de distinguer les deux hémisphères du corps pour les faire se rejoindre au niveau de la colonne vertébrale, axe de notre corps. Parallèlement, le mouvement des balles induit une rythmicité comme les bercements qui sont une régularité d'un rythme, tout ceci participe donc à instaurer une certaine régularité.

Au fur et à mesure, des liens entre la psychomotricienne et la patiente se créént notamment grâce au hamac. Ce médiateur, qui se met « entre » permet de respecter et d'imposer en quelque sorte deux espaces : l'espace dans le hamac, qui est l'espace de la patiente et l'espace hors du hamac qui est l'espace de la psychomotricienne. Or, *« l'espace est une intégration psychique et corporelle de la limite, de la finitude. […] Il est donc important d'offrir à l'enfant un espace contenant où il puisse s'enraciner* » (53). Mary paraît trouver rapidement son espace et se l'approprie en voulant à chaque fois le fermer pour créer sa « bulle ». Lors d'une séance, les bruits extérieurs de travaux, qui pourtant lui font peur habituellement, n'ont même pas été repéré par Mary. Peut-être se sentait-elle suffisamment en sécurité, dans son espace pour ne pas craindre ce qui venait de l'extérieur ? Ou peut-être qu'elle n'a pas entendu car son attention était tournée vers autre chose à savoir elle-même ?

Finalement, des liens vont pouvoir se tisser pour « faire avec » et « être avec », ce qui est équivalent à « prendre appui sur l'autre ». Même si la psychomotricienne et la patiente ne sont pas dans le même espace, il partage la même expérience. Par exemple, lors d'une relaxation, la psychomotricienne se met, elle aussi, dans un état tonique qui amène à la détente. L'expérience corporelle n'est pas la même pour les deux protagonistes du fait de la différence des espaces mais l'expérience « psychique » est partageable.
L'aspect spatial, presque territorial, du hamac permet aussi un travail de centration-décentration de la patiente. En effet, dans le hamac, la patiente est centrée sur elle, regroupée physiquement autour de son centre, mais aussi centrée sur ses sensations. Puis, progressivement, la patiente pourra s'ouvrir vers l'extérieur, elle pourra se décentrer vers une recherche d'ouverture vers l'autre.

Les éprouvés corporels de confinement, d'appui et de mi-obscurité peuvent être mis en lien avec les constructions de cabanes que les enfants font quand ils sont plus jeunes. D'ailleurs, une autre patiente appelle le hamac, « la cabane ». C'est un espace où on est à l'abri de l'autre, de son regard essentiellement. Or, le regard est très compliqué avec les patientes anorexiques. Elles ne supportent pas se regarder et supportent mal qu'on les regarde. Le regard est perçu comme persécutant, jugeant. D'ailleurs, Mary n'aime pas les sports d'équipes, être au milieu des autres est difficile. Comme P. JEAMMET l'explique, pour ces patients « *se nourrir de l'autre fait problème car c'est vécu comme une stigmatisation et non comme un enrichissement* » (41). Le regard est investi dans le sens du contrôle, de la mise à distance et du jugement.

Le hamac apporte un étayage corporel notamment grâce au tissu extérieur qui fait enveloppe, qui contient le corps tout entier (ou au moins, une partie). « *L'étayage corporel permet de rétablir un lien plus confiant avec lui-même et avec l'autre en venant confirmer son sentiment d'exister, son identité de sujet en restaurant une image du corps profondément blessée* » d'après I. DIARD (25). Le hamac contient ainsi le corps physiquement tandis que la psychomotricienne apporte un étayage, une contenance plus psychique avec ses paroles ou rien qu'avec sa présence. Les échanges et les mots vont accompagner, renforcer et doubler le vécu sensori-moteur et émotionnel d'un échange plus subtil fait d'attention, de regard etc. La parole de la psychomotricienne, au travers de son accompagnement, va permettre d'ancrer dans la symbolique la perception des parties du corps, de nommer les éprouvés et de faire préciser les ressentis. La psychomotricienne va permettre d'élaborer la triade sensation, perception, représentation en donnant de nouvelles afférences à l'image du corps.

Le hamac est surtout utilisé avec ces jeunes patientes pour de la relaxation car ce sont des jeunes filles très angoissées. Mary, est en demande de relaxation dans le hamac spécifiquement car selon elle, c'est le seul endroit où elle ne pense pas à son poids. Le hamac semble permettre à Mary de calmer ses ruminations incessantes sur son corps. Pendant quelques instants, elle se focalise sur ses sensations sans porter attention aux formes. Bien évidemment, ce travail se fait sur du long terme et il est très difficile pour ces jeunes de ne plus penser à leur corps.

A la fin d'une relaxation, Mary aborde les balancements du hamac qui lui ont remémoré les bercements procurés par sa tante, avec qui elle semblait avoir tissé des liens très forts. Elle peut verbaliser qu'elle n'a pas de souvenirs de ses parents la berçant. Dans cet exemple, on voit comment une sensation de balancements peut être mis en lien avec des souvenirs, avec du représenté. Pour J-D NASIO *« toute sensation prégnante éprouvé est forcément représentée, elle va se graver dans la mémoire* » (57).

Au fur et à mesure du suivi, Mary arrive à rentrer les pieds à l'intérieur du hamac (en fin février). Elle commente, « c'est une preuve d'un lâcher prise de faire ça » et explique qu'elle ne le faisait pas avant car elle avait peur de « casser le hamac ». Elle semble donc être plus en sécurité pour se faire porter, entièrement, dans le hamac qu'elle nomme « cocoon ». Elle explique qu'elle se sent comme un papillon dans sa protection, dans son cocoon.
Parfois, elle profite de cet espace et reste enfermée à l'intérieur alors que la relaxation ou le massage est terminé. Peut-être cherche-t-elle à intérioriser cette bulle réelle, cette seconde peau (le hamac) pour sentir son corps limité lui aussi ? Peut-être profite-elle simplement des balancements du hamac ?
Pendant les dernières séances, Mary a pu se permettre de pousser des soupirs, de bailler, témoignant d'un relâchement et d'un apaisement.

6.1.7 Réflexion et conclusion

Mary paraît avoir une enveloppe défaillante ainsi qu'une non intégration des limites. Ceci peut, notamment, être mis en lien avec ses relations précoces et ses figures identificatoires. Dans sa prime enfance, on remarque qu'elle s'est attachée à sa tante (nourrice) et non à sa mère, or il y a eu un arrachement à cette figure d'attachement. On peut penser que ses parents ont créé une ambivalence relationnelle, tantôt en étant présents et disponibles, tantôt en étant violents. De plus, à l'école, les relations sont, là aussi, conflictuelles : elle est le bouc-émissaire, la victime. Et pour finir, elle a un petit ami avec lequel s'instaure très rapidement une instabilité, c'est une relation en dent de scie qui alterne entre rapprochement et rupture. Mary n'a donc jamais eu d'identification sur lequel elle pouvait s'appuyer, s'étayer afin de déployer une assise narcissique suffisamment sécure et suffisamment solide.

Cette question du narcissisme reste au cœur des problématiques anorectiques. Selon V. MARINOV, l'anorexique présente une enveloppe corporelle et psychique caractérisée par une angoisse d'écoulement, de vidage, d'effondrement. C'est ce que l'on retrouve quand Mary vérifie la solidité du hamac et qu'elle a peur de le casser, on peut faire le parallèle avec des angoisses d'effondrement, angoisse que ça lâche, que ça ne tienne pas.

Lorsque le bébé n'arrive pas à introjecter la fonction contenante de la mère, il va mettre en place une seconde peau musculaire ou psychique qui peut être associée à ce besoin de maîtrise qui apparaît, pour Vladimir MARINOV « *comme une défense contre des angoisses de pénétration ou d'intrusion* » (51). Mary n'a pas construit une seconde peau musculaire mais plutôt psychique avec ce besoin de maîtrise, de contrôle, peut-être car elle n'a pas pu introjecter la fonction de contenance de sa mère.

Pour conclure, Mary semble avoir pu intérioriser une sécurité, une solidité interne, même si cette dernière reste fragile peut-être grâce à la contenance apportée par le hamac et la psychomotricienne. La question des limites a pu être élaborée avec le hamac également pour faire vivre à Mary un corps délimité, fermé afin de travailler sur ces images du corps dégoulinantes, où tout s'échappe. Cette étude de cas montre principalement le rôle du hamac quant à la différenciation, la distinction de limites et aussi son rôle de contenant.

6.2 Cas d'Antoine

Antoine est également suivi en pédopsychiatrie dans le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, dans le même hôpital que le cas précédent. Cependant il n'est pas suivi dans la même unité. La prise en charge psychomotrice d'Antoine est dans le cadre du Centre de Psychologie Clinique Infantile (CPCI). C'est donc une prise en charge en ambulatoire sans hospitalisation.

6.2.1 Anamnèse

Antoine est né le 14 novembre 2006 avec un mois d'avance. L'accouchement se déroule sans problème majeur. Vers ses six mois, Antoine fait du trotteur avant d'acquérir la marche entre neuf et dix mois. Les acquisitions motrices sont intégrées sans difficulté.

Au niveau de l'alimentation, Antoine présente rapidement d'importantes allergies alimentaires. D'autre part, le passage au solide a été difficile notamment du fait de nombreux reflux gastro-oesophagien (RGO) et vomissements.

Dans son suivi médical, on note une hospitalisation à ses deux mois pour une bronchiolite.

Antoine a un traitement homéopathique pour des angoisses et ses allergies.

Antoine a un grand frère de deux ans de plus que lui. Ses parents sont divorcés depuis 2007. Antoine vit principalement chez sa mère mais voit de temps en temps son papa. Il a fait du rugby pendant deux ans.
Sa mère le décrit comme « hypersensible », il absorberait, selon elle, toutes les émotions « comme une éponge ». Dans le dossier, il est noté que la relation entre Antoine et sa mère paraît être fusionnelle et peu sécure. La mère est de nature plutôt anxieuse et perçoit rapidement son

environnement ou celui de son fils comme menaçant. Ils ont des suivis réguliers avec la pédopsychiatre. Comme dit précédemment, les séances de psychomotricité sont en ambulatoire, ainsi Antoine est amené et ramené par un taxi, nous ne voyons donc pas les parents.
Antoine se sent vite menacé ce qui peut entraîner chez lui des mouvements régressifs de colère ou de bagarre.

A l'école, Antoine a du mal à ne pas bouger et à rester à sa table. Une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) l'accompagne donc huit heures par semaine, pour ses difficultés de concentration et de comportement. Un cadre étayant semble l'aider à se contenir. Cependant, ses difficultés de concentration rendent les apprentissages compliqués.

Antoine est arrivé au service de pédopsychiatrie en octobre 2011 pour des troubles du comportement à la maison et à l'école. En effet, Antoine peut être agressif à l'école : la relation avec ses pairs semble difficile du fait qu'Antoine répond souvent par les coups.
Des énurésies nocturnes ainsi que des troubles du sommeil sont aussi mentionnés à cette période.

Au niveau des suivis : Antoine est suivi par une orthophoniste depuis 2010 pour un retard de parole, une légère dyslexie et dysorthographie ainsi que pour un problème d'articulation (chuintement).

Un atelier autour du médiateur « conte » lui a été proposé de 2012 à 2014 dans le cadre de sa prise en charge en pédopsychiatrie. Ce groupe a mis en exergue chez Antoine une grande insécurité interne, une recherche de contact corporel très dur ainsi qu'une impulsivité importante. Il est aussi relevé qu'au sein de cet atelier, Antoine choisit toujours le personnage le plus fort pour jouer.
Une évaluation psychométrique (WISC IV) est passée par la psychologue du service de pédopsychiatrie en janvier 2014 révélant un quotient intellectuel total dans la zone moyenne faible (80-90) des enfants de son âge. L'indice de compréhension verbale se situe dans la moyenne faible (80-90), l'indice de raisonnement perceptif se situe dans la zone limite (70-80), l'indice mémoire de travail se situe dans la zone moyenne (90-110) et enfin l'indice de vitesse de traitement se situe dans la zone moyenne (90-110). La psychologue note qu'Antoine ne demande pas d'aide lorsqu'il est en difficulté et persévère. La mémoire et la vitesse de traitement des informations sont bonnes.
Un test projectif est réalisé aussi par la même psychologue mettant en exergue la question de la séparation et de l'autonomie qui sont en association avec le danger. Dans le compte-rendu on retrouve : « Antoine apparaît assez insécure, la question de la constitution d'un bon objet interne se pose ».

6.2.2 Observations psychomotrices

Il n'y a pas eu de bilan psychomoteur réalisé lors de son entrée dans le service. Toutefois, certains éléments peuvent être observés de manière spontanée. Je vais donc vous présenter mes observations cliniques.

La latéralité usuelle manuelle lors des activités de manipulation et de construction est à gauche.

Au niveau du tonus, Antoine est un jeune garçon qui garde constamment une tonicité élevée : en effet il se tient droit, de façon raide, sans accès au relâchement. Il est beaucoup dans l'action et se pose difficilement. Peu de syncinésies sont retrouvées quand il recrute son tonus d'action. Antoine a peu de réactions de prestance et de contenance.

L'adaptation tonique observée au travers d'un jeu de gros ballon paraît chancelante : Antoine a tendance à ne pas maîtriser ses coups dans le ballon et tire très fort. Son geste ne peut être régulé dans un jeu de foot, par exemple, où l'espace est délimité. Il déborde et le remarque en s'excusant maintes fois. Pendant les quelques passes avec le ballon, Antoine a les bras crispés, son tonus d'action ne semble pas toujours être concordant avec l'action demandée.

La régulation tonique semble difficile d'accès : l'attente n'est pas gérable pour Antoine qui part faire autre chose pendant les temps de pause : il gigote, se dandine sur sa chaise quand il doit attendre ou même part faire autre chose.

L'immobilité est impossible sauf pour faire des jeux de société qui lui plaisent. Dans ces moments-là il peut paraître plus détendu.

L'évaluation du tonus de soutien par l'épreuve de la poussée faible serait intéressante à réaliser afin de voir comment Antoine régule son tonus. Résisterait-il à la poussée faible de façon adaptée ? S'effondrerait-il au moindre effleurement comme on peut le retrouver chez des enfants insécures ? Serait-il dans l'excès de tonus, le conduisant à résister trop fortement et voir à basculer ?

Quand l'excitation monte, Antoine peut avoir tendance à être en blocage respiratoire ce qui entraîne ultérieurement des suffocations.

Sa motricité est assez saccadée bien qu'elle soit opérationnelle. Antoine bouge tout le temps, les arrêts et les pauses sont difficiles, mise à part en début de séance.

Les praxies bi-manuelles de l'habillage sont bonnes.

Les coordinations haut et bas du corps ont pu être observées selon la marche. Antoine a un ballant des bras correct, son tonus est harmonieux lors de la marche. De plus, il monte aisément à l'espalier même si ses mouvements sont souvent dans la précipitation.

D'un point de vue postural et de l'équilibre statique, Antoine est en difficulté quand la surface au sol est trop molle. Quand il sent que cela ne tient pas sous ses pieds, il s'effondre rapidement au sol toujours dans une grande raideur corporelle. L'équilibre dynamique est fonctionnel et adapté lors de la marche, des sauts ou de la course.

La visuo-construction en trois dimensions semble acquise, Antoine peut jouer pendant une séance entière à des jeux qui impliquent des aspects visuo-constructifs et spatiaux. Lors de ces jeux, on remarque qu'Antoine ne demande pas d'aide, il est persévérant et peut être très attentif et concentré, sans se détourner de la tâche à effectuer.

→ Le suivi en psychomotricité a commencé en septembre 2014 en priorité pour permettre à Antoine d'avoir un travail individuel après deux ans de travail en groupe car le groupe était peu mentalisé par Antoine, peu d'élaborations étaient possibles. C'est comme si le groupe n'était pas un contenant suffisant pour Antoine qui continuer à déborder de temps en temps du cadre en se laissant submerger. Le travail en individuel a été pensé afin de proposer à Antoine un espace plus contenant tout en recherchant des approches corporelles pour permettre une élaboration. De plus, la psychomotricité semblait être une bonne approche pour faire émerger l'accès à des sensations de points d'ancrage et travailler l'enveloppe corporelle qui paraissait fragile.

6.2.3 Première rencontre

Je rencontre Antoine le 8 octobre 2015 pour la première fois lors de sa deuxième année de prise en charge psychomotrice. Antoine avait quatre ans et demi quand une demande de consultation en pédopsychiatrie a été formulée par les parents sur les conseils d'un psychologue. Les indications étaient, à la base, pour des peurs et des angoisses massives. Ces peurs seront retrouvées lors de la première rencontre avec la psychomotricienne en septembre 2014 lorsqu'Antoine parle de ces peurs des serpents en faisant l'analogie avec les cordes qu'il aperçoit dans la salle de psychomotricité. L'environnement est perçu comme potentiellement menaçant par Antoine.

Antoine un garçon de neuf ans aux cheveux blonds et frisés assez longs, il est mince et élancé. Néanmoins, je remarque que son teint est blafard, ses ongles sont longs et souvent sales et il a une odeur corporelle très prégnante. Antoine parle de façon nasillarde, avec la présence de chuintement.

Quand il me voit pour la première fois, il semble méfiant, un peu sur la défensive. D'ailleurs, lors de cette séance il ne m'adresse que très peu la parole et choisit un jeu d'échec, jeu qui ne se joue qu'à deux. Ma position de stagiaire est peut-être potentiellement menaçante pour lui. Est-ce parce que ma position de stagiaire amène à une observation supplémentaire braquée sur lui ? Ma place de stagiaire paraît l'inquiéter.

Lors de la deuxième séance, Antoine commence à m'inclure dans un jeu de colin-maillard. C'est un jeu où on ne voit pas l'autre avec ses yeux mais où sa présence est connue. Je remarque à ce moment que le vide, l'absence, mais aussi ne rien faire pendant l'attente est difficile à gérer pour Antoine. Il faut absolument qu'il s'occupe. Ce besoin d'occupation permanente se retrouve dans d'autres séances où l'angoisse peut monter quand il ne trouve pas de jeux ou qu'il n'a pas d'idée de jeu.

Tout au long de son suivi, quelques axes semblent avoir émergé comme :

La recherche du dur, du solide : Antoine cherche souvent cette sensation de dureté. Il joue souvent avec des objets durs, s'effondre régulièrement au sol, se glisse dans des tonneaux durs et tombe de ce tonneau. Avec le hamac, il se balance et cherche la sensation de dureté en se cognant contre l'espalier. Le hamac, en lui-même, peut amener cette sensation de dur et de solide au sens où il retient le corps. De plus, une fois son tissu tendu, le hamac est assez rigide.
Cette recherche du solide est présente à toutes les séances. Un autre exemple : lors d'un parcours psychomoteur, Antoine doit marcher sur des cubes durs et des cubes plus mous. Antoine est en difficulté quand il faut marcher sur les cubes mous et ne tient pas, s'effondre au sol pour retrouver le dur. De plus, Antoine aime se cacher dans des tonneaux emmenant avec lui un objet dur.

La question des enveloppes : Antoine est un petit garçon qui a toujours de nombreuses couches de vêtements sur lui. Or, malgré la chaleur et le fait qu'il transpire, il refuse de poser ses habits. Ces superpositions de vêtements peuvent être mises en lien avec la question de l'enveloppe corporelle et de celle d'une constitution d'une seconde peau. Au travers de ces habits, peut-être qu'Antoine cherche à fermer son corps ou à se contenir, à se sentir, à faire une plus grande distinction entre son corps et l'extérieur ou peut-être qu'il cherche à se protéger ?
De plus, Antoine a une odeur corporelle assez forte. Là encore, cette odeur peut être mise en lien avec la question de l'enveloppe. Son odeur l'enveloppe et enveloppe les autres.

La question du maintien de l'axe : Antoine cherche à faire tenir de l'extérieur quelque chose qui ne tient pas de l'intérieur. Avec son tonus élevé comme une cuirasse tonique, les couches de vêtements autour de lui ainsi que son odeur corporelle, on peut supposer qu'Antoine cherche à se constituer un « exo-squelette ». Son squelette interne n'ayant pas été intériorisé. Cette question du maintien d'un axe peut être mise en corrélation avec la question de la recherche de dur dans l'environnement comme pour chercher à se l'approprier, à « l'ingurgiter » car il ne trouve pas cette sensation en lui.

6.2.4 Le travail avec des tissus pour amener au hamac

- Travail avec les tissus

Un jour, la psychomotricienne lui propose une expérience avec des tissus où Antoine peut s'installer et se laisser promener, tirer par la psychomotricienne. Selon I. DIARD, « *proposer des glissements au sol vient augmenter la perception des limites corporelles, d'un dedans solide et ainsi renforcer l'éprouvé du corps entier, unifié et différencié, et pouvoir se relier à cet éprouvé* » (25).
Antoine s'enroule, se roule dans ce drap et ne veut pas qu'on le voit. Il faut qu'il soit totalement recouvert par le tissu, entièrement enveloppé. A l'intérieur, il initie souvent le mouvement en se glissant d'un côté ou de l'autre. Il bouge, s'agite en permanence, ne supportant pas l'arrêt.
Même à travers le drap, nous sentons toute la rigidité et l'hypertonie de ce jeune garçon. Quand on soulève le drap pour le porter, son corps est dans une rigidité extrême, son hypertonie est palpable.

Puis, Antoine propose de s'allonger au sol et de jouer au « cercueil de la momie ». Cela consiste à enrouler Antoine dans trois couches de draps ou de plaids, comme une momie. Pourtant, lors de cet enroulement, Antoine bouge encore « je préfère bouger car quand on bouge pas, on meurt ». Pour lui, l'immobilité est en rapport direct avec la mort, elle est donc impensable et invivable. Quand il est allongé et qu'il ne bouge pas, c'est comme s'il ne sentait plus son corps. Par exemple : des pressions ou percussions exercés sur son corps au repos ne sont pas perçues alors qu'elles le sont si son corps est en mouvement. Le mouvement l'aide peut-être à dessiner les contours, les limites ? On comprendrait ainsi pourquoi est-ce si difficile pour lui de ne pas bouger, d'attendre. Il finit par se lever et enlever toutes les couches autour de lui.

Dans les séances suivantes, Antoine demande à refaire « le cercueil de la momie » mais en étant plus caché encore. Il veut que tout son corps soit recouvert, y compris la bouche et les yeux. Pourtant, une fois l'enveloppement fait, cela est vite insupportable pour lui à partir du moment où il ne peut plus bouger. Il dit avoir très chaud et vouloir sortir, ce qu'il fait. A la fin de la séance, Antoine exprime ne plus vouloir faire ce jeu.

Il propose tout de même qu'on le porte dans un drap et qu'il soit trainé par terre. Peut-être car il est moins « enfermé » dans le drap et que ses mouvements peuvent être plus libres ? Lors de ce portage, Antoine se met à imiter les gazouillis d'un bébé et imite un bébé. De plus, il demande à avoir un ballon avec lui, qui fait penser à une sorte de « doudou » dur.

Antoine veut essayer d'être simplement porté dans trois draps différents (du moins extensible au plus extensible). Il peut verbaliser que le dernier, le plus extensible, élastique mais aussi le moins opaque est son préféré. C'est celui qui lui permet d'être le plus libre dans sa motricité et d'avoir une vision sur l'extérieur. Il permet à Antoine de percevoir l'extérieur à travers le drap, tout en étant caché. Ce drap doit être complètement fermé avec des épingles. Pendant ce portage, un silence accompagné d'une immobilité de son corps peuvent naître mais restent de courte durée. Néanmoins, Antoine semble faire l'expérience du calme, lui, qui, d'ordinaire est un vrai tourbillon, s'enveloppant par une mise en mouvement circulaire tourbillonnante et sensorielle.

Progressivement, Antoine demande à ce que ce drap soit attaché à l'espalier présent dans la salle, comme pour faire une sorte de hamac. Quand il se glisse à l'intérieur, il dit « y a du sang ici ». Le drap est rouge et assez élastique, il peut laisser penser à une membrane ou à une peau. Dans ce drap-cocoon, il joue un monstre qui bouge beaucoup, qui hurle, qui crie, qui gesticule. Puis, il sort du drap pour rejoindre le hamac en prenant soin de ne jamais être complètement dehors ou complètement dedans mais toujours « entre » deux espaces. Finalement, il ne reste que très peu de temps dans le hamac pour aller construire une cabane. Cabane, qui ne tient pas et s'écroule car la foudre s'abat sur elle.

- Travail avec le hamac

Le hamac utilisé au CPCI est un hamac chaise également en coton tissé de façon serrée et peut être modulable au niveau de la hauteur (voir annexe 3).

Dès qu'Antoine rentre dans la salle de psychomotricité, il va dans le hamac. Comme si ce dernier agissait comme un repère. Il se glisse à l'intérieur du hamac et attend quelques minutes. Dans ces moments-là, Antoine peut avoir accès à un certain relâchement tonique. Comme si le corps était au repos quelques secondes voire minutes pour ensuite pouvoir entrer en jeu. Il peut être vu aussi comme un temps pour s'accoutumer aux retrouvailles de l'espace, du lien avec la psychomotricienne etc.

Le hamac permet d'appréhender le début de séance. Pour S. MIGLIORANZA, « *l'espace est investi de manière rituelle et sécurisante : les enfants vont toujours, en ouverture de séance, dans un endroit précis, qui est celui de leur choix* » (53). Ceci pourrait permettre d'entrer en relation avec l'autre ou les autres à travers un médiateur car l'autre, une fois mis à distance, est moins dangereux.

Ce temps pourrait aussi être entendu comme un temps où Antoine se recentre sur lui-même, entouré du hamac pour ensuite pouvoir être en présence de l'autre. Comme s'il ne pouvait pas mettre le corps en jeu dès le début.
Ce temps est aussi retrouvé quand le hamac est décroché. Antoine va dans ce cas s'installer dans un coin de la pièce, en s'entourant de matériel dur, comme pour créer une séparation, une barrière.
Cependant, lorsque la prise en charge en psychomotricité a lieu sans moi, seulement en relation duelle, Antoine ne prend pas ce temps où il se cache. Il apparaît donc que la relation tryadique est difficile pour Antoine. Ce temps est donc un temps où il semble se protèger de l'intrusion d'une tierce personne dans la relation.

Le hamac est utilisé par Antoine de diverses façons. De temps en temps, le hamac permet à Antoine de créer une stimulation vestibulaire importante en se faisant tourner sur lui-même sans pouvoir arrêter. Antoine est capable de dire « ça me tourne la tête, comme quand je fais du manège » en ajoutant qu'il trouve cela agréable, et continue de tourner. Dans ces moments, Antoine stimule son appareil vestibulaire au maximum avec de grands et rapides balancements. Antoine expérimente au travers de ces balancements les différentes orientations possibles. Il se balance de droite à gauche, puis d'avant en arrière pour enfin tourner sur lui-même. Recherche-t-il à se couper de l'extérieur ? Ou que l'extérieur intervienne pour l'arrêter ? Ou simplement un plaisir sensori-moteur semblable à celui éprouvé avec les balançoires ?

Dans d'autres jeux, le hamac sert parfois d'arme qui détruit ses constructions. En ce sens, le hamac est considéré comme « un mauvais objet », persécutant, qui casse et détruit. Le hamac est utilisé comme tiers, comme si une autre personne ou une instance venait attaquer ce que fait Antoine. Le hamac permet peut-être à Antoine de ne pas détruire lui-même comme si ce n'était pas possible que lui détruise de ses propres mains. Il faut toujours l'intervention de l'extérieur, rien ne semble pouvoir venir de l'intérieur. Parfois, Antoine peut lancer des coussins à l'intérieur du hamac et le pousser très fort, déchargeant son agressivité.

Le hamac permet aussi de « prendre des risques », il permet l'aventure. Souvent, Antoine s'accroche au hamac comme à une liane et se balance avec. Or, les balancements peuvent être vus comme amenant de l'imprévu : on ne sait pas précisément où est-ce qu'ils vont nous amener.
Par ailleurs, le hamac est un réceptacle : il permet de sauter du haut de l'espalier sans tomber sur le sol mais dans le hamac. Il retient le corps et l'empêche de tomber. Parfois, Antoine monte à l'espalier en portant le hamac sur son dos, comme un parachute. Il le laisse ensuite tomber pour sauter sur celui-ci.

Enfin, le hamac sert de délimitation entre le dehors et le dedans et de support pour jouer à des jeux de « coucou-caché ». Cette frontière est souvent recherchée par Antoine. Par exemple, il se met à l'intérieur du hamac et laisse sortir qu'une partie de son corps : sa main ou son pied. La psychomotricienne, à l'extérieur du hamac doit lui attraper cette main ou ce pied. Ce jeu provoque beaucoup de jubilation chez Antoine qui aime rentrer et sortir une partie du corps.
Fréquemment, son corps ne peut être enveloppé en entier par le hamac, il doit laisser s'échapper une partie de son corps. Il fait sans cesse des allers retours entre dedans et dehors et parfois avec tout le corps. Il rentre dans le hamac en laissant un pied à l'extérieur puis sort du hamac en gardant un pied à l'intérieur et ce plusieurs fois d'affilé. Antoine joue au bébé kangourou en se blottissant dans le hamac et en sortant de temps en temps sa tête.
Ceci peut évoquer la question de la délimitation dedans – dehors mais aussi l'impossibilité d'être immobile, de ne plus bouger et d'être enfermé. Mais également, ce jeu de « coucou-caché » « *amène à éprouver la permanence de son corps, sa non disparition, mais aussi la permanence du lien, afin d'intérioriser un sentiment de continuité d'exister et de sécurité interne nécessaire* » (25).

Pour terminer, le hamac, avec l'espace clos qu'il autorise, permet d'échapper à la réalité, à l'environnement. En effet, Antoine se glisse dans le hamac quand il entend quelque chose ou qu'il vit quelque chose qui ne lui plait pas. Il peut aussi aller dans cet espace pour ne pas répondre à des questions. Le hamac peut être considéré comme un espace de repli et de restauration. Or, ce fonctionnement est retrouvé avec d'autres enfants qui, lorsqu'ils sont frustrés, en colère ou que les émotions les submergent, vont dans le hamac, s'isoler. Le hamac, de part son espace clos est un endroit où on se retrouve seul et cela permet peut-être de se rassembler pour pouvoir repartir à l'extérieur et vers la rencontre. Or pour D.W WINNICOTT, « *le fondement de la capacité à être seul est l'expérience d'être seul en présence de quelque d'autre* » (81). C'est un peu paradoxal, mais l'enfant sait qu'il est seul, mais il sait aussi que, hors de cet espace (ici le hamac) il y a quelqu'un, il n'est donc pas totalement seul. Et cela peut amener de l'assurance.

6.2.5 Réflexion et conclusion

Antoine semble être un jeune garçon qui expérimente des sensations comme celle d'être contenu, porté, mais semble encore vivre les choses d'un point de vue sensori-moteur comme un jeune enfant qui passe encore beaucoup par l'expérience de l'éprouvé. Il se saisit des nombreux jeux ou propositions mais n'arrive pas encore à en faire du représenté. Actuellement, il ne peut pas mettre de mots. Peut-être donne-t-il du sens à ces expérimentations mais il ne les verbalise pas. C'est là tout le rôle du psychomotricien qui doit permettre que la pensée émerge à partir des sensations, des actions. D'ailleurs, selon J. PIAGET, « *la pensée naît de l'action* ». La pensée, selon cet auteur, ne naîtrait pas de la simple sensation mais elle se construit progressivement grâce

notamment au contact avec l'environnement. D'où l'importance de la présence, de la disponibilité et de la verbalisation du psychomotricien pour faire sens à ces expériences.
Le fait d'avoir travaillé dans le champ de l'archaïque au travers des tissus ou du hamac permet une tentative de « retricoter » des liens avec son corps propre mais aussi avec l'autre.

Antoine semble être dans une problématique d'enveloppe corporelle et de protection de ce corps. Il s'enveloppe lui-même par des couches d'habits qui peuvent faire penser à une protection contre le monde extérieur ou à une consolidation de son propre corps. Avoir de nombreuses couches rend peut-être plus fort et moins vulnérable. Cette recherche de protection peut être retrouvée avec la construction de cabanes qu'il a pu faire en séance, cabane qui, souvent, ne tient pas car elle est vite détruite de l'extérieur. L'inquiétude d'Antoine, son anxiété et d'éventuelles angoisses sont marquées par des troubles du sommeil et une impossibilité à dormir seul. De plus, lors de la première année de suivi, Antoine ne pouvait pas attendre son taxi seul dans la salle d'attente, il devait venir voir la psychomotricienne, comme si la permanence du lien n'était pas intégrée. Ajouté à cela son besoin du regard de la psychomotricienne et qu'il ne peut pas prendre de décision. Tout ceci concordent pour mettre en avant une fragilité interne chez ce garçon. Le monde extérieur est vécu comme dangereux et destructeur d'où l'obligation de s'en protéger et de se protéger du regard des autres.

Selon S. MIGLIORANZA, « *la recherche de sécurité passe par la construction de petits espaces dans lesquels les enfants s'introduisent ou installent d'autres objets. Ce besoin de délimiter, de partager, de tracer l'espace est un travail de constitution du contenant physique et psychique, de contention des pulsions, peurs et angoisses* » (53). Le fait qu'Antoine recherche souvent un endroit fermé et demande, par exemple, à le fermer, encore une fois peut être mis en lien avec la notion de protection. Selon I. DIARD, « *le besoin d'être à l'abri peut-être pour se protéger de l'intrusion possible ou supposée d'un regard extérieur, ce besoin renforce ou témoigne d'un pare-excitant défaillant* » (25). Antoine aurait donc un mécanisme de pare-excitation fragile ce qui peut se retrouver quand il va dans le hamac lorsque des émotions le submergent. Comme s'il avait besoin d'un espace pour se récupérer et faire pare-excitant.

De plus, son odeur corporelle créé aussi une sorte d'enveloppe olfactive. Or, le hamac retravaille cette notion d'enveloppe corporelle au travers notamment du concept du Moi-peau. Justement, le Moi-peau « *est à l'origine une enveloppe tactile doublée d'une enveloppe sonore et d'une enveloppe gustativo-olfactive* » (45) .On peut donc penser qu'Antoine n'a pas suffisamment intégré sa peau comme interface mais aussi comme sac fermé et protecteur, et cherche à s'en recréer une autre par du sensoriel. Antoine semble se protéger de l'extérieur avec toutes ses couches d'habits et son odeur qui instaure une distance avec l'autre.

Enfin, la notion de protection et de recherche de sécurité peut être mise en lien avec son « groupe conte ». En effet, lors de cet atelier, Antoine choisissait les personnages les plus forts, ceux qu'il sait suffisamment solide et qui, une fois leur rôle endossé, ne nécessite pas de protection.
Le hamac a peut-être apporté un soutien afin d'intérioriser cette protection, ce besoin de sécurité. En effet, Antoine propose de jouer à des jeux de société en restant assis dans le hamac. Le hamac, par son maintien du corps joue le rôle d'un fond, d'un arrière-plan. Comme le dit D. ANZIEU, « *l'enfant est adossé à l'objet support qui se moule en creux sur lui. Il se sent protégé sur ses arrières, le dos étant la seule partie de son propre corps qu'on ne peut ni toucher ni voir* » (2).

La recherche du dur à laquelle Antoine est accrochée « *semble [être une tentative] de rassembler les morceaux, tenir le désordre intérieur en s'éprouvant physiquement, avec force, dans ses limites* » (13). Ce dur, ce solide trouvé à l'extérieur du corps peut faire écho au dur et au solide à l'intérieur du corps, peut-être insuffisamment intériorisé.

Pour terminer, il convient de rappeler à quel point le hamac est en lien avec l'espace. C'est un espace contenant qui abrite, isole, sépare tout en étant lui-même contenu dans un autre espace. Le hamac permet une réappropriation de l'espace et met le corps en jeu dans un rassemblement corporel pour créer l'espace du corps et l'espace extra-corporel. Le hamac est un endroit où il est possible d'être seul. Mais paradoxalement, l'enfant est seul en présence de l'adulte. Chacun occupe alors un espace différent et pourtant une continuité, une permanence, un lien peut perdurer. Mais le hamac en séance psychomotrice ne se restreint pas seulement à sa réorganisation spatiale. Effectivement, « *l'espace est un élément parmi d'autres, il ne faut pas oublier le corps, l'identité corporelle, la relation, le regard, le psychisme et la mise en mots pour étayer [le] travail [du psychomotricien] et pour lui donner épaisseur et complétude* » (53).
Il conviendrait désormais intéressant d'aller questionner la représentation du corps d'Antoine et la spatialisation du corps pour voir où il en est au niveau de l'axe.

7. Discussion

Le hamac revisite les notions de portage : portage vécu dès la vie in utero, portage qui induit déjà une relation entre deux partenaires. Le hamac porte le corps et fait vivre cette expérience en présence du psychomotricien.
Le hamac apporte des sensations tactiles et vestibulaires. Le vestibulaire est particulièrement prégnant et stimulé par les jeunes enfants qui se balancent avec le hamac. Une fois ces sensations éprouvées, la perception et la représentation peuvent émerger, donnant ainsi du sens à un vécu sensoriel brut.

La tension du tissu extérieur, qui apporte de la solidité, fait écho à la solidité interne, au squelette interne du sujet. La toile du hamac entoure le corps et amène une protection, une couche supplémentaire au corps assimilable à une seconde peau. Or cette seconde peau met en exergue un corps fermé, bien délimité, rattaché à un axe. L'axialité du corps naît ainsi, petit à petit, et offre une distinction entre les deux hémicorps gauche et droit. Cette axialité est très en lien avec la spatialité. Le corps, une fois délimité grâce à un axe corporel, devient un « objet » spatialisé avec un haut, un bas, une droite, une gauche etc. Cette spatialisation va ensuite pouvoir se projeter sur l'environnement, sur l'espace environnant.
L'utilisation du hamac comme médiateur en psychomotricité permet de créer un espace où on peut se retrouver ou se retrancher.

Au travers des études de cas, nous avons vu que le hamac pouvait être utilisé de façons diverses cependant les mêmes concepts peuvent être travaillés. Le hamac semble donc être particulièrement adapté pour des problématiques liés à l'enveloppe corporelle en amenant la contenance suffisante afin de se sentir plus en sécurisé, plus solide.
Nous remarquerons aussi que les deux patients présentés dans les études de cas sont dans la recherche de la dureté. Comme s'ils avaient besoin de sentir du solide à l'extérieur ou à l'intérieur du corps pour tenir, pour sentir un maintien qui permet d'avoir confiance en son corps. Or ce qui porte et maintien à l'intérieur du corps c'est l'image de notre axe.
On a vu avec Mary tout le soulagement que cela apporte de sentir l'os dans son corps, sentir que tout son corps tient et est unifié. Pour Antoine, cette recherche de dur peut être assimilée à une recherche de protection, d'une carapace pour se protéger. Comme si l'os n'était pas intégré comme élément de solidité et qu'il fallait aller le trouver ailleurs. Cette recherche peut être comprise comme un pseudo-squelette, et pas seulement comme une seconde peau.

Que ce soit au travers de jeux ou de relaxation, le hamac permet de travailler sur la question des enveloppes en enveloppant lui-même le corps et en amenant de la contenance. Le tissu enserre le corps est recrée une sensation de maintien de l'axe, sensation qui apporte de la sécurité interne.

Comme vu précédemment, le hamac n'est pas le seul médiateur qui joue sur les notions de contenance, d'espace et de portage. La balnéothérapie ainsi que les tissus proposent des expériences de contenance ou de portage qui peuvent être assimilables à celles vécues avec le hamac.
En effet, l'eau permet, dans l'espace piscine, la création d'un espace propice au jeu et aux explorations sensori-motrices. De plus, l'eau peut jouer sur la sensorialité et la verticalisation du corps. Il y a donc des similitudes, cependant l'aspect sensoriel n'est pas abordé de la même façon : l'eau impacte sur l'appareil vestibulaire au travers des ondulations qu'elle induit et non des balancements. Le toucher est aussi très différent du fait que l'eau est un fluide et non un tissu. Parallèlement, le sujet doit se mettre en maillot de bain pour aller dans l'eau, ce qui peut être assez difficile pour certains sujets comme les patients atteints de troubles des conduites alimentaires qui ne supportent plus leur corps et se cache sous leurs habits. Le vécu du portage est différent aussi du fait que la pesanteur est moins ressentie dans l'eau que dans le hamac.
Le tissu semble être un médiateur tout à fait similaire au hamac. Ils permettent de faire sentir un vrai rassemblement en donnant une sensation tactile globale. Le tissu peut permettre un aspect ludique, un aspect sensori-moteur. Le hamac est un tissu accroché donc ils ont tous deux de grandes similitudes. Néanmoins, le hamac semble moins malléable car il garde sa forme originaire mais il est par la même occasion créateur d'un espace qui ne change pas, il peut fonctionner comme un repère. De plus, le hamac permet de faire des expériences de portage sans que personne ne tienne son tissu contrairement au tissu qui doit être tenu par quelqu'un.

Je vais maintenant aborder les indications qui me paraissent pertinentes pour une prise en charge psychomotrice avec un hamac. Le hamac est un outil qui peut être proposé à des âges autres que ceux présentés dans mes études de cas. Comme dit précédemment, le hamac est utilisé en néonatalogie pour apporter aux bébés un portage semblable à celui in utero mais il place aussi le corps du bébé dans une position de rassemblement qui est connue pour apporter de l'apaisement. Cette rondeur du hamac met le bébé dans une position analogue à celle in utero.
Le hamac peut aussi avoir un intérêt pour les personnes âgées en amenant un regard nouveau sur leur corps, un regard peut être moins médicalisée et plus dans le cherche de bien-être. Ce serait un temps où on prend soin. De plus, le rassemblement peut amener de l'apaisement et du « mieux-être ». Pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui peuvent vivre leur corps comme étant dispersé, sans lien et sans continuité, le hamac permettrait d'unifier et de rétablir un axe pour peut-être diminuer les angoisses de ces personnes et travailler sur l'image du corps.
Le hamac paraît également pertinent pour des patients adultes qui ressentent leur corps comme étant morcelé (pathologies psychotiques). Les qualités de rassemblement, d'émergence de l'axialité du corps et d'enveloppement du hamac pourraient permettre une réappropriation

corporelle à ces personnes.

Le hamac peut être profitable aussi pour des sujets atteints de handicaps moteurs ou polyhandicap. L'an dernier, lors de mon stage à l'APF, je me suis rendu compte à quel point l'enroulement était important pour ces enfants. Le hamac pourrait notamment permettre par exemple, d'essayer de combattre des raideurs musculaires qui peuvent s'installer en positionnant la personne de la manière la plus adéquate possible. Le développement sensori-moteur est aussi à affiner avec ces personnes or l'appareil vestibulaire est souvent peu stimulé du fait de leur immobilité. Or le hamac autorise l'immobilité du corps tout en induisant des balancements et donc stimuler l'appareil vestibulaire.

Pour finir, le hamac peut être un bon médiateur à utiliser pour des enfants ou adolescents pris en charge en ITEP. Je me penche particulièrement sur cette question car j'ai effectué un stage en ITEP lors de ma troisième année. Or, pour plusieurs patients le hamac m'aurait paru être un outil judicieux. Par exemple :

Thomas est un jeune garçon de neuf ans qui a une régulation tonico-émotionnelle faible avec une tension permanente de l'axe corporel. Il est toujours dans une hypertonie, une carapace tonique qui le laisse en alerte constante. Il est pour lui très difficile de ne pas bouger et supporte mal qu'on le touche.

Thomas fait beaucoup de jeux où il cherche l'affront avec l'autre pour finalement être étayé par un appui dorsal. D'ailleurs, le seul contact qu'il accepte est celui du dos. De plus, Thomas aime « réveiller » son axe corporel en sautant assis sur un gros ballon. Il peut faire ce mouvement un certain temps dans une jubilation certaine. En fin de séance, Thomas réclame souvent des tapotements à l'aide d'une balle sur son corps. Le plus frappant chez ce garçon est son alternance entre combat et portage : il joue des scènes de combat avec l'autre pour finalement soit se coller dos à dos à lui soit lui sauter sur le dos et ainsi être porté. La recherche d'un portage est aussi très présente dans les séances.

Le hamac paraît donc être une approche intéressante pour ce jeune. Il pourrait permettre une meilleure régulation tonique car il amène parfois à un changement de l'état tonique. De plus, cette hypertonie qu'à mise en place Thomas peut être mise en lien avec une mauvaise intégration de son squelette interne et de son enveloppe corporelle externe. Or, nous savons au travers de cet exposé que le hamac joue sur cet aspect. De plus, Thomas stimule son axe corporel et semble apprécier le contact sur son dos. Le hamac grâce à un soutien, notamment dorsal, enroule le corps et permettrait de jouer sur ce fond et cet arrière-fond.

Les limites de l'utilisation du hamac comme médiateur seraient, selon moi, que le sujet ne veuille pas aller dans le hamac ou que ses capacités physiques l'en empêche (obésité, paralysie) même si des aménagements peuvent toujours être pensés. Le hamac ne paraît pas être un médiateur de

choix pour des patients présentant des troubles vestibulaires. Enfin, il faut que le psychomotricien se sente à l'aise avec cette médiation qui peut amener le patient à vivre des situations régressives.

CONCLUSION

Le hamac offre donc des applications très variées selon les âges et les pathologies des sujets. Cependant, que ce soit à partir de propositions plus dirigées ou en activité spontanée, le hamac permet d'aborder de nombreuses problématiques telles que celles de l'enveloppe corporelle, de l'espace, du portage, de la contenance, de l'axialité qui apparaissent comme primordiales en psychomotricité.
Le hamac est donc un médiateur pertinent pour une prise en charge psychomotrice, notamment avec des enfants atteints de troubles psychiques et psychiatriques.

La place du psychomotricien reste essentielle car le hamac est un médiateur, c'est un objet qui vient s'intercaler entre deux individus : le patient et le psychomotricien. Pour que toutes ces expériences aient un sens, il faut qu'elles soient lues et décodées par le psychomotricien, car selon R. KAES « *aucune médiation n'est productrice d'effet de croissance psychique si elle n'est pas d'abord présentée par un sujet à un autre sujet et alors seulement inventée-créée par l'un et par l'autre dans cet accompagnement mutuel* » (13). En effet, le psychomotricien se doit d'être lui-même un médium malléable car il doit s'adapter, tâtonner et faire preuve de créativité pour rester à l'écoute et tracer ensemble, avec le patient, une histoire commune. L'objectif du psychomotricien est « *d'aider le patient à se construire dans des limites plus tranquilles et sécurisantes afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisée. On pourrait également dire : permettre une « mise en pensée du corps* » (61).

BIBLIOGRAPHIE

1 ANDERSON G.C., (1991) “Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants” dans *Journal of perinatology*

2 ANZIEU D., (1990) *L’épiderme nomade et la peau psychique*. College Psychanalyse Groupale

3 ANZIEU D., (1995) *Le Moi-peau*. Dunod

4 AUCOUTURIER B., (2005) *La méthode Aucouturier : Fantasmes d’action et pratique psychomotrice.* De Boeck

5 BADINTER E., (2011) *Le conflit : la femme et la mère*. Le livre de poche

6 BERTHOZ A., (1997) *Le sens du mouvement*. Odile Jacob

7 BION W., (2003) *Aux sources de l’expérience*. PUF, Bibliothèque de psychanalyse

8 BOTTINI G. et al., (2005) “Left caloric vestibular stimulation ameliorates right hemianesthesia” dans *Neurology*

9 BOURDARIAS C., (2008) “Bien porté/bien portant” dans *Spirale n°46*.

10 BOWLBY J., (1978) *Attachement et perte*. Presses Universitaires de France

11 BRIL B., (2012) “Culture et portage de l’enfant” dans PRIEUR R., *Des bébés bien portés*. Erès, Les dossiers de Spirale, p. 127-140

12 BRIL B., (1997) “Culture et premières acquisitions motrices : enfants d’Europe, d’Asie, d’Afrique” dans *Journal de pédiatrie et de puériculture n°5*

13 BRUCHON M.& SAVARY M., (2008) “Un métier à tisser des liens au fil de soi” dans *Thérapie psychomotrice et recherches n°155*

14 BRUSSET B., (1995) *Psychopathologie de l’anorexie mentale*. Dunod

15 BULLINGER A., (2007) “La genèse de l’axe corporel, quelques repères” dans *Le développement sensori-moteur et ses avatars*. Erès

16 BYDLOWKI S. et al, (2015) “Construction des premières interactions mère-bébé de la naissance aux deux mois de l’enfant. Quels liens avec le blues postnatal” *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence n° 63*.

17 CAMILLI C., (2003) *Le toucher et la psychanalyse*. Bernet-Danilo

18 CARROT G., FAURY T., GAUCHER-HAMOUDI O., (2011) *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Heures de France

19 CICCONE A., (2001) “Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques” dans *Cahiers de psychologie clinique n°17*

20 CLERGET J., (2006) *La main de l’autre : le geste, le contact et la peau*. Erès

21 CONDE-AGUDELO A. & al (2007) “Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants” dans *Base de données des analyses documentaires systématiques cochrane*, 4ème édition.

22 CORCOS M., (2006) “L’anorexie mentale” dans *Le journal des psychologues n°234*

23 DECOOPMAN F., (2010) “La fonction contenante. Les troubles de l’enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute” dans *Gestalt n°37*

24 DESOBEAU F., (2008) *Thérapie psychomotrice avec l’enfant*. Erès

25 DIARD I., (2008) ”Contenances & liens multiples, médiations auprès d’enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement” dans *Thérapie psychomotrice et recherches n°155*

26 DUCRET A., (2011) “La contenance, histoire d’un concept” dans CHAPELIER J.B et al *Groupe, contenance et créativité*. Erès « Groupes thérapeutiques »

27 FABRE N., (1979) *Avant l’Œdipe*. Masson

28 FERRANT A., (2001) *Pulsions et liens d’emprise*. Dunod

29 FREUD S., (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Presses Universitaires de France

30 GAUTHIER J.M., (1999) *Le corps de l'enfant psychotique*. Dunod

31 GEBER M., (1973) "L'environnement et le développement du jeune enfant africain" dans *Enfance*

32 GENTAZ E., (2009) *La main, le cerveau et le toucher : approche neurocognitive*. Dunod

33 GIROMINI F., (2012) "La médiation en psychomotricité" dans LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Erès

34 GRAY L., WATT L., BLASS E-M., (2000) "Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns" dans *Pediatrics*.

35 GREEN A., (1977) "La royauté appartient à l'enfant" dans *L'arc n°69*

36 GUEGUEN N., (2009) "Le toucher, une arme de persuasion massive" dans *Cerveau et psycho*

37 HAAG G., (1988) *Le dos, le regard et « la peau »*. Issu d'une communication au 3ème Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson et disciplines alliées

38 HOCINI F., LE RUN J-L., POTEL C., (2006) "De l'espace avant toute chose" dans *Enfance & Psy n°33*

39 http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/audio/d.robin_securite_interne_petales_06.05.11.mp3

40 HUGO V., (1829) *Le dernier jour d'un condamné*. Folio

41 JEAMMET P., (2005) *Anorexie, boulimie : les paradoxes de l'adolescence*. Fayard

42 JOHNSTON CC. & al, (2003) "Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates" *Arch Pediatr Adolesc Med.*

43 KAES R., (2008) "Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept" dans ANZIEU D. et al *Le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Erès « Le carnet psy »

44 KLAUS M-H. & KENNELL J., (1984) *Bonding – another view*.

45 LABALETTE D., (1989) “Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice” dans *Thérapie psychomotrice n° 83*.

46 LATOUR A.M., (2010) *Les images du corps pré-contenantes*. Site psynem.org

47 LECANUET J.P., (2001) “Dans tous les sens… Bref état des compétences sensorielles fœtales” dans NEGRI R., *Que savent les fœtus ?* Erès « 1001 bébés »

48 LEJEUNE F. & GENTAZ E., (2015) *L’enfant prematuré : développement neurocognitive et affectif*. Odile Jacob

49 LESAGE B., (2006) *La danse dans le processus thérapeutique, fondement, outils et clinique en danse-thérapie*. Erès

50 LUYAT M., (2014) “Les apports de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie dans la compréhension de l’anorexie mentale” dans *Journal de thérapie comportementale et cognitive n°24*

51 MARINOV V., (2001) “Le narcissisme dans les troubles des conduites alimentaires” dans *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Presses Universitaires de France « Petite bibliothèque de psychanalyse »

52 MELLIER D., (2012) “La psychologie du fœtus” dans *Le cercle Psy n°4*

53 MIGLIORANZA S., (2006) “L’utilisation de l’espace en psychomotricité” dans *Enfances & psy n°33*

54 MISERY L., (2000) *La peau neuronale : les nerfs à fleur de peau*. Ellipses

55 MONTAGU A., (1979) *La peau et le toucher*. Paris : Seuil

56 MOORE E. & al, (2007) “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants” dans *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

57 NASIO J.D., (2007) *Mon corps et ses images.* Petite bibliothèque Payot

58 NEGRI R., (2001) “Quelques propos sur la personnalité du foetus” dans *Que savent les fœtus ?*

59 OMS, Département santé et recherche génésiques, (2004) *La méthode « mère kangourou » : Guide pratique*

60 PERRIN C., (2013) *Dans le secret de la relation homme/cheval : initiation à l'éthologie*. Campagne & Compagnie

61 POTEL C., (2013) *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.* Erès

62 PRAT R., (2004) "Entre « patate chaude » et « au feu les pompiers » " dans *L'observation du bébé selon Esther Bick*. Erès

63 RAKOWSKA-JAILLARD C., (1981) "L'enfant africain : géométrie et portage au dos" dans HERBINE E., BUSNEL M.C. *L'aube des sens*. Paris : Stock

64 RANK O., (1976) *Le traumatisme de la naissance*. Payot

65 Cité par RAVEL SARROLA M., (2009) "A la recherche du corps perdu ou l'abord corporel de l'anorexie mentale" dans VINCENT T., *Soigner les anorexies graves*. Erès

66 ROBERT-OUVRAY S., (1995) *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer

67 ROBERT-OUVRAY S., (2014) "Le fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant" dans *Journal des psychologues n°316*

68 ROCHAT P., (1998) "Self perceptionand action in infancy" dans *Experimental Brain Research*

69 SCHAAL B., HUMMEL T., & SOUSSIGNAN R. (2004) "Olfaction in the fetal and premature infant : functional status and clinical implications " dans *Clinics in perinatalogy*

70 SCHILDER P., (1974) "Psychanalyse de l'espace" dans *Nouvelle Revue de psychanalyse*

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

72 SLOAN N. & al, (1994) "Kangaroo mother method : randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants" dans *Lancet*

73 SPITZ R., (1968) *De la naissance à la parole, La première année de la vie*. Presses Universitaires de France

74 STERN D., (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson.* PUF

75 TAJANI E. & IANNIRUBERTO A., (1981) “Ultrasonographic Study of Fetal Movements” dans *Seminars in Perinatalogy*

76 WHITELAW A. & SLEATH K., (1985) “Myth of marsupial mother : home care of very low birth weight infants in Bogota, Colombia” dans *Lancet*

77 WHITING J., (1981) “Environmental constraints on infant care practice” dans MUNROE R. & WHITING B., *Handbook of Cross-Cultural Development*, Garland Press.

78 WINNICOTT D-W., (1975) “Le rôle de la mère et de la famille dans le développement de l’enfant” *Jeu et réalité.* Gallimard

79 WINNICOTT D.W., (1975) *Jeu et réalité, l’espace potentiel*. Gallimard

80 WINNICOTT D-W., (1965) *La famille suffisamment bonne*. Payot & Rivages

81 WINNICOTT D-W., (1958) *La capacité d’être seul*. Payot & Rivages

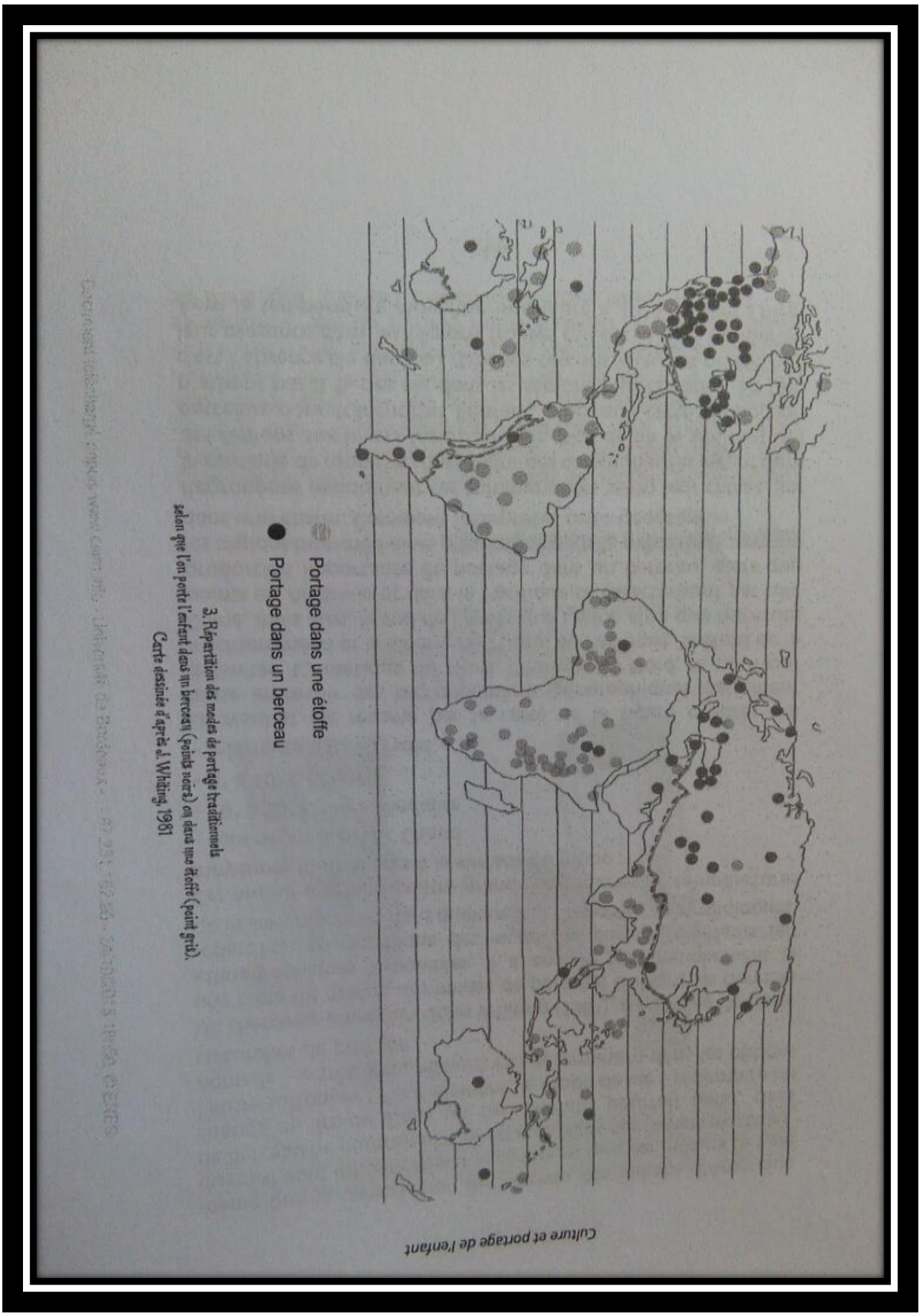
En annexe, voici les titres de mémoires qui m’ont inspiré :

BOHERS E., (2015) *Enveloppe-moi*. Mémoire de psychomotricité. Université de Bordeaux

DAVRIEUX L., (2012) *Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance*. Mémoire de sage-femme. Université Paris Descartes

MICHEL-CHALOPIN E., (2014) *Je suis trop lourde, ne me laisse pas tomber ! Le portage, médiation psychocorporelle dans la clinique de l’obésité infantile*. M2moire de psychomotricité. Université de Paris VI Pierre et Marie Curie

VOGEL F., (2015) *La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel*. Mémoire de psychomotricité. Université de Bordeaux



Annexe 1 : Carte de J. WHITING
extrait de BRIL B., (2012) “Culture et portage de l’enfant” dans PRIEUR R., *Des bébés bien portés*. Erès, Les dossiers de Spirale, p. 127-140

Annexe 2 : Photo du hamac utilisé avec Mary

Annexe 3 : Photo du hamac utilisé avec Antoine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **3**

PREAMBULE **5**

1. Le portage **7**

1.1 Le portage intra utérin 7

1.1.1 Aspects sensoriels 7

1.1.2 Communication précoce 9

1.1.3 Construction de l'individu futur 10

1.2 La naissance et le portage extra-utérin 11

1.2.1 La naissance 11

1.2.2 Portage et sensorialité – Recommandations 12

1.2.3 Une application : la méthode kangourou 13

1.2.4 Instauration des premiers liens d'attachement 15

1.2.5 Se faire porter pour investir soi-même son portage 17

1.3 Culture et portage 19

2. Aspects sensoriels **21**

2.1 Le toucher 21

2.1.1 La peau 21

2.1.2 Embryogenèse et développement du toucher 22

2.1.3 Différences culturelles 24

2.1.4 Le toucher dans le soin 25

2.2 Le vestibulaire 26

2.2.1 L'appareil vestibulaire 26

2.2.2 Embryogenèse et développement du vestibulaire 27

2.2.3 Fonctions de ce système 27

2.2.4 Applications en clinique 29

2.3 Sensations, perceptions, représentations 30

2.3.1 Sensations 30

2.3.2 Perception 31

2.3.3 Représentation 32

2.3.4 Liens avec la clinique 33

3. Le hamac : un portage contenant et sécurisant **34**

3.1 Le hamac 34

3.1.1 Définitions 34

3.1.2 Histoire du hamac et ses différentes utilisations 34
3.2 Rigidité du hamac et solidité interne 35
3.3 Une enveloppe qui tient, retient et surtout contient 38
3.3.1 La fonction enveloppe, fonction contenante 38
3.3.2 D'une enveloppe physique vers une enveloppe psychique 40
3.3.3 Pathologies et troubles en lien avec cette fonction 43
3.4 Une fois le corps délimité : spatialité et axialité peuvent se déployer 44
3.4.1 Le rassemblement du corps en lien aux schèmes moteurs 44
3.4.2 L'enroulement fait saillir un squelette interne et une axialité 46
3.4.3 Conscience de l'axe et conscience corporelle qui amènent à la spatialisation 49

4. En psychomotricité 51
4.1 Faire naître un espace pour pouvoir se l'approprier 51
4.1.1 Généralités 51
4.1.2 Intégration chez l'enfant 52
4.1.3 Etre à sa place, trouver sa place : notion d'espace relationnel 53
4.1.4 Mettre en place une « aire transitionnelle » 53
4.2 L'utilisation d'une médiation, d'un médiateur 54
4.3 L'importance du cadre pour pouvoir s'approprier son espace, trouver sa place et s'approprier son corps 55
4.3.1 Le cadre 55
4.3.2 Conscience de soi et appropriation de son corps 56
4.3.3 Place du psychomotricien 56
4.4 Place de l'émotionnel et de la verbalisation 58

5. Problématique 60

6. Etude de cas 61
6.1 Cas de Mary 61
6.1.1 Présentation de l'institution 61
6.1.2 Contexte de la rencontre 61
6.1.3 Anamnèse 62
6.1.4 Bilan psychomoteur 64
6.1.5 Première rencontre et suivi en psychomotricité 66
6.1.6 Travail avec le hamac 68
6.1.7 Réflexion et conclusion 71
6.2 Cas d'Antoine 72

6.2.1 Anamnèse 72
6.2.2 Observations psychomotrices 74
6.2.3 Première rencontre 75
6.2.4 Le travail avec des tissus pour amener au hamac 77
6.2.5 Réflexion et conclusion 80

7. Discussion 83

ANNEXES 93

TABLES DES MATIERES 96